

Escenarios Divergentes de los Derechos humanos

Ismael Aguillón León
(Coordinador)



Escenarios divergentes de los derechos humanos

Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades

Área Académica de Trabajo Social



**CONSEJO
EDITORIAL**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE HIDALGO

Escenarios divergentes de los derechos humanos

Ismael Aguillón León
(Coordinador)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Pachuca de Soto, Hidalgo, México

2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Adolfo Pontigo Loyola
Rector

Saúl Agustín Sosa Castelán
Secretario General

Marco Antonio Alfaro Morales
Coordinador de la División de Extensión de la Cultura

Alberto Severino Jaén Olivas
Director del Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades

Fondo Editorial

Asael Ortiz Lazcano
Director de Ediciones y Publicaciones

Joselito Medina Marín
Subdirector de Ediciones y Publicaciones

Primera edición electrónica: 2021

D.R. © UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Abasolo 600, Col. Centro, Pachuca de Soto, Hidalgo, México, C.P. 42000
Dirección electrónica: editor@uaeh.edu.mx

El contenido y el tratamiento de los trabajos que componen este libro son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

ISBN: 978-607-482-633-3

Esta obra está autorizada bajo la licencia internacional Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada (by-nc-nd) No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas. Para ver una copia de la licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>.



Hecho en México/Printed in México

Este libro fue dictaminado por pares académicos.

Se agradecen los comentarios y sugerencias del Dr. César Ignacio Cruz Islas (†) Profesor Investigador del Colegio del Estado de Hidalgo, así como del Dr. Ciro Corzo Salazar profesor del Área Académica de Trabajo Social de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, ya que permitieron darle un mejor rumbo a esta publicación. De igual forma se agradece profundamente a los dictaminadores del proceso evaluador, que con sus observaciones y comentarios enriquecieron esta obra.

Índice

Introducción.....	7
Derechos Humanos y condiciones de vida de los adultos mayores en el estado de Hidalgo Asael Ortiz Lazcano Cynthia Chávez Lango	11
El derecho humano al agua y a un medio ambiente sano en territorios indígenas: elementos sociales y jurídicos abordados desde la intervención en Trabajo Social Jorge Dolores Bautista Ismael Aguillón León.....	63
El cumplimiento de los derechos humanos de la salud y educación en México Alejandro Tuirán Gutiérrez.....	77
La labor del Trabajo Social desde un enfoque de los Derechos Humanos durante la Pandemia del COVID19 Ismael Aguillón León.....	183

Introducción

El presente libro intenta mostrar una mirada del ocurrir de los derechos humanos, desde los escenarios divergentes de la población *per se*, de su vida cotidiana, las necesidades elementales como lo es el agua, la educación, la salud, y sobre todo la vulneración continua de sus derechos elementales como ser humano en las personas envejecidas.

El texto reúne cuatro miradas sobre los derechos humanos, que muestran diferentes escenarios, divergentes de los derechos humanos, que muestran la multiplicidad de necesidades que se advierten para un cúmulo de población. En ese sentido Asael Ortiz Lazcano y Cynthia Chávez Lango en el primer capítulo analizan los derechos humanos y las condiciones de vida de los adultos mayores en el estado de Hidalgo. La información que discuten es resultado de un proyecto de investigación basado en una encuesta estatal en el año 2016, y donde se discute la situación del envejecimiento demográfico, un fenómeno que tiene muchos escenarios, que tiene impactos en diversos escenarios. Los autores ponen en la discusión los impactos se dejarán sentir en todos los ámbitos verbigracia en la salud, la economía, la familia el estado, y en una cantidad de rubros sociales impresionantemente. El trabajo lo dividen en diferentes secciones, y permiten iniciar con la definición de la vejez, concepto que tiene muchas acepciones, la médica, la biológica, la social, la filosófica, entre otras muchas. Demográficamente esta conceptualizada como el aumento de población de 60 años y más que dadas las características específicas de esta población, presenta una gran cantidad de necesidades de tipo económico, familiar, de apoyo, de salud, de empleo, entre otros.

En ese sentido los autores discuten la importancia de los derechos humanos aunque se han planteado como derechos universales, porque son el medio para solventar justo esos problemas. Sin embargo inician una discusión jurídica interesante sobre que son los derechos y humanos alcanzando un rubro nodal ¿cuál es el verdadero alcance? Discuten la postura de algunos teóricos que mencionan que los derechos humanos dependen del dinero, si el estado tiene recursos provee esos derechos, como la salud, la educación entre otros. Si no hay dinero lo deja en la legislación como un derecho que un día puede alcanzarse, pero mientras no haya esos recursos, no se puede otorgar. Esa discusión la entremezclan con el caso de los Derechos Humanos en México.

Describen su fuente de información lo cual es muy bueno ya que se trata de una encuesta aplicada y representativa para el Estado de Hidalgo 2016, la cual tuvo como objetivo captar la información sobre los diversos rubros en la población anciana, específicamente de corte demográfico. Los temas son variados, por ejemplo las actividades económicas, la familia y sus redes de apoyo, aspectos de salud, el papel que juegan las instituciones de seguridad y asistencia social, así como también se consideraron algunas particularidades de la vivienda.

Posteriormente nos muestran los resultados y hallazgos en las personas envejecidas en la entidad hidalguense, mostrando porque hay un problema entre esas carencias y los derechos humanos. Concluyen que los derechos sociales deben ser exigidos ante los órganos jurisdiccionales, sea de manera directa o indirecta, ya que han surgido dentro de la evolución de los derechos humanos como parte de la transformación del Estado de Derecho. Apelan a su evolución histórica, aunque reconocen la importancia de la escases de recursos económicos.

Resaltan la importancia de este problema subrayando que esta transformación demográfica implica un incremento acelerado de personas adultas mayores de 60 años y más. A nivel mundial en el año 2012, cada segundo 2 personas cumplían 60 años, y representaban 58 millones, estimado en ese momento en el 10% de la población. Se espera que para el 2025 la cifra sea del 15% (1,200 millones aproximadamente) y en el 2050 alcanzará la cifra de 2,000 millones, equivalente al 25% de la población. Esta tendencia se extenderá en América Latina y el Caribe, que en el 2025 será de 15 por ciento, alrededor de 100 millones; y para el 2050 aumentará a 25%, es decir 183.7 millones. Para el caso mexicano en el 2015 existían 13.4 millones de adultos mayores, para el 2050 se estima que alcanzará la cantidad de 27.7 millones (Leiton-Espinoza, 2018). Ante ese escenario una cantidad significativa de ancianos presentan condiciones de vida muy bajas, asociadas a niveles de bienestar bajos, ingresos mínimos, carencias en los servicios de salud, así como males físicos, lo que se traduce en problemas dentro del estado y la sociedad, y que se tendrán que afrontar.

Por lo que hace al capítulo segundo intitulado El cumplimiento de los derechos de la salud y educación en México, de Alejandro Tuirán Gutiérrez, es un documento que muestra las grandes dificultades que enfrenta en rezago, por lo que hace al derecho a la salud y a la educación, en el contexto mexicano. El autor parte de su análisis de la reforma constitucional de 2011 donde se plasmó la obligación para el Estado mexicano de construir y revisar las políticas públicas centradas en los derechos humanos. Sin embargo en su análisis encuentra que

ambos derechos no han sido cumplidos plenamente para una parte importante de la población, conforme a la declaración universal, pactos o acuerdos internacionales. Tuirán discute el escenario de los recursos, de las políticas públicas, y lleva al lector con detalles de cuál es la situación que ocupa en ambos rubros. Enfatizando que el estado México, no cumple con la normatividad existente en el propio territorio, lo que vulnera los derechos de la población.

Pone un especial énfasis en los derechos de la educación de adultos, debido a que se tienen todavía casi 5 millones de personas analfabetas de 15 años y más, las cuales, a partir de no haber tenido ese derecho cubierto, su vida ha transcurrido con carencias y limitantes, y ahora siendo adultos, siguen en esa misma situación. Tuirán Gutiérrez nos muestra aspectos de infraestructura, inversión, alcance, así como incumplimiento en estos dos rubros de derechos humanos.

En el capítulo tercero intitulado El derecho humano al agua y a un medio ambiente sano en territorios indígenas: elementos sociales y jurídicos abordados desde la intervención en Trabajo Social, de Jorge Dolores Bautista e Ismael Aguillón León, discuten la importancia de este derecho humano básico, en los pueblos indígenas, ligado a un desarrollo ambiental sano. Los autores a partir de lo enunciado por Karel, plasman una discusión como la dinámica humana ha generado una nueva generación de derechos humanos, que trastoca el derecho de los consumidores, los derechos a la calidad de vida, la libertad informática, el derecho a la autodeterminación y el derecho al desarrollo de pueblos. En donde el derecho al agua, es un elemento que ordena la vida de los pueblos.

Para concluir el último capítulo intitulado La labor del Trabajo Social desde un enfoque de los Derechos Humanos durante la Pandemia del COVID19, presentado por Ismael Aguillón León, es un documento que permite analizar los derechos humanos, el trabajo que realiza el trabajador social a la par del proceso de pandemia que estamos viviendo contemporáneamente.

Aguillón León inicia discutiendo la grave situación de salud en México, agravada por el COVID19, y es en los hospitales donde el Trabajo Social presta un servicio como derecho, pero a su vez promueve el cambio, el desarrollo, la cohesión social y el fortalecimiento. En ese sentido el autor estima que los profesionales del Trabajo Social les corresponde ser los primeros en estar en condición de vulnerabilidad. Por ello refiere que el Consejo General de Trabajo Social en España ha elaborado unas recomendaciones y propuestas dirigidas a todos los trabajadores sociales ante la situación del COVID19 que, a su vez, los Colegios Oficiales de Trabajo Social paralelamente lo difunden a sus colegiados, instituciones y organismos públicos.

La finalidad es difundir las medidas preventivas para evitar el contagio de los trabajadores sociales.

La cuarentena ha dado espacio y tiempo para la reflexión y la creatividad, al preguntarnos si es posible generar un desarrollo sostenible, un país en que podamos vivir con equidad, con respeto a los derechos de todas las personas, donde se cambie la lógica del libre mercado por la lógica del bienestar de toda la población.

Los capítulos antes referidos muestran esos elementos divergentes de la población, su vida y la necesidad de gozar de esos derechos humanos para alcanzar un mejor nivel de vida. Esperamos que este documento, permita elucidar la importancia de que los derechos humanos sean otorgados, respetados y se cumplan de acuerdo a los ordenamientos jurídicos, en el caso mexicano, no solo por el bien de sus habitantes, también en favor del país en su conjunto.

Los autores
Otoño de 2021

Derechos Humanos y condiciones de vida de los adultos mayores en el estado de Hidalgo

Asael Ortiz Lazcano¹

Cynthia Chávez Lango²

Introducción

Uno de los fenómenos que ha iniciado de forma lenta y gradual, pero aumentara en los siguientes años de forma vertiginosa es el envejecimiento demográfico. Sus impactos se dejarán sentir en todos los ámbitos verbigracia en la salud, la economía, la familia el estado, y en una cantidad de rubros sociales impresionantemente.

Por otra parte los derechos humanos aunque se han planteado como derechos universales, hay una discusión interesante sobre su existencia *sine qua non* de los recursos financieros, si hay dinero hay derechos humanos como la vivienda, la educación, la salud, la pensiones, entre otros. Por ello dentro del presente documento se pretende analizar de forma somera algunas de las teorías del envejecimiento, y plantear la óptica que asume este trabajo. Posteriormente se hablará un poco de la teoría de la transición demográfica, la cuales un eje nodal para entender la fecundidad y al darse una baja de esta, el envejecimiento demográfico. Posteriormente se analizarán los Derechos Humanos en México, su alcance en las personas envejecidas, así como algunas posturas de cómo debemos entenderlos. Posteriormente se revisarán algunas de las condiciones de vida de los adultos mayores en el estado de Hidalgo, a la luz de los derechos humanos, lo que permitirá conocer cómo están las personas envejecidas en el Estado de Hidalgo.

¿Cómo debemos entender el envejecimiento demográfico?

El envejecimiento en el humano es un proceso hasta ahora irreversible, todas las especies envejecen y experimentan notables cambios desde su nacimiento hasta la muerte. Algunos

¹ Investigador y docente del Centro de Estudios de Población de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Correo electrónico lazcano@uaeh.edu.mx

² Alumna del Doctorado en Estudios de Población del Centro de Estudios de Población de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Correo electrónico cyntiachavezlan@gmail.com

estudiosos consideran que envejecemos desde que nacemos, aunque después de ciertas décadas se hace notorio el desgaste físico, por ello la discusión de como nombrarles a aquellas personas que tienen determinada vejez acumulada (Mingorance, 2018). En este trabajo estaremos utilizando el concepto de Personas Adultas Mayores (PAM), aunque demográficamente se inició llamando “viejos”, sin ningún sentido peyorativo (Chesnais, 1990). Existen varias teorías que buscan explicar el envejecimiento humano, entre los tres principales grupos se encuentran:

- Teorías biológicas, este grupo de teorías están basadas en el envejecimiento de órganos y sistemas del hombre, y aducen que el envejecimiento es producto justo de ese desgaste. Pero debe ser concebido como la disminución de la frecuencia de reproducción de las células, incluida la pérdida de aquellas células que no se regeneran. Este es un proceso natural, inicia en el interior del cuerpo y con el tiempo se observa en el exterior, por ello se afirma que el envejecimiento físico es una consecuencia del envejecimiento biológico en las personas.
- Teorías psicológicas: estas teorías explican el envejecimiento centrándose en aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo. Está determinado por la transformación de la habilidad motora, sensorial, mental, la personalidad, las motivaciones, sensaciones e impulsos.
- Teorías sociales, estas se basan en la relación de las personas ancianas con la sociedad, y el status del propio anciano, poniendo énfasis en los roles que le son asignados o suprimidos a partir de las limitaciones que van teniendo al paso de la vida. Se considera que el medio social define el significado de la vejez en la vida de las personas.

Existen varios criterios para clasificar a la población envejecida, y que van desde una visión médica, hasta la sociodemográfica, pasando por muchas otras clasificaciones. Existen dos principales grupos de clasificar la edad de la vejez, el primero de ellos postula al grupo de 65 años y más, una segunda propuesta es de 60 años y más. Sin embargo, la edad de entrada a la vejez debe tomar en consideración los incrementos en las esperanzas de vida y las mejoras en las condiciones de salud, así como la situación económica del anciano junto con sus prestaciones sociales.

Por estas razones, en los países desarrollados aumenta el consenso de preferir los 65 años, más aún ante las discusiones de aumentar los años para alcanzar un retiro laboral, inherente al aumento de las esperanzas de vida, y las expectativas de que cada vez habrá más personas centenarias. Por el contrario, en los países en desarrollo las mismas consideraciones inclinan la preferencia por los 60 años, dado que las condiciones socioeconómicas no son plausibles, y esto genera que las personas al llegar a los 60 años, presenten un mayor desgaste físico. Incluso Naciones Unidas recomiendan que la tercera edad inicie a los 60 años, es por ello que en el presente documento la población de interés comprende al grupo de población de 60 años y más.

La teoría de la Transición Demográfica

El envejecimiento demográfico tiene como antesala la teoría de la transición demográfica clásica, que si bien hay un creador de ella, en realidad tiene a tres grandes pensadores, inicialmente fue formulada por Warren Thomson en 1929 por ello se le atribuye a él esta teoría. Más tarde Adolphe Landry analizó los cambios en las variables demográficas y la productividad del trabajo, lo que le permitió hacer un planteamiento que le denominó Revolución Demográfica, dividiéndola en tres etapas. Más tarde Frank Notestein retomó el planteamiento de Thompson, aplicó la Teoría de la Transición Demográfica poniendo un interés especial en las situaciones sociales de mayor envergadura de los Estados Unidos de Norteamérica, y su impacto en las economías del mundo, lo que muchos consideraron un alineamiento a las políticas controlistas del mundo (López, 1973).

Esta teoría enuncia que debemos entender por transición demográfica al paso de un estado de equilibrio poblacional con alta fecundidad y mortalidad, a otro con baja fecundidad y mortalidad, todo esto al cabo de un cierto tiempo y paralelamente a un proceso de desarrollo socioeconómico o de modernización (Monterrubio, 1993). La dinámica de este proceso no sólo se reduce los componentes de la mortalidad y la fecundidad, también juegan un rol importante la nupcialidad y la migración impactando en el control del crecimiento demográfico, y repercute en las fuerzas productivas económicas, los condicionamientos sociales y culturales, de tal forma que se concluye que la transición demográfica es un proceso diacrónico y complejo que involucra otros elementos, donde lo importante es que de forma inherente generará un crecimiento económico. Por ejemplo la transición demográfica

europea se desarrolló a la par de un mejoramiento económico de los países occidentales, a partir de la Revolución Industrial y específicamente en la segunda mitad del siglo XVIII. Estos cambios modificaron la estructura productiva y de las familias.

La industrialización a la par de los descubrimientos científicos y tecnológicos, se concentraron en ciudades específicas, al igual que las empresas también comenzaron a concentrar y centralizar sus capitales, estos mecanismos fueron indispensables para la instauración del nuevo sistema de producción (Hirsch, 1996). Como consecuencia en Europa se aceleró el proceso de urbanización y de industrialización, provocando un cambio en la conducta reproductiva de las familias, las cuales a finales del siglo XVIII con excepción de Francia, empezaron a transitar de una fecundidad natural alta a una fecundidad controlada. Las familias de ese tiempo empezaron a disminuir el número promedio de hijos, ocurriendo primero en las clases sociales más privilegiadas y después en los estratos sociales más bajos. Este proceso de descenso de la fecundidad fue lento, la mayor parte de las familias de estratos sociales bajos continuaron con una fecundidad relativamente alta, aunque la mortalidad ya había descendido el crecimiento de la población continuó siendo notable por el efecto de la dinámica de la población.

El proceso de transición demográfica ocurrió a partir de 1930 en América Latina, en cada país los regímenes demográficos fueron cobrando matices y ritmos distintos, no sólo en cuanto al momento del inicio de la transición, sino también en cuanto al espacio y estrato social en que se inició la transición demográfica. Este proceso de transición supone cambios en la estructura socioeconómica y en los patrones de reproducción, inicialmente los cambios en la mortalidad impactaron inmediatamente en los niveles de fecundidad, y el mejoramiento de las condiciones sanitarias permitió reducir la mortalidad infantil. Sin embargo, a pesar de la llamada modernización, en los estratos más pobres la mortalidad y la fecundidad siguieron siendo elevadas, estaban coexistiendo con la pobreza, con la desnutrición y con el analfabetismo.

La transición demográfica en México al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, ha sido resultado de tres etapas: la primera caracterizada por una fecundidad y mortalidad elevadas con un crecimiento pasivo cercano al 1% anual. La segunda distinguida por un rápido descenso de la mortalidad y una fecundidad bastante alta, con un crecimiento de hasta 3.4% anual a mediados de los sesenta. La tercera que prácticamente se inicia con la implementación de la primera política de población de carácter controlista en

1974, con reducción de la fecundidad y descenso en la tasa de crecimiento demográfico.

En cuanto a la mortalidad, la tasa bruta alcanzaba 23 defunciones por mil en 1940, mientras que en la actualidad es de tan sólo 6.07 por mil. Su descenso ha contribuido a elevar la probabilidad de sobrevivencia y la esperanza de vida; en 1990 ésta era de 70 años para el país en su conjunto, pero con grandes disparidades regionales, ya que en algunas entidades alcanzaba los 72 años mientras que en otras apenas rebasaba los 60 años. Actualmente se estima en 75.23 años para ambos sexos, las mujeres con una mayor esperanza que alcanza 78.11 años. Adicionalmente se plantea un reacomodo en las causas de muerte, en donde las defunciones por causas infecciosas y parasitarias empiezan a ceder su lugar a las relacionadas con accidentes y violencia, así como por complicaciones de la vejez.

En cuanto a la mortalidad infantil también ha descendido de manera importante, desde un 18% en 1930 para menores de un año, hasta un 3% en 1994; esto significa que en 1930 el 18% de los recién nacidos fallecía antes de cumplir su primer aniversario. Estas cifras se modificaron, y para 1994 el dato fue de tan solo 3%, sin embargo aún persisten marcadas diferencias regionales y por entidad federativa. Entre los estados de mayor rezago en los niveles de mortalidad infantil, las condiciones socioeconómicas representan un importante punto de referencia en el análisis de los indicadores demográficos, por ejemplo, detrás de los diferenciales en la tasa de mortalidad infantil, seguramente se encuentran niveles de marginación elevados, coexistiendo principalmente en localidades eminentemente rurales y con altas proporciones de población indígena.

Envejecimiento demográfico

Como producto de los avances científicos, las vacunas y los fármacos, la esperanza de vida a nivel mundial se ha incrementado, esto se observa a nivel mundial. Por ejemplo en el caso de los países de la Comunidad Europea, las personas que cumplen 60 años esperan en promedio vivir 17 años más los hombres y 23 las mujeres. Para el caso mexicano las personas que cumplen 60 años esperan en promedio vivir 14 años más en el caso de los hombres, y 19.2 si son mujeres. Entre los años 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años de edad o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones, y es muy posible que una cantidad mayor de los niños conocerán a sus abuelos e incluso sus bisabuelos, en especial sus bisabuelas, basta recordar que las mujeres viven por término medio entre 6 y 8 años más que

los hombres (ONU, 2015).

En cuanto a la proporción de personas envejecidas de 60 años y más, encontramos diferencias significativas entre países desarrollados y los que no lo son, por ejemplo, en el año 2000 en las regiones más desarrolladas uno de cada cinco habitantes tenía 60 años y más, para 2005 se espera que sea uno de cada tres. En las regiones menos desarrolladas alrededor de un 8.0% tienen 60 años y más, pero en 2050 se espera que sea uno de cada cinco. Esta situación se agrava cuando se advierte que la tasa de crecimiento de los ancianos será mayor en los países menos adelantados, por ello, esta fase que ha tardado un par de siglos en Europa, se llevará a cabo en menos de 80 años en las regiones menos avanzadas. Los posibles escenarios conllevan a que los ancianos tengan un menor tiempo de adaptación a este fenómeno, y que los Estados sean incapaces y no puedan ofrecer en tiempo y forma, programas sociales y económicos de apoyo a la población envejecida (ONU, 2015).

Según las estimaciones de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2050 una de cada seis personas en el mundo, esto será un 16% de la población aproximadamente, tendrá más de 65 años, en comparación con un 9% (una de cada 11) en el año 2019. Estima que la proporción de la población de 65 años y más se duplicará entre 2019 y 2050 en África septentrional, Asia occidental, Asia central y meridional, Asia oriental y sudoriental, y América Latina y el Caribe. Para 2050, una de cada cuatro personas que se encuentre viviendo en Europa y América del Norte tendrán 65 años y más. Otro dato importante es que en 2018 por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más a nivel mundial superaron en número a los niños menores de cinco años. Con esta tendencia se proyecta que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050 (ONU, 2020).

América Latina también está envejeciendo en su estructura demográfica, este cambio obedece a la transición demográfica que han experimentado, aunque se ha caracterizado por una heterogeneidad en su dinámica demográfica. Los países latinoamericanos más envejecidos son Uruguay, Argentina, Cuba y Chile. En términos generales las tasas de crecimiento de la población eran elevadas en la década de 1950 en la mayoría de los países latinos, con excepción de Argentina, Cuba y Uruguay, y alcanzaron sus valores máximos en 1965, llegaron a ser de hasta 3.43 en Honduras, 3.39 en México, 3.37 en Nicaragua y 3.26 en Venezuela; esto significaba que el tiempo de duplicación del total de población se daría en menos de 21 años. La pirámide de población clásica de base ancha, se ha empezado a

modificar, tendiendo a una base rectangular, y a la postre tal vez en 40 años la pirámide de población se invertirá completamente. Los datos para el año 2000 indican que en América Latina una de cada 12 personas en la región tenía 60 años o más, pero de acuerdo a las proyecciones de población en el año 2025 se estima que la proporción va a cambiar a una de cada siete personas, lo que significa que tendrá un crecimiento de 138%, y pasará de 42,000,000 a cerca de los 100,000,000 de personas adultas mayores; y para el año 2050 se duplicará esta cantidad.

Por lo que hace al caso mexicano, en los inicios del siglo XX tenía 13.6 millones de habitantes, la tasa bruta de natalidad era de 46.5 por mil habitantes; pero la mortalidad también era muy alta, al grado que la esperanza de vida de los mexicanos se estimaba tan sólo en 25.4 y 30.0 años para hombres y mujeres respectivamente (Camposortega, 1992). El crecimiento oscilaba entre 1.0% y 1.5% anual, como consecuencia de la alta mortalidad infantil, había entre 250 y 270 fallecimiento de niños por cada mil nacidos vivos, los niveles de mortalidad bruta eran de 33 defunciones por cada mil habitantes. Durante esta época, la estructura por edad se podía descomponer de la siguiente manera: 39% menores de 15 años, 57% en edad productiva y 4% de la población tenía 60 años y más (Camposortega, 1992).

La mortalidad durante el periodo de 1910 a 1919 se incrementó 40 por ciento, alcanzó una tasa de 47 por cada mil personas, la estructura por edad de la población mexicana mostraba 42.1% menores entre 0 y 15 años, 54.5% entre 15 a 59 años y sólo el 3.4% por ciento había alcanzado los 60 años de edad y más. Durante la década de 1920 el volumen de la población mexicana pasó de 14.3 millones a 16.6, la mortalidad comenzó un proceso descendente, con una tasa de 27 por cada mil. En este periodo el total de población se podía descomponer en un 38.9% de menos de 15 años, 56.2% tenía entre 15 y 59 años, y sólo un 4.9% contaba con 60 años o más. Además, la esperanza de vida al nacimiento inició un incremento mínimo pero constante.

En la década de 1930 se advirtió una ganancia importante en favor de la población, en primer lugar la tasa de crecimiento total continuó en aumento y el volumen total pasó de 17 millones a 20 millones en 1940, la tasa de mortalidad se ubicó en 23 fallecimientos por cada mil, y la tasa global estimada indicaba que cada mujer en edad reproductiva había tenido entre cinco y siete hijos en promedio (Quilodrán, 1974). La estructura por edad de la población mexicana se podía descomponer de la siguiente manera, había 41.1% de la población con 15 años y menos, 54.4% tenía entre 15 y 59 años, y 4.5% contaba con 60 años y más.

Conjuntamente con el crecimiento poblacional, la economía del país se incrementaba y fortalecía, así como las instituciones públicas, sobre todo en materia de salud y educación. El crecimiento económico se basaba en mano de obra joven, que tenía la desventaja de contar con una baja esperanza de vida. Esto motivó que las políticas públicas se centraran en controlar las causas de muerte, lo cual, aunado a una fecundidad constante, derivó en un acelerado crecimiento de la población (Conapo, 1998).

En cuanto a la mortalidad la tasa bruta alcanzaba 23 defunciones por mil en 1940, bajo a 18.06 por cada mil en 1950, en el año 2000 disminuyó a 4.51 por cada mil, y en el año 2019 ha tenido un repunte a 6.02 a partir de la violencia que se vive en el país. En cuanto a la mortalidad infantil también ha descendido de manera importante, desde un 129.85 por cada mil en 1930 para menores de un año, hasta un 13.3% en 2019; no obstante estos avances, aún persisten marcadas diferencias regionales y por entidad federativa.

Todos estos elementos coinciden con los propuesto por Tisnés y Salazar-Acosta, quienes afirman que la característica principal de la población mundial en el siglo XXI, será el envejecimiento demográfico, entendido como un proceso que está caracterizado por el aumento poblacional de los adultos mayores (Tisnés y Salazar-Acosta, 2016).

Derechos Humanos

El surgimiento de los derechos sociales, económicos y culturales se encuentran contemplados en una gran cantidad de constituciones y tratados internacionales, y forman parte inherente de las estructuras jurídicas de occidente. El surgimiento de los derechos sociales, económicos y culturales constituye un hito en la forma de interrelacionarnos y reconocer elementos básicos que deben darse a la población, traducidos como derechos, y que representan un avance en la forma de cómo interactuamos entre los sujetos y las estructuras de los diversos niveles de gobierno, así como entre ciudadanos y entes extranjeros. Por eso es un conjunto de condiciones que llevan hacia una mejor forma de vida e interrelación de las poblaciones, pero que son el producto de luchas sociales históricas, en algunos lugares con mayor o menor derramamiento de sangre. Pero con una idea y fin común, el bienestar de la población sin distinción alguna.

Los textos jurídicos que consagran los derechos humanos, hacen un parteaguas entre el antes de la revolución francesa y el después de este levantamiento armado. Es en el tránsito a

la modernidad es donde aparece por primera vez la construcción conceptual de los derechos como medio para hacer posible la dignidad humana, gracias a factores económicos como el protagonismo y consolidación del capitalismo y la burguesía. Los factores políticos como la centralización del poder por parte del Estado que viene a terminar el pluralismo medioeval, y por último factores sociales que dieron origen al surgimiento y definición de una sociedad antropocéntrica e individualista. Esos tres factores potenciaron la categoría en este contexto histórico (Rodríguez Gaona 2013).

A nivel internacional se ha consensado que el surgimiento de los derechos humanos data del siglo XVIII, y se deben considerar dos grandes eventos que marcaron el inicio de la era moderna:

- Independencia norteamericana, con la Declaración de Derechos de Virginia de 1776 y la Declaración de Independencia del mismo año,
- La Revolución Francesa que culminó con la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano de 26 de agosto de 1789.

Se ha discutido acerca de las similitudes y diferencias entre ambas declaraciones, en ambos textos hay un trasfondo iusnaturalista y contractualista, una concepción individualista de la persona, que vive en sociedad pero parece estar aislada dado que debe tener derechos inherentes, no importa a donde se mueva, que haga o como sea físicamente, en conclusión es una persona. Como lo refiere Bobbio, entre las dos declaraciones, hay una similitud importante, pero la Declaración Francesa es aún más intransigente e individualista que la americana, buscando enarbolar los derechos humanos (Bobbio, 1991).

Después de la segunda posguerra se configuró un nuevo orden mundial, nació la Organización de las Naciones Unidas como símbolo de lo que serán los siguientes pasos para la integración de una comunidad global. El documento que marcará el inicio de esta nueva era de los derechos, es la Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948. La consolidación implicó la constante intención por hacer de los derechos fundamentales una cultura planetaria, más allá de cuestiones como la soberanía política, los asuntos internos o la potestad legislativa de los Estados (Rodríguez Gaona, 2013). Se empezó a conformar la supralegalidad y universalidad de los derechos humanos.

La universalidad de los derechos sólo puede significar la pretensión de extender y

hacer eficaces los derechos fundamentales en todas las personas situadas en la categoría y alcance que éstos persiguen en su contenido histórico y positivo. Dentro de la tendencia a la universalidad encontramos un conjunto de actos internacionales que además de formular catálogos de derechos, persiguen su garantía, básicamente a través de tres medios:

- a) informes que rindan los Estados a un organismo internacional;
- b) demandas o reclamaciones interestatales; y,
- c) reclamaciones individuales ante un órgano internacional que puede ser o no jurisdiccional.

El proceso de codificación de los derechos sociales, políticos, económicos y culturales ha estado estrechamente vinculado a un nuevo modelo de Estado, denominado el Estado social de derecho. Para algunos es una variante de la noción de Estado de Derecho que surge como crítica al modelo del derecho privado clásico (Habermas, 2001). Sin embargo el auge del estado social comenzó con el fin de la Segunda Guerra mundial hasta inicios de la década de los setenta, ese importante desarrollo del estado social tuvo lugar en parte de Europa; y tuvo relación con la experiencia histórica de opresión y explotación hacia los trabajadores que se dio desde el siglo XVIII con la Revolución Industrial (Peces-Barba, 2003).

Esto obligó a que los estados trataran de cumplir con los derechos humanos a sus poblaciones, si bien hubo mejoras sociales substanciales, no todos estuvieron de acuerdo. Verbigracia autores como Nozick han criticado el estado social por el excesivo gasto público realizado para cumplir con las crecientes necesidades y reivindicaciones de la población, lo que se traduce en el aumento del déficit presupuestario (Nozick, 2010). Para Nozick, las demandas cada vez mayores hacia el Estado han hecho que se sigan destinando recursos a políticas sociales sin considerar las reales limitaciones existentes en cada país (Nozick, 2010).

A pesar de algunos grupos opositores se ha logrado la construcción de las oleadas de derechos humanos. Esta evolución ha sido esquematizada de distintas maneras, Vasak acuñó la noción de generaciones de derechos, afirmando que existen diversas clases de derechos humanos, originados en sucesivos periodos de tiempo y que tienen, cada una de ellos, elementos que los diferencian de las demás generaciones (Vasak, 1997). Los derechos civiles y políticos por haber sido los primeros en ser reconocidos por Declaraciones y Constituciones serían los derechos de primera generación, mientras que los derechos económicos, sociales y culturales pasarían a ser los de segunda generación. A los anteriores derechos se han agregado

posteriormente otros que vendrían a constituir una tercera generación de derechos y que serían los llamados derechos de solidaridad, entre los que estarían: el derecho a un medio ambiente sano, el derecho a la paz, el derecho al desarrollo y el derecho a la propiedad privada, al patrimonio común de la humanidad (Vasak, 1997).

Acerca de estos derechos de solidaridad existe una propuesta de Vasak, quien ha elaborado un anteproyecto para un tercer pacto internacional que proteja los derechos de tercera generación, codificándose aquellos que habrían alcanzado un nivel de madurez suficiente. Incluso habla de los derechos de una cuarta generación en referencia a los derechos relacionados con el progreso tecnológico que afectan cuestiones relacionadas con la bioética como ocurre con el aborto, la eutanasia y los tratamientos genéticos.

La primera generación incluye los derechos civiles y políticos. Estos derechos fueron los primeros en ser reconocidos legalmente a finales del siglo XVIII, en la Independencia de Estados Unidos y en la Revolución Francesa. Se trata de derechos que tratan de garantizar la libertad de las personas. Su función principal consiste en limitar la intervención del poder en la vida privada de las personas, así como garantizar la participación de todos en los asuntos públicos. Los derechos civiles más importantes son: el derecho a la vida, el derecho a la libertad ideológica y religiosa, el derecho a la libre expresión o el derecho a la propiedad. Algunos derechos políticos fundamentales son el derecho al voto, a la huelga, a asociarse libremente para integrar un partido político, un sindicato, etc.

La segunda generación recoge los derechos económicos, sociales y culturales. Estos derechos fueron incorporados poco a poco en la legislación a finales del siglo XIX y durante el siglo XX. Tratan de fomentar la igualdad real entre las personas, ofreciendo a todas las mismas oportunidades para que puedan desarrollar una vida digna. Su función consiste en promover la acción del Estado para garantizar el acceso de todos a unas condiciones de vida adecuadas. Algunos derechos de segunda generación son: el derecho a la educación, el derecho a la salud, el derecho al trabajo, el derecho a una vivienda digna, etc.

La tercera generación de derechos ha ido incorporándose a las leyes a finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI. Pretenden fomentar la solidaridad entre los pueblos y las personas de todo el mundo. Su función es la de promover unas relaciones pacíficas y constructivas que nos permitan afrontar los nuevos retos a los que se enfrenta la Humanidad. Entre los derechos de tercera generación podemos destacar los siguientes: el derecho a la paz, el derecho al desarrollo y el derecho a un medio ambiente limpio que todos puedan

disfrutar.

Posturas de cómo entender los derechos humanos

En muchos países la no realización de los derechos sociales en el mejor de los casos, se considera más una fatalidad que una vulneración de derechos esenciales del ser humano. En el ámbito de la teoría de los derechos humanos uno de los principales puntos de controversia es la cuestión de si los derechos sociales son propiamente derechos, o simplemente son expectativas para un buen vivir. La importancia de asumir una u otra posición no es menor, aunque muchos sugieren que los derechos sociales son meras expectativas y dependerán de la situación social y política existente en un cada país. Por otra parte, también está la postura que los derechos sociales tienen eficacia jurídica como los demás derechos, y deben asumirse obligatoriamente como punto de referencia jurídica para los distintos operadores del derecho.

La noción de derechos humanos comprendía solo a los derechos civiles, con posterioridad se agregaron los derechos políticos y después los derechos sociales. El proceso de incorporación de estos últimos derechos a los textos constitucionales fue paulatino, especialmente desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de los países occidentales en sus constituciones contemplan enunciaciones de derechos económicos y sociales. En el discurso de los derechos humanos en la actualidad, es sinónimo de derechos civiles y en cierta medida de derechos políticos, pero no de derechos sociales. A continuación se tratará de elucidar las diversas posturas que se esgrimen:

- **Los derechos sociales no son auténticos derechos subjetivos y responden a fines colectivos**

Se ha señalado que la estructura de los derechos sociales no permite encuadrarlos como derechos subjetivos. Hayek considera que los derechos sociales no son derechos jurídicamente exigibles (Hayek, 1994). Para él los derechos individuales pueden ser exigidos a personas u organizaciones determinadas, pero afirma que los derechos sociales tendrían como sujeto pasivo a un difuso concepto de sociedad, y no sería claro a quien de forma específica se dirigen. De esta forma, se gesta la existencia de supuestos problemas de determinación del sujeto pasivo en el caso de los derechos sociales. Por ello lo derechos

sociales no tendrían el carácter de derechos, los clasifica como simples aspiraciones, posibilidades o idealidades cuya satisfacción no resulta exigible.

Para Kelsen la esencia del derecho subjetivo se encuentra en el hecho de que una norma jurídica otorga a un individuo el poder jurídico de reclamar mediante una acción, el incumplimiento de la obligación (Kelsen, 2005). Pero estos derechos, resulta imposible su reclamo a un gobierno, ya que existen factores multicausales que impiden su cumplimiento, principalmente en los países los menos adelantados.

Atria afirma que si se hace referencia a la idea de derecho subjetivo entonces la noción de derechos sociales es una contradicción en los términos, y una forma alternativa de entender el concepto político de derechos, por ello considera que no son derechos, o por lo menos si se les llama derechos, no deben exigirse o considerarse al pie de la letra como tales (Atria, 2004).

Para Gurvitch los derechos sociales son derechos de participación de los grupos y los individuos que se desprenden de su integración en conjuntos y que garantizan el carácter democrático (Gurvitch, 1991). Habermas también puede ser incluido en este grupo de pensadores, dado que considera que los derechos sociales son bienes colectivos y no auténticos derechos subjetivos (Habermas, 2001). Los derechos subjetivos son aquellos que se pueden pedir por los sujetos de forma independiente, pero Habermas afirma que los derechos sociales son de tipo grupal, no individual, por ello afirma que hay un error en su clasificación.

Por el contrario para Contreras sólo en sentido metafórico puede hablarse de las necesidades de un pueblo, de un país o de una clase, y cita el ejemplo siguiente: el hambre de Somalia se resuelve en siete millones de hambres individuales (Contreras, 1994). Pasa de una hipérbole a un derecho individual, el cual es específico y determinado. En este mismo sentido Pérez considera que los derechos humanos incluyendo los derechos sociales, son a titularidad del sujeto, no en el sentido de colectividades (Pérez, 2007).

Ante esta noción tradicional de derecho subjetivo cabe hacer un primer análisis, la justiciabilidad de los derechos subjetivos es una cuestión de grado. En el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, todos los derechos y no sólo los derechos económicos, sociales y culturales como señalan algunos, tienen una realización progresiva. En el caso de los derechos sociales existen como mínimo ciertas obligaciones establecidas por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y la jurisprudencia constitucional

comparada que, en caso que no sean cumplidas, permiten recurrir ante los órganos jurisdiccionales

- **Los derechos sociales son derechos positivos**

Es común en la doctrina jurídica la afirmación que el elemento esencialmente diferenciador entre los derechos civiles y los derechos sociales es que los primeros tendrían como contrapartida obligaciones negativas o de no hacer, mientras a los segundos corresponderían obligaciones positivas o de hacer (Böckenförde, 1993). Según este planteamiento el estado está impedido de privar de la vida a alguien, de vulnerar el derecho de propiedad o de negar injustificadamente el derecho a sufragio. Respecto a los derechos sociales la situación es distinta, por ejemplo el derecho a la salud o a la educación, se traducirían en la práctica en obligaciones positivas o de hacer del Estado hacia los individuos. De acuerdo a esa visión solo serían exigibles jurídicamente las abstenciones, es decir los derechos civiles y políticos.

Estas posiciones deben enmarcarse en el contexto histórico en el que tuvieron origen las dos clases de derechos, las constituciones de las primeras versiones del estado liberal de derecho reconocían los derechos civiles y requerirían para su realización de la abstención del estado. En el caso de los derechos económicos, sociales y culturales en cambio, su origen está vinculado con la necesidad de disminuir las desigualdades existentes y asegurar a todas las personas condiciones mínimas de vida, por eso el día de hoy la simple distinción entre derechos negativos y positivos ha perdido vigencia.

Cascajo considera que para quien hoy no parece tan clara la separación entre clases o tipos de derechos fundamentales, no ha entendido la diferencia básica entre derechos subjetivos y objetivos. El carácter prestacional o participativo también puede ser un atributo de algunos de los llamados derechos clásicos de libertad individual. Este último elemento de defensa e iniciativa particular puede acompañar al sujeto titular de un derecho social, para percibir las oportunidades y prestaciones que un determinado sistema social le proporciona (Cascajo, 1998).

El derecho político al sufragio no sólo requiere que el estado no imposibilite a los ciudadanos de expresar su posición política a través del voto, también implica que el estado debe cumplir con establecer y regular un sistema electoral que cumpla con la finalidad de que las elecciones se realicen en condiciones de igualdad y transparencia. Este es un elemento de

los derechos universales que dieron pie a la revolución francesa, en busca del control del poder por parte del estado, con el objetivo de la igualdad dentro de la sociedad. Otro ejemplo son las obligaciones estatales de no matar o no torturar ya que el estado tiene la obligación de establecer sistemas policiales y judiciales eficientes que contribuyan a evitar que esos delitos se produzcan, así como reparar las consecuencias de un eventual incumplimiento de las obligaciones de no afectar la vida humana y la integridad física.

Respecto de los derechos sociales ocurre algo similar ya que no se traducen solamente para el estado en obligaciones positivas sino que implican en muchas hipótesis obligaciones negativas (Lucas, 2010). Por ejemplo no basta decir que se tiene el derecho a la educación básica gratuita, el estado tiene que establecer los sistemas educativos al alcance de las poblaciones, y se traduce en un derecho de hacer, no simplemente de tipo enunciativo. En el derecho a la salud, el estado no tiene solamente la obligación de prestar una adecuada atención de salud a los ciudadanos, que es una obligación principal positiva, también tiene el deber de no afectar este derecho en sus diversos aspectos que pudiera implicar prácticas nocivas a la salud.

Algunos estudiosos han puesto énfasis en que la mayor parte de los derechos sociales exigen para su cumplimiento la realización de obligaciones positivas para el Estado. Para Contreras al admitir la posibilidad de que los derechos civiles también implican obligaciones positivas, señala que existiría de todas formas una diferencia sustancial ya que para los derechos sociales, la prestación estatal representa la sustancia, el núcleo, el contenido esencial del derecho: en casos como el derecho a la asistencia sanitaria o a la educación gratuita, la intervención estatal tiene lugar en todas y cada una de las veces que el derecho es ejercitado. Por ello la inexistencia de prestación estatal supone automáticamente la negación del derecho (Contreras, 1994).

Baldassarre considera que los derechos sociales exigen el cumplimiento de obligaciones principales negativas como derechos sociales originarios, estos derechos se caracterizan por no requerir para su cumplimiento de servicios que entreguen prestaciones, a diferencia de los derechos sociales que obligan al cumplimiento de acciones positivas principalmente y son denominados derechos sociales derivados o condicionados (Baldassarre, 1989).

Por último, Alexi subdivide a los derechos universales en derechos de defensa y derechos a acciones positivas. Los derechos de defensa consisten en derechos que no

obstaculizan determinadas acciones, que no se afecten determinadas situaciones o no eliminen determinadas posiciones jurídicas del ciudadano. Los derechos de acciones positivas se subclasifican a su vez en derechos de protección, derechos a organización y procedimiento, y derechos a prestaciones en sentido estricto. Estos últimos son los que tienen como objetivo una acción fáctica y son los derechos sociales fundamentales (Alexy, 2002).

Laporta ha afirmado que todos los derechos son emulables a un microcosmos, compuesto tanto por derechos de libertad como por derechos de prestación. En cada derecho se pueden encuadrar sub-derechos pertenecientes a diversas categorías con estructuras jurídicas diferentes (Laporta, 2004). Por otra parte Eide propone un esquema que engloba ambas clases de derechos de manera conjunta, de acuerdo a su esquema, más que la simple distinción entre obligaciones negativas y positivas, cada derecho tendría diferentes niveles de protección. Existirían en primer lugar obligaciones de respetar, que se caracterizan por el deber del estado de no impedir el ejercicio de un derecho a los individuos. En un segundo nivel existen obligaciones de proteger, las que implicaran evitar que terceras personas afecten o impidan el ejercicio de los derechos protegidos. Por último, existe un tercer nivel constituido por las obligaciones de asistencia y satisfacción (Eide, 1995).

El Estado estará obligado a garantizar el ejercicio del derecho en cuestión a quienes no puedan hacerlo por sí mismos. El esquema descrito se aplica tanto a los derechos civiles y políticos como a los derechos económicos, sociales y culturales (Eide, 1995). El primer nivel de obligaciones que asumiría el Estado con relación a los derechos sociales parte del supuesto que son los individuos los primeros que deben satisfacer sus propios derechos. Esta idea encuentra respaldo en la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo que identifica al individuo como el sujeto activo de todo desarrollo económico y social al señalar que la persona es el sujeto central del desarrollo y debe ser el participante activo y el beneficiario del derecho al desarrollo. Por lo tanto, sería siempre el sujeto particular el que en un primer lugar debe procurar, con sus propios medios, ejercitar sus derechos sociales.

Para Gomes no hay que perder de vista la mayor importancia del principio de subsidiaridad presente en muchas economías y ordenamientos jurídicos. Se refiere al fenómeno de las autoayudas sociales, grupos de personas que se organizan para enfrentar conjuntamente alguna problemática socioeconómica que les afecta directamente (Gomes, 2003). Por otra parte un ejemplo de las obligaciones estatales de respetar los DESC es la de no afectar el derecho a la salud, a partir de la contaminación del medio ambiente realizada por

sus agentes. En efecto una violación del derecho a un medio ambiente libre de contaminación por parte de funcionarios públicos puede ser sancionada de la misma forma que en los más tradicionales derechos civiles (Gomes, 2003).

▪ **Tensión entre los derechos sociales y los derechos civiles**

Otra postura considera que las diferencias en las estructuras entre los derechos civiles y los derechos sociales derivarían en una relación de tensión entre ambos tipos de derechos debido al diferente rol que le obliga al estado en su protección (Bobbio, 1991). Esta postura señala que al procurar la realización de ambas clases de derechos, en la práctica se le estaría exigiendo al estado un rol principalmente abstencionista para que cumpla sus obligaciones en el caso de los derechos civiles mientras tendría que desempeñar un papel principalmente activo e incluso intervencionista para dar efectivo cumplimiento a los derechos sociales.

Esto llevaría a que, siendo contrapuestas las estructuras jurídicas de las obligaciones derivadas de ambas clases de derechos, el papel que le obliga al estado para garantizarlos sería diametralmente opuesto y se produciría una difícil coexistencia entre ellos (Osuna, 1995). Se produciría una relación conflictiva en la que inevitablemente los derechos sociales quedan en una relación de subordinación y adquirirían el valor de normas programáticas.

▪ **Los derechos sociales dependen de la disponibilidad económica**

Otro de los argumentos más frecuentes que se ha esgrimido para sostener la falta de eficacia jurídica de los derechos sociales es la disponibilidad económica. Esta idea surge de la premisa que los derechos económicos, sociales y culturales, a diferencia de los derechos civiles y políticos, requieren para su realización del desembolso de recursos económicos. González afirma que el derecho a un acto positivo a favor del ciudadano tropieza, en gran parte de los derechos de contenido social, económico o cultural, con numerosos condicionamientos, principalmente de orden financiero, que privan de eficacia en una medida variable al reconocimiento constitucional del derecho (González, 2002).

En un sentido similar se ha pronunciado Bossuyt al llegar a afirmar que el coste de los derechos se expresaba en su contenido y sus características principales (Bossuyt, 1975). Como consecuencia, los derechos sociales podrían ser relativizados y tendrían menor eficacia

jurídica puesto que dependerían de la riqueza existente en un momento histórico determinado en cada país, mientras los gobiernos siempre se encontrarían obligados a respetar los derechos civiles y políticos.

Entre los que han defendido la posición de que todos los derechos implican desembolsos económicos para su adecuada realización, destaca el aporte de los juristas norteamericanos Stephen Holmes y Cass Sunstein, han mostrado a través de numerosos ejemplos concretos que los argumentos de quienes defienden la imposibilidad de exigir jurídicamente los derechos sociales por su elevado costo están, en el caso de los Estados Unidos de Norteamérica, motivados simplemente por prejuicios ideológicos que no se corresponden a la realidad. Han evidenciado como para asegurar el derecho de propiedad en los Estados Unidos cada año se establece un gasto público elevado, lo mismo ocurre con la seguridad pública y los apoyos sociales que se destinan para la población. Todas son algunas muestras de cómo un clásico derecho liberal como es el de propiedad necesita para su adecuado desarrollo del gasto público del estado. Los ejemplos son muchos más y en todos los sentidos, tanto respecto a este derecho como en relación a otros derechos civiles y políticos (Holmes y Sunstein, 1999).

Existen múltiples intervenciones judiciales en materia de derechos sociales que no requiere necesariamente desembolsos de recursos económicos. Por ejemplo las resoluciones que impiden desalojos forzosos o las que evitan que se cancele la matrícula a estudiantes por razones discriminatorias. Por ello, por más que en muchos países pobres se hayan establecidos extensas listas de derechos su efectividad es muy limitada, entre otras razones por la fragilidad de su aparato estatal y la inexistencia de recursos económicos que permitan respetarlos y protegerlos. Pero en esos países las deficiencias mencionadas y los problemas de eficacia de los derechos suelen producirse para todas las clases de derechos y no solo los económicos, sociales y culturales. Incluso, muchas veces las violaciones a los derechos humanos a gran escala afectan de manera conjunta a diversos derechos con contenido muy disímil. El planteamiento consiste básicamente en intentar liberar los debates sobre la efectividad de los derechos y en particular de los derechos sociales, de argumentos que esconden solamente una determinada posición ideológica. Entendemos que debido a limitaciones de recursos en una sociedad democrática se pueda priorizar la realización de unos derechos sobre otros pero ello debe señalarse con claridad y no afirmarse que unos derechos pueden exigirse a los poderes públicos porque requieren simplemente de su no

intervención mientras otros derechos deben quedar al arbitrio del legislador ya que implican decisiones presupuestarias.

Es esencial que se avance en transparentar los debates acerca de las políticas públicas y la realización de los derechos humanos. Precisar cuestiones como el costo económico que tiene para el estado, y por lo tanto para el conjunto de los ciudadanos la protección de los derechos no implica necesariamente juicios de tipo valorativo pero la información constituye un elemento esencial para la toma de decisiones que sí requieren priorizar unas opciones políticas sobre otras. En los debates acerca de los derechos muchas veces se parte de premisas no contrastadas para que, de manera automática, se deriven de ellas determinadas decisiones políticas. La finalidad es combatir esas verdades preconcebidas acerca del coste de los derechos, y que son enarbolados para justificar el incumplimiento de los derechos universales.

Metodología

La presente investigación se fundamenta en los resultados extraídos de la Encuesta Jurídico-demográfica del Envejecimiento en el Estado de Hidalgo 2016, la cual tuvo como objetivo captar la información sobre los diversos rubros en la población anciana, específicamente de corte demográfico. En esta encuesta se incluyeron temas referentes a actividades económicas, la familia y sus redes de apoyo, aspectos de salud, el papel que juegan las instituciones de seguridad y asistencia social, así como también se consideraron algunas particularidades de la vivienda. La población objeto del estudio está compuesta por las personas de 60 años o más que habitan en viviendas particulares del estado de Hidalgo, no se han incluido a las personas que habitan en viviendas de tipo colectivo, tal como cárceles, hospitales, asilos, conventos, hoteles, casas de huéspedes, instalaciones militares, etcétera.

El levantamiento de campo de la prueba piloto se realizó en la entidad hidalguense tanto en lugares urbanos como rurales. El número de viviendas que se visitaron para aplicar la encuesta de la prueba piloto fueron 120, de las cuales el 49.5% fueron urbanas y el 50.5% rurales. La aplicación de la encuesta en las dos zonas fue aceptable y funcional. La realización de la encuesta piloto permitió mejorar el cuestionario y la redacción de algunas preguntas, así como mejorar el entrenamiento de los entrevistadores en la aplicación del cuestionario. Se utilizó un diseño de muestreo probabilístico multietápico por conglomerados, lo que obligó a corregir la muestra en un 5% por la no respuesta. El esquema de muestreo que

se siguió fue estratificado con selección de conglomerados en dos etapas. La unidad de muestreo de la primera etapa fue municipal, y se continuó de acuerdo a todas las localidades existentes. Se hizo una separación entre localidades rurales y urbanas, todas tuvieron la probabilidad de ser elegidas.

La muestra de población seleccionada es representativa estadísticamente para todo el estado de Hidalgo. Se tomaron en cuenta criterios sobre alfabetización, estado civil, derechohabiencia, empleo, sexo etcétera. Existe un especial énfasis en las ciudades de mayor presencia en la entidad, como son Actopan, Cuauhtepic, Huejutla, Ixmiquilpan, Pachuca, Mineral de la Reforma, Tepeapulco, Tepeji, Tizayuca, Tulancingo y Tula de Allende, por ello se hizo una muestra especial para estos municipios de 500 elementos elegibles. Se hizo un segundo muestreo con los restantes municipios, diferenciando según sexo, espacio de residencia rural/urbano, a partir de los indicadores sociodemográficos que guardan, considerando sus localidades.

La encuesta tiene un grado de confianza del 95 por ciento, con un error de estimación del 5 por ciento a nivel estatal y una no respuesta del 20%. El trabajo de campo para el levantamiento de la encuesta se efectuó en el periodo del 3 al 24 de enero del año 2016; el cuestionario estuvo conformado por 125 preguntas. La encuesta recabó información de 1800 hogares útiles seleccionados. Las exigencias de precisión y confianza anteriores, obligaron a utilizar un esquema de muestreo simple sin reemplazo, con un tamaño de muestra entre 138 y 384 casos para cada dominio, a efectos del diseño se tomó el punto máximo de 384 (Johnson, 1997, Mendenhall, 2002, Weimer, 2003; Bundick, 2004).

Por otra parte la tasa de no respuesta es el número de entrevistas que no se pudieron obtener entre el total, ya sea de viviendas en muestra o de personas mayores de 60 años localizadas en la muestra. Esta tasa de no respuesta proporciona una medida en la calidad de las estimaciones que se obtienen a partir de ella. A menor tasa de no respuesta, existe una menor posibilidad de introducir sesgos en las estimaciones, sobre todo cuando las características de las personas mayores de 60 años que no respondieron, difieren sustantivamente de las que sí respondieron. El esquema de muestreo que se utilizó fue definido por las Áreas Geográficas Básicas (AGEB) repartidas proporcionalmente en los municipios (Hildebrand, 2002, Walpole, 2004). La unidad secundaria de muestreo (USM) fue la manzana. Para la selección de ellas, se utilizó un mapa amanzanado por cada AGEB en el cual se contaron y numeraron las manzanas que contenía. En esta segunda etapa, la selección

se realizó con igual probabilidad. En las manzanas seleccionadas se visitaron todas las viviendas y dentro de ellas se entrevistó a todas las personas de 60 años y más (P60) residentes habituales; esto es, al interior de las manzanas se realizó un censo de la población objetivo.

En cuanto al muestreo para las áreas rurales, y dada la no disponibilidad de información censal a nivel AGEB, en el caso de las localidades menores de 2500 habitantes, la unidad primaria de muestreo (UPM) fue la localidad. El proceso de estratificación consistió en agrupar localidades por región geográfica, en la segunda etapa de muestreo, las unidades secundarias de muestreo (USM) fueron por un lado, áreas formadas en las zonas de caserío disperso y por otro, las manzanas cuando existía algún trazo de ellas en la localidad.

Características de la población envejecida en el estado de Hidalgo

El estado de Hidalgo es una de las cinco entidades prioritarias en México, con mayor marginación, pobreza, bajos niveles de bienestar, lo que permite observar un escenario complejo y difícil en los próximos años. Los resultados que se expondrán a continuación, han sido tomados de la encuesta Jurídico-demográfica del Envejecimiento en Hidalgo, 2016, la cual permitirá elucidar con detalle, cuáles son las ausencias de esos derechos universales, y que esta población ha estado excluida durante un largo tiempo de su vida.

▪ Características de la familia y estructura por edad y sexo

En cuanto a la relación de parentesco en el hogar de la población masculina con 60 años y más, las cifras de la encuesta revelan que del total de hombres ancianos mayores de 60 años de edad, el 87.4% se declararon jefes del hogar; proporción que aumenta para los viejos jóvenes y disminuye conforme los grupos de edad son más envejecidos hasta alcanzar en el grupo de 85 y más en donde un 71.3% de hombres declararon ser jefes de hogar. Si bien es cierto es una alta cifra, hay que recordar que Hidalgo sigue teniendo un porcentaje alto (47.8%) de población que reside en lugares rurales y los ancianos trabajan hasta edades avanzadas para su sustento.

Los ancianos que declararon ser padres del jefe del hogar, apenas alcanzaron un 6.9%, dado que en términos globales se observan bajos porcentajes en los llamados viejos jóvenes,

lo que podría estar indicando que esta población aún no tiene la necesidad de vivir en casa de los hijos o que aún no cede la jerarquía dentro del hogar. También se observa que conforme se incrementa la edad quinquenal, la cifra de padres del jefe de hogar aumenta hasta llegar al grupo de 85 y más, en donde alcanzó un 13.4%. Los hermanos del jefe de familia también tienen un valor poco significativo, apenas un 0.8%, igual cifra para los abuelos, en una situación similar se encuentran los que declararon ser suegros, cuyo porcentaje para el total de los grupos de edad es de alrededor del 2.9%. Las demás categorías resultan de un comportamiento similar a lo anterior, y son muy poco significativos.

En el caso de las mujeres entrevistadas el 32.1% del total de mujeres con 60 años y más declararon ser jefas de familia, y conforme los grupos son más viejos este porcentaje disminuye hasta llegar al grupo de 85 y más, en donde alcanzó un 25.9%. Este comportamiento parece lógico, dado que los hombres ancianos se identifican como jefes, y en la edad de 85 años y más, muchos de ellos han fallecido, y por ende las mujeres ocupan el lugar de jefa del hogar. Por otra parte, las mujeres que declararon ser madres del jefe del hogar alcanzan para toda la población con 60 años y más el 17.1%, situación que de manera semejante al de los hombres aumenta en los grupos de edad avanzada. Las hermanas del jefe del hogar alcanzaron un porcentaje de 2.4%, las abuelas un 5.1%; las suegras el 3.1% y las cónyuges alcanzaron un 38.3%. Estos datos sugieren que cerca de 4 de cada 10 ancianas, especialmente las ancianas jóvenes, viven en pareja. Los otros parientes suman un porcentaje del 1.9%, y no son cifras significativas.

El número de personas que habitan en el hogar, sobresale que entre los hombres con 60 años y más el porcentaje total que viven solos es de 1.5%, los que viven con otra persona más, independientemente del parentesco, son el 25.4%. Los que viven con dos personas más son el 21.6%, los que viven en hogares con cuatro miembros incluido el anciano son el 11.2%. Los que viven en hogares de cinco miembros incluido el anciano son 8.7%, y los que viven en hogares de más de 6 miembros incluyendo al anciano es el 31.6%. Es posible concluir que 4 de cada 10 varones con 60 años y más, habitan en hogares donde los miembros superan las cinco personas, lo que sugiere la posible diversidad de relaciones intergeneracionales entre estos hogares. Por su parte, las mujeres que habitan solas tienen un porcentaje de cerca del 1.8%, las mujeres con 60 años y más que viven con una persona más, independientemente de su parentesco, son el 25.1%. Las que viven con dos personas más son el 22.3%, mientras que las personas que viven con tres personas suman el 15.4%. En los hogares con cuatro personas,

además del anciano, tienen un porcentaje 11.2%, en donde existen 5 miembros además del anciano, alcanzan un 8.3%, y el 15.9% conforman los hogares con más de siete personas, entre las que cuentan a la anciana de 60 años y más.

Esto demuestra la pobreza en la que vive en la entidad, y en donde el jefe de hogar, aun estando anciano, sigue jugando un papel importante en la familia, incluso con descendientes mayores de edad. Esto generara un problema a mediano plazo, donde estarán residiendo en un mismo hogar, dos generaciones de personas envejecidas.

▪ Alfabetismo y escolaridad

De acuerdo a los datos obtenidos en la encuesta Jurídico-demográfica del envejecimiento en Hidalgo, sólo cuatro de cada 10 ancianos saben leer y escribir, específicamente en el caso de la población masculina el 72.5% sabe leer y escribir; mientras que este porcentaje en las mujeres es menor, alcanzando un 54.2%. Al analizar a los ancianos según nivel de escolaridad, se observa que los resultados de la Encuesta favorecen a los hombres, el 42.5% de ellos manifestó tener estudios de primaria, ya sea completa o incompleta, el 9.3% estudios de secundaria y el 9.1% niveles superiores a partir de la preparatoria, aunque destaca que un 39.1% declaró no tener ningún tipo de estudios. Las mujeres por su parte, declararon un 39.6% haber cursado estudios de primaria, ya sea completa o incompleta, 2.8% estudios de secundaria y sólo 1.8% estudios de bachillerato, equivalentes o más.

Las mujeres sin estudios con 60 años y más superan el porcentaje de hombres llegando a un 51.1%, también son menos el número de mujeres con estudios de primaria, 35.9%; y en el grupo de bachillerato y más también existe una diferencia considerable, a favor de los hombres. Se concluye que en el nivel de escolaridad y la condición de alfabetismo, existe una fuerte diferenciación entre ambos sexos, siendo los hombres los más favorecidos. Es claro que hubo una violación continuada del derecho a la educación, así como tampoco hubo programas de planes que hiciera que cuando este grupo etareo era niño o joven, estuviera en las aulas de las escuelas, como ocurre con programas de otras latitudes.

Hombres y mujeres mayores de 60 años en Hidalgo, han sido cooptados de este derecho, y los resultados han sido negativos en su desarrollo de la adultez, viéndose limitados en muchos otros derechos por el simple motivo de no saber leer y escribir, y que son 4 de cada 10 habitantes de esta entidad, mayores de 60 años. Sin duda este derecho universal

estuvo truncado, pero el daño que causó fue grave, ahora tienen trabajos residuales, mal pagados, con pocos ingresos, y tienen menos posibilidades de desarrollo.

▪ **Condiciones de vivienda**

En cuanto a las condiciones de la vivienda se pueden calificar como por debajo de las mínimas necesarias para la población en la tercera edad, específicamente en cuanto a número de cuartos para dormir. También se analiza si la cocina también es utilizada como un dormitorio, la existencia de taza de baño, agua entubada, drenaje, electricidad, escaleras y número de pisos. El contar con los elementos mínimos para subsistir decorosamente, a la seguridad social y a la vivienda, como lo plantea el artículo 23 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre que dice:

Artículo XXIII. Toda persona tiene derecho a la propiedad privada correspondiente a las necesidades esenciales de una vida decorosa, que contribuya a mantener la dignidad de la persona y del hogar

Al revisar el número de cuartos que existe en la vivienda del anciano, se advierte que en el caso de la población masculina que sólo tiene en la vivienda donde habita un cuarto para dormir representa el 33.2%, un 36.3% cuenta con dos cuartos y 19.1% con 3 cuartos; sólo un 11.4% de la población cuenta con 4 cuartos o más. Esta información analizada por grupos de edad muestra que el comportamiento entre los ancianos jóvenes y más envejecidos es muy similar. Estos resultados podrían sugerir que los ancianos tienen condiciones de vivienda aparentemente desventajosas, los que tienen dos cuartos y menos son el 69.5%, y si lo contrastamos contra el número de ocupantes en la vivienda es un indicador de aglomeración, el cual afecta de manera diferencial a los integrantes de un núcleo familiar.

Del total de mujeres con 60 años y más, 34.7% habitan en viviendas donde sólo hay un cuarto para dormir, cifra ligeramente superior al de los hombres en estas edades. Las que tienen dos cuartos para dormir suman el 38.1%. Las que tienen tres cuartos para dormir son el 17.4% y las que tienen cuatro cuartos y más representan el 9.8%. Estos resultados evidencian que uno de cada tres, ya sean hombres o mujeres envejecidas, habitan en viviendas con un solo cuarto para dormir, tienen difíciles condiciones de vida, puesto que en su mayoría viven con otros ocupantes en la vivienda. Además, del total de viviendas captadas en la Encuesta con un solo cuarto para dormir un porcentaje de 31.6% tienen más de 3 ocupantes. Esto confirma

la preocupación anterior de conocer con mayor profundidad la dinámica al interior de estas viviendas que tienen por lo menos un anciano.

Al cruzar la variable cuartos en la vivienda con la variable personas que residen en ella, se observa que del conjunto de las viviendas con un solo cuarto, que no necesariamente se utiliza sólo para dormir, viven en un porcentaje de 35.1% más de tres miembros. Del total de viviendas con un solo cuarto, un 17.4% cuenta con 5 integrantes o más, cabe señalar que, según el planteamiento de la encuesta, se sugiere que en este tipo de viviendas debe habitar por lo menos un miembro con 60 años y más, sea este hombre o mujer. Lo que sugiere reflexionar en torno a las condiciones, en términos del espacio que tiene la población envejecida.

En el mismo sentido, del total de viviendas visitadas con dos cuartos y con un habitante de 60 años y más, se observa que el 49.7% tienen entre 1 y 2 ocupantes, mientras el 25.8% tienen un total de 3 y 4 ocupantes de vivienda. El resto, 24.5% de viviendas con sólo dos cuartos tienen 5 o más ocupantes. Esto confirma que en un porcentaje considerable las viviendas con 1 y 2 cuartos por lo menos algún anciano y también un número considerable de otros ocupantes.

En lo que respecta a la existencia de taza de baño en la vivienda donde habita por lo menos un anciano, sobresale que el 58.8% de los hombres mayores de 60 años declaró tener taza de baño con conexión de agua, y el 19.7% sin conexión de agua, además de un 23.6% que carece de taza de baño. Esta información nuevamente sugiere pensar las condiciones propicias para una vida sana en esta etapa de la vida, dado que 1 de cada 5 hidalguenses no tiene taza de baño, y casi 1 de cada 2 no tiene conexión de agua potable.

Las mujeres que reportaron tener taza de baño con conexión de agua suman el 56.7%, cifra ligeramente inferior al reportado por los hombres también con 60 años y más. Las que tienen taza de baño sin conexión de agua son el 20.3%, mientras que las que no tienen taza de baño son el 24.8%, es decir una de cada 4 mujeres carecen de ella en su vivienda. En general, independientemente del sexo, las mujeres y hombres captados en la encuesta indican que del total de población en la tercera edad, es decir, con 60 años y más, alrededor del 24.2% no tienen taza de baño.

Por otra parte, de la población total masculina con 60 años y más, el 62.8% declararon tener agua entubada dentro de la vivienda, el 23.5% tenerla fuera de la vivienda, 3.6% de la llave pública y el 10.1% de la población masculina respondió no tener agua entubada. Es

posible concluir que uno de cada tres carece de agua entubada dentro de la vivienda. De la población femenina con 60 años y más, el 63.2% contestaron tener agua entubada dentro de su vivienda, el 23.9% fuera de la vivienda, el 2.4% toman agua de la llave pública y el 10.5% no disponen de agua entubada; entre ambos sexos, las proporciones son muy similares.

En cuanto a la existencia de drenaje en la vivienda, la población masculina contestó en un 60.1% que tenía drenaje conectado a la calle, el 18.5% respondió que el drenaje lo tienen conectado a la fosa séptica, el 3.1% tienen drenaje al suelo, río, lago o cuerpo de agua, y el 18.3% no tienen drenaje. La población femenina reportó en las mismas opciones un 58.9% con drenaje conectado a la calle, 18.1% lo tienen conectado a la fosa séptica, 2.9% desaguan en el suelo o río, y el 20.1% no disponen de drenaje. En general se encuentra que 1 de cada 4 hogares en donde vive un anciano en el Estado de Hidalgo, carece de drenaje.

Por lo que respecta a la propiedad de la vivienda que habitan, se observa que la población masculina de 60 años y más en un 6.1% rentan su vivienda, 7.3% viven en una vivienda prestada, un 55.9% es propiedad de la familia y un 30.7% es propiedad del mismo anciano entrevistado. Las mujeres tienen una distribución ligeramente distinta; aquellas que viven en una vivienda prestada son el 8.3%, en una rentada son el 8.1%, 57.7% es propiedad de la familia y el 25.9% propiedad de la mujer entrevistada con 60 años y más.

Si relacionamos la variable agua entubada, drenaje y tipo de propiedad, encontramos que las viviendas rentadas que tienen agua entubada dentro de la vivienda es el 84.6%, y que además tienen drenaje conectado a la calle; el 12.3% tienen drenaje conectado a la fosa séptica y el 3.1% no tienen drenaje. Del total de viviendas con agua entubada fuera de la vivienda, el 58.4% tienen drenaje conectado a la calle, el 24.8% el drenaje lo tienen conectado a la fosa séptica, el 3.2% tienen desagüe exterior y el 13.6% no tienen drenaje.

De las viviendas con algún miembro anciano pero cuya vivienda es prestada, aquellas que tienen agua entubada dentro de la vivienda su distribución con respecto al drenaje es la siguiente: 60.2% tienen drenaje conectado a la calle, el 22.3% está conectada su vivienda a fosa séptica, el 14.6% no tienen drenaje y el 2.9% tienen desagüe exterior. Del total de viviendas con agua entubada fuera de la vivienda el 34.2% tienen drenaje conectado a la calle, 21.6% lo tienen conectado a la fosa séptica, 2.9% tienen desagüe exterior y el 41.3% no tienen drenaje. Mientras que las viviendas que no tienen agua entubada, el 85.5% carecen de drenaje, 6.2% tienen desagüe exterior y 8.3% están conectados a la fosa séptica.

Se advierte que las viviendas prestadas son las que tienen malas condiciones con

respecto al agua entubada y el drenaje, lo que puede ser un elemento que permita reconsiderar las condiciones de salud y bienestar para los ocupantes de estas viviendas, entre los que se encuentran los ocupantes de la tercera edad.

Las mismas variables para las viviendas propiedad de la familia que tienen agua entubada al interior sobresale que el 76.5% de ellas tienen conectado el drenaje a la calle, el 9.6% lo tienen conectado a una fosa séptica, el 4.1% al desagüe exterior y el 9.8% no tienen drenaje. Las viviendas propiedad de la familia que pueden proveerse de agua entubada fuera de la vivienda, en un 37.9% tienen drenaje conectado a la calle, 38.3% lo tienen conectado a la fosa séptica, 4.8% tiene desagüe exterior y el 19% carecen de drenaje.

Para el total de las viviendas que usan agua entubada de la llave pública, el 13.4% tienen drenaje conectado a la calle, 10.1% están conectados a la fosa séptica y el 76.5% carecen de drenaje. Las viviendas propiedad de la familia que no tienen agua entubada, 73.1% también no tienen drenaje, el 12.8% lo tienen conectado a la fosa séptica, el 10.4% tienen drenaje conectado a la calle y el 3.7% al desagüe exterior. Hasta el momento en los tres tipos de propiedad de la vivienda es la carencia de drenaje la que aunada a la ausencia de agua entubada resultan agrupar el mayor porcentaje. Situaciones que se agravan en las viviendas prestadas así como en las que son propiedad de la familia.

Para el total de las viviendas propiedad de alguna persona con 60 años y más, de aquellas que cuentan con agua entubada, 76.8% tienen drenaje conectado a la calle, 13.2% no tienen drenaje, 7.3% lo tienen conectado a la fosa séptica y el 2.7% al desagüe exterior. Las viviendas que tienen agua entubada fuera de la vivienda, el 41.5% tienen también drenaje conectado a la calle, el 22.6% lo tienen conectado a la fosa séptica, el 28.9% no tienen drenaje y el 7.0% tienen desagüe exterior. En cuanto a las viviendas que utilizan agua entubada de la llave pública 13.4% tienen drenaje conectado a la fosa séptica, 22.3% al desagüe exterior y 64.3% no tienen drenaje.

Es posible apreciar que las viviendas prestadas, rentadas y las que son propiedad del anciano son las que peores condiciones tienen en cuanto a carecer de agua entubada y drenaje. En este tipo de viviendas se encuentran en condiciones deterioradas que afectan la sana estancia de una persona de 60 años y más. El poseer la propiedad de una vivienda independientemente que sea posesión de la familia o del anciano no garantiza que este provista de agua entubada y drenaje. Las viviendas que presentan una mejor situación física y de infraestructura, así como un mayor número de servicios básicos, fueron las rentadas.

En lo que respecta a contar con el servicio de energía eléctrica, la población masculina en un 97.0% respondieron tenerlo en su vivienda, situación similar a las mujeres, que contestaron en un 97.2%. Como se ha referido, al acceso a la vivienda es un tema insoslayable, especialmente cuando hablamos de personas de 60 años y más. El número de niveles y el número de escaleras pueden propiciar accidentes o situaciones de riesgo que haga peligrar la salud e independencia funcional de esta población. Ante la pregunta si tienen que subir o bajar escalones o peldaños para acceder a sus viviendas, un 19.7% de población masculina respondieron que sí, mientras un 19.1% de las mujeres en esas edades respondieron que necesitaban subir escalones o peldaños para llegar a su hogar. En general, hay que señalar que más del 80% de los ancianos hombres y mujeres hidalguenses no tienen una situación de riesgo en cuanto a las dificultades u obstáculos que tienen que pasar para llegar a su hogar.

En el mismo sentido, ante la pregunta ¿Cuántos pisos o niveles hay en su vivienda? La población masculina respondió en un 58.6% que no tienen que subir pisos o niveles en su vivienda, el 17.9% respondieron tener dos plantas, el 8.4% tienen tres niveles, y el 15.1% cuatro niveles o más. Las mujeres, por su parte, en un 64.1% contestaron no tener otros pisos en su vivienda, el 16.5% contestaron tener dos plantas, 8.2% tres pisos, y el 11.2% viven en hogares con cuatro o más pisos.

En resumen, las personas adultas mayores que radican en Hidalgo ven sin posibilidad de acceso los derechos de Seguridad Social y de una vida adecuada y medios de subsistencia, como son la vivienda, el acceso a agua potable, drenaje, incluso como se observó, contar con una simple taza de baño.

Sin embargo el tema es muy denso y amplio, por ello Zaragoza-Contreras y Galindo-Enciso consideran que el derecho debe ser tan dinámico como la propia sociedad, y el sistema normativo debe revisarse en forma permanente y el legislador debe de realizar las adecuaciones pertinentes para que los derechos se dinamicen en términos de efectividad. Específicamente se centra su trabajo en la protección del patrimonio de los adultos mayores, ya que en el diario quehacer jurisdiccional se perciben las más variadas acciones que ejercen fundamentalmente familiares para despojar de sus bienes a los adultos mayores, sin que ellos reciban beneficios directos. Se toma como ejemplo el Estado de México ya que su situación geopolítica y demográfica permite considerar que representa la suma y síntesis de la problemática que en materia de protección del patrimonio de adultos mayores se vive en la

República Mexicana (Zaragoza-Contreras y Galindo-Enciso, 2019).

- **Actividad económica**

Al analizar la condición de actividad en la población de edad avanzada se observa que el 51.8% desempeña un trabajo no remunerado, mismo que incluye quehaceres del hogar y servicios gratuitos a la comunidad. En tanto, el 33.6% de la población desarrolló alguna actividad remunerada; en este rubro se contemplan aquellos individuos incapacitados temporalmente con goce de sueldo (0.6%); además aproximadamente una quinta parte de los ancianos (19.7%) permaneció inactivo. Diferenciando los datos según sexo, se encuentra que existe una mayor proporción de hombres (56.1%) con trabajo remunerado que de mujeres en tal condición (12.8%); por el contrario, éstas últimas superan a la población masculina en lo que a trabajo en el hogar se refiere con 75.2% por 18.6% que presentaron los hombres.

En términos generales, la proporción de individuos que desarrollan alguna actividad remunerada disminuye conforme aumenta la edad, mientras que en aquellos que no reciben remuneración no se presentan variaciones importantes. En cuanto a la posición en el trabajo los resultados muestran porcentajes muy diferenciados entre la población empleada, como para aquella que labora por su cuenta: 23.6% y 76.4%, respectivamente. Analizando este rubro por sexo, se puede observar que las mujeres (28.6%) son empleadas en menor proporción que los hombres (39.4%). La mayor proporción de mujeres se ubican en el sector informal, esto se puede justificar dadas las dificultades que afronta dada su edad avanzada, especialmente por su bajo nivel escolar, lo que le restringe ingresar o permanecer en el sector formal. En el sector informal se presentan menos barreras para el ingreso de la mujer, aunque reporta mucho menos ganancia económica, así como tampoco se goza de prestación alguna. Además, al permanecer en el sector informal, le es más fácil atender la necesidad que tiene de equilibrar las funciones de prestación de asistencia y trabajo doméstico, los cuales le han impuesto su cultura y su sociedad.

Se advierte que el derecho universal a un trabajo digno no se cumple para este grupo de población en la entidad de Hidalgo, y genera inherentemente mayores dificultades a este grupo vulnerable, disminuyendo su calidad de vida. Hidalgo es una entidad con una cantidad importante de población que reside en áreas rurales, por ello las actividades comprendidas dentro del sector primario se sitúan en el primer lugar con 53.8%, apareciendo

posteriormente el sector de la extracción, construcción y transformación (9.7%), y por último el sector terciario, con 36.5%. Los datos desagregados para el sector servicios indican que la rama de actividad más importante es el comercio, pues constituye el 58.5% de ésta.

Analizando estos datos según sexo, encontramos que en las dos primeras ramas de actividad los hombres (58.5% y 29.4%) rebasan porcentualmente a las mujeres (11.2% y 5.6%), pero en lo que respecta a la prestación de servicios, la situación es inversa (30.3% y 64.9% para mujeres y hombres, respectivamente). Desde otra perspectiva, las ramas primaria y terciaria no parecen tener relación muy clara con la edad, pero en el caso de la secundaria es posible ver una disminución en los valores a medida que envejece la población.

Sobresale el hecho de que más de la mitad de la población, con excepción de los trabajadores por cuenta propia, dedican entre 40 y más horas semanales a su actividad laboral, independientemente de la posición en el trabajo que ocupen. Debe añadirse que existe un mayor porcentaje de mujeres que trabajan menos de 39 horas y a su vez, una cantidad superior de hombres con dedicación de 40 horas y más. Llama la atención que la edad y el tiempo de dedicación al trabajo no tienen una relación clara. Por lo que toca a la rama de actividad, los porcentajes más altos que se encuentran en el rubro de 40 horas y más corresponden a la agricultura y ganadería, con más de un 74.0%, se observa la violación del derecho a la igualdad, porque parece que estar viejo es una clara desventaja para acceder a un empleo, ya sea este de tipo formal o informal.

Analizando los datos de la Encuesta Jurídico-demográfica del Envejecimiento en el Estado de Hidalgo, se encuentra que aproximadamente un 16.9% de la población de edad avanzada está inactiva; de éstos, el 11.7% corresponde al sexo masculino y el 5.2% al femenino. Así también, el porcentaje de sujetos inactivos crece en función de la edad. Un hecho que resalta, y sobre el cual habría que profundizar, es que exista una mayor proporción de población inactiva en el ámbito rural que en el urbano (10.2% y 8.1% respectivamente). Por otro lado, entre los principales motivos por los que dejaron de trabajar los ancianos, están la enfermedad o accidentes, causas a las que se atribuye casi la mitad de los casos (49.8%), le siguen la jubilación o pensión (18.6%), el retiro (5.7%) y el matrimonio (4.8%).

Los aspectos relacionados con la fuente de trabajo o el tipo de contratación, como son el despido, quiebra de la empresa y contratación temporal, no resultaron ser significativos, en total condensan un 6.8%. Sin embargo se logra ver una distribución diferencial según sexo,

para los hombres los principales motivos para dejar de trabajar fueron enfermedad o accidente con un 59.9% y jubilación o pensión con 23.6%, seguido del retiro voluntario (7.9%) y despido (2.5%). El matrimonio apenas alcanzó un 1.0% como causa de dejar de trabajar, incluso por debajo del concepto cansancio e insatisfacción de ese empleo (1.3% y 1.8% respectivamente).

En el caso de las mujeres se encuentran en primer lugar la enfermedad o accidente con un 27.2%, le siguen el matrimonio con 6.4%, la jubilación o pensión con 4.3%, el retiro voluntario con 3.1%, y los cuidados maternos con 2.5%. Hay que destacar que los hombres manifestaron en un momento el cansancio (1.3%) concepto que no apareció en el caso de las mujeres, de igual forma la insatisfacción como motivo de dejar el empleo, en los hombres fue de 1.9%, mientras que en las mujeres alcanzó apenas un 0.5%.

Por otra parte, el 50.1% de la población que alguna vez tuvo una actividad laboral, dejó de trabajar en un 18.7% entre los 50 y 59 años, un 23.4% lo hizo entre los 60-69 y un 6.3% entre los 70 y los 79. Este mismo rubro analizado según el motivo por el que dejaron de trabajar, indica que para los individuos que abandonaron la actividad laboral ya sea por jubilación o pensión, por enfermedad o accidente o bien por retiro, la mayor proporción se sitúa entre los 60 y 69 años. Entre quienes dejaron de trabajar por matrimonio, el 54.9% tenían entre 20 y 29 años, y mayoritariamente fueron mujeres. La diferencia en las causas de inactividad laboral según sexo, también se manifiestan en la edad de abandono de la actividad; de esta forma, en las mujeres se observa un aumento paulatino de la inactividad a partir de los 20 a 29 años (10.2%) llegando a su punto más alto de los 60 a los 69 años, para después ir disminuyendo.

En conclusión, los habitantes de Hidalgo envejecidos trabajan no importando la edad o el tipo de trabajo, una excesiva cantidad de horas, violentándose en su persona el derecho a tener un trabajo que les permita seguridad e integridad a su persona, que en ese sentido, ya se está violentando otro derecho universal.

▪ **Características de pensión y retiro**

Del total de la población de 60 años y más el 74.8% ha desempeñado una actividad laboral en algún momento de su vida; sin embargo, sólo el 16.2% de ellos ha sido incluido en algún plan de pensión o retiro, independientemente de que ya se haya beneficiado de él o de que espere

hacerlo en el futuro. Por otra parte, se observan grandes diferencias según sexo, ya que la proporción de hombres incluidos en algún plan de retiro es aproximadamente el doble que el de las mujeres (20.9% y 9.7%, respectivamente). La edad a la que recibieron la pensión o a la que esperan recibirla, se encuentra principalmente entre los 60 a 69 años (39.8% en el grupo de 60 a 64 años y 21.6% en el grupo de edad de 65 a 69), aunque no se observan grandes diferencias en este rubro según sexo.

En relación a la población que no está incluida en ningún plan de pensión o retiro, el 80.5% manifestó no tener derecho, el 14.6% trabajaron en empresas que no los ofrecían, el 3.1% no saben si tienen derecho y el 1.8% tienen derecho pero no se los quieren otorgar. Con respecto a la pensión según sexo, encontramos similitudes, por ejemplo en el caso de los hombres, el 77.2% manifestó no tener derecho, el 12.3% trabajaron en empresas que no los ofrecían, el 8.9% no saben si tienen derecho y el 1.6% tienen derecho pero no se los quieren otorgar. En el caso de las mujeres, el 75.1% manifestó no tener derecho, el 14.6% trabajaron en empresas que no los ofrecían, el 8.2% no saben si tienen derecho y el 2.1% tienen derecho pero no se los quieren otorgar.

Indiscutiblemente, la pensión y el retiro da una relativa certeza económica en el tiempo que las personas ya no pueden laborar, pero si solo el 10.3% acceden a una pensión, hay 89.7% que tienen que seguir laborando, tal y como se observó en ítem anterior. Esta deficiencia, afecta sus derechos de Seguridad Social, de nivel adecuado a los medios de subsistencia, de empleo, de igualdad, porque en el caso del estado de Hidalgo, al igual que en el contexto mexicano, el que no trabaja, no come. No hay programas reales, que ayuden a cumplir los derechos referidos anteriormente, y en mayor desventaja se encuentran las personas envejecidas.

▪ Ingresos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos como hemos analizado, es la piedra angular en la historia de estos derechos. Los ingresos junto con el derecho al empleo, son substanciales para poder vivir, y poder gozar de otros derechos inherentes. Las fuentes de ingreso en la población de edad avanzada son muy diversas, esto en parte al bajo monto de los salarios y las obsoletas pensiones que reciben, así como a la inactividad que va en aumento en relación con la edad. En este sentido las redes sociales de apoyo y principalmente

la familia, juegan un papel importante como lo demuestra el alto porcentaje de ancianos que tienen como una de sus fuentes de ingreso, la ayuda directa de un familiar 56.7% (72.7% de familiares que viven con ellos y 27.3% de familiares que no viven con ellos), les siguen los que tienen sueldo como una de sus fuentes de ingreso con un 27.9%, y los pensionados y jubilados con 10.1%. Otras fuentes de ingreso que aparecen con menor importancia son rentas o ganancias con 2.8%, ahorros con 1.5 % y pensiones por viudez o divorcio con 1.1%

Analizando este rubro según sexo, los datos muestran que el 76.2% de las mujeres tienen entre sus fuentes de ingreso a familiares, mientras que en el caso de los hombres el porcentaje es casi la mitad (37.2%). Por lo que se refiere al sueldo y a las pensiones sucede lo contrario, los hombres obtuvieron un 40.1% y las mujeres un 15.7% en el primer caso; mientras que en el segundo fue de 16.1% y 4.1% respectivamente. En el caso de las rentas y ganancias, para el caso de los hombres fue de 4.2%, mientras que para las mujeres fue de 1.3%, y por lo que respecta a las pensiones por viudez, en el caso de los hombres apenas alcanzó un 0.3%, mientras que para las mujeres fue de 1.9%. Para López y Marín las pensiones tienen como objetivo asegurar, mediante una retribución de carácter pecuniario, el mantenimiento de un nivel de vida digno en la etapa de retiro (López y Marín, 2020), sin embargo el escenario del estado de Hidalgo es totalmente diferente.

El apoyo de la familia es un ingreso fuerte para los ancianos, incluso, el que proviene de aquellos familiares aunque no vivan con el anciano, en este rubro y para el caso de las mujeres fue de 24.9%, mientras que en los hombres fue de 12.6%. La familia como fuente de ingreso crece conforme avanza la edad del anciano, situación que se invierte en relación al salario, y la edad de la persona envejecida.

▪ **Ingresos mensuales**

Una revisión de los ingresos totales de la población de edad avanzada muestra que una considerable proporción de ellos no tienen ingreso alguno (19.6%), el 51.3% recibe menos de mil pesos mensuales, el 12.7% reciben de \$1,000.00 (Un mil pesos 00/100 M.N.) a \$1,999.00 (un mil novecientos noventa y nueve pesos 00/100 M.N.) y solamente el 7.4% reciben más de \$2,000.00 (dos mil pesos 00/100 M.N.).

Esta situación se agrava en el caso de las mujeres de las cuales el 25.9% no tienen ningún ingreso, comparado con un 13.3% de los hombres, en el caso de los ingresos de

menos de \$1,000.00 (Un mil pesos 00/100 M.N.) mensuales la proporción de hombres y mujeres es similar (52.2% y 50.4%, respectivamente), situación que no se mantiene en cuanto a los siguientes ingresos de \$2,000.00 (dos mil pesos 00/100 M.N.) y más (9.9% y 4.8% respectivamente).

En relación a la edad, el mayor porcentaje en las categorías de \$1,000.00 (Un mil pesos 00/100 M.N.) y más se ubica en la población de 60 a 64 años, mientras que el rubro de ningún ingreso la mayor proporción la tienen los ancianos de 85 y más años.

El ingreso de los ancianos según la posición que ocupan en el trabajo presenta pocas variaciones, mostrando en todas las categorías laborales la proporción más alta en el rubro de menos de \$1,000.00 (Un mil pesos 00/100 M.N.) mensuales.

Según la rama de actividad, la proporción más alta en cuanto a ingresos de menos de \$1,000.00 (Un mil pesos 00/100 M.N.), la ocupa la población que se inserta en el sector agropecuario, por lo que respecta a los ingresos de \$1,000.00 (Un mil pesos 00/100 M.N.) y más, la rama de extracción, construcción y transformación ocupa los lugares más importantes.

Así también, las personas del área rural son las que mayoritariamente no tienen ingresos, o estos son muy bajos, mientras que las personas envejecidas de las zonas urbanas presentan un ingreso medio tres veces mayor a los que viven en zonas rurales.

En conclusión, los habitantes de Hidalgo en promedio, un 86% percibe tres salarios mínimos y menos, tomando como ejemplo el salario mínimo nacional alcanza la suma de \$6,661.23 (Seis mil seiscientos sesenta y un pesos 23/100 M.N.). Si en promedio las familias tienen entre 4 y 5 miembros, hablamos de un ingreso limitado.

Pero las personas mayores de 60 años, están en peor situación, el 70% de mexicanos trabaja en el mercado informal, pero una gran mayoría de los viejos demográficamente hablando están en la informalidad y en trabajos residuales. Uno de cada cinco trabaja pero no recibe salario, y uno de cada dos recibe menos de \$1,000.00 (Un mil pesos 00/100 M.N.) al mes, es decir tiene que subsistir con \$32.00 (Treinta y dos pesos 00/100 M.N.) diarios, prácticamente en la línea de pobreza extrema. Al observar estos magros ingresos, es muy razonable lo que propone Díaz-Tendero, un marco conceptual en torno a la solidaridad económica hacia la población adulta mayor, que debe ser ejercida por el estado, a partir de las dimensiones de la solidaridad económica, desde el enfoque de la Economía Política del Envejecimiento. En razón de que el estado es el único actor capaz de proporcionar la

solidaridad económica universal, y que solamente a partir de este cumplimiento pueden también darse de manera plena las demás dimensiones de la solidaridad (Díaz-Tendero, 2015).

▪ Bienes

El derecho a la propiedad también es un derecho universal, además nadie puede ser privado de esos bienes. Pero sin escolaridad, con empleos precarios, y estando después de cumplidos los 60 años, es difícil contar con bienes. Por lo que respecta a las diversas propiedades, específicamente bienes inmuebles con los que cuentan los ancianos, se advierten que el 65.2% manifestaron tener por lo menos una casa, el 7.2% por lo menos un vehículo, 4.2% tener inversiones o ahorros, 2.8% otros bienes, y el 20.6% ningún tipo de bien. Esto refleja la mala situación de los ancianos hidalguenses, en donde 1 de cada 5 no cuenta con ningún bien material como apoyo.

Revisando los datos según sexo, encontramos fuertes asimetrías, por ejemplo el 80% de hombres manifestaron tener por lo menos una vivienda, mientras que las mujeres alcanzaron el 58.5%; 8.0% de los hombres dijeron tener por lo menos un automóvil, cifra que disminuye en la mujer hasta 2.2%. Por lo que respecta a las inversiones y los ahorros, los hombres que manifestaron tener dichos bienes fueron un 3.5%, proporción muy similar de las mujeres en 2.6%. Los que manifestaron tener otro tipo de bienes, en los hombres alcanzaron la cifra de que 4.1% mientras que las mujeres llegaron a 1.2%, por último sobresale que un mayor número de mujeres manifestó no tener ningún tipo de bien (35.5%), mientras que en el mismo rubro sólo un 4.4% de hombres dijo estar en la misma situación.

Esto refleja que las mujeres están más desprotegidas en cuanto a bienes materiales que los hombres, y por ello se puede explicar que reciben en cierta medida más apoyo económico por parte de sus familiares, que el que reciben los hombres ancianos. Este derecho también es imposible de gozarlo por parte de uno de cada cinco personas envejecidas en Hidalgo, ya que no cuentan con bienes, han vivido limitados, en pobreza, con marginación, y hablar de bienes es ilusorio. ¿Qué les espera a estas personas que son viejas y sin propiedades de donde disponer para dificultades de salud?

Dentro de la Encuesta Jurídico-demográfica del Envejecimiento en Hidalgo, 2016, también se observó que principalmente en los espacios rurales, aunque en las zonas urbanas

también se observa este fenómeno, las personas tienen una vivienda, pero que es producto de la exigua creación de ejidos. Es una propiedad que se podía acceder a muy bajo costo, solo habría que trabajar la tierra. Pero ¿qué ocurrirá con las generaciones futuras, que les toca vivir la disolución del ejido? Los datos que hemos descrito anteriormente, explican porque más del 20% de personas no cuentan con un bien, y nos muestra el escenario de vejez que tendrán estos viejos demográficamente hablando, al margen de que no pudieron disfrutar de este derecho universal.

▪ **Salud**

De acuerdo al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud comprende algunas libertades, sin embargo, el estado de salud de los adultos mayores en Hidalgo, entraña un complejo reto que deben enfrentar las autoridades correspondientes, en virtud no sólo del número que representan en términos absolutos, sino también de que son probablemente, los principales consumidores de servicios de salud. Además, dada la transición epidemiológica que estamos viviendo, el cambio de la mortalidad representa una mayor carga en gasto social, y el escenario se torna crítico y difícil tanto para el estado como para los ancianos.

Estado de salud

El estado de salud considerado en forma aislada, es uno de los mejores indicadores de la necesidad de servicios destinados a la población de edad avanzada. La salud en general está íntimamente ligada a la calidad de vida, por ello la autopercepción del estado de salud ha demostrado su valor a través de los años como indicador fiable de ésta y la satisfacción vital nos da una orientación respecto a la calidad de vida y el bienestar global del individuo en un momento dado.

La impresión global que se tiene del propio estado de salud, y con respecto al de otros miembros de la cohorte, ha demostrado ser un valioso predictor de la morbilidad y mortalidad mediana y reflejo del estado de salud global real. Por esta razón, la información que proporciona este rubro es de gran relevancia para tener un acercamiento cuantitativo al estado de salud. Al ser auto reportados estos datos sirven a propósitos diferentes que aquellos que se

obtienen por examen médico; sin embargo, su cuidadoso análisis es un indicador general en cuanto a las necesidades asociadas con la salud.

Del total de la población, sólo 26.2% de los individuos consideran su salud como buena o muy buena, 49.6% como regular, 19.5% como mala y 4.7% como muy mala. Cabe destacar que si bien 1 de cada dos ancianos hidalguenses se autodescriben con una salud regular, uno de cada cuatro se califica con una salud mala o muy mala.

Por otra parte, disminuye el optimismo al preguntarles cómo se consideran respecto a sus contemporáneos, ya que 31.2% se consideran mejor y 4.6% incluso en mucho mejor aspecto. El 45.8% en situación similar, 15.8% en peor y 2.6% en mucho peor. Además, cabe resaltar que en el área urbana se presentan generalmente los ancianos con un mayor optimismo, mientras que en ámbito rural se ubicaron el mayor número de ancianos que se autoperciben con un mayor número de deficiencias físicas, esto en parte se justifica dado que son este grupo de personas las que han trabajado por un mayor lapso de tiempo en actividades de mayor desgaste físico. Las diferencias según sexo, aunque modestas son interesantes, ya que las mujeres tienden a considerar como mala su salud en una mayor proporción en todas las edades. Es muy claro, además, cómo al atravesar el umbral de los 80 años, la percepción de la salud como mala o muy mala se incrementa significativamente, hasta en un 50% en ambos sexos.

Por otra parte, el abanico de actividades a las cuales el ser humano puede dedicarse, ya sea el trabajo, la recreación o el cuidado de su hogar, influencia en gran medida su calidad de vida. El deterioro de la salud suele interferir con el desempeño de tales actividades y por ende disminuye la calidad de vida. En este sentido los ancianos hidalguenses consideran que dados sus problemas físicos, el 9.9% los padece siempre, 30.6% los padece muy frecuentemente, 24.3% los padece frecuentemente, 8.2% los padece rara vez y sólo un 11.1% nunca le aquejan males.

En general, las mujeres se ven más afectadas en el desempeño de sus actividades que los hombres, y sus limitaciones suelen ser más frecuentemente a mayor edad. Entre los octogenarios y nonagenarios, (13.4% de los hombres y 16.5% de las mujeres) dicen verse limitados muy frecuentemente o siempre para hacer las cosas que necesitan o quieren hacer. Esta cifra concuerda con aquellos que reportan limitación funcional en alguna actividad instrumental. Es posible que los factores limitantes no obedezcan únicamente al deterioro de las condiciones de salud, sino también a un mayor grado de dependencia resultante del

deterioro en distintos niveles (económico, red de apoyo social y familiar, movilidad, etcétera).

Además, también resulta interesante conocer a quién recurren los ancianos en caso de enfermedad, el 25.2% dijo que a médicos de las instituciones a las que son derechohabientes, 34.3% a médicos privados, 13.5% a familiares o amigos, 9.9% a instituciones de asistencia pública, y el 17.1% a otros. Es importante destacar que más del doble de ancianos de los lugares rurales acuden a médicos privados, así como también acuden a familiares o amigos para que los mediquen o receten empíricamente, mientras que en las áreas urbanas una mayor cantidad de ancianos acuden a instituciones de asistencia pública, o en su caso a hospitales donde son derechohabientes.

Por lo que respecta a las enfermedades durante los últimos seis meses, el 38.0% manifestó haber estado enfermo, de estos un 43.0% de ellos estuvieron en reposo y un 40.0% en cama. Revisando esta información según sexo, encontramos que un 34.2% de hombres dijo haber estado enfermo durante los últimos seis meses, mientras que en el caso de las mujeres esta cifra fue de 40.1%. Sin duda, este es un derecho que no se respeta, y que las personas envejecidas están condenadas a padecer en cuestiones de salud, en razón que no disponen de servicios suficientes, tal y como se observará en los siguientes apartados.

Acceso a servicios del Sistema Nacional de Salud

A la población encuestada se le interrogó para conocer a qué servicios tiene derecho, los resultados no son alentadores en cuanto a la seguridad social; tienen derecho al IMSS 27.8%, al ISSSTE 7.9%, al ISSFAM 0.5%, a PEMEX 0.3%. Una gran parte de la población carece de asistencia alguna, más del 63.5%, por ello acuden a la Secretaría de Salud, al Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), al Sistema del Desarrollo Integral de la Familia (DIF estatal y municipal), y otras dependencias. Algunos grupos se encuentran en particular desventaja; tal es el caso de las mujeres de más de 80 años entre quienes los porcentajes de afiliación al IMSS son sustancialmente bajos y no tienen derecho a ningún servicio (78.0%).

Cabe señalar que en la entrevista, 5.8% dijeron tener derecho a dos servicios y 0.5% hasta a tres. En el caso de los que tienen derecho a la seguridad social, la afiliación es como sigue: por derecho propio en un 21.0%, por parte de un hijo 13.2%, por parte del cónyuge 10.0%, y 6.1% por parte de una hija. Hasta un 87.0% de los derechohabientes hacen uso de los servicios a los que están afiliados. El 15.0% de los derechohabientes que al parecer no usa

los servicios a los que tiene derecho, aducen para ello distintas razones: 34.0% prefieren a su médico particular, 32.6% dicen no requerir los servicios, 23.6% se quejan de que son mal atendidos, al 6.3% le resulta de difícil acceso y 3.5% señalan otros motivos. Reciben apoyo institucional, distinto a las pensiones o a la asistencia médica, sólo un 5.4% de los encuestados. Este apoyo proviene de servicios gubernamentales, como el DIF 4.9%, de las iglesias en un 0.5% y de instituciones privadas en un 0.3%. Más allá de las pensiones y de la atención médica, existe un limitado abanico de posibilidades de asistencia social a la disposición de los adultos mayores.

Utilización de servicios de salud

El envejecimiento de la población tiene un significado especial para el sector salud, por ello a mayor edad, las personas dan muestra de mayor discapacidad y deterioro funcional como resultado del efecto combinado de la concurrencia de más de una enfermedad crónica, del empobrecimiento de su entorno y de la disminución de recursos económicos. Es así que el adulto mayor se torna vulnerable y tiene más necesidad de recurrir a los servicios asistenciales en todos sus niveles.

Cuando el adulto mayor tiene necesidad de resolver un problema de salud, recurre principalmente a la medicina privada (42.5%), el IMSS (21.0%) y el ISSSTE (9.9%). En cuanto a la atención institucional, sólo 47.4% mencionaron acudir a la institución a la que tienen derecho. Hasta 17.5% del total, señalan que acuden de primera intención con algún familiar o amigo. La inmensa mayoría (más del 80% en el conjunto) acuden de primera intención en busca de profesional de la medicina. En general, acuden con mayor frecuencia con el médico de la institución a la que tienen derecho, si bien, casi la mitad de los que buscan al médico prefieren uno privado. Esto ocurre con mayor probabilidad a mayor edad y aún con más alta probabilidad en el sexo femenino.

Una importante excepción en cuanto a la búsqueda de atención es el caso de los octogenarios, por ejemplo, las mujeres de esta edad prefieren consultar a un practicante de la medicina tradicional (0.9%), a una amistad (17.7%) o a otros individuos no médicos en casi el 26.8% de los casos. Es conocida la tendencia al incrementarse el retraso en la búsqueda de atención médica a mayor edad del anciano, esto es en parte motivado por el hecho de que el individuo suele pensar que sus molestias obedecen más a la edad, que a la presencia de una

enfermedad. Esta noción errónea y ampliamente difundida, retrasa el acceso a los servicios y provoca que las enfermedades sean diagnosticadas en etapas avanzadas y con menor probabilidad de solución. Contribuyen también la no afiliación a sistemas de seguridad social, la menor disponibilidad de recursos económicos, la limitada movilidad y el bajo nivel educativo que prevalecen a mayor edad. Los adultos mayores requieren de utilizar en mayor frecuencia los servicios de salud que el promedio de la población.

De los usuarios de los servicios médicos, el servicio empleado con mayor frecuencia es la medicina general (80.3%). De los especialistas, son consultados con mayor frecuencia en el cardiólogo, oculista y el ortopedista. La frecuencia de utilización de los distintos servicios es de más de una vez al mes en 4.6% de los casos, cada mes 12.8%, de dos a seis meses 18.8% y menos de una vez en seis meses en 20.3%. Es evidente cómo la gran mayoría de los adultos mayores son atendidos por el médico general y sólo 0.5% han tenido contacto con algún geriatra.

Además sobresale que el sexo femenino experimenta con mayor frecuencia condiciones crónicas que causan severas limitaciones funcionales y disminuye su calidad de vida, como son la osteoporosis, la artrosis y los trastornos demenciales. Esta situación se ve agravada por la reducida capacidad que tienen las mujeres para acceder, y para cubrir el costo de los servicios de salud. Dichas circunstancias contribuyen a situar a la mujer en una posición de desventaja y hacen que constituya uno de los sectores más vulnerables de la sociedad, marcado por la pobreza, la soledad, la enfermedad y la desprotección económica.

Estos resultados coinciden con lo encontrado por Cardona-Arango, Segura-Cardona, Garzón- Duque Salazar-Quintero, quienes afirman que las condiciones físicas, psicológicas, sociales y emocionales que rodean a la persona a lo largo de su vida, afectan su calidad de vida y si a esto se suma una limitación funcional, hace que esta percepción sea negativa, pues requiere de los cuidados y la dependencia de su familia (Cardona-Arango, Segura-Cardona, Garzón- Duque y Salazar-Quintero, 2019).

Por otra parte es importante destacar lo encontrado por Granados-Martínez y Nava-Bolaños, quienes mencionan la existencia de gastos catastróficos por motivos de Salud en los hogares con integrantes de 65 años o más en México, donde la mayor probabilidad se encuentra en los hogares con personas en edades avanzadas, siendo los principales factores explicativos las características de la salud, la presencia de discapacidad en alguno de los integrantes del hogar con un efecto positivo y la afiliación a instituciones de salud con un

efecto negativo (Granados-Martínez y Nava-Bolaños, 2019).

Algunas conclusiones

Desde mediados del siglo XX se ha generado un importante número de disposiciones internacionales que contienen catálogos muy amplios de derechos fundamentales, en los que han participado activamente un numeroso grupo de pensadores estudiosos, naciones incluso, al margen de su signo político e ideológico. Existe un consenso generalizado sobre la necesidad de elevar la noción de derechos humanos como valores compartidos del conjunto de la comunidad internacional, para ser incluidos en declaraciones, convenciones, pactos y otros instrumentos internacionales.

Este consenso sobre los derechos fundamentales es una característica del discurso de nuestro tiempo, que reconoce a todas las personas por el simplemente hecho de serlo, sin exclusión e independientemente de su condición social, económica, política, de su lengua, raza, religión o sexo. Provoca también la tendencia a impulsar la generalización de estos derechos a todos los países. Con la finalidad de que la totalidad de los operadores jurídicos nacionales los recepcionen en sus propios ámbitos, si bien es cierto que no puede ser de una manera absoluta, pero sí al menos en el contenido que se plasme un estándar mínimo, al que todos se obligan a promover y respetar. De igual forma deben estar los medios para hacer garantizables y exigibles estos derechos universales.

Sin embargo, aunque se habla de un orden internacional basado en los derechos fundamentales, en la práctica, aparecen corrientes que toman partido por un sistema supranacional construido predominantemente en el mercado, al estar fundado en la concentración de la actividad económica marcada por la proliferación de estructuras monopólicas, que se encuentra por encima de los controles de los propios Estados nacionales, y que impacta en los derechos fundamentales.

Actualmente un número considerable de personas en el mundo no gozan de los más elementales derechos, y por ello se cuestiona la pretendida universalidad de los derechos humanos, originada por conductas caracterizadas por respaldar el reconocimiento de amplios catálogos de derechos, pero, a la vez, desprovistos de mecanismos para materializarlos. Con ello se presenta el problema de la efectividad y garantía de los derechos fundamentales de las personas que emana del consenso internacional, para ayuda y fortalecimiento de los derechos

reconocidos a nivel nacional, debido a la falta de un compromiso real de algunos Estados nacionales, que no asumen la obligación de facilitar la articulación y coherencia del Derecho internacional de los derechos humanos con el ámbito constitucional nacional, y que impacte en la mejor protección de los referidos derechos.

A partir de los hallazgos encontrados se advierte la falta de derechos fundamentales no solo en la población envejecida, también en la población en general, específicamente en el estado de Hidalgo; sin dejar de lado el contexto mexicano. Sin embargo aunque hay derechos humanos plasmados en el contexto internacional, existe la concepción de la soberanía nacional, y la siguen observando con cierta tendencia hacia un carácter cerrado a los límites propios de los Estados nacionales, por lo que se resisten a reconocer la existencia de fuentes normativas en materia de derechos humanos en un nivel internacional, al igual que admitir facultades jurisdiccionales de órganos más allá de sus ámbitos territoriales, que de alguna manera orienten y fortalezcan a los derechos fundamentales del ámbito interno. Esta situación es considerada como un obstáculo para la organización y protección efectiva de los derechos humanos.

Junto a la problemática de los Derechos Humanos y su cumplimiento, así como las posturas que cada estado asume en favor o en contra, y los problemas de diversas índoles como el económico, el político, las dificultades sociales, el cambio climático, entre muchos otros, aparece uno más, el envejecimiento demográfico. La población mundial está sufriendo cambios demográficos sin precedentes, los cuales impactan de forma directa en el rubro económico, social, político y sociodemográfico de cada sociedad. El acelerado crecimiento poblacional ha alcanzado niveles nunca antes vistos en la historia, y que se han agudizado durante el siglo XX, cuando en los países pobres también se inició el descenso de la mortalidad y se mantuvieron los elevados niveles de fecundidad, dando origen a la llamada transición demográfica. A nivel internacional sobresalen cuatro comportamientos en el crecimiento poblacional ocurridas posteriormente a la Segunda Guerra Mundial, estos son:

- Un incremento substancial de la población durante el periodo 1950 a 1970.
- Un segundo momento en donde se inició el descenso del crecimiento demográfico, especialmente a partir de 1970.
- El tercero se produjo cuándo las tasas de crecimiento se mantuvieron relativamente constantes, y fue precisamente en el periodo de 1970 a 1990.

- Durante la década de 1990 se presentó un rápido descenso de las tasas de crecimiento, y se vislumbró el envejecimiento de la población.

Las transformaciones más significativas en la estructura por edad se deben a la disminución de la fecundidad que tiene lugar en un segundo momento de la transición demográfica, y constituye el cambio más espectacular en el proceso, dado que influirá en la estructura por edades. Esta etapa se caracteriza por el envejecimiento de la estructura; disminuyendo la proporción de población menor de 15 años y aumentando la proporción de la población en las edades activas, así como la población anciana. Este proceso corresponde al momento en que los nacimientos ocurridos antes del descenso de la fecundidad, alcanzan edades adultas.

El envejecimiento de la población supone que un día los menores de 15 años sean proporcionalmente menos que los mayores de 65 años y más, el conjunto de los países desarrollados logró una proporción superior al 10% a partir de 1970 y para 1990 llegaron al 11.7%, sin embargo en algunos países la población de 65 años y más ha llegado a constituir una proporción superior al 15%. En promedio la proporción de la población de 65 años o más alcanzó en Europa el 11.4% en 1970 y el 13.1% en 1990. En el año 2000 se estima alcance el 14.5% y en el año 2025 el 18.4%. En este último año, la población menor de 15 años observará un porcentaje similar al 18.5%.

La mayoría de los países de América Latina y El Caribe han modificado sustancialmente las pautas de reproducción, en parte debido al empleo de métodos anticonceptivos eficaces, combinados con características socioeconómicas de la población, tales como residencia urbana, años de escolaridad, actividad económica remunerada de la mujer y extensión y calidad de los servicios de planificación familiar, entre otros.

Al reducir la proporción de nacimientos, la declinación de la fecundidad disminuye el tamaño relativo de los grupos de edad iniciales, lo que implica números mucho menores en la proporción de población joven. A su vez, al aumento en la sobrevivencia de la población tiende a ampliar la proporción de población en todas las edades, en especial las edades mayores. En esta tercera etapa del proceso de transición demográfica, aumenta de manera constante la proporción de población senil. El efecto conjunto de los cambios en la mortalidad y en la fecundidad en la estructura por edades, trae como consecuencia el envejecimiento de las poblaciones.

El núcleo familiar constituye la unidad social de mayor universalidad, y es la mediadora por excelencia entre el individuo y la sociedad, específicamente entre el individuo y la estructura económica y social. El envejecimiento de la estructura de edades de la población, implica requerimientos cada vez más urgentes, para impedir el deterioro de las condiciones de vida de la población. Se observó en los resultados la falta de cumplimiento de muchos derechos universales en la población abierta, pero mucho más, en la población envejecida en Hidalgo, en donde la calidad de vida está destinada a ser cada vez menor y de calidad más baja.

Una cantidad significativa de ancianos presentan condiciones de vida muy bajas, asociadas a niveles de bienestar bajos, ingresos mínimos, carencias en los servicios de salud, así como males físicos. Una gran parte se conforma por poblaciones marginadas de los beneficios y bienestar sociales, de ahí que esta población no debe ser tratada de manera aislada de las soluciones dirigidas a otros conjuntos poblacionales. Las necesidades de la población mayor quedan inscritas en su mayor parte, dentro de los rubros de la población empobrecida. El impacto económico y social de esta población, constituye un reto y una oportunidad de la sociedad. Un reto en cuanto a la creación de condiciones viables, formales e informales de seguridad social y condiciones de vida y una oportunidad en cuanto a que constituye un recurso humano valioso que debe ser aprovechado, en primer término en beneficio de la población envejecida y en segundo lugar como población productiva y socialmente útil. En ambos casos deberán identificarse las mejores formas de participación de esta población y la satisfacción de sus necesidades a mediano y largo plazo.

Uno de los rubros que requiere discusión y transformaciones sustantivas se refiere a los servicios de salud, por el hecho de la gran transformación del perfil de las causas de muerte, al incrementar la importancia de las enfermedades no transmisibles. La reorganización del sistema de salud debe tomar en consideración los graves rezagos en varias regiones, incluyendo la sobremortalidad masculina y la pérdida de importancia de las enfermedades infecciosas y parasitarias aunque las enfermedades transmisibles aún constituyen todavía una enorme pérdida en algunas regiones que debe superarse de inmediato.

Es claro que la reorientación de las políticas de salud, dado el patrón que impone la transición epidemiológica, debe contemplar los requerimientos de la población mayor, con necesidades de atención que requieren de planeación específica, ya que alrededor de la cuarta parte de ancianos en Hidalgo, consideran mala o muy mala su salud y se encuentran limitados

en el desempeño de sus actividades cotidianas.

Reflexión final

Los derechos sociales deben ser exigidos ante los órganos jurisdiccionales, sea de manera directa o indirecta. Los derechos económicos, sociales y culturales han surgido dentro de la evolución de los derechos humanos como parte de la transformación del Estado de Derecho que de tener un componente meramente liberal, convirtiéndose en “social. Lo anterior ha significado que los DESC se han calificado como “derechos de segunda generación” en contraposición a los derechos civiles y políticos que serían los “de primera generación”. De igual forma podemos tomar la evolución de los derechos humanos desde otra perspectiva: positivación, extensión, internacionalización y especificación.

La evolución histórica de los derechos humanos, genera un fuerte compromiso igualitario y redistribuidor de la riqueza, el estado se debe obligar al respeto a los derechos civiles y políticos, asegurar ciertos niveles mínimos de acceso a bienes sociales básicos como, entre otros, la educación, la salud y la previsión social. En las últimas décadas se dio la crisis del Estado social, y los derechos fundamentales han pasado para algunos, a ser solo buenas intenciones. En el ámbito del Derecho Internacional, los DESC se encuentran recogidos en múltiples textos jurídicos, tanto en el marco de las Naciones Unidas como a nivel regional pero no tienen las mismas garantías que los DCP. Sin duda, el principal tratado que consagra los derechos sociales es el PIDESC, vigente desde 1976.

En el mecanismo de control se encuentra la principal deficiencia de esta Convención ya que no se contempló por mucho tiempo un procedimiento de reclamos individuales como en el caso de la mayoría de los tratados de derechos humanos. Por ello es de fundamental importancia la reciente adopción de un Protocolo Facultativo al PIDESC que permitirá la interposición de quejas individuales cuando se violen sus disposiciones. Los derechos humanos tienen mucho por donde trabajar, por ejemplo las políticas económicas, deben impactar de forma positiva en la población, de otra forma cada vez habrá más pobres, y también la riqueza estará polarizada, creando desigualdades abismales.

Por lo que hace a la idea de la inexigibilidad jurisdiccional de los derechos sociales, ha sido un planteamiento no sustentado lo suficiente, y como quedó explícito, incongruente con la propia declaración de derechos, e incluso con la presunción pública universal de los

propios derechos fundamentales. Aunado a esto, la población mundial está sufriendo cambios demográficos sin precedentes, los cuales impactan de forma directa en el rubro económico, social, político y sociodemográfico de cada sociedad. El acelerado crecimiento poblacional ha alcanzado niveles nunca antes vistos en la historia, y que se han agudizado durante el siglo XX, cuando en los países pobres también se inició el descenso de la mortalidad y se mantuvieron los elevados niveles de fecundidad, dando origen a la llamada transición demográfica. Ahora, vivimos el envejecimiento demográfico, y con ello parece que los derechos fundamentales serán cada vez más difíciles de alcanzar en los países menos adelantados.

El estado tiene que articular una política de vejez, y que deben ser acciones organizadas por parte del estado frente a las consecuencias sociales, económicas, familiares y culturales del envejecimiento poblacional. Hay que poner especial énfasis para entender la estructuración de las políticas de vejez, en donde la transición demográfica debe interpretarse como un proceso de carácter mundial cuyas consecuencias más notables son la disminución del crecimiento demográfico y el envejecimiento de la estructura por edades de la población. En México, la transición demográfica se inició desde los años sesenta en los ámbitos metropolitanos y su expansión se ha dado paulatinamente en términos de los niveles de desarrollo, en las regiones más pobres, incluso, dicho proceso se ha iniciado.

El envejecimiento de la estructura de edades de la población, implica requerimientos cada vez más urgentes, para impedir el deterioro de las condiciones de vida de la población. Lo anterior debe ser considerado como un impulso social orientado al desarrollo de una vida terminal, digna, moral y socialmente útil. El anciano debe ampliar su ámbito de acción digna, tanto en el seno familiar como en la comunidad de relaciones y redes de ayuda primaria.

Para Leiton-Espinoza en los albores del siglo XXI, vivimos una globalización del envejecimiento, un aumento progresivo de la esperanza de vida y una disminución de la fecundidad y mortalidad. Esta transformación demográfica implica un incremento acelerado de personas adultas mayores de 60 años y más. A nivel mundial en el año 2012, cada segundo 2 personas cumplían 60 años, y representaban 58 millones, estimado en ese momento en el 10% de la población. Se espera que para el 2025 la cifra sea del 15% (1,200 millones aproximadamente) y en el 2050 alcanzará la cifra de 2,000 millones, equivalente al 25% de la población. Esta tendencia se extenderá en América Latina y el Caribe, que en el 2025 será de 15 por ciento, alrededor de 100 millones; y para el 2050 aumentará a 25%, es decir 183.7 millones. Para el caso mexicano en el 2015 existían 13.4 millones de adultos mayores, para el

2050 se estima que alcanzará la cantidad de 27.7 millones (Leiton-Espinoza, 2018).

Una cantidad significativa de ancianos presentan condiciones de vida muy bajas, asociadas a niveles de bienestar bajos, ingresos mínimos, carencias en los servicios de salud, así como males físicos. Una gran parte se conforma por poblaciones marginadas de los beneficios y bienestar sociales, de ahí que esta población no debe ser tratada de manera aislada de las soluciones dirigidas a otros conjuntos poblacionales.

Las necesidades de la población mayor quedan inscritas en su mayor parte, dentro de los rubros de la población empobrecida. El impacto económico y social de esta población, constituye un reto y una oportunidad de la sociedad. Un reto en cuanto a la creación de condiciones viables, formales e informales de seguridad social y condiciones de vida y una oportunidad en cuanto a que constituye un recurso humano valioso que debe ser aprovechado, en primer término en beneficio de la población envejecida y en segundo lugar como población productiva y socialmente útil. En ambos casos deberán identificarse las mejores formas de participación de esta población y la satisfacción de sus necesidades a mediano y largo plazo.

Uno de los rubros que requiere discusión y transformaciones sustantivas se refiere a los servicios de salud, por el hecho de la gran transformación del perfil de las causas de muerte, al incrementar la importancia de las enfermedades no transmisibles. La reorganización del sistema de salud debe tomar en consideración los graves rezagos en varias regiones, incluyendo la sobremortalidad masculina y la pérdida de importancia de las enfermedades infecciosas y parasitarias, aunque las enfermedades transmisibles aún constituyen todavía una enorme pérdida en algunas regiones que debe superarse de inmediato. Es claro que la reorientación de las políticas de salud, dado el patrón que impone la transición epidemiológica, debe contemplar los requerimientos de la población mayor, con necesidades de atención que requieren de planeación específica, ya que alrededor de la cuarta parte de ancianos en Hidalgo, consideran mala o muy mala su salud y se encuentran limitados en el desempeño de sus actividades cotidianas.

Aunque el envejecimiento de la población aún no se haya traducido en un cambio explosivo en el porcentaje de viejos a nivel nacional y estatal, no significa que no sea una realidad vigente. El crecimiento de la población en edades avanzadas y el número de personas que cada año se agrega a ese grupo, constituyen un desafío para la atención de sus demandas, especialmente en los rubros económico y de salud.

La globalización y la economía neoliberal constriñen al Estado, y parecen en ocasiones ser el obstáculo mayúsculo para que se pueda atender las necesidades de la población envejecida. Se requerirán grandes cantidades de recursos económicos para destinarse, entre otras cosas, a asegurar condiciones de vida dignas para las personas de edad avanzada, mejorar la calidad de la educación vinculada al progreso tecnológico, y realizar inversiones productivas. Las políticas públicas podrán verse mediatizadas porque el envejecimiento también ocurrirá en el tramo de edades activas y de las personas en edad avanzada, con disímiles consecuencias para la sociedad. Por ello para Tisnés y Salazar-Acosta, se debe tener en cuenta que las realidades actuales están determinadas fuertemente por las etapas anteriores del ciclo de vida de las personas y sus los familiares, donde la historia de cómo se ha vivido las características socioeconómicas, determinan el tipo de vejez que se tendrá, por ello no solo es vivir y dejar vivir, es cambiar los derechos humanos para vivir y envejecer de forma decorosa (Tisnés y Salazar-Acosta, 2016).

Para Escalante-Rivas, Ham-Chande y Echarri-Cánovas, los antecedentes demográficos, socioeconómicos, de salud y los hábitos de toda la vida afectan la supervivencia de población de 50 años o más de edad. Hay determinantes socioeconómicos de la edad a la muerte que explican en gran medida la supervivencia de las personas en edades avanzadas, aun controlando por variables demográficas y de salud (Escalante-Rivas, Ham-Chande, y Echarri-Cánovas, 2017).

Para Domínguez-Guedea los derechos humanos son el máximo marco de legitimidad para definir los problemas sociales, y aunado a las ideas de Amartya Sen, se debe buscar el bienestar y las oportunidades en favor de las personas envejecidas (Domínguez-Guedea, 2016), por ello el estado debe preocuparse por esta temática e implementar planes y programas adecuados para combatir los efectos negativos que se esperan, deducidos del proceso del envejecimiento de la población. Los Gobiernos de los ámbitos federal y local deben preocuparse por esta temática y sus efectos colaterales, el futuro y sus consecuencias abrumadoras nos alcanzarán en tan solo 30 años.

Bibliografía

- Alexy, Robert (2002) *Teoría de los Derechos Fundamentales*. Madrid, Centro de Estudios Constitucionales.
- Atria, Fernando (2004) “¿Existen derechos sociales?”, en *Discusiones*, Núm. 4, pp.15-59.
- Baldassarre, Antonio (1989) “Diritti sociali”, en *Enciclopedia Giuridica*, vol. XI, Roma, 1989, pp.1-34.
- Bobbio, Norberto (1991) *Sobre el fundamento de los derechos del hombre. El tiempo de los derechos*, Madrid, España, Editorial Sistema.
- Böckenförde, Emst-Wolfgang (1993) *Escritos sobre derechos fundamentales*, Baden-Baden, Nomos.
- Bossuyt, Marc (1975) “La distinction juridique entre les droits civils et politiques et les droits économiques, sociaux et culturels”, en *Revue des Droits de l’Homme*, Núm. 4, pp.783-820.
- Bundick, Frank (2004) *Matemáticas aplicadas para administración, economía y Ciencias Sociales México D.F.*, McGraw Hill
- Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, A., Garzón-Duque, M., & Salazar-Quintero, L. (2019). Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor en el departamento de Antioquia. *Papeles de Población*, 24(97), 9-42. Consultado de <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8838>
- Camposortega, S. (1992) *Análisis y estimación de la mortalidad en México, 1960-1990* México D.F. México, INEGI.
- Cascajo Castro, José Luis (1998) *La tutela constitucional de los derechos sociales*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales.
- Chesnais, J.-C. (1990). *El proceso de envejecimiento de la población*. Series Históricas 35, Naciones
- Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Consultado el 23 de junio de 2020 en: <https://ideas.repec.org/p/ecr/col048/9182.html>
- Consejo Nacional de Población (1998) *Situación demográfica de México*, México, CONAPO.
- Contreras Peláez, Francisco José (1994) *Teoría e ideología*, Madrid, Tecnos, 1994.
- Díaz-González, E., y Ramírez-García, J. (2017). Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México. *Papeles de Población*, 23(91). Consultado de <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8247>
- Díaz-Tendero Bollain, A. (2015). El Estado y la seguridad económica de las personas adultas mayores. Marco conceptual en torno a las dimensiones de la solidaridad económica. *Papeles de Población*, 21(85). Consultado de <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8307>
- Domínguez-Guedea, Miriam Teresa (2016). Desafíos sociales del envejecimiento: Reflexión desde el derecho al desarrollo. *CES Psicología*, 9 (1), 150-164. [Fecha de consulta 28 de junio de 2020]. ISSN: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4235/423545768011>
- Eide, Asbjorn, Krause, Catarina, y Rosas, Allan (1995)(Eds.) *Economics, Social and Cultural Rights*, Dordrecht-Boston-Londres, Martinus Nijhoff Publishers.
- Escalante-Rivas, N., Ham-Chande, R., & Echarri-Cánovas, C. (2017). Características socioeconómicas de supervivientes de 50 o más años de edad en México de 2001 a

2012. Papeles de Población, 23(92). Consultado de <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8236>
- Gomes Canotilho, José Joaquim (2003) Teoría de la Constitución, traducción: Carlos Lema Añón. Madrid: Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas, Universidad Carlos III de Madrid, Dykinson.
- Granados-Martínez, A., & Nava-Bolaños, I. (2019). Gastos catastróficos por motivos de salud y hogares con personas mayores en México. Papeles de Población, 25(99), 113-142. Consultado de <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/10279>
- González Moreno, Beatriz (2002) El Estado social. Naturaleza jurídica y estructura de los derechos sociales, Madrid, Civitas.
- Gurvitch, Georges (1991) La Déclaration des droits sociaux, Paris, Librairie Philosophique J. Vrin.
- Habermas, J. (2001) Facticidad y validez, Madrid, España, Trotta.
- Hayek, Friedrich (1994) Derecho, Legislación y Libertad, Vol. 2, El espejismo de la justicia social, Madrid, Unión Editorial.
- Hildebrand, David y Lyman, R. (2002) Estadística aplicada a la administración y la economía. México D.F., Prentice Hall.
- Hirsch, J. (1996) Globalización, capital y Estado. D.F. México; UAM-Xochimilco
- Holmes, Stephen y Sunstein, Cass R. (1999) The cost of rights: why liberty depends on taxes, New York, W. W. Norton.
- Johnson, Richard A. (1997) Probabilidad y Estadística para ingenieros de Millar y Freund. México D.F., Prentice Hall
- Kelsen, Hans (2005) Teoría pura del derecho, México, Editorial Porrúa, 2005.
- Laporta San Miguel Francisco Javier (2004) “Los derechos sociales y su protección jurídica: introducción al problema”, en Betegón Jerónimo, De Páramo Juan Ramón, Laporta Francisco Javier y Prieto Sanchís Luis (Coords.), Constitución y derechos fundamentales, Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, pp.297-325.
- Leiton-Espinoza, Z. (2018). El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. Enfermería Universitaria, 13(3). doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.06.002>
- Lopes P. N. (1973). Transición demográfica: ¿resumen histórico o teoría de población? Estudios Demográficos y Urbanos, 7(01), 86-95. doi:<http://dx.doi.org/10.24201/edu.v7i01.231>
- López Martínez, M., y Marín López, B. (2020). La brecha de género en las pensiones en España y la Unión Europea. Papeles de Población, 25(102), 81-114. Consultado de <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8894>
- Lucas Verdú, Pablo (2010) Teoría general de las relaciones constitucionales, Madrid, Dykinson.
- Mendenhall, William; Scheaffer, Richard y Wackerly, Dennis (2002) Estadística matemática con aplicaciones México D.F., Math.
- Mingorance, D.L., Álvarez, H., Amor, G., Rincón, M. y Rodríguez, A. (2018). La denominación para las personas mayores. Un análisis genealógico. Hologramática. Facultad de Ciencias Sociales UNLZ. Año XVI, V27 (Número 31) pp.34-63
- Monterrubio, M.I., Flores R. y Armada M. (1993) La transición demográfica en México por grupos de entidades federativas, a partir de las tasas brutas de natalidad y mortalidad 1940-1990 en IV Conferencia Latinoamericana de Población, Volumen II, México D.F. INEGI-IISUNAM.

- Nozick, Robert (2010) *Anarquía, Estado y Utopía*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Organización de Naciones Unidas. ONU (2015)) *World Population Ageing 2015*. ST/ESA/SER.A/390 Recuperado 31 de junio de 2020 de: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
- Organización de Naciones Unidas. ONU (2020) *World Population Prospects: the 2019 Revision*. Recuperado el 20 de junio de 2020 de: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_PressRelease_ES.pdf
- Osuna Patiño, Néstor Iván (1995) *Apuntes sobre el concepto de derechos fundamentales*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia.
- Peces-Barba Martínez, Gregorio (2003) *La historia de los derechos humanos: un proyecto comprensivo*. En: *Historia de los derechos fundamentales*, tomo I: tránsito a la modernidad siglos XVI y XVIII. Madrid: Dykinson.
- Pérez Luño, Antonio Enrique (2007) “Dogmática de los derechos fundamentales y transformaciones del sistema constitucional”. *Teoría y Realidad Constitucional*, número 20.
- Quilodrán, J. (1974) *Evolución de la nupcialidad en México, 1900-1970*. *Revista Demografía y Economía*, vol. VIII, núm. 1. Pág. 34-49
- Rodríguez, Gaona Roberto (2013) *Lecciones sobre derechos fundamentales*. Libro digital revisado. Pachuca, México, UAEM.
- Tisnés, A., & Salazar-Acosta, L. (2016). *Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social*. *Papeles de Población*, 22(88). Consultado de <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8281>
- Vasak, K. (1977) “La larga lucha por los derechos humanos”, en *El Correo de la Unesco*, Vol. XXX, noviembre, pp.29-32.
- Walpole, Ronald y Myers, Raymond (2004) *Probabilidad y Estadística* México D.F., Mc Graw Hill
- Weimer, Richard C. (2003) *Estadística*. México D.F., CECSA
- Zaragoza-Contreras, L., & Galindo-Enciso, T. (2019). *Protección que el Estado mexicano debe brindar al adulto mayor respecto de su patrimonio: una opinión de los juzgadores del Estado de México*. *Papeles de Población*, 25(99), 143-160. Consultado de <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/9743>

El derecho humano al agua y a un medio ambiente sano en territorios indígenas: elementos sociales y jurídicos abordados desde la intervención en Trabajo Social¹

Jorge Dolores Bautista, Ismael Aguillón León²

Resumen

El objetivo de este texto es analizar el panorama de la implementación y efectividad de los derechos humanos al agua, al saneamiento y a un medio ambiente sano en México. En lo específico se analiza la relevancia que tienen estos derechos, denominados como de tercera generación, en el contexto del fortalecimiento de los derechos comunitarios de los territorios indígenas. De manera particular se abordan los factores relacionados al abasto de agua para consumo humano y su respectivo saneamiento en comunidades nahuas de la Huasteca hidalguense. Se considera que la ausencia de instrumentos de planeación respetuosos de los derechos comunitarios ocasiona que las interacciones entre municipios y comunidades, estén marcadas por tensiones que se manifiestan en torno al manejo de los recursos hídricos y el saneamiento de las aguas residuales. Finalmente se proponen vínculos con el papel que desempeña el Trabajo Social, a través de la investigación, el diagnóstico y el uso de modelos de intervención, para hacer efectivos el cumplimiento de estos derechos humanos mediante la elaboración de políticas públicas interculturales de nivel municipal.

Introducción

En virtud de los cambios generados en el escenario de los derechos humanos en México ocasionados por la reforma en materia de derechos ecológicos para los pueblos indígenas (DOF/14/08/2001), en lo referente a la inclusión de los derechos ambientales como parte de

¹ Este artículo se desprende del proyecto Promep denominado “Preservación participativa del patrimonio biocultural de los territorios indígenas de la Huasteca hidalguense: hacia una estrategia de políticas públicas interculturales para la adaptación al cambio climático”

² Profesores de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, adscritos al Área Académica de Trabajo de Social del Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades e integrantes del Cuerpo Académico de Estudios en Trabajo Social.

los derechos fundamentales, es que cobran relevancia los denominados derechos humanos de tercera generación.

Según Karel (2003), dentro de esta nueva generación de derechos humanos se encuentran el derecho de los consumidores, los derechos a la calidad de vida, la libertad informática, el derecho a la autodeterminación y el derecho al desarrollo de pueblos. Sin embargo, la forma o los instrumentos para garantizar su aplicación, si bien se encuentran en la Constitución mexicana, resultan difíciles de evaluar en su incidencia en el bienestar dado el bajo número de leyes secundarias que establezcan la claridad de su implementación.

La complejidad de este problema se pone de relieve como lo advierte Ferrer (2003), dado que estos derechos de tercera generación se entrelazan con valores sociales que encajan en las figuras tradicionales de los derechos públicos subjetivos o de los intereses legítimos-aceptados, como en el juicio de amparo mexicano, pero que sin embargo no se han logrado consolidar.

México adolece de un adecuado tratamiento procesal, salvo las que típicamente se contemplan para los consumidores (Ley Federal de Protección al Consumidor, 1992). En materia de Leyes laborales o ambientales (Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente, 1988). Aunque se cuenta también con el juicio de amparo, el cual puede representarse como eficaz instrumento para la protección jurisdiccional de los derechos colectivos cuando la afectación se derive de un acto de autoridad.

Por ejemplo, el antecedente con el que contamos de la reforma legislativa de 1963 dio un avance al transitar del amparo individualista al amparo social, al otorgar legitimación a los núcleos de población ejidal o comunal. En la reforma del 2011, el amparo mexicano reaviva el interés por los derechos colectivos, como los que existen en Brasil en el llamado mandado de seguridad colectivo, o en Argentina denominado acción de amparo colectiva (Quiroga & Morel, 1998 p. 23).

Aunado a lo anterior se trata también de un fenómeno económico que impacta en los derechos ecológicos a un medioambiente sano como un derecho innegable al agua limpia y bebible en las comunidades indígenas a partir de la pretensión de controlar a los sistemas socio-políticos de los países periféricos, para vigilar y controlar a todos los sujetos sociales, es decir se pretende establecer un sistema de control económico global, materializado en el ámbito, internacional, nacional y local (Padilla, 2012:10).

Como se puede apreciar esta nueva generación de derechos está enfocada a satisfacer las nuevas necesidades de la humanidad, quedando claro que su implementación tiene frente así graves problemas entre las que destacan instituciones que actúan de manera lenta para su aplicación y la tendencia de un entorno político cambiante que actúa en detrimento de estos y los anteriores derechos.

Conforme a ello en este texto abordamos la importancia que tiene esta nueva generación de derechos humanos para el bienestar social. En especial se abordan los derechos de carácter ambiental (agua, saneamiento y medioambiente sano) ya que se considera que juegan un papel estratégico para hacer frente al grave deterioro ambiental. En este contexto se vincula la importancia que tienen estos derechos en torno a actores y poblaciones cuyas formas de organización sociocultural pueden ser consideradas como favorables a una coexistencia ambiental pero cuyas formas de organización social y sus conocimientos denominados tradicionales, no son incorporados a los instrumentos de gestión de los recursos naturales.

De modo particular se atienden a las poblaciones indígenas de la Huasteca, región de población mayoritariamente indígena, donde en la presente década se han manifestado de manera abierta inconformidades sociales en torno al manejo del agua, el tratamiento de las aguas residuales y en torno al manejo de los desechos sólidos.

Así, las preguntas que orientan este artículo son: las siguientes: ¿cuál es el papel del Trabajo Social en relación a los derechos humanos de nueva generación?, ¿en qué forma el fomento de los derechos humanos de nueva generación, en específico los ambientales, pueden ser incorporados al ámbito de la intervención en Trabajo Social?, ¿cómo puede fortalecerse el papel de poblaciones y actores que son considerados como estratégicos para la protección ambiental?

Derechos humanos en el escenario social contemporáneo

La humanidad afronta graves problemas que amenazan todo lo construido para lograr desarrollo y bienestar social, tal como lo muestran los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, máximo acuerdo mundial donde se reconocen los grandes desafíos, objetivos, metas e indicadores para que en un período de mediano plazo que culmina en el año 2030, se realicen

acciones que puedan contrarrestar problemas mayúsculos como la pobreza y el calentamiento global.

Sin embargo, el cambio en los entornos económicos y políticos del tiempo actual, han ocasionado en algunos casos el detenimiento de proyectos diseñados para tal fin, entre los que destaca el abandono parcial en el año de 2016 del Protocolo de París por parte de Estados Unidos, acción que pone en riesgo los avances en materia de disminución de gases de efecto invernadero.

México no es ajeno a esa situación como ha quedado de manifiesto con el cambio de régimen que representa la llegada de un gobierno de izquierda a la Presidencia de la República y cuyas acciones aún son tempranas para evaluar el carácter de las políticas públicas en materia ambiental. En este sentido la realidad nacional tiene tonos y no puede afirmarse que sus afectaciones tengan la misma dimensión. Por esa razón es que para este texto nos ocupa lo que sucede en el estado de Hidalgo, en específico en lo que concierne a la Huasteca, una de sus tres regiones indígenas que según el Plan Estatal de Cambio Climático (Otazo; et.al., 2011), es el área geográfica más vulnerable de la entidad a los perjuicios ocasionados por este fenómeno; principalmente temperaturas extremas y desastres por lluvias torrenciales.

En este sentido se considera que se requieren profundizar las acciones para contrarrestar las afectaciones a las regiones indígenas, buscando fortalecer lo estratégico de sus prácticas socioculturales favorables al mediambiente y para alcanzar las metas de los denominados ODS. Sin embargo esto no es una tarea fácil, sobre todo si se considera el conjunto de agravios que hacia los pueblos indígenas se ejercen de manera estructural, que actualmente se manifiestan en la generación de megaproyectos de gran impacto ambiental en los territorios indígenas y en el creciente número de defensores ambientales presos o asesinados por su oposición a los proyectos referidos.

Conforme a este panorama los derechos humanos al agua, al saneamiento y a un medioambiente sano se han convertido en principios de validez universal que han cobrado tal relevancia, al grado de ser considerados como parte indispensable de las condiciones de bienestar que los estados nacionales ofrecen a sus ciudadanos. De igual manera se convierten en un espacio para la acción donde las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones educativas.

No está de más decir entonces que los Derechos Humanos son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona por el solo hecho de serlo, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada. Son derechos establecidos en la Constitución, en los tratados internacionales, así como en las leyes, son reconocidos y garantizados por el Estado. De tal manera que todos estamos obligados a respetarlos; sin embargo, según el mandato constitucional, quienes tienen mayor responsabilidad en este sentido son las autoridades gubernamentales, es decir, los hombres y mujeres que ejercen la función de servidores públicos.

Para el presente trabajo se deben entender a los Derechos Humanos con un espectro mucho más amplio que el de los Derechos fundamentales, ya que todos los derechos humanos no pueden ser todos fundamentales, sin embargo, todo derecho fundamental es un derecho humano, esto en razón a las características de estos últimos:

- a. Son universales, porque corresponden a todas las personas sin excepción.
- b. Son interdependientes, porque todos los derechos humanos se encuentran vinculados y requieren de su respeto y protección recíprocos.
- c. Son indivisibles, porque no se puede fragmentar su respeto.
- d. Son progresivos, porque el Estado tiene la obligación de procurar su cumplimiento.

Como indica (Carbonell, 2004), los derechos humanos son una categoría más amplia, que en la práctica se suele utilizar con menos rigor jurídico que la de derechos fundamentales. Muchas veces se hace referencia a los derechos humanos como expectativa que no están previstas en forma clara en alguna norma jurídica, con el objetivo de reclamar lo que a algunas personas les puede parecer una actuación indebida de las autoridades se trataría de algunos derechos no jurídico de los llamados morales.

En segundo lugar, se denominan “fundamentales” aquellos derechos que no requieren a su vez un fundamento o una justificación, o por lo menos que no requieren un fundamento o una justificación jurídica positiva. En ese sentido, los derechos fundamentales son derechos morales o “naturales”. Los derechos naturales son, al mismo tiempo, derechos constitucionales (al menos “materialmente” constitucionales) y derechos morales.

En contextos de filosofía jurídica o política, la expresión “derechos inviolables” se refiere típicamente a derechos morales o “naturales”, previos al ordenamiento jurídico positivo e independientes de él: derechos que en ningún caso el Estado puede violar (derechos que, más bien, el ordenamiento jurídico debe recoger y proteger, allí donde aún no hayan sido reconocidos y protegidos).

De lo anterior se puede decir que a menudo se tiende a utilizar de modo indiscriminado los términos derechos humanos y derechos fundamentales. Los derechos fundamentales son “todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del status de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar, por status, se debe entender la condición de un sujeto prevista por una norma jurídica positiva, como presupuesto de su idoneidad para ser titular de ciertas situaciones jurídicas”.

En cambio, los derechos humanos son un conjunto de prerrogativas que corresponden a todos los seres humanos, con independencia de cualquier título, que tienen como características su universalidad, inalienabilidad, indivisibilidad e interdependencia. Son necesarios para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada. Estos derechos humanos, que se establecen en la Constitución y en las leyes, deben ser reconocidos y garantizados no sólo por el Estado, sino a nivel internacional a través de los tratados internacionales celebrados por México.

El derecho al agua como derecho humano

Para México el precedente internacional del derecho al agua y al saneamiento como un derecho humano fue la Asamblea General de las Naciones Unidas de julio de 2010, que ocasionó que en el año 2012 se reconociera este derecho adhiriéndolo al Art. 4, Fracción Sexta, donde el país se compromete a realizar lo necesario para dar a toda la población agua potable y saneada de manera suficiente, físicamente, accesible y económicamente asequible:

“Toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal doméstico en forma suficiente, salubre y asequible. El Estado garantizará este derecho y la ley definirá las bases, apoyo y modalidades para el acceso y uso equitativo y sustentable de los recursos hídricos, estableciendo la participación de la Federación, las entidades

federativas y los municipios, así como la participación de la ciudadanía de para consecución de dichos fines”. (DOF-08-02-2012).

Por otra parte estos derechos se salvaguardan a partir de las leyes secundarias como lo son (Ley General de Equilibrio Ecológico y la Protección al Medio Ambiente, 2019), con la cual se garantiza el derecho a que toda persona tenga un medio ambiente sano para su desarrollo individual y grupal, a partir de la V. fracción de dicha ley “El aprovechamiento sustentable, la preservación y en su caso, la restauración del suelo, el agua y los demás recursos naturales, de manera que sean compatibles la obtención de beneficios económicos y las actividades de la sociedad con la preservación del ecosistema”.

Así mismo el Artículo 23 hace mención que para contribuir al logro de los objetivos ambientales, la planeación del desarrollo urbano coadyuvando al cumplimiento también del artículo 27 constitucional a partir de los siguientes criterios contemplados en la fracción VII del artículo 23, que a la letra dice “el aprovechamiento del agua para usos urbanos deberá incorporar de manera equitativa los costos de su tratamiento, considerando la afectación a la calidad del recurso y la cantidad que se utilice”.

El artículo 44, “menciona que los propietarios poseedores o titulares de otros derechos sobre tierras, aguas y bosques comprendidos dentro de áreas protegidas deberán sujetarse a las modalidades de conformidad con la presente ley”. Así mismo la Ley Federal de Responsabilidad Ambiental, 201), maneja en los siguientes artículos la defensa para exigir los daños ambientales considera en su Artículo 11.- La responsabilidad por daños ocasionados al ambiente será subjetiva y nacerá de actos ilícitos con excepciones y supuestos previstos en esta ley, de tal manera que el incumplimiento de las obligaciones previstas en este artículo, cuando el daño sea ocasionado un acto u omisión ilícitos dolosos la persona responsable estará obligada pagar una sanción económica prevista en el Código Civil Federal, bajo los supuestos del artículo 1913.

En el caso de su Artículo 13 se aborda la restauración, el restablecimiento, tratamiento, recuperación o remediación del bien o derechos afectado, dicha reparación deberá de llevarse a cabo en el lugar que se produjo el daño, en contraposición a la norma, el incumplimiento de dicha obligación dará a lugar a la imposición de medios de apremio y a una responsabilidad penal correspondiente. Y para el caso de la responsabilidad penal, el Artículo 52 considera que tendrá efecto a partir de la obligación del Ministerio Público para

solicitar de oficio la reparación del daño así como la compensación de daños ocasionados al medio ambiente.

Regulación actual de los derechos colectivos como un derecho humano en México

El 30 de agosto de 2011 fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación el conjunto de reformas que tienen que ver con la regulación de los derechos colectivos; en efecto, se adicionó el Código Federal de Procedimientos Civiles, con un título en el que se regula el procedimiento concerniente a las acciones colectivas, el Código Federal de Procedimientos Civiles, donde se incluye un título que regula el procedimiento concerniente a las acciones colectivas, el Código Civil Federal, la Ley Federal de Competencia Económica, la Ley Federal de Protección al Consumidor, la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, la Ley General de Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente, así como la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

El Código Federal de Procedimientos Civiles, regula el procedimiento mediante el cual puede instruirse un juicio en que se hayan hecho valer derechos colectivos estricto sentido, difusos e individuales de incidencia colectiva. Una de las primeras cuestiones reguladas tiene que ver con la competencia de los jueces para conocer de estos juicios, se establece que es competente para conocer de las acciones colectivas, por razón de territorio, el juez del domicilio de la parte demandada.

El Código Federal de Procedimientos Civiles 2014 distingue los derechos e intereses difusos y colectivos, así como los derechos e intereses individuales de incidencia colectiva; de igual manera se ocupa de las acciones difusas, colectivas e individuales homogéneas, como es el Artículo 580. En particular, las acciones colectivas son procedentes para tutelar, en el Artículo 581. Estos derechos se ejercerán a través de las siguientes acciones colectivas, que se clasificarán en: acciones difusas, acciones colectivas, acción individual homogénea.

Como puede verse, la normatividad define al derecho colectivo propiamente dicho, al difuso y al individual de incidencia colectiva; pero también incluye a los intereses, Ha de quedar en la agenda pendiente, encontrar, si acaso existe, las diferencias entre los derechos y los intereses de naturaleza colectiva, difusos e individuales de incidencia colectiva.

Pueblos indígenas frente a la disyuntiva del desarrollo y el deterioro ambiental

Como hemos visto en los párrafos anteriores si bien en el país se han adoptado los derechos de nueva generación y en consecuencia se han realizado acciones para su cumplimiento, éstas continúan siendo escasas y carentes de instrumentos o leyes secundarias para hacer efectivo su cumplimiento, por lo que el ámbito de las acciones colectivas continúa siendo la forma más recurrente para defender los territorios.

Frente a ello llama la atención que las comunidades recurran a los instrumentos de acción colectiva para oponerse a proyectos de desarrollo que si bien dinamizan la economía generan beneficios mínimos o nulos sobre el territorio de las poblaciones donde éstos se llevan a cabo. De este modo la fórmula de las naciones modernas para lograr desarrollo económico se mantiene hasta la actualidad. Sin embargo, sus costos parecen estar llegando a su límite, no sólo por las contradicciones de su propia instrumentación sino por que los recursos están mostrando su finitud de manera dramática: es decir, los recursos naturales no se renuevan o lo hacen de una manera mucho más lenta en que los agotamos.

Los beneficiarios del progreso son las poblaciones urbanas, principalmente las de los llamados países desarrollados, mientras que los principales perjudicados son poblaciones que por su condición económica y social se han quedado al margen del desarrollo, entre quienes tienen un lugar las poblaciones indígenas que desde tiempos ancestrales han sido desplazados de sus territorios para dar paso a la explotación de las materias primas existentes en sus territorios.

Hay que decir que las poblaciones indígenas no son capsulas en el tiempo, es decir se han transformado y no tienen las mismas características que las de sus antepasados. Las comunidades indígenas son una escala de la sociedad, que con sus particularidades socioculturales reproducen también la desigualdad y no son espacios armónicos. Esto es importante decirlo no como una forma de ahondar en el desprecio o el racismo, sino para romper con el romanticismo que envuelve al imaginario de la comunidad indígena que insiste en presentarlos como pueblos intocados, necesitados de protección y con prácticas totalmente ecológicas.

No obstante lo anterior y frente a la crisis civilizatoria y ambiental de la humanidad, los pueblos indígenas si bien no se mantienen al margen de ello, representan en su conjunto

reservas de conocimientos y organización social que sería conveniente preservarlas y protegerlas. Son esos territorios donde las formas tradicionales de organización y producción las que han permitido la existencia de recursos naturales que en otros lugares han dejado de existir.

Sin embargo sus territorios son objeto de embates de distinta índole que están ocasionando transformaciones que contribuyen al debilitamiento del tejido social, y que atentan contra sus mejores prácticas de coexistencia ambiental cuando los impulsores de los proyectos de desarrollo construyen estrategias que bajo el anzuelo de los recursos económicos o las dádivas, dividen a las comunidades para que acepten la realización de proyectos, que supuestamente serán en beneficio del llamado desarrollo nacional.

Pero no todo es oscuridad, ya que se considera que las reservas de conocimientos y saberes de esas poblaciones forman parte de los elementos que constituyen el patrimonio biocultural de la humanidad; es decir formas con las que grupos sociales han podido idear formas de alimentación, vestido, medicina, construcción, ornamento, entre otras, con las que se satisfacen los elementos vitales para la existencia asegurando

Por eso es que estas poblaciones son consideradas como estratégicas dentro de la Estrategia Nacional de Cambio Climático-ENCC (Semarnat, 2013), y es por esta misma razón que es importante dejar de mirarlos en la persistente categoría de pobreza. Se requiere con firmeza establecer alianzas donde al ser considerados como sujetos sociales, se pueden establecer caminos para alcanzar objetivos de suma importancia para lograr el bienestar ambiental.

En este punto es donde la colaboración entre las instituciones académicas y las poblaciones indígenas se vuelve fundamental. Se requiere de la colaboración participativa para la elaboración de diagnósticos sociales, implementación de medidas y retroalimentación de los resultados como una forma de construir soluciones conjuntas a los problemas del medioambiente.

La nueva generación de derechos humanos no tendrá sentido sino se establecen los parámetros antes señalados, comenzando por la realización de acciones enfocadas a generar bienestar en los territorios indígenas, considerando que al realizar esto, los beneficios ambientales serán de corto y mediano plazo ya que al garantizar que sean ellos quienes

primero dispongan de agua, saneamiento y medioambientes sanos, continuarán con su labor cotidiana de preservación ambiental.

El Trabajo Social frente a los derechos humanos de nueva generación para el bienestar de las poblaciones indígenas.

Con el reconocimiento a los derechos colectivos desde una perspectiva desde los derechos humanos como lo es el derecho a la tierra, derecho al agua entre otros a un ambiente sano en territorios indígenas, México ha dado pasos hacia delante a favor del bienestar social. Sin embargo, dista mucho de ser un tema consolidado, desde la literalidad del documento a la puesta en marcha en la práctica, conceptos que distan mucho entre sí y que para lograrlo se debe realizar una propuesta desde las acciones colectivas consolidadas desde una inversión organizativa.

Conforme a ello los siguientes elementos se consideran son los fundamentales para establecer vínculos hacia la investigación e intervención en Trabajo Social. Primero si asumimos que los derechos humanos en su naturaleza están unidos a la búsqueda de la autonomía y la defensa de las personas ante los agravios (Mancinas, et.al. 2017:44), entonces su vínculo es más que evidente en torno al Trabajo Social y a la defensa de territorios saqueados históricamente y estratégicos de preservar ante las circunstancias de deterioro ambiental.

A ese respecto se considera que esta nueva generación de derechos humanos puede ser fomentada en los ámbitos de las intervenciones de carácter comunitario en aquellos territorios que son objeto o se ven amenazados por proyectos privados o públicos, que valiéndose de la figura del desarrollo extraen recursos que dejan pocos beneficios a sus originales poseedores.

En lo específico son necesarias las alianzas en el marco de escenarios de amplias dimensiones que buscan hacer frente a los grandes problemas sociales, como lo representan los Objetivos de Desarrollo Sostenible, del que México es un estado parte. Sin embargo no se se trata de institucionalizar a los actores, sino de buscar que en el caso de las prácticas socioculturales de los pueblos indígenas en el caso específico, se consoliden esfuerzos de

acompañamiento, asesoría y reeducación hacia los profesionistas para comprender los entornos comunitarios.

Esta tarea será de largo aliento e implica el fortaleciendo sus saberes para asegurar el abasto de agua primero para sus territorios y luego para el resto de las poblaciones, protegiendo ríos, manantiales y áreas de recarga hídrica. El beneficio de esto no sólo será para ellos, de ello resultaremos beneficiados todos. Asegurar su agua y su ambiente.

Bibliografía

- Almagro, Nosete, José., (2005), Constitución y proyectos”, Ed. Bosh, Barcelona, 1984, (en Gonzaini, Osvaldo Alfredo. “Los problemas de legitimación en los procesos constitucionales”, México: Porrúa.
- Ferrer, Mac-Grgor, Eduardo. (2003), Juicio de Amparo e interés legítimo: la tutela de los derechos difusos y colectivos. México: FCE.
- Padilla, Sanabria, Xóchitl, Lizbeth., (2012), Tesis Doctoral, Los Sistemas Ideológicos, Económicos, Políticos y Jurídicos en el Sistema Capitalista-Neoliberal y la Necesidad de su Redeterminación, México: FESC ACATLAN UNAM.
- Quiroga, Lavié., & Morel, Antonio. Miranda., (1998), El Amparo colectivo, Constitución y Proceso: La nueva edad de las garantías jurisdiccionales, Buenos Aires Argentina: Rubizal-Culzoni editores.
- Karel, Vasak., (2003), Manual de Derechos Humanos, México, D.F: Ediciones PGR.
- Gonzaini, Osvaldo Alfredo. “Los problemas de legitimación en los procesos constitucionales”, México: Porrúa.
- Ovalle, Favela, José. (2003). Acciones Populares y Acciones para la Tutela de los Interés Colectivos.
- Boletín Mexicano de Derecho Comparado, nueva serie, año XXXVI, 587-615.
- Carbonell, Sánchez Miguel., (2004) *Los derechos fundamentales en México*, México: Porrúa.
- Cabrera, Acevedo, Lucio., (1993), *La tutela de los intereses colectivos o difusos*”, en *XIII Jornada Iberoamericanas de Derecho Procesal*, México: UNAM.
- Ferrajoli, Luigi., (2005), *Los fundamentos de los derechos fundamentales*, Madrid España: Trotá.
- Mancinas E., Sandra; et.al. (2017) Teorías y Modelos de Intervención en Trabajo Social. UANL- Esfera Pública, Nuevo León, México.
- Pina, Vara, Rafael, (2014), *Diccionario de Derecho*, México: Porrúa.
- Gonzini, Osvaldo Alfredo, (2005), Los problemas de legitimación en los procesos constitucionales, México: Porrúa.
- Kymlicka, Will., (1996), Ciudadanía Multicultural, México: Paidós.

Documentos jurídicos consultados:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos., (2019), México: Porrúa.
- Ley Agraria., (2014), México: Porrúa.
- Tesis I. 4°. C. 136. C, S. J., (2008), Suprema Corte de Justicia de la Nación, México
- DOF/14/08/2001, (2001), Diario Oficial de la Federación, México: SEGOB.
- DOF/14/08/2001, (2001), Diario Oficial de la Federación, México: SEGOB
- Código Federal de Procedimientos Civiles, 2014 Porrúa
- Ley Agraria., (2014), México: Porrúa.

Ley de Planeación., (2014), México: Porrúa.

Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas., (2014), México: Porrúa.

Ley General de Equilibrio Ecológico y la Protección al ambiente, Porrúa 2019

Ley Federal de Responsabilidad Ambiental Porrúa 2019

Ley de Aguas Nacionales, Porrúa 2019

DOF-08-02-2012 Secretaria de Gobernación

Carta democrática Interamericana, 2014

El cumplimiento de los derechos de la salud y educación en México

Alejandro Tuirán Gutiérrez¹

La reforma constitucional de 2011 estableció una nueva obligación para el Estado mexicano: construir y revisar las políticas públicas centradas en los derechos humanos, teniendo como base a los sujetos del derecho como centro de la actuación de los tres Poderes de la Unión. En las políticas públicas, este enfoque identifica como punto de partida, la no existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas (Abramovich V., 2006, p. 36).

En este estudio se consideraron dos de los derechos humanos más importante en cualquier sociedad o país, que son la educación y la salud. Dentro de la decisión por analizar el cumplimiento de los derechos de salud y educación, se deben a la prioridad que tienen en el gasto, el desarrollo socioeconómico de una nación, en la discusión que existe en la sociedad sobre estos temas, en el debate ideológico de los partidos políticos y en la implementación de las políticas públicas que son transversales en problemas como el mercado de trabajo, la economía, la tecnología, solo por mencionar algunos casos.

¿Qué son los derechos humanos?

De acuerdo con la definición de derechos humanos de Naciones Unidas, son “derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición.

Entre los derechos humanos se incluyen el derecho a la vida y a la libertad; a no estar sometido ni a esclavitud ni a torturas; a la libertad de opinión y de expresión; a la educación, a la salud, alimentación y al trabajo, entre otros muchos. Estos derechos corresponden a todas las personas, sin discriminación alguna.”

¹ Investigador y docente del Centro de Estudios de Población de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Correo electrónico atuirangutierrez@gmail.com

Diagrama 1. Derechos interrelacionados, interdependientes e indivisibles



Fuente: elaboración propia.

Marco internacional y legal sobre los derechos de educación y salud

Uno de los primeros estudios y acercamientos a los derechos humanos fue el derecho internacional que establece la obligación de los gobiernos de actuar o abstenerse de implementar programas y emprender acciones, para proteger y hacer cumplir los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas, grupos vulnerables y de la población en general.

Dentro de los primeros logros de las Naciones Unidas fue la creación y conformación de una normativa integral sobre los derechos humanos en la que los países pudieran adherirse, algunos otros lo han hecho en el presente, a nivel mundial y universal, y que toda persona aspira a que sus derechos sean respetados y cumplidos. Los principios de los derechos humanos aceptados internacionalmente se encuentran los de carácter civil, cultural, económico, político y social. También han establecido mecanismos para promover y proteger estos derechos y para ayudar a los Estados a ejercer sus responsabilidades.

Es importante señalar que las Naciones Unidas han ido ampliando los derechos humanos para incluir normas específicas relacionadas con las mujeres, los niños, las personas con discapacidad, las minorías y otros grupos vulnerables, que ahora poseen derechos que

los protegen frente a la discriminación que durante mucho tiempo ha sido común dentro de numerosas sociedades. Los cimientos de los derechos humanos y del cuerpo normativo están en la Carta de las Naciones Unidas y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobadas por la Asamblea General en 1945 y 1948, respectivamente.

En el artículo 1, numeral 3 de la Carta de las Naciones Unidas señala que: “Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión”.

A nivel mundial, los derechos de la salud y educación se encuentran establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) de 1948. En el artículo 25, en el numeral 1, se hace referencia a los derechos a la salud, señalando que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Con relación a la educación, la misma DUDH en el artículo 26, numeral 1 y 2, se menciona que “Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental.”

En la Declaración Universal se señala que la instrucción elemental será obligatoria y la instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos. Además, la educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz”.

En adición a lo anterior, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) señalan en el artículo 12, el derecho a la salud, en el que toda persona deberá tener el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.²

Con respecto a la educación, en los artículos 13 y 14 del PIDESC, se hace referencia a los derechos a la educación. En el numeral 1, se reconoce el derecho de toda persona a la educación y que se debe orientar hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad, y debe fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales. En el numeral 2, se menciona la obligatoriedad, asequible y generalizada a la enseñanza primaria y secundaria. Cabe agregar que la PIDESC hace énfasis en la enseñanza superior y que debe hacerse igualmente accesible a todos, sobre la base de la capacidad de cada uno, por cuantos medios sean apropiados, y en particular por la implantación progresiva de la enseñanza gratuita. En el artículo 14, se considera la obligatoriedad y la gratuidad de la enseñanza primaria.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es mucho más que la carencia o ausencia de enfermedad o tener acceso a la atención médica; es un derecho fundamental que hace referencia a todos los aspectos de la vida. En este sentido, la OMS define la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social”. Además, se debería agregar a la definición de salud otras dimensiones, como la capacidad de funcionar o la salud como un fenómeno continuo y dinámico a lo largo del tiempo, hasta llegar a instaurarse la idea de que la salud es un fenómeno multidimensional.

Cabe resaltar el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) “Protocolo de San Salvador”, en el que se refiere al derecho a la salud, en el artículo 10, como “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. Además, se reconoce y compromete a los Estados Parte a considerar a la salud como un bien público, que permitan adoptar medidas para garantizar este derecho

² En el artículo 12, numeral 2, el PIDESC se refiere a las medidas que deberán adoptar los “Estados Parte en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad 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 la atención primaria de la salud, como la asistencia sanitaria esencial que atienda a todos los individuos y familiares de la comunidad -, y deberá corresponder este bien público con:

- 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.”

Desde el punto de vista internacional, el derecho a la educación está definido en el Pacto Internacional de los DESC, la Convención Americana de los Derechos Humanos y en su continuación, el Protocolo de San Salvador.

Otro instrumento internacional y de gran importancia en Latinoamérica es “La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre” publicada en 1948, en la que se establece que toda persona tiene derecho a la educación bajo los principios de libertad, moralidad y solidaridad humana.

La creación de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés), tiene su base en el derecho a la educación como uno de los pilares fundamentales de su quehacer histórico y en donde se han definido algunos de los principios más relevantes para el derecho a la educación y los satisfactores de dicho derecho. Los Estados tienen la obligación de implementar el derecho a la educación reconocido a nivel internacional, en particular siguiendo lo acordado en la Convención relativa a la Lucha contra las Discriminaciones en la Esfera de la Enseñanza (1960), y de manera nacional de acuerdo con la legislación de cada país.

En el análisis de la normativa nacional, el artículo tercero constitucional es el fundamento del derecho a la educación y sirve como base para toda la legislación, planes y políticas públicas en la materia, como una base esencial de las leyes secundarias en México.

Por otra parte, el artículo cuarto constitucional señala el derecho que tiene toda persona a la protección de la salud, con base en las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la propia Constitución. A nivel nacional, las leyes secundarias señalan los derechos referentes a la sanidad, como es el caso de la Ley General de Salud, donde se explican con cuidado las modalidades del acceso a la protección que tienen los individuos.

En derechos de salud, otra de las leyes secundarias en México menciona la incorporación del derecho a la salud, como lo dice la Ley General de Desarrollo Social en 2004, en el artículo 6, se establece que “Son derechos para el desarrollo social [...] la salud...”. En la Ley General de Salud reglamentaria del derecho a la protección de la salud que define las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. La citada ley (1984) señala que “se entiende por salud un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, al considerar el significado del derecho a la salud que ha sido propuesta por la Organización Mundial de la Salud.

Es importante señalar que la Ley General de Salud considera el derecho a la protección de la salud y debe permitir:

- Alcanzar el bienestar físico y mental de las y los mexicanos.
- La protección y la estimulación de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de las condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- Alargar y mejorar la calidad de vida de las y los mexicanos poniendo énfasis en los sectores más vulnerables.
- Promover servicios de salud y asistencia social, adecuados y aptos para satisfacer las necesidades de salud de la población.
- Dar a conocer e impulsar el aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

- Estimular la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Las diversas normas secundarias han regulado la creación y consolidación del derecho a la educación y las diversas dimensiones que la conforman, ya que en materia de contenidos educativos: la Ley General de Educación regula el reconocimiento de la validez oficial de los estudios a nivel nacional. La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes reconoce a éstos como titulares del derecho con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Por otra parte, la Ley de Derechos de las Personas Adultas Mayores que incorpora a los adultos mayores para recibir de manera preferente el derecho a la educación y no solamente para la población de 6 a 24 años. En la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas se menciona el reconocimiento y protección de los derechos lingüísticos, individuales y colectivos de los pueblos y comunidades indígenas.

Además, en materia de sujetos de derecho: la Ley General de Desarrollo Social que busca garantizar el acceso al desarrollo social y las obligaciones gubernamentales en el marco de los sujetos de derechos. También esta misma ley establece que “son derechos para el desarrollo social la educación, lo que norma la estimación de la pobreza con la carencia de la educación en la población (rezago social y asistencia escolar).

Marco teórico

Las Naciones Unidas han definido el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH)³ como “un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que, desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que

³ El Enfoque Basado en Derechos Humanos, según la Organización Panamericana de Salud, ha ayudado en incluir “compromisos obligatorios para permitir que las mujeres sobrevivan el embarazo y el parto, como parte de sus derechos de salud sexual y reproductiva”. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13981:human-rights-approach-eyed-as-way-to-cut-maternal-deaths&Itemid=135&lang=es

obstaculiza el progreso en materia de desarrollo” (OACNUDH, 2006, pág. 15). El EBDH tiene importantes repercusiones en la manera en que se determinan las prioridades y los objetivos de desarrollo y se formulan los resultados del programa en el país. Su aplicación modifica la forma en que los programas se diseñan, aplican, monitorean y evalúan.

Tabla 1. Dimensiones de las observaciones del Comité DESC del derecho a la salud y educación

Observaciones del Comité DESC del derecho a la salud y educación			
Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Adaptabilidad
Debe haber instituciones y programas de salud, educativos y de enseñanza en cantidad suficiente en el ámbito del Estado Parte.	Las instituciones y los programas de salud, educativos y de enseñanza han de ser accesibles a todos, sin discriminación, en el ámbito del Estado Parte. La accesibilidad consta de tres dimensiones: no discriminación, accesibilidad material y económica.	La forma y el fondo de la salud y educación, comprendidos en los programas de salud y programas de estudio y los métodos pedagógicos, han de ser aceptables (i.e. pertinentes, adecuados culturalmente y de buena calidad) para las familias y los estudiantes y, cuando proceda, los padres.	La salud y educación ha de tener la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades de sociedades y comunidades en transformación y responder a las necesidades de las personas, familias, y los alumnos en contextos culturales y sociales variados.

Fuente: Elaboración propia con base en observaciones del Comité DESC del derecho a la salud y educación.

En la opinión de Ferrer (2007, p. 13), considera que se han tenido importantes avances con la adopción del EBDH y las agencias de Naciones Unidas han desarrollado diversas estrategias para aplicar este enfoque y definir indicadores; sin embargo, el concepto de indicadores es aún un “campo en construcción” debido a la falta de consensos, pero es de lo poco que se tiene para medir el cumplimiento de los derechos, en este caso, se considera que se puede hacer un análisis para verificar el grado de cumplimiento de los derechos de la población.

Por su parte, Landman (2004, p. 461) argumenta que el cumplimiento de los derechos humanos debe medirse en sus principios, es decir, es preciso evaluar si se han adoptado las medidas legales para reconocerlos y como su grado de institucionalidad. Con respecto a su medición en la práctica, hay que evaluar el grado en que los habitantes gozan efectivamente de estos derechos, además de revisar los resultados de las políticas públicas.

La metodología desarrollada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos retoma las bases propuestas por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACNUDH) y, en lugar de generar matrices de indicadores y considerar atributos específicos por derecho, establece seis categorías conceptuales referentes a la garantía y la protección de los derechos humanos. Estas categorías son: 1) la asimilación del derecho por parte del Estado; 2) su compromiso financiero y presupuestal; 3) las capacidades estatales involucradas; 4) el cumplimiento de los principios de igualdad y no discriminación; 5) facilidades de acceso a la justicia; y 6) del acceso a la información y participación (Alto Comisionado para las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2006, p. 88-92).

En las observaciones que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales hace a los artículos 12 y 13, de los derechos de salud y la educación, del Pacto Internacional de los DESC, dicta que la salud y educación en todas sus formas y en todos los niveles deben tener cuatro características interrelacionadas: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad (ver tabla 1).

De estas observaciones, se desprenden dos enfoques principales para distinguir las dimensiones del derecho a la educación. El primero es el enfoque de las 4 A de Katarina Tomasevski –primera relatora especial del derecho a la educación de las Naciones Unidas– quien propone un enfoque de obligaciones estatales para garantizar el derecho a la educación (Tomasevsky, 2011), y que puede ser adoptado en algunas dimensiones para el derecho a la salud. El modelo de las 4 A de Tomasevski distingue cuatro dimensiones del derecho a la educación: asequibilidad, acceso, aceptabilidad, adaptabilidad y se describen en la tabla 2.

Por su parte, la propuesta de la UNESCO señala que una educación de calidad debe abarcar tres dimensiones fundamentales: la equidad, la relevancia y pertinencia. A estas dimensiones hay que añadir dos de carácter operativo: eficacia y eficiencia (ver tabla 3).

Tabla 2. Enfoque de las 4 A de Katarina Tomasevski

Enfoque de las 4 A de Katarina Tomasevski			
Asequibilidad	Acceso	Aceptabilidad	Adaptabilidad
Derecho civil y político. Respetar la libertad de y en la educación. Derecho social y económico: asegurar educación gratuita y obligatoria para todos. Derecho cultural: respeto a la diversidad (minorías).	El derecho a la educación debe ser realizado progresivamente (gratuidad, obligatoriedad, inclusión y oportunidad en educación básica y media superior). Facilitar la educación postobligatoria en la medida de lo posible (en función de la capacidad adquisitiva).	Estándares de calidad en la educación (seguridad, salud, calidad de maestros). Educación en su lengua. Prohibición de castigos corporales. Métodos de enseñanza-aprendizaje adecuados a las necesidades.	Escuelas adaptadas a los niños (principio del interés superior del niño. Convención sobre los Derechos del Niño). Adaptar progresivamente a la educación a todos los derechos humanos (supone un análisis intersectorial del impacto de la educación en todos los derechos humanos).

Fuente: Elaboración con base en el documento Indicadores del derecho a la educación de Katarina Tomasevski (2001).

En el caso de los derechos de la salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Organización Mundial de la Salud, el relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, las organizaciones de la sociedad civil, académicos, entre otros, realizaron una propuesta, que retoma el CONEVAL en los diagnósticos que hace y publica sobre el cumplimiento de los derechos humanos en México, para analizar el derecho con relación a la comprensión y aplicación práctica a políticas, programas y proyectos relacionados con la salud.

Tabla 3. Propuesta de la UNESCO sobre las dimensiones de los derechos de educación

UNESCO: educación de calidad		
Equidad	Relevancia	Pertinencia
Equidad de acceso: • Disponibilidad • Accesibilidad (física, de currículo, económica, libertad de enseñanza). Equidad en los recursos y en la calidad de los procesos educativos. Equidad en los resultados del aprendizaje.	Promover aprendizajes desde las exigencias sociales y de desarrollo personal. Lograr el pleno desarrollo de la personalidad y de la dignidad humana. Desarrollar competencias relacionadas con aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser, y aprender a vivir juntos.	Las diferencias para aprender devienen de las características y necesidades de cada persona. Ser significativa para personas de distintos estratos sociales y culturas, diferentes capacidades e intereses, desarrollando autonomía, autogobierno, libertad e identidad propia. El centro es el alumnado (idiosincrasia). Flexibilidad y adaptabilidad.
Eficacia		Eficiencia
En qué medida se logran o garantizan los principios y se traducen en términos concretos el derecho a una educación de calidad para toda la población.		En qué medida la acción pública honra el esfuerzo material de la comunidad nacional que asigna a la tarea educativa una determinada cantidad de recursos; es decir, respeta el derecho ciudadano a que su esfuerzo material sea adecuadamente reconocido y retribuido.

Fuente: Elaboración propia con base en la UNESCO 2007.

Identificación de titulares de derechos y titulares de deberes o garantes del derecho en México

Una de las características básicas del enfoque basado en derechos humanos es la identificación de los titulares de derechos, debido a su condición de seres humanos, y que tienen derechos que deberán ser reconocidos por el Estado, además de que son garantes de esos derechos o titulares de deberes, que están legalmente obligados a respetar, proteger y hacer efectivos los derechos de esas personas.

El derecho a la salud es indiscutiblemente uno de esos derechos fundamentales y básicos, sin él, es difícil o imposible acceder a otros derechos más complejos como es el social, laboral y el político, que aparece no sólo en las Declaraciones Universales, como los

primeros derechos fundamentales, sino también en las constituciones o cartas magnas que respaldan las distintas normativas nacionales.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos este derecho viene desarrollado en el Artículo 25, como se señaló anteriormente. Además, a nivel nacional, el artículo cuarto constitucional señala el derecho que tiene toda persona a la protección de la salud. En este sentido, todo ser humano tiene derecho no sólo a ser asistido por los servicios de salud para su curación y rehabilitación, sino también a ser el objeto de políticas de información para la prevención de las enfermedades.

En la actualidad se intenta que los poderes públicos compartan su responsabilidad en la custodia de la buena salud con los titulares de los derechos de la salud, los propios ciudadanos, promoviendo la salud pública, estilos de vida sanos y un medio ambiente saludable. Esto es, actuar antes de que se produzcan patologías que con una adecuada información podrían evitarse.

Debido a lo anterior, es que los recursos económicos destinados a los servicios de salud han de ser específicos y transparentes, y no sólo cubrir las necesidades sanitarias de los ciudadanos, sino procurar un desarrollo sostenible del sistema sanitario con un adecuado fomento de la investigación clínica y la formación continua de todo el personal sanitario, para mantener constante una calidad en la asistencia.

Los ciudadanos, por su parte, han de aprovechar los programas de salud destinados a proporcionarles información adecuada tanto para la prevención de enfermedades como para comprender mejor su tratamiento y ser responsables en el cumplimiento terapéutico.

Los poderes públicos, sin descuido de lo anterior, también han de proporcionarle al ciudadano canales adecuados para hacer saber al sistema sanitario cuáles son sus fallos, y de ese modo reaccionar y resolver tales problemas.

El ciudadano, o el titular del derecho de salud, por tanto, no sólo ha de manejar información adecuada sobre asistencia y prevención, sino también sobre su derecho a recurrir a las distintas asociaciones de pacientes para mejorar con ello el sistema sanitario tanto a nivel local como local, regional, estatal o nacional.

El derecho humano a la protección de la salud se dirige a todas las personas, aunque esa protección presenta diferentes necesidades específicas de cada etapa de la vida, de las niñas, niños y adolescentes; de los hombres y las mujeres adultas; de las mujeres en etapa

reproductiva, y de los adultos mayores. Además, las personas requieren la atención de la salud en el mayor bienestar físico, psicológico y social; para lograrlo hay que tratar las diferencias requeridas de acuerdo con cada uno de los grupos mencionados (ver tabla 4).

Tomar conciencia de todos estos aspectos derivados del derecho de la salud procuran un adecuado rendimiento de los recursos, permitiendo que el sistema de salud pueda a medio plazo reducir sus presupuestos asistenciales con una adecuada política de información preventiva y de derechos del paciente, y proporcionando así al ciudadano un sistema de bienestar que se acerque a los objetivos marcados por todas las normativas mencionadas al principio.

Una de las propuestas para evaluar los derechos en salud, es la elaborada por CONEVAL; en su “Estudio Diagnóstico”, que se base en diez elementos centrales que incluyen determinantes sociales subyacentes de la salud, indicadores, las normas, entidades responsables para cumplir sus obligaciones (ver figura 2), y que deben ser definidos explícitamente y con precisión sobre la base de una metodología aceptable de recopilación y presentación de datos, y que sean recolectados de forma periódica (CONEVAL, 2018b, p. 41).

Tabla 4. Titulares del derecho a la salud

Población	Modalidades de salud de atención
Niñas y niños	Prevención de la salud
	Pruebas que previenen enfermedades
	Salud y problemáticas alimentarias
	Salud y determinantes sociales
Adolescentes	Prevención de la salud
	Identificación de adicciones
	Atención primaria de la salud
	Actividad sexual y atención ginecológica y obstétrica
	Prevalencia del involucramiento de un accidente
	Violencia, agresión o robo
	Salud mental
	Enfermedades diagnosticadas (diabetes, hipertensión, VIH/Sida, cáncer, renal crónica y cardiovasculares).
Mujeres	Prevención de la salud
	Vida, integridad y salud
	Atención primaria de la salud
	Eventos obstétricos
	Prevalencia de la salud
	Identificación de adicciones
	Situación de violencia
	Enfermedades diagnosticadas (diabetes, hipertensión, VIH/Sida, cáncer, renal crónica y cardiovasculares)
Hombres	Prevención de la salud
	Atención primaria de la salud

Población	Modalidades de salud de atención
	Identificación de adicciones
	Situación de violencia
	Enfermedades diagnosticadas (diabetes, hipertensión, VIH/Sida, cáncer, renal crónica y cardiovasculares)
Adultos mayores	Cobertura y prevención de la salud
	Atención primaria de la salud
	Deterioro físico y psicológico que puede generar una discapacidad
	Accidentes
	Enfermedades diagnosticadas (diabetes, hipertensión, VIH/Sida, cáncer, renal crónica y cardiovasculares)
Grupos en pobreza y vulnerables	Satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de alto riesgo
Áreas urbanas y rurales	Satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de alto riesgo
Toda la población	Extensión de los servicios de salud
	Inmunización de enfermedades infecciosas
	Prevención y tratamiento de enfermedades endémicas, profesionales o de otra índole
	La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud

Fuente: Elaboración propia.

El artículo tercero de la Constitución, fundamento normativo del derecho a la educación en México, dictamina que toda persona tiene derecho a recibir educación, en los niveles preescolar, primaria, secundaria y media superior como obligatorios. Ambos elementos identifican a los titulares del derecho como todas las personas, de tres años y más, que no han concluido dichos niveles. Por su parte, los titulares de deberes o el garante es el Estado que descarga en el Sistema Educativo Nacional (SEN) la responsabilidad de impartir los servicios educativos en todos sus niveles, modalidades, tipos de servicio y sostenimiento.

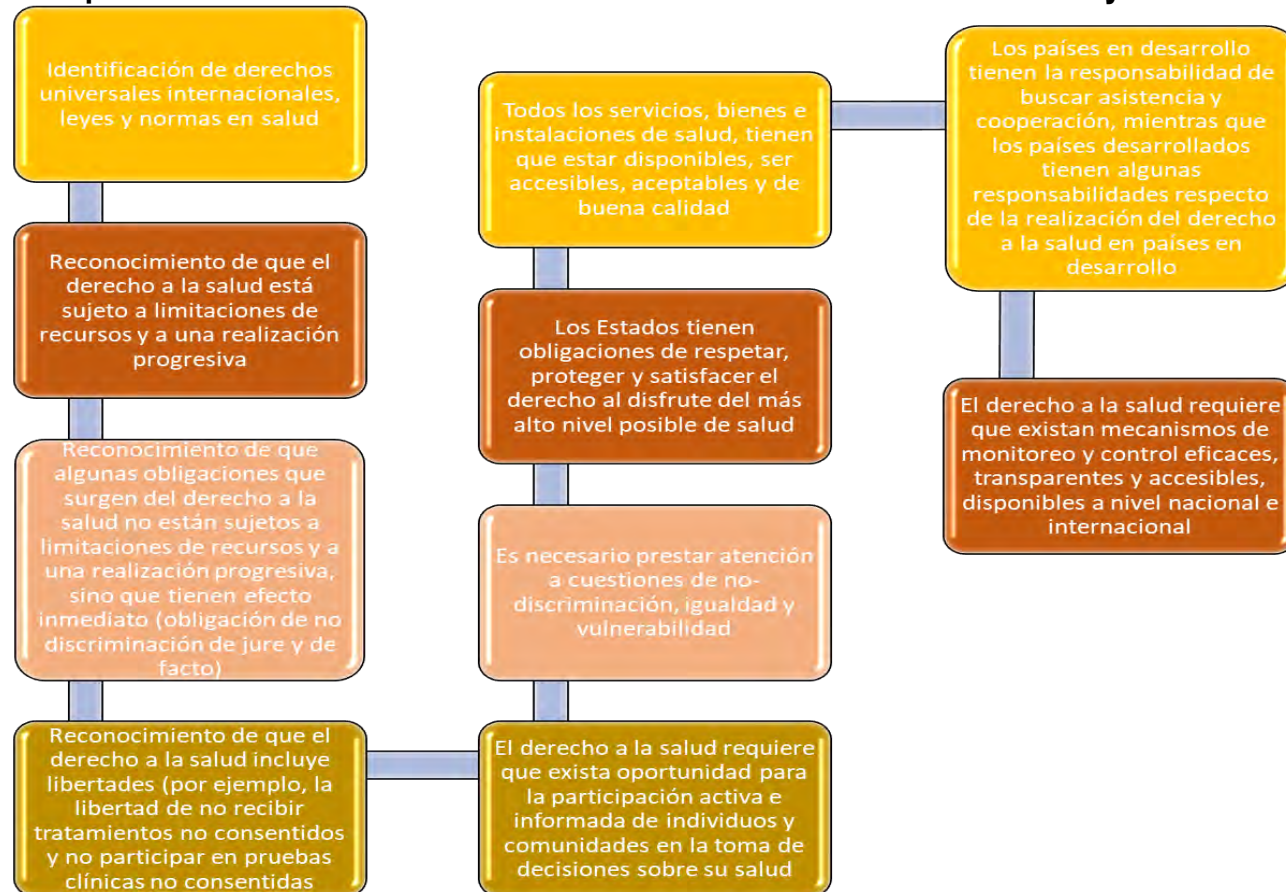
Los titulares del derecho se pueden clasificar de acuerdo con su edad y a los antecedentes educativos que presentan; mientras que los servicios educativos del SEN se catalogan por modalidad y nivel educativo (ver tabla 5).

Tabla 5. Identificación de titulares del derecho de la educación

Titulares del derecho a la educación		Titulares de deberes o garantes del derecho principales (SEN)	
Población	Características y antecedentes educativos	Modalidad escolarizada	Modalidad no escolarizada
3 a 5 años	NA	Preescolar	Sistema escolarizado
6 a 11 años	NA	Primaria	Sistema escolarizado
12 a 14 años	Primaria incompleta	Primaria	Sistema escolarizado
	Primaria completa	Secundaria	Sistema escolarizado
15 años y más	Analfabeta	Abierta	Educación para adultos: alfabetización
	Educación básica incompleta	Abierta	Educación para adultos: educación básica
	Educación básica completa	Media superior	Sistema abierto o semiescolarizado: bachillerato y profesional técnico
Población atendida de manera abierta	Menores de 3 años	Asistencia de padres e hijos a pláticas	Educación inicial
	De 18 años y más con educación media superior completa y educación superior	Superior: licenciatura y posgrado	Sistema abierto o semiescolarizado: licenciatura y posgrado

Fuente: elaborado con base en CONEVAL; (2018). Estudio diagnóstico del derecho a la educación, 2018.

Figura 2. Propuesta de diez elementos centrales de los determinantes sociales subyacentes de la salud.



Fuente: CONEVAL (2018b). Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf

Breve diagnóstico de la educación en México

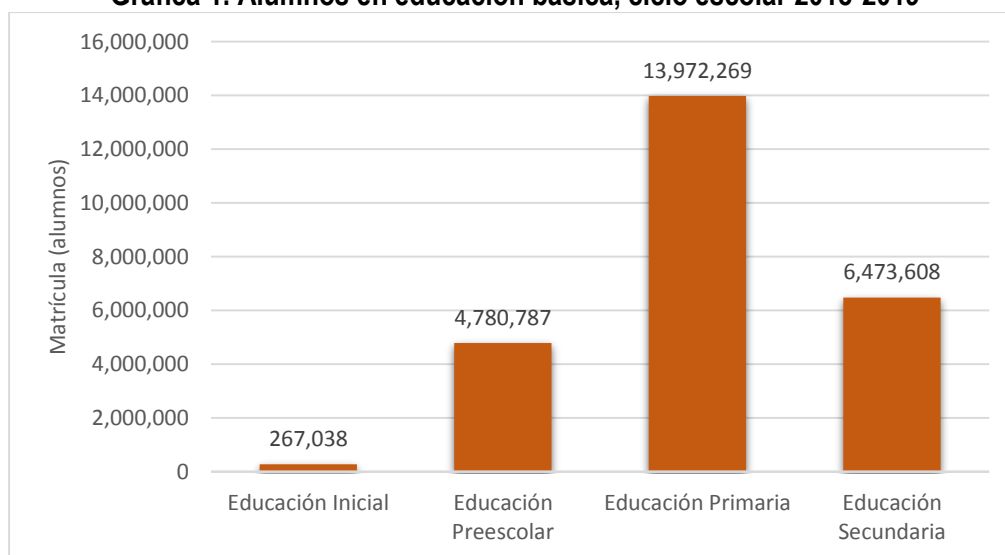
El Sistema Educativo Nacional tenía una matrícula en todos sus niveles educativos de 36.6 millones de alumnos (educación básica, media superior y superior) en el ciclo escolar 2018-2019, donde se concentraba, principalmente en educación básica con poco más de 7 de cada 10 estudiantes (cerca de 25.5 millones estudiantes) y casi 6 de cada 10 docentes; en media superior correspondía el 14.3% (5.2 millones de alumnos) y casi 1 de cada cinco docentes; en educación superior, incluyendo normal, casi 1 de cada 10 alumnos (3.9 millones de personas) y entre posgrados y capacitación para el trabajo era el restante 6%.

Tabla 6. Alumnos por nivel educativo, ciclo escolar 2018-2019

	Alumnos	%	Docentes	%	Escuelas	
Total Sistema Educativo	36,635,816	100.0	2,100,277	100.0	265,277	100.0
Educación Básica	25,493,702	69.6	1,224,125	58.3	233,163	87.9
Educación Media Superior	5,239,675	14.3	418,893	19.9	21,010	7.9
Educación Superior	3,943,544	10.8	414,408	19.9	5,535	2.1
Capacitación para el Trabajo	1,958,895	5.3	42,851	2.0	5,509	2.1

Fuente: SEP/DGPPyEE, Principales cifras del Sistema Educativo Nacional, ciclo escolar 2018-2019.

Gráfica 1. Alumnos en educación básica, ciclo escolar 2018-2019



Fuente: SEP/DGPPyEE, Principales cifras del Sistema Educativo Nacional ciclo 2018-2019.

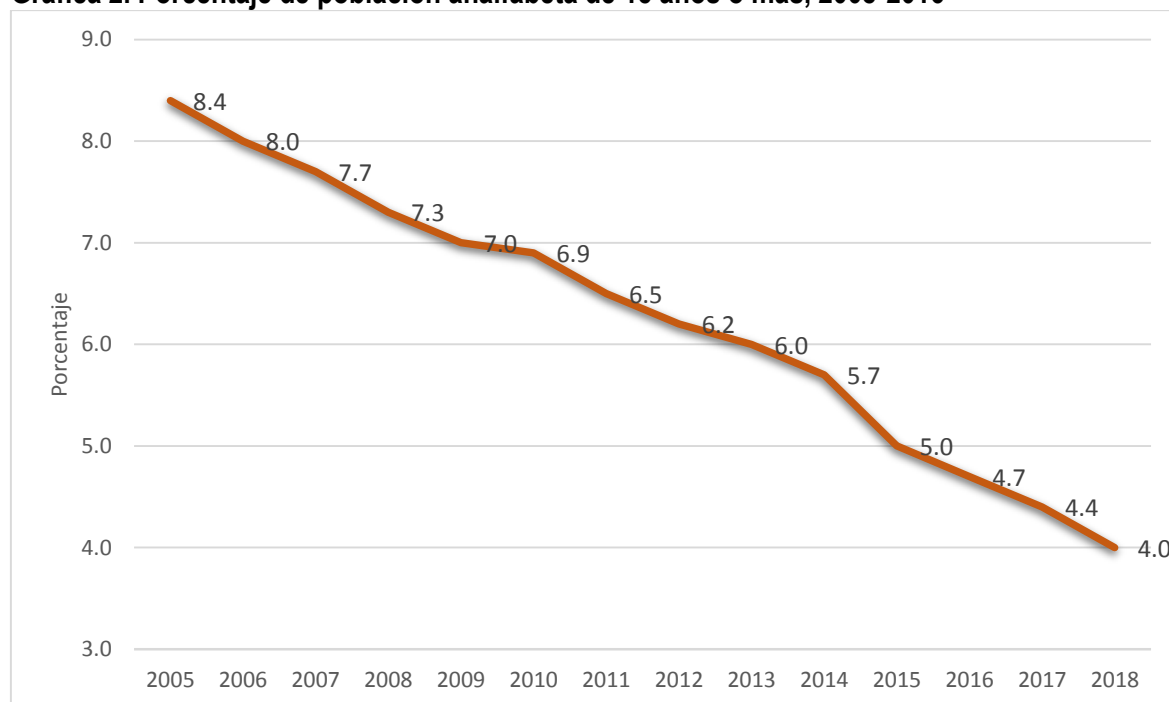
En cuanto a la división de la matrícula por sostenimiento entre las escuelas públicas y privadas, la relación era de 85.5% y 14.5%, respectivamente en 2018-2019, es decir, casi 9 de cada 10 alumnos en el Sistema Educativo Nacional, recibían clases en escuelas públicas.

En los siguientes años, la presión de la matrícula en el Sistema Educativo se presentará a nivel de educación media superior, en sus diferentes modalidades.

La educación en México presenta indicadores con claroscuros, por un lado, se siguen teniendo importantes rezagos, como en el analfabetismo, las tasas de asistencia escolar en preescolar y media superior y las tasas de abandono intracurricular e intercurricular.

Uno de los indicadores que ha tenido una pequeña reducción es la población en situación de analfabetismo de 15 años y más; no obstante, ha tenido una baja de 8.4 en 2005 a 4.0% en 2018 (aproximadamente 5.0 millones de personas de 15 años y más, respectivamente), siendo un número significativo de la población analfabeta que ha sido vulnerados sus derechos educativos, sin que hasta el momento se tenga una opción educativa para adultos.

Gráfica 2. Porcentaje de población analfabeta de 15 años o más, 2008-2016



Fuente: SEP/DGPPyEE, Principales cifras del Sistema Educativo Nacional ciclo 2018-2019.

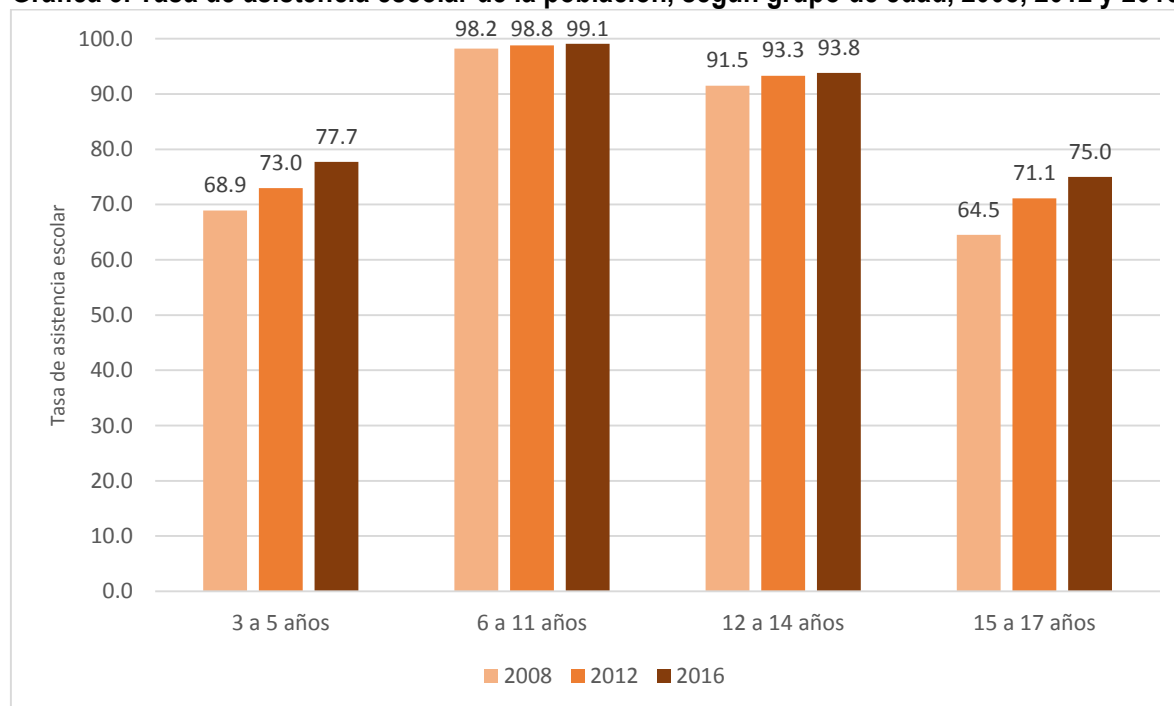
La disminución del analfabetismo de las personas de 15 años y más en México ha sido muy lenta en los últimos años, por lo que las políticas educativas para la población adulta

no han tenido el impacto esperado, debido a que en estos años deberíamos tener tasas menores al 1%, después de que en los años setenta y ochenta, se hicieron campañas más agresivas de alfabetización en las regiones con mayores rezagos educativos y áreas rurales.

Por otra parte, se cuenta con tasas de asistencia de educación primaria cercanas a cubrir a casi toda la población de esas edades escolares (6 a 11 años). En educación secundaria, se atiende a casi toda la población, pero todavía se tiene un 7% del grupo de 12 a 14 años que no asiste a la escuela. El principal problema se centra en los grandes rezagos educativos en educación preescolar (de poco más de 22%) y en educación media superior (25%) que de acuerdo con la Ley General de Educación son obligatorios de atención del Estado.

La política educativa se debe centrar en estos dos niveles, en la educación preescolar y media superior, con programas de becas, mayor cobertura de la presencia de las diferentes opciones en zonas rurales, mejoría de la calidad y la coordinación de los diferentes niveles de gobierno. En estos niveles se encuentran los mayores incumplimientos a los derechos de la educación de los grupos de edad de las personas de 3 a 5 y de 15 a 17 años.

Gráfica 3. Tasa de asistencia escolar de la población, según grupo de edad, 2008, 2012 y 2016.



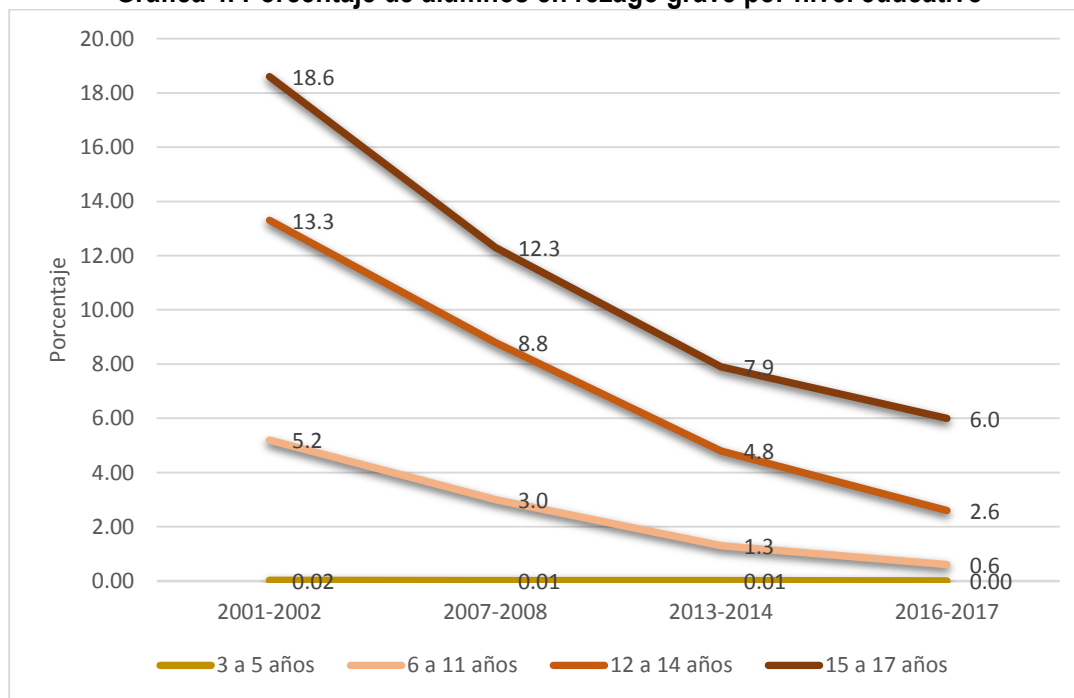
Fuentes: INEE, cálculos con base en la ENIGH 2008 y 2012, Módulo de Condiciones Socioeconómicas (INEGI, 2009 y 2013a), y en la ENIGH 2016 (INEGI, 2017).

Otro de los indicadores importantes es el porcentaje de alumnos en rezago grave⁴ que se ha reducido en los últimos años para todos los grupos de edad considerados en el análisis. En el caso del grupo de 15 a 17 años se presenta una reducción importante, con 12.6 puntos porcentuales menos entre los ciclos 2001-2002 y 2016-2017: de 18.6 a 6%; le sigue el grupo de 12 a 14 años, al pasar de 13.3 a 2.6%, con una disminución de 10.7 puntos porcentuales, y el de 6 a 11 años pasó de 5.2 a 0.6%, es decir, se redujo 4.6 puntos porcentuales.

El grupo de población de 15 a 17 años, que debería ser atendido por el nivel medio superior, presenta graves rezagos educativos que tendrán que ser cubiertos urgentemente para aumentar y mejorar las tasas de asistencia escolar.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Evaluación de la Educación (INEE), el abandono de los alumnos se mide en dos momentos, el primero de ellos durante el ciclo escolar (tasa de deserción intracurricular); la segunda forma de medirlo es entre el fin de un ciclo escolar y el inicio del siguiente (tasa de deserción intercurricular). La suma de estos dos indicadores constituye la tasa de deserción total, que es una medida de pérdida del flujo escolar entre dos ciclos consecutivos.

Gráfica 4. Porcentaje de alumnos en rezago grave por nivel educativo



Fuentes: INEE, cálculos con base en las "Estadísticas Continuas del formato 911 (inicio escolar 2016-2017), SEP-DGPPyEE.

⁴ Según el INEE, el rezago grave: número de alumnos en cierto grupo de edad matriculados dos o más grados por debajo del correspondiente a su edad (idónea o típica) por cada cien matriculados del mismo grupo de edad.

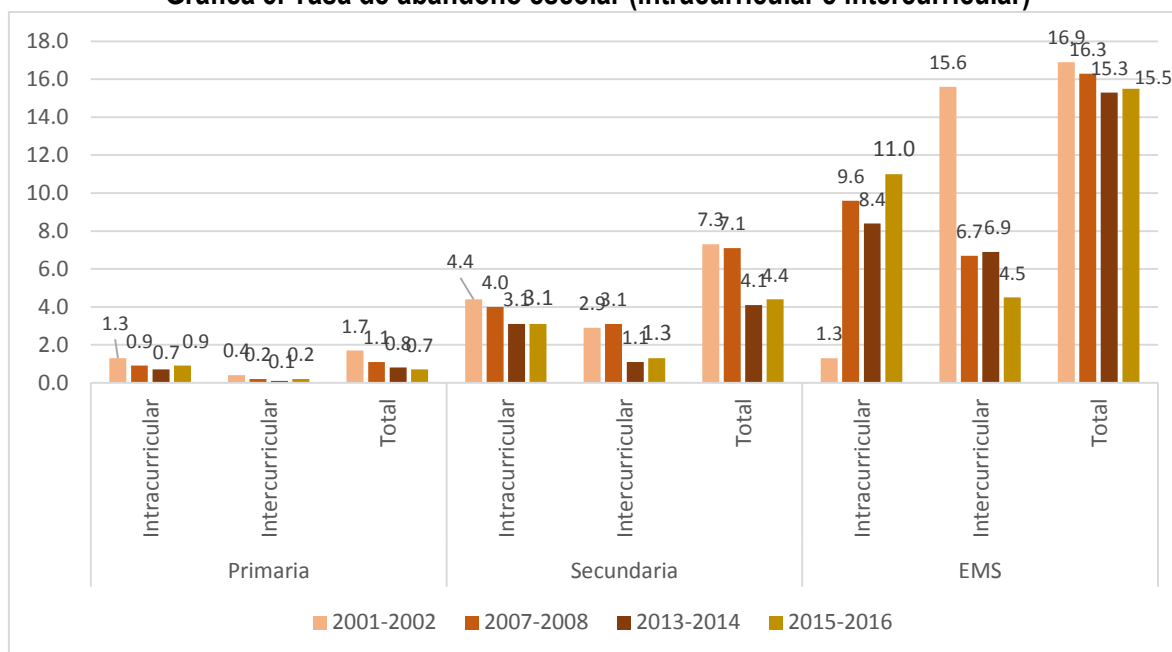
Uno de los indicadores de educación que estima la proporción de estudiantes que abandonan sus estudios entre dos ciclos escolares consecutivos es la tasa de abandono escolar. Según el INEE, en el ciclo 2015-2016, a nivel de primaria fue de 0.7%, lo que significaba que 105,301 alumnos de los 14,250,425 que estaban matriculados en este nivel al inicio del ciclo escolar de referencia desertaran de este nivel, con lo que el Estado incumplía con sus derechos educativos, por no retenerlos con acciones y políticas públicas; siendo una tasa de abandono menor al 1% en todos los grados, excepto en el quinto año, donde registró una tasa de 1.1%.

Otro aspecto importante es la distancia en las tasas de abandono entre los hombres y mujeres, en primaria la diferencia es mínima (de 0.3 puntos porcentuales en contra de los hombres), se incrementa en niveles superiores. Por ejemplo, a nivel secundaria, respecto al ciclo de referencia, se tenían 302,984 estudiantes, que representan 4.4% de la matrícula al inicio del ciclo, abandonaron sus estudios, y, dicho abandono no tuvo una distancia mayor de 2.4 puntos porcentuales en los tres grados de este nivel educativo, el mayor abandono ocurrió en el segundo grado (5.6%), mientras que durante el tercer grado se registró la menor proporción de abandonos (3.2%).

Cabe destacar que al igual que en primaria, el abandono de los hombres es mayor que el de las mujeres; siendo de 5.4 y 3.4%, respectivamente. En educación media superior el abandono fue de 15.5%, por lo que 772,215 estudiantes de los 4,985,080 inscritos en este tipo educativo desertaron de sus estudios durante el ciclo escolar señalado anteriormente, vulnerando sus derechos educativos. A diferencia de los niveles anteriores, es en el primer grado donde se presentaba el mayor porcentaje de abandonos, pues entre los estudiantes que cursaban este primer ciclo 1 de cada 4 abandonó sus estudios y durante el segundo grado, aunque la proporción es menor, aproximadamente 1 de cada 6 estudiantes se encontró en la misma situación. La distancia entre hombres y mujeres muestra el mismo comportamiento que los niveles anteriores, ya que el nivel de abandono más bajo para estas últimas, pues ambas medidas se ubicaban en 17.7 y 13.3%, respectivamente.

En educación primaria, el abandono casi ha desaparecido, tanto el intracurricular (abandono durante el ciclo escolar) como el intercurricular (fin del ciclo escolar e inicios del siguiente). Para el nivel secundaria llega a 4.4%, en cambio, en educación media se ubica dicho abandono en 15.5% para el ciclo 2015-2016.

Gráfica 5. Tasa de abandono escolar (intracurricular e intercurricular)



Fuentes: INEE, cálculos con base en las "Estadísticas Continuas del formato 911 (inicio escolar 2016-2017), SEP-DGPPyEE.

Con relación a la tasa de eficiencia terminal que mide el porcentaje de alumnos que concluyen cada nivel o tipo educativo respecto al total de los estudiantes que iniciaron el ciclo. En el caso del nivel primaria, en el ciclo 2018-2019 fue de 96.7%, casi todos los alumnos que inician este nivel lo concluyen. Esto permite señalar que la eficacia en este nivel educativo para conseguir que sus alumnos sigan una trayectoria regular y egresen en tiempo. Cabe mencionar que la diferencia entre hombres y mujeres fue de sólo 0.1 puntos porcentuales. A nivel secundaria la tasa de eficiencia terminal era de 86.7% en el mismo ciclo escolar señalado anteriormente.

Tabla 7. Indicadores de Educación Preescolar, 2016-2019

	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Tasa neta de escolarización (3 a 5 años)	73.9	73.3	71.8
Cobertura de 3 a 5 años	74.0	73.6	72.1

Fuente: SEP/DGPPyEE, Principales cifras del Sistema Educativo Nacional, ciclo 2018-2019.

En cuanto a la tasa neta de escolarización que mide el número de alumnos en el nivel preescolar al inicio del ciclo escolar del rango de edad típico correspondiente al nivel educativo, por cada cien en el mismo grupo de edad de la población (3 a 5), se ha tenido una

pequeña baja en los últimos tres ciclos escolares, de acuerdo con información de la SEP. Lo mismo se ha observado en la cobertura de 3 a 5 años en el nivel de educación preescolar, no cumpliendo el Estado con la retención de alumnos de preescolar.

Con respecto a la educación media superior la tasa de eficiencia terminal llegó a 64.2%, mejorando con relación al ciclo anterior, teniendo un reto importante para aumentar la eficiencia terminal en este nivel educativo; destacan también las diferencias entre sexos: la tasa de eficiencia terminal en mujeres fue de 70% y en hombres, de 61.3%.

Tabla 8. Indicadores del nivel primaria, secundaria y educación media superior (EMS), 2016-2019, en porcentajes

	2016-2017			2017-2018			2018-2019		
	Primaria	Secundaria	EMS	Primaria	Secundaria	EMS	Primaria	Secundaria	EMS
Abandono escolar	1.1	5.3	15.2	0.5	4.6	14.5	0.6	4.4	12.9
Reprobación	1.0	5.6	13.5	0.9	5.1	14.1	0.9	5.1	13.9
Eficiencia terminal	97.8	85.5	64.4	97.5	86.0	63.9	96.7	86.7	64.2
Tasa de terminación	102.8	93.3	58.0	102.2	89.1	61.3	102.1	88.3	63.6
Cobertura	105.5	100.0	77.2	104.9	97.3	78.8	104.8	96.5	78.7
Tasa neta de escolarización	98.5	86.3	62.4	98.5	84.2	63.8	98.7	84.0	63.6

Fuente: SEP/DGPPyEE, Principales cifras del Sistema Educativo Nacional.

La tasa de abandono escolar sigue siendo muy alta en el nivel de Educación Media Superior, en el ciclo escolar 2018-2019 fue de 12.9%, a pesar de la disminución que se tuvo con respecto al ciclo escolar 2016-2017.

Por otro lado, la cobertura en Educación Media Superior aumentó ligeramente de 77.2% en 2016-2017 a 78.7% en 2018-2019, siendo el nivel educativo con la menor cobertura respecto a primaria y secundaria.

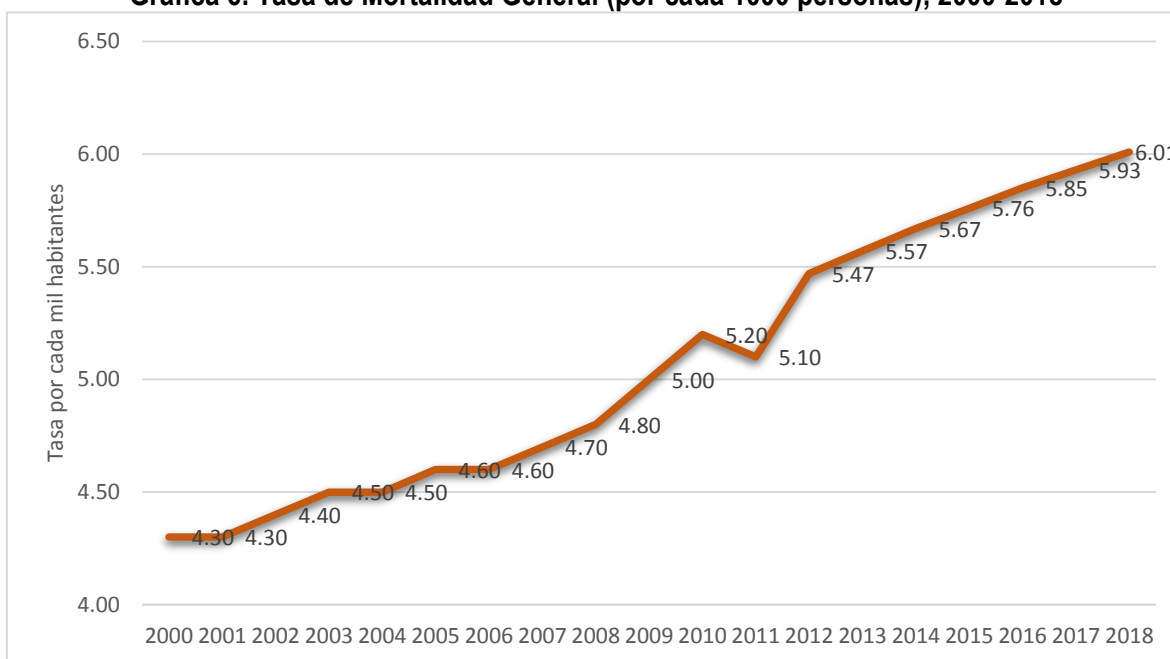
Breve diagnóstico de la salud en México

El sector salud ha tenido una serie de transformaciones, debido a la transición epidemiológica, aunque se mejoró el combate de algunas enfermedades infecciosas, transmisibles y parasitarias, pero por otro, las enfermedades crónicas han sido las principales causas de muerte en México. En los últimos años se ha presentado un aumento en algunos indicadores relacionados con la mortalidad, debido a las comorbilidades.

La tasa de mortalidad por cada mil habitantes presenta un aumento en los últimos años de 4.3 a 6.0, debido a las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón, los tumores malignos. Otra de las causas de dicho incremento, se deben enfermedades transmisibles (influenza y neumonía), y se muestra un paulatino pero progresivo ascenso en los accidentes, así como en las muertes por agresiones.

Por otro lado, ha habido un aumento de la población afiliada a servicios de salud, principalmente por el Seguro Popular, pero que desde el año 2019 ha sido sustituido por el Instituto de Salud para el Bienestar, actualmente no se tiene información sobre las personas afiliadas y la manera en que operará.

Gráfica 6. Tasa de Mortalidad General (por cada 1000 personas), 2000-2018



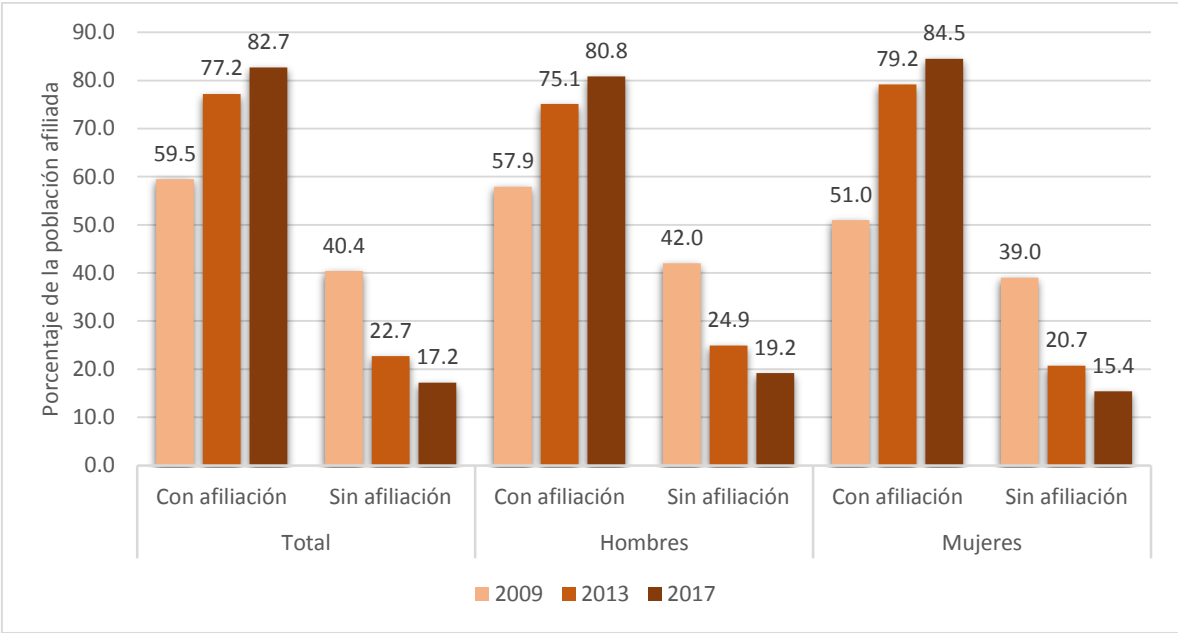
Fuente: CONAPO (2020). Disponible en: https://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index.html

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS), fuente que genera información estadística sobre la cobertura de las instituciones de seguridad social y de servicios de salud en México, señala que 102.3 de los 123.7 millones de personas del país se encontraban afiliadas a un servicio de salud. Según el INEGI, la cobertura de la población afiliada a servicios de salud pasó de 59.5% en 2009 a 82.7% en 2017 (incremento de 23.2 puntos porcentuales más en tan sólo 8 años). Este aumento se debe principalmente a la incorporación de personas y familias en el Seguro Popular (INEGI, 2018).

Las diferencias por sexo muestran que los hombres afiliaban a un servicio de salud al 80.8% de los hombres, mientras que las mujeres, tenían una proporción mayor con el 84.5%. De los 102.3 millones de personas afiliadas algún servicio de salud, 39.3% mencionó tener Seguro Popular⁵ y 36.3% IMSS, es decir, casi ocho de cada de diez personas están afiliadas a estas dos instituciones.

Según la OCDE, la cobertura universal de salud se llega alcanzar “cuando todas las personas, comunidades y grupos sociales tienen acceso a los servicios de salud que necesitan, que estos servicios tienen un grado efectivo de calidad y que los usuarios no son vulnerables a las dificultades financieras debido al uso de dichos servicios.”

Gráfica 7. Porcentaje de población con afiliación a servicios de salud en México, 2009-2017



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS), 2009, 2013 y 2017.

Con relación a la esperanza de vida al nacer en México, los mexicanos en promedio llegaban casi a los 75 años en 2018, lo que representó un aumento de cerca de 13.6 años con

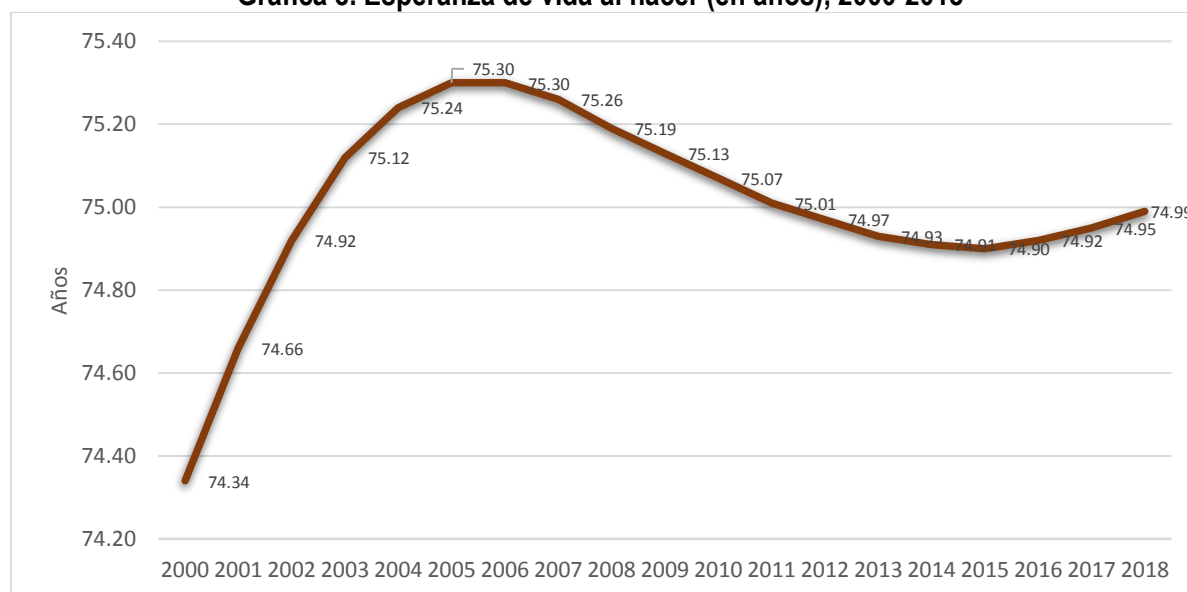
⁵ El Seguro Popular tenía como propósito “brindar protección a la población no derechohabiente mediante un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir los gastos médicos de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud.” Los gastos médicos ocurren normalmente en las condiciones más adversas para las familias de menores ingresos no aseguradas, por lo que el Seguro Popular de Salud prestaba servicios médicos para evitar que éstos sigan cubiertos mayoritariamente por el gasto bolsillo. En consecuencia, tenía como objetivo ser un mecanismo de protección de las finanzas familiares que garantizaba el acceso a un paquete de servicios de salud, de servicios de salud, que cubría 249 padecimientos y 307 medicamentos asociados a dichos padecimientos.

relación al dato que se tenía en 1970. Sin embargo, en los últimos años se ha tenido una ligera disminución en la esperanza de vida de los mexicanos respecto al 2005 (75.3 años).

En 2018 murieron en México 722,611 personas, lo que significó 19,564 más que el año anterior, lo que representaba que cada día fallecen en promedio 2,054 personas. La tasa de mortalidad en 2018 en México ha subido respecto a 2017 (5.9 por cada mil personas), hasta llegar a 6,01 por cada mil habitantes.

Según del análisis de los registros administrativos que observó el INEGI, del total de defunciones, el 88.4% se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud, mientras que 11.6% fueron por causas externas, principalmente accidentes, homicidios y suicidios. Durante 2018, las defunciones tuvieron como causa las enfermedades y problemas relacionados con la salud, por enfermedades del corazón que llegó al 20.7% del total (149,368,), diabetes mellitus que representó 14.0% (101,257) y tumores malignos con 11.9% (85,754).

Gráfica 8. Esperanza de vida al nacer (en años), 2000-2018



Fuente: CONAPO (2020). Disponible en: https://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index.html

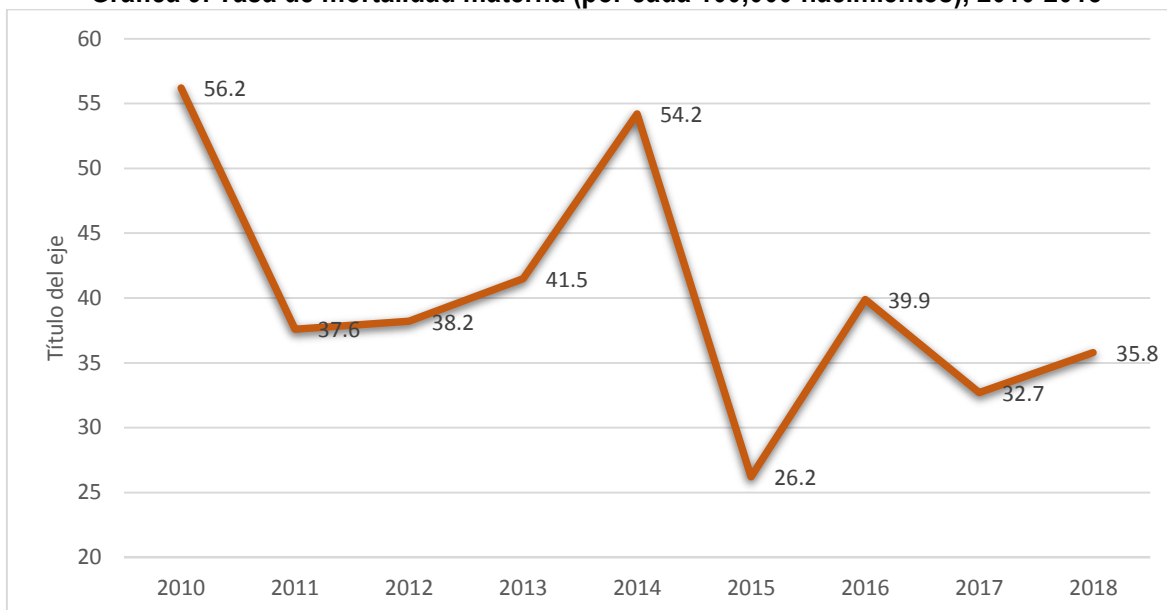
Tabla 9. Principales causas de muerte por sexo, 2018

Rango	Total	Hombres	Mujeres
1	Enfermedades del corazón 149,368	Enfermedades del corazón 79,997	Enfermedades del corazón 69,357
2	Diabetes mellitus 101,257	Diabetes mellitus 49,679	Diabetes mellitus 51,576
3	Tumores malignos 85,754	Tumores malignos 41,590	Tumores malignos 44,164
4	Enfermedades del hígado 39,287	Agresiones (homicidios) 32,765	Enfermedades cerebrovasculares 17,841
5	Agresiones (homicidios) 36,685	Enfermedades del hígado 28,750	Influenza y neumonía 12,826
6	Enfermedades cerebrovasculares 35,300	Accidentes 26,540	Enfermedades pulmonares obstructivas 11,220
7	Accidentes 34,589	Enfermedades cerebrovasculares 17,459	Enfermedades del hígado 10,533
8	Influenza y neumonía 28,332	Influenza y neumonía 15,504	Accidente 8,030s
9	Enfermedades pulmonares obstructivas 23,414	Enfermedades pulmonares obstructivas 12,193	Insuficiencia renal 6,098
10	Insuficiencia renal 13,845	Insuficiencia renal 7,825	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 5,230

Fuente: INEGI, registros administrativos generados a partir de los certificados de defunción suministrados por las oficialías del Registro Civil, los Servicios Médicos Forenses y de los cuadernos estadísticos suministrados por las Agencias del Ministerio Público de 2018.

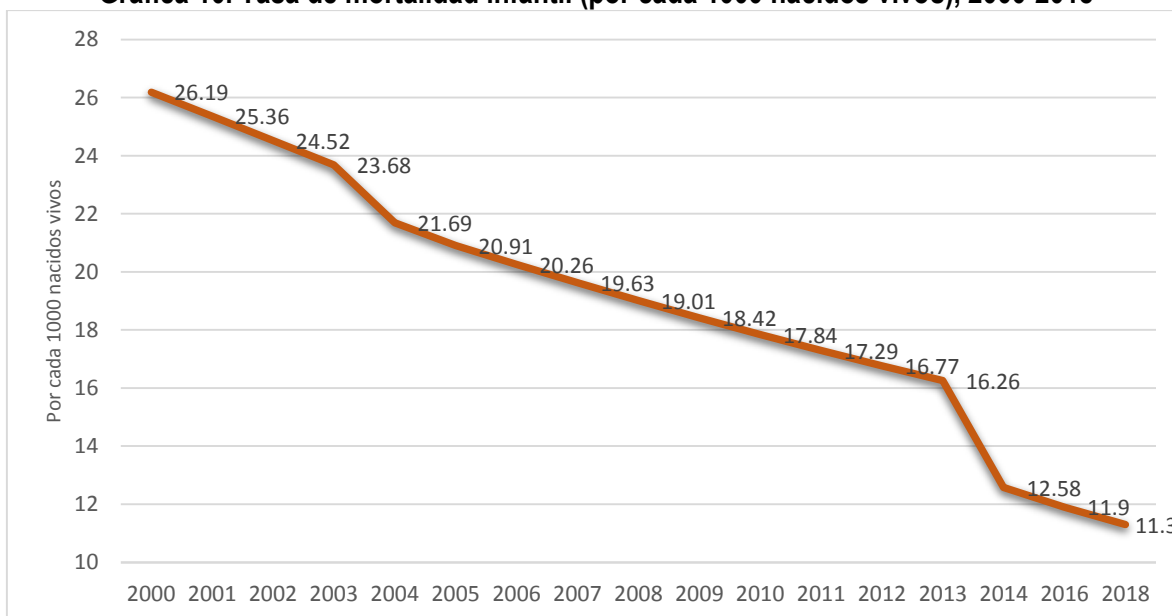
Por otra parte, la mortalidad materna fue de 35.8 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en 2017, cuando 9 años antes llegó a 56.2 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, una reducción de casi 36.3%, pero que sigue siendo un problema prioritario para las autoridades sanitarias a nivel federal, por lo que el impacto que implica en las zonas rurales y la baja cobertura que se tiene de los servicios de salud en dichas áreas. Entre 2006 y 2017 hubo un incremento de la tasa de mortalidad materna de 32.7 a 35.8 por cada 100 mil nacimientos.

Gráfica 9. Tasa de mortalidad materna (por cada 100,000 nacimientos), 2010-2018



Fuente: Secretaría de Salud. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/432539/MM_2019_SE03.pdf

Gráfica 10. Tasa de mortalidad infantil (por cada 1000 nacidos vivos), 2000-2018



Fuente: CONAPO.

Según la Secretaría de Salud, las principales causas de defunción por mortalidad materna son: hemorragia obstétrica (22.5%); enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (20%); enfermedad del sistema respiratorio (15%).

Otros de los problemas importantes en el sector salud es la mortalidad infantil, que ha tenido una reducción considerable, en el año 2018 morían 11.3 menores de un año por cada mil nacimientos, aunque se ha tenido una mejoría, todavía persisten rezagos importantes en zonas rurales y regiones menos desarrolladas del país, además de que el esfuerzo para evitar las muertes infantiles está lejos de poder concluirse, si se compara con otras naciones que tienen tasas de mortalidad infantil menores a las de nuestro país.

Principales enfermedades crónicas no transmisibles en México

La última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSN) de 2018, muestra que existe una población considerable con enfermedades crónicas, principalmente con diabetes, hipertensión arterial y obesidad en México. En parte, esto se debe al modelo de salud que se ha implementado durante muchos años, en el que ha predominado el esquema curativo, descuidándose la parte preventiva para evitar que la población llegara a tener en alguna edad de su vida alguna de las enfermedades crónicas que encabezan la lista de las principales causas por muerte de los mexicanos.

El debate sobre los problemas de este tipo de comorbilidades en la salud pública y la intervención del gobierno se ha revivido ante la tasa de letalidad tan alta que ha causado la pandemia del COVID-19, debido a que las personas que tienen alguna enfermedad no controlada como la diabetes, hipertensión arterial y obesidad presentan enormes riesgos de morir cuando se infectan por este virus.

Diabetes

Dentro de las principales enfermedades crónicas no transmisibles en México se encuentra la diabetes. De acuerdo con la Organización Mundial de Salud, la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).⁶

⁶ Las principales categorías de diabetes son tipo 1, tipo 2, y la diabetes mellitus gestacional, y que se definen a continuación.

Las cifras más actualizadas de la organización International Diabetes Federation (IDF), señalan que México existían 12.8 millones de personas de 20 a 79 años con diabetes en 2019, considerando un intervalo de confianza de 95%. Además, la IDF menciona que se tienen 4.9 millones de adultos de 20 a 79 años con diabetes y sin diagnosticar en 2019.

De los países de América Latina, según IDF, México tienen la prevalencia más alta de diabetes del grupo de población de 20 a 79 años, con 15.2% en 2019, superior a la prevalencia de Brasil, Chile, Colombia, Uruguay, Perú y Argentina (ver gráfica 1).

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSN) de 2018, elaborada por el INEGI y el Instituto Nacional de Salud Pública muestran que existe una población considerable con Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes, hipertensión arterial y obesidad en nuestro país.

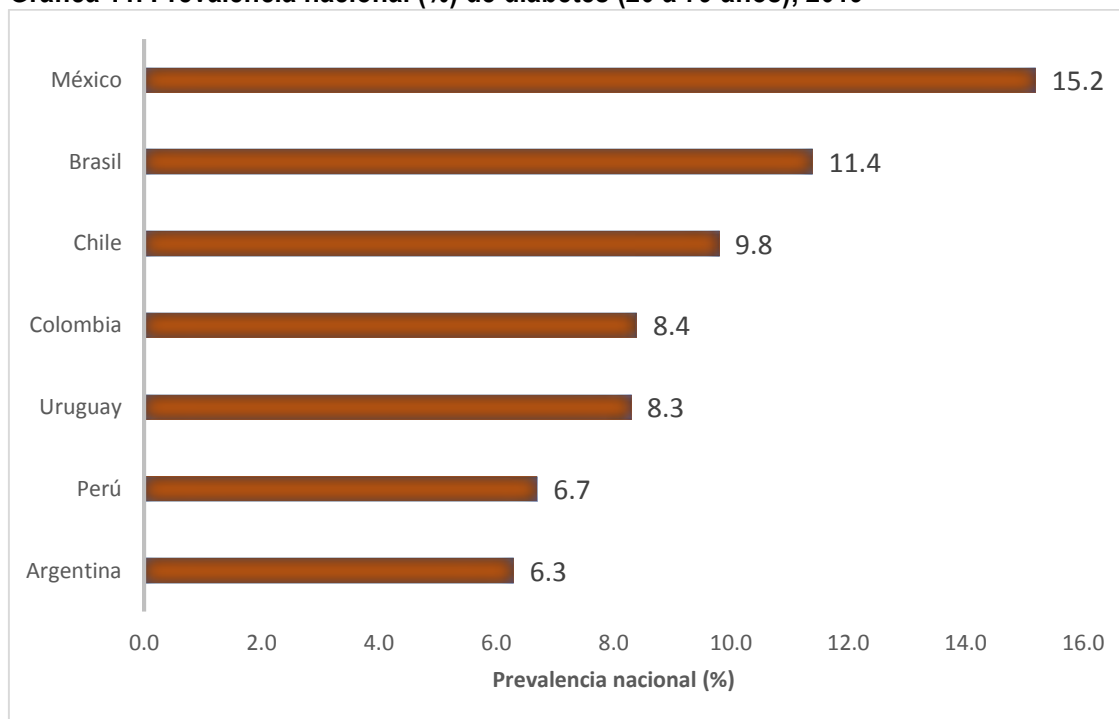
En el caso de la diabetes, las últimas cifras de la ENSN de 2018, que son los más reciente a nivel nacional, muestran que en México se tienen 8.6 millones de personas de 20 años y más con diagnóstico previo de diabetes (2.2 millones más que en el año 2012), impactando más a las mujeres que a los hombres.

La diabetes de tipo 1 (anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil) se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina. Este tipo de diabetes es la más común y representa el 90% de los casos.

La diabetes de tipo 2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física.

La diabetes gestacional que corresponde a una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo.

Gráfica 11. Prevalencia nacional (%) de diabetes (20 a 79 años), 2019



Fuente: International Diabetes Federation (2019). Atlas de la Diabetes de la FID. Disponible en: <https://www.diabetesatlas.org/en/sections/worldwide-toll-of-diabetes.html>

Por entidad federativa, el porcentaje de población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de diabetes más alto se ubicó en Campeche, Tamaulipas, Nuevo León y Coahuila. En el estado de Hidalgo, la proporción de personas de 20 años y más con diagnóstico previo de diabetes era de 12.8% en 2018 (ver mapa 1).

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad controlable, que disminuye la calidad y la expectativa de vida puesto que aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. La modificación del estilo de vida y el tratamiento con medicación específica permiten controlar la hipertensión arterial. De acuerdo con la OMS, la prevalencia de la hipertensión más elevada corresponde a la Región de África (27%), mientras que la más baja es la de la Región de las Américas (18%).

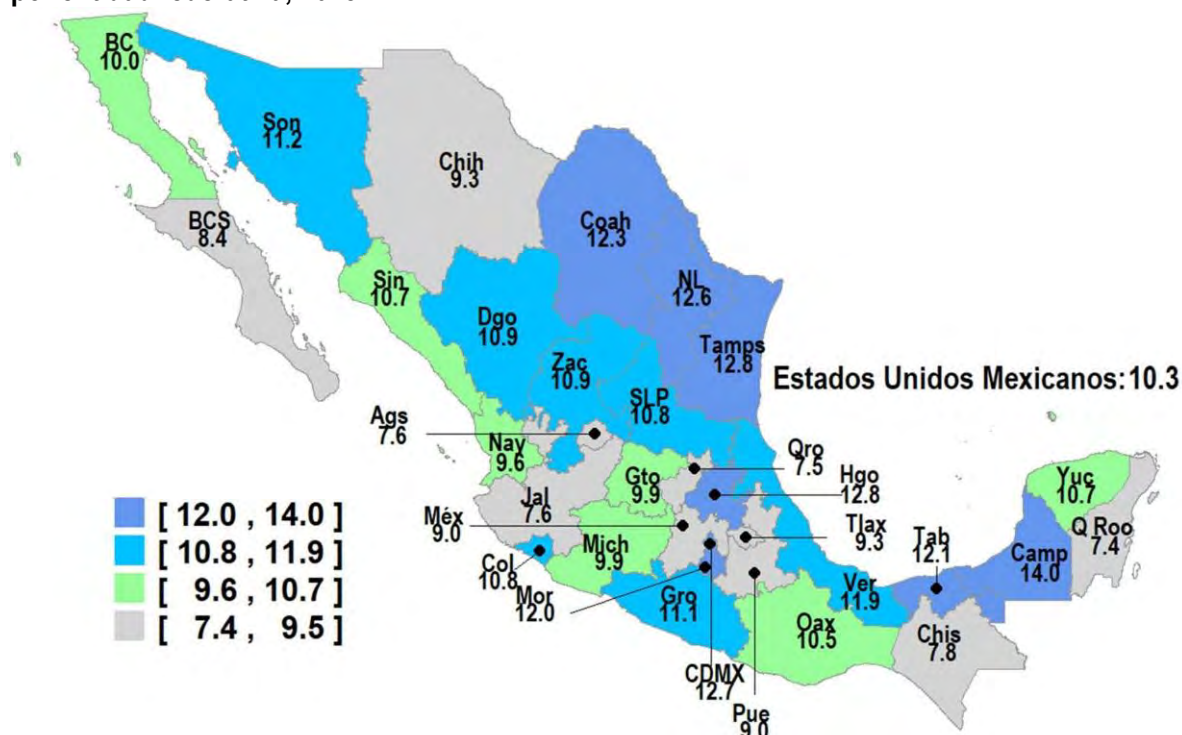
Además, la Organización Mundial de Salud señala que en el mundo se presentó un aumento del número de adultos con hipertensión arterial, que pasó de 594 millones en 1975 a 1,130 millones en 2015. El incremento se observó especialmente en países de ingresos bajos y medianos, lo que se explica principalmente por el aumento de los factores de riesgo en esas poblaciones.⁷ En el caso de México, se tiene una tasa de mortalidad por la hipertensión arterial de 7.91% por cada 100 mil personas.

Tabla 10. Porcentaje de población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de diabetes e hipertensión arterial, nacional y por sexo, 2012 y 2018

		Diabetes mellitus		Hipertensión arterial	
		2012	2018	2012	2018
Población general (%)	en	9.2	10.3	16.6	18.4
Hombres (%)		8.6	9.1	14.1	15.3
Mujeres (%)		9.7	11.4	18.5	20.9
Millones de personas	de	6.4	8.6	9.3	15.2

Fuente: INEGI e INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2018.

Mapa 1. Porcentaje de población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de diabetes, por entidad federativa, 2018



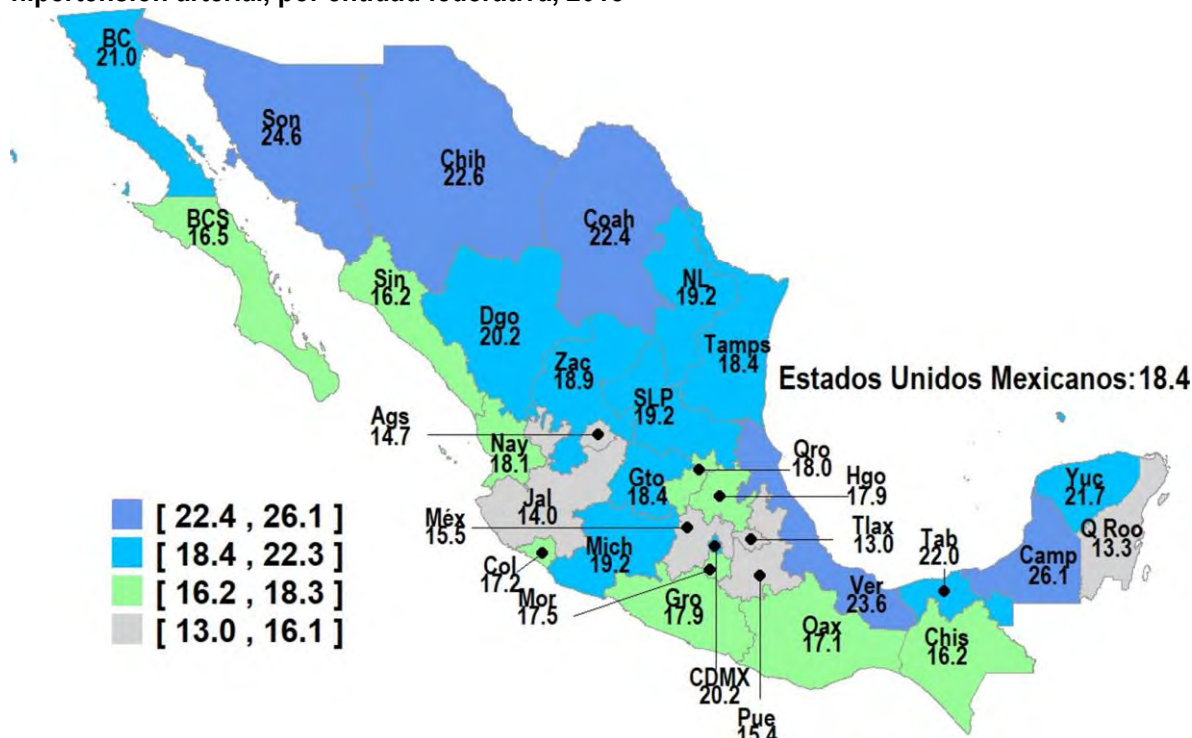
Fuente: elaborado con base en INEGI e INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2018.

⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). [Citado el día 23 de agosto 2020]. Disponible en: who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

En México, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud estima que había 15.2 millones de personas, casi seis millones más que en el 2012. Al igual que en la enfermedad crónica de la diabetes, las mujeres de 20 años y más tienen un mayor porcentaje de hipertensión que los hombres (ver diagrama 2).

Las entidades federativas con el mayor porcentaje de población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de hipertensión arterial son: Campeche, Sonora, Veracruz, Chihuahua y Coahuila. Por lo que respecta a Hidalgo, la proporción de población de 20 años y más con diagnóstico previo de hipertensión fue de 17.9% (ver mapa 2).

Mapa 2. Porcentaje de población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de hipertensión arterial, por entidad federativa, 2018



Fuente: elaborado con base en INEGI e INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2018.

Obesidad y sobrepeso

Según la Organización Mundial de Salud, el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC)⁸, que se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el

⁸Para la Organización Mundial de Salud se define el sobrepeso y la obesidad de adultos, conforme a lo siguiente: sobrepeso: IMC igual o superior a 25.

cuadrado de su talla en metros (kg/m^2), y es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. De acuerdo con las estimaciones de la OMS, poco más de 1,900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos en 2016. Esto ha significado que desde 1975, la obesidad casi se ha triplicado en todo el mundo. Con relación a las proporciones por grupos de población, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas en 2016, a esto se debe agregar que 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos y más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) eran obesos o con sobrepeso. En el caso de México, el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad era de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), y que en 2012 fue de 71.3% en 2018 (ver gráfica 2). Las mujeres tienen una proporción mayor de sobrepeso y obesidad respecto a los hombres (diferencia de casi 4 puntos porcentuales).

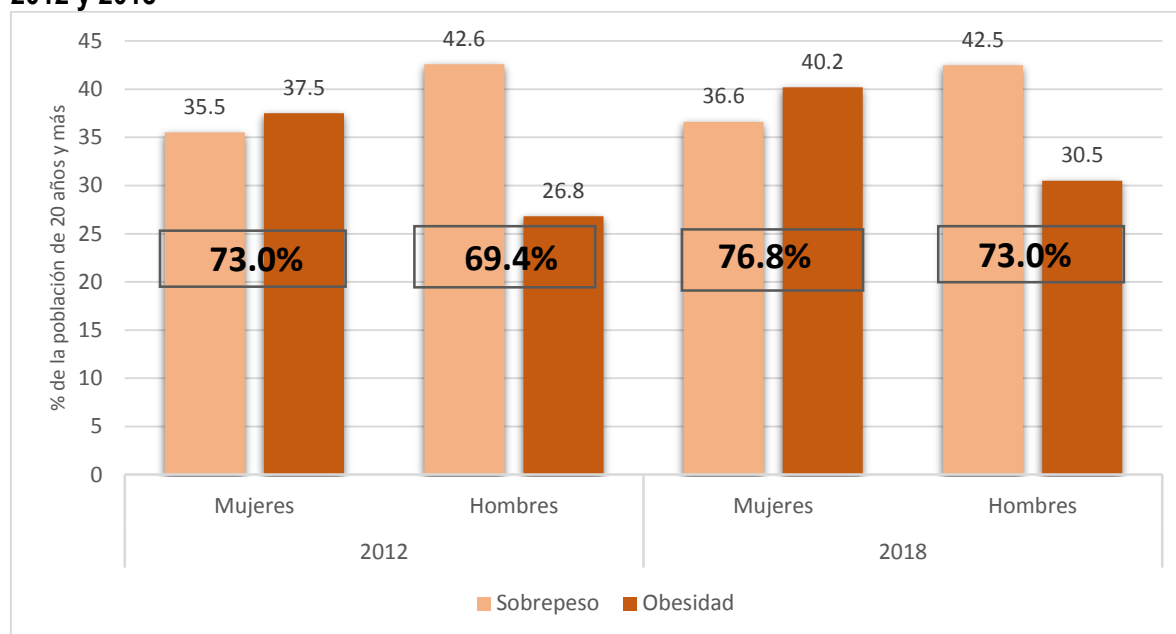
Uno de los graves problemas que se tienen en el Sistema de Nacional de Salud, es la consulta preventiva de enfermedades crónicas. Esto se presenta en el consumo de alimentos no recomendable por grupos de edad, que resaltan el consumo de las bebidas no-lácteas endulzadas que van de un rango de 83.3% a 85.8% en los grupos de edad, es decir, casi 9 de cada 10 personas en México; le siguen botanas, dulces y postres (35.4% a 64.6%); cereales dulces (33.9% a 52.9%). Esto significa que la población mexicana consume alimentos y bebidas con alto contenido de azúcar, calórico y de sodio. En cuanto a la comida rápida y antojitos mexicanos, el 22.9% de la población de 12 a 19 años y 20.3% del grupo de edad de 20 años y más lo consumen, siendo alimentos con un elevado número de calorías, aceites, grasas saturadas y sodio.

obesidad: IMC igual o superior a 30.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

En el caso de los niños, es necesario tener en cuenta la edad al definir el sobrepeso y la obesidad.

Grafica 12. Porcentaje de población de 20 años y más con sobrepeso y obesidad, por sexo, 2012 y 2018



Fuente: elaborado con base en INEGI e INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2018.

Dimensiones y subdimensiones del derecho a la salud y educación

En el análisis de las dimensiones para evaluar el cumplimiento de los derechos de salud y educación, se considera la propuesta metodológica del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que consiste en utilizar elementos del Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH), adaptándolos a la definición del derecho a la salud y educación, en los requerimientos técnicos y a los titulares de derechos y deberes identificados.

En primer lugar, para que el titular del derecho a la salud y educación pueda ejercerlo de manera efectiva requiere contar con una oferta de servicios de salud y educativos disponibles (instituciones suficientes que cuenten con los medios tanto de personal, de infraestructura como materiales) y los procesos adecuados (planes, programas y prácticas). También, que estos servicios sean accesibles de acuerdo con sus características particulares (lugar de residencia, condición económica y atención a grupos vulnerables) y sean de calidad educativa (medios y procesos idóneos para garantizar el máximo logro de aprendizaje y

contenidos útiles para continuar estudios postobligatorios o insertarse adecuadamente en la vida social). En lo que respecta a salud, la calidad se centra en la seguridad, efectividad y atención centrada en la persona, conforme al diagnóstico que realizó CONEVAL.

Para los efectos de este trabajo, se considerará en este estudio, las tres dimensiones del EBDH, en el que diagnóstico se basa en las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad y calidad (ver tabla 6).

Disponibilidad

La dimensión de disponibilidad, por tanto, asegura que la oferta de servicios de salud y educativos sea suficiente para garantizar la atención de las personas, y en el caso educativo, los niveles educativos obligatorios. En otras palabras, se trata de los recursos, tanto legales y monetarios, como físicos y humanos que ofrece o promueve el Estado para que las personas ejerzan los derechos de la salud y educación. Con base en las normas y derechos universales señalados en el primer apartado de este estudio, la definición de disponibilidad para el presente diagnóstico es la siguiente: la suficiencia del marco institucional, el presupuesto, las instituciones, la infraestructura (sanidad y educación), el personal, los planes, programas y materiales para garantizar que se materialice el derecho a la educación para toda la población.

En el mismo sentido, Ruiz señala que la educación debe ser disponible, esto es, “gratuita y financiada por el gobierno con una infraestructura adecuada y con maestros suficientes” (Ruiz, 2014, p. 5). En el caso de la salud, se aplicaría lo mismo para la atención en los centros de atención hospitalaria, infraestructura que permita prevenir enfermedades, atender a la población en el segundo y tercer nivel⁹ adecuada, y deberá ser suficiente y gratuita.

⁹ El primer nivel es el primer contacto, que se relaciona con la organización de los recursos que permite atender las necesidades de atención básicas y más frecuentes, como son las actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. De acuerdo con la Secretaría de Salud, son los establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel se pretende tener una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

En el segundo nivel de atención se enfoca con los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. La operación permite confirmar que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención es la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país,

Para que los titulares del derecho cuenten con una oferta suficiente de servicios de salud y educativos, se requiere de varios factores que definen las subdimensiones de la disponibilidad.

- i. Marco institucional: conjunto de leyes, reglamentos y normas disponibles que establecen el respeto al derecho social a la salud y educación, así como la creación o implementación de instituciones y organismos que provean el servicio educativo en sus niveles de obligatoriedad.

Los titulares del derecho requieren contar con un marco institucional que les garantice el acceso al derecho y la suficiencia de instituciones disponibles que provean los servicios de salud y educativos obligatorios. En el sector educativo se tiene un conjunto de leyes, reglamentos y normas, que se basan en la Constitución Política y la Ley General de Educación.

El artículo tercero de la Constitución señala que el Ejecutivo Federal determinará los planes y programas de estudio de la educación preescolar, primaria y secundaria y normal para toda la República, al considerar la opinión de los gobiernos de los estados, así como de los diversos sectores sociales involucrados en la educación, los maestros y los padres de familia. Para el caso de la educación media superior, el artículo 12 de la Ley General de Educación determina que es facultad de la autoridad federal educativa “Coordinar un sistema de educación media superior a nivel nacional que establezca un marco curricular común para este tipo educativo, con respeto al federalismo, la autonomía universitaria y la diversidad educativa”.

Por tanto, para la educación básica se centralizan los planes y programas educativos para cada grado y nivel escolar, mientras que en el nivel medio superior se centraliza un currículo común. La suficiencia de estos planes y programas garantiza que se abarcan todas las asignaturas y los contenidos necesarios según el grado y nivel escolar. Asimismo, la suficiencia de programas puede verse en la existencia de modelos diversificados o adaptados

o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales de alta especialidad, los centros de diálisis, entre otros.

a las condiciones diferenciadas de los alumnos, por ejemplo, en la posibilidad de la educación a distancia, la educación especial o la adaptación de contenidos con pertinencia cultural.

Los planes y programas del sector educativo cuentan con un Programa Sectorial 2020-2024, que presenta los objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales. También se incluyen metas e indicadores. En el artículo 4 de la Constitución Política de los estados Unidos Mexicanos, se establece el derecho a la salud, señalando que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esa misma Constitución”.

El artículo 5 de la Ley General de Salud, señala que “El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.”

Tabla 11. Propuesta conceptual de las dimensiones del derecho a la salud y educación

Propuesta metodológica: dimensiones del derecho a la salud y educación		
Disponibilidad	Accesibilidad	Calidad
Incorporar suficiencia del marco institucional, el presupuesto, las instituciones, la infraestructura, el personal, los planes, programas y materiales para garantizar que se materialice el derecho a la salud y educación para toda la población.	Establecer las condiciones para que la población tenga los medios (físicos, económicos, de igualdad de condiciones y de información) para acceder a los servicios de salud y educativos ofrecidos.	Incorporar los medios, procesos y relevancia de los contenidos que generan efectos positivos de los usuarios de los centros de la salud y educación (aprendizaje y aprovechamiento escolar para una inserción adecuada a la vida social o para continuar estudios y postobligatorios).
Subdimensiones: - Instituciones - Presupuesto - Infraestructura - Personal - Planes, programas y materiales - Marco institucional	Subdimensiones: - Física - Económica - Igualdad de condiciones - Información	Subdimensiones: (educación) - Calidad en los medios - Calidad en los procesos - Eficacia - Relevancia Subdimensiones: (salud) - Seguridad - Efectividad - Atención centrada en la persona* *Según CONEVAL

Continúa....

No discriminación	Aceptabilidad	Universalidad
Garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.	Todos centros educativos, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de la población por grupos de edad y cada sexo.	Los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.

Fuente: elaboración con base en CONEVAL (2018). Estudio Diagnóstico del Derecho a la Educación 2018, Ciudad de México.

Con relación a los planes y programas en el sector salud, se tiene un Programa Sectorial de Salud 2018-2024, que señala los objetivos prioritarios, descripción del problema público (causas y efectos), estrategias y acciones puntuales, en el que se establece como objetivo principal el acceso efectivo, universal y gratuito.

- i. Presupuesto: recursos monetarios públicos o privados que financian los servicios de salud y educativos disponibles para los titulares del derecho.

La provisión de servicios de salud y educativos tienen un costo, por lo que la suficiencia de presupuesto, su correcta distribución y la transparencia en su uso es fundamental para garantizar la disponibilidad de instituciones, infraestructura, personal, planes, programas y materiales.

Por lo anterior, el financiamiento de salud y educativo es uno de los factores claves de la política de salud y educativa ya que contribuyen a definir prioridades y posibilidades para hacer efectivo los derechos de la salud y educación.

a) Educación

En el documento Recomendaciones de Políticas Educativas para América Latina, la UNESCO establece una serie de recomendaciones sobre el financiamiento a la educación para mejorar en el disfrute del derecho a la población (UNESCO, 2016b, p. 86). Dentro de estas recomendaciones, se encuentra que los países deben invertir, al menos, el 6% del Producto Interno Bruto (PIB) y el 20% de su presupuesto público total en educación.¹⁰

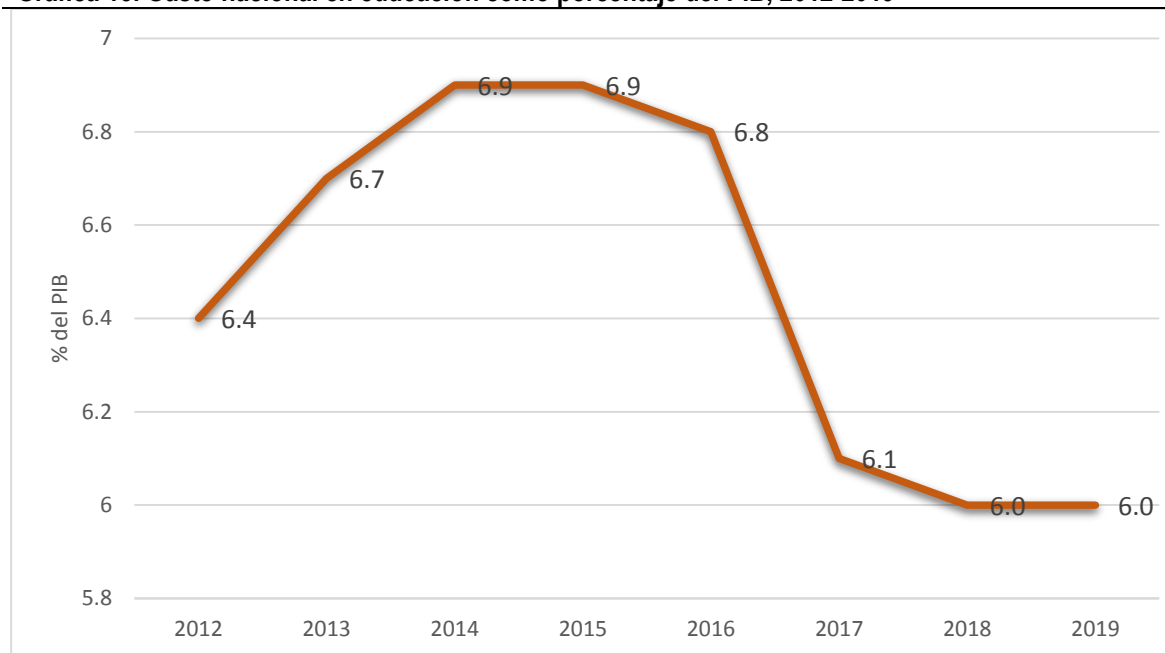
Además, la Ley General de Educación (LGE), en el artículo 25, señala que el gasto en educación pública y en los servicios educativos, no podrá ser menor al 8% del Producto Interno Bruto del país, aspecto que no se ha cumplido desde hace muchos años.

México destina, en proporción al PIB, el mismo presupuesto que el promedio de países de la OCDE, pero éste resulta significativamente menor si es medido por alumno. El destino del gasto que cubre principalmente la educación básica se destina, casi por completo, a financiar servicios personales. La inercia en la distribución del presupuesto sin estar ligado a las necesidades específicas para mejorar el acceso al derecho a la educación, así como la ineficiencia en la planeación para redistribuir recursos físicos y humanos entre niveles educativos, ha provocado una insuficiencia de instituciones para atender los niveles de preescolar, media superior y los servicios de educación para adultos.

No obstante, según datos de las principales cifras del sistema educativo, se observa que el gasto nacional en educación en 2019 fue del 6.0% del Producto Interno Bruto (PIB) y era menor al del año 2015 en el que se tuvo 6.9% del PIB (ver gráfica 13); el gasto público en educación fue solo de 4.4%, y 3.4% considerando únicamente el gasto público federal que representa el 14.7% del gasto neto total del sector público presupuestario (17.3% del gasto público programable en 2019) siendo inferior a lo recomendado por la UNESCO (2016) del 20% del presupuesto público total y a la obligación que establece el artículo 25 de la Ley General de Educación.

¹⁰ <https://www.entreculturas.org/noticias/recomendaciones-de-la-unesco-para-acabar-con-el-d-ficit-financiero-en-la-educaci-n>

Gráfica 13. Gasto nacional en educación como porcentaje del PIB, 2012-2019



Fuente: SEP/DGPPyEE, Principales cifras del Sistema Educativo Nacional

Lo anterior significa que el presupuesto en educación respecto al PIB es insuficiente conforme al análisis de la UNESCO que recomienda, en el escenario de un gasto transparente y sin grandes riesgos de corrupción, y por supuesto, esta cifra se encuentra más alejada respecto a lo señalado en el artículo 25 de la Ley General de Educación que menciona un gasto de al menos de 8% del PIB.

En la tabla 12 se muestran algunos datos de gasto en educación en México en comparación con otros países, según datos de Education at Glance (OCDE, 2020). En 2017, nuestro país destinaba mayores recursos a la educación como proporción del gasto público total (casi 15%) de las naciones que integran la OCDE, y mucho más que otros países latinoamericanos similares en términos de PIB per cápita. En proporción al PIB, el gasto nacional (público y privado) se ubicaba un poco arriba al promedio de la OCDE (5.0%). Sin embargo, en términos de gasto por alumno (en dólares o en términos del PIB per cápita) era de los más bajos para la educación básica (nivel primario y secundario bajo) y media superior (nivel secundario alto), el promedio de la OCDE era de 9,442 y 15,482 dólares, respectivamente.

De acuerdo con la UNESCO, la entrega de mayores recursos a los sistemas educativos no es condición que asegure que se mejoraran las capacidades de enseñanza en los sistemas

educativos, ni tampoco que existan más oportunidades de aprendizaje a los estudiantes y tampoco que mejoren los índices educativos de resultados y de equidad. Al igual que en otros casos, invertir montos relevantes es una condición necesaria, pero no suficiente para el mejoramiento de la calidad educativa (UNESCO, Foro Mundial sobre la Educación 2015: Educación inclusiva., 2015, pág. 87), también debe utilizarse los recursos de manera transparente y con tratado de reducir al mínimo los riesgos de corrupción.

Tabla 12: Comparativo de gasto en educación de países seleccionados, 2018¹¹

País	Gasto nacional en educación respecto al PIB	Gasto público en educación como porcentaje del gasto gubernamental total	Gasto como porcentaje del PIB		Gasto en educación por nivel y estudiante (en dólares)	
			Primaria y secundaria	Terciaria	Primaria y secundaria	Terciaria
México	5.1%	14.97%	3.2	1.2	2,657	6,244
Argentina	5.5%	13.26%	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Colombia	5.7%	9.45%	4.7	0.8	3,045	5,535
Brasil	6.2%	16.22%	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Chile	6.3%	17.38%	3.6	2.7	4,994	9,207
OCDE	5.0%	10.78%	3.5	1.4	9,442	15,482

Fuente: elaborados con datos de la OCDE, Education at a Glance 2020.

Con respecto al financiamiento a la educación, la UNESCO (UNESCO, 2016b, p. 87) emite dos recomendaciones que tienen que ver con la manera de distribuir el presupuesto, es decir, es necesario que se establezcan fórmulas transparentes de financiamiento, que consideren las particularidades de los sistemas escolares —por ejemplo, educación especial, educación inicial, escuelas en el contexto rural, educación para pueblos originarios— y también tengan esquemas que permitan financiar gastos fijos y gastos extraordinarios cuando se requieran. La segunda recomendación va en el sentido de utilizar principalmente

¹¹ El nivel primario está compuesto por los primeros cuatro años escolares. El nivel secundario se compone de dos etapas: secundario bajo y secundario alto. El nivel secundario bajo es la etapa final del nivel educativo primario (equivalentes a los últimos años de primaria y secundaria) y el nivel secundario alto comprende el final de la educación obligatoria la cual empieza a los 15 o 16 años (equivalente a la educación media superior). El nivel terciario es el nivel de escolarización después de la educación obligatoria, la cual incluye formación para laborar o estudios universitarios (UNESCO, 2011).

indicadores de insumos en las fórmulas de financiamiento para asignar recursos a las escuelas.

De acuerdo con el análisis de las recomendaciones de la UNESCO, la distribución del gasto (fondos del Ramo 33 FONE y FAM-IE) en educación no sigue al pie de la letra las recomendaciones de la UNESCO. El INEE realizó un estudio en 2015 para analizar la tendencia del gasto programable educativo en la educación básica y media superior, al encontrar que dicho gasto es inercial, ya que la asignación presupuestaria se reproduce o mantiene cada año. Esta asignación es el resultado de la suma del presupuesto ejercido del año inmediato anterior, actualizado por la variación en la inflación anual promedio y proyectado por el comportamiento tendencial del gasto. El gasto educativo se asigna, por inercia, de acuerdo con dos variables, número o plantilla de personal y número de escuelas, sin que intervengan en el cálculo la población potencial y (INEE, El gasto educativo en educación básica y media superior: tendencias e inercialidad, 2015d, p. 19-20) con lo que se impide hacer un análisis con base en las necesidades educativas de la población potencial.

Tabla 13. Distribución del gasto por nivel educativo, matrícula y población potencial titular del derecho (2015-2019)

Nivel educativo	Gasto 2019	Cobertura de la matrícula respecto a población potencial	Matrícula 2018-2019		Población potencial titular del derecho (2015)	
			Personas	Porcentaje del total del SEN	Personas	Porcentaje del total
Educación básica	58.7%	99.1%	25,493,702	69.6%	27,945,174	34%
Educación media superior	12.5%	78.7%	5,239,675	14.3%	25,519,354	31%
Otros	6.5%	4%	1,958,895 (1)	5.3%	29,185,063 (2)	35%
Educación superior	22.3	39.7%	3,943,544	10.8%	NA (3)	NA
Total	100% (4)	NA	36,635,816 (5)	100%	82,649,591	100%

Fuente: Elaboración propia con datos SEP/DGPPyEE, Principales cifras del Sistema Educativo Nacional, ciclo escolar 2018-2020.

(1) La población potencial titular del derecho a educación para adultos es mayor que la población en rezago, ya que la primera considera a toda la población de 15 o más que no concluyó la secundaria, mientras que la segunda contempla solo a la población nacida antes de 1982 que no tiene primaria, más la nacida después de ese año que no concluyó secundaria.

(2) Otros incluye la capacitación para el trabajo, educación para adultos, cultura y deporte y gastos de la administración central.

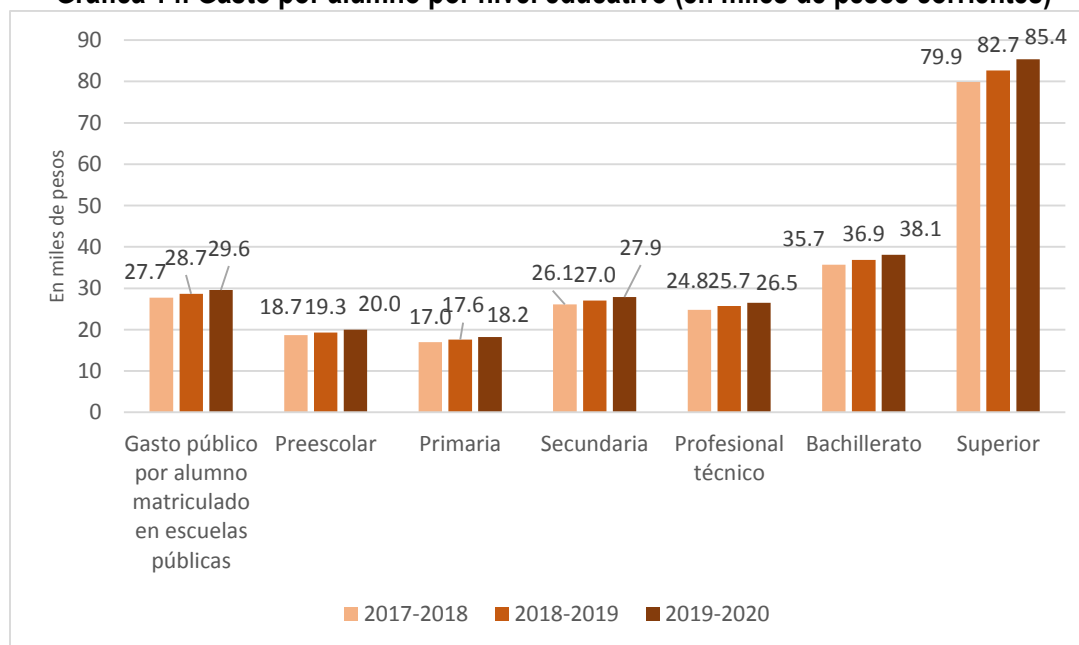
En el ciclo escolar 2018-2019, la mayor parte del gasto federal se concentró en la educación básica (58.7%), le siguieron la educación superior (22.3%), la media superior (12.5%) y otros que incluye educación para adultos, capacitación para el trabajo y cultura y deporte (6.5%) y otros rubros (7.3%), así como los gastos de la administración central

(SHCP, Cuenta Pública 2018). En la tabla 12 se compara el destino del gasto por niveles con la matrícula y la población potencial titular del derecho, se identifica que esta distribución no es acorde con la población potencial titular del derecho y resulta insuficiente para atender a la población potencial de educación para adultos (otros), ya que representa el 35% de los titulares del derecho cuando sólo se le destina el 0.7% del presupuesto en educación (ver tabla 13).

Además, la cobertura de matrícula respecto a población potencial alcanza para el 99.1% de la educación básica, el 78.7% de la EMS, sólo el 4% de la educación para adultos y casi 40% en educación superior; la baja cobertura de la educación para adultos en congruencia con el poco presupuesto destinado manifiesta una vulneración al derecho de las personas adultas, al ser que el artículo 13 de los DESC establece como las obligaciones mínimas del Estado el satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje, es decir, la conclusión de la educación primaria para todos, incluyendo adultos.

El gasto por alumno fue más de cuatro veces más alto en educación superior que en educación básica (preescolar, primaria y secundaria) y poco más del doble que en educación media superior (bachillerato). En la gráfica 14 se puede observar los gastos por alumno y nivel educativo en miles de pesos corrientes.

Gráfica 14. Gasto por alumno por nivel educativo (en miles de pesos corrientes)



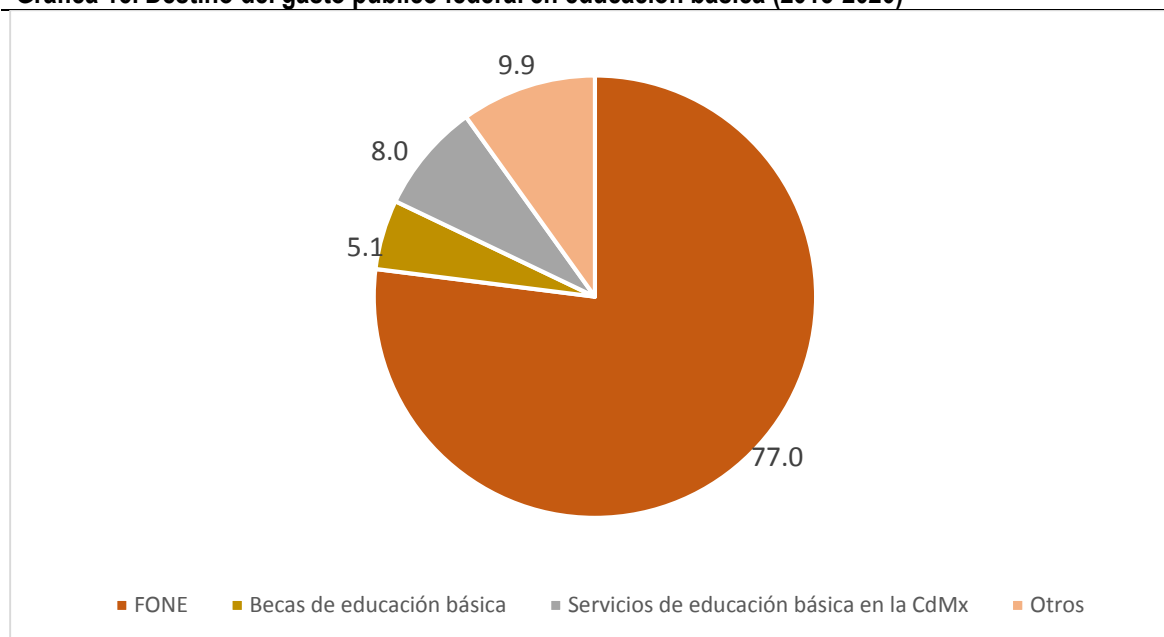
Fuente: SEP/DGPPyEE, Principales cifras del Sistema Educativo Nacional.

Las prioridades del gasto público dan cuenta de la suficiencia en el financiamiento de los distintos factores necesarios para proveer educación. En el caso de la educación básica cuenta con 26 Programas Presupuestarios (Pp's): 10 son Sujetos a Reglas de Operación; cuatro corresponden a subsidios, cinco a gasto federalizado para educación, y siete a otras modalidades. En el periodo (2015 - 2020), el presupuesto aprobado en la educación básica concentró 90.1% en cinco programas, en la que puede apreciarse que 77% se destina al pago de nómina que es el Fondo de Aportaciones para la Nómina Educativa y gasto Operativo (FONE) y 5.1% a becas (ver gráfica 15).

En el caso de observar la evolución que ha sufrido el gasto en educación se presenta que, en 2017, México destinó 15% de su gasto público total a educación, mientras que dos años antes había dedicado el 19,02%, cinco años antes el 18,42% y si nos remontamos diez años atrás el porcentaje fue del 20,82% del gasto público.

Además, dada la baja proporción del gasto destinado al mejoramiento y construcción de infraestructura (aproximadamente el 3%), la mayor parte de los alumnos de educación básica estudiaban, en 2013, en planteles que carecen de condiciones necesarias para impartir clases, lo cual repercute en el nivel de aprovechamiento y en la deserción escolar.

Gráfica 15. Destino del gasto público federal en educación básica (2015-2020)



Fuente: elaborado con base en información del CEF, y del Presupuesto de Egresos de la Federación 2015 a 2020.

a) Salud

El gasto en salud del gobierno federal apenas llegaba al 2.5% del PIB en 2020, cuando la Organización Panamericana de la Salud recomienda el 6%. En México, aunque la población creció en los últimos 10 años en casi 13 millones de habitantes, el gasto en salud pública se contrajo. El gasto de salud pública en México es uno de los más bajos de Latinoamérica, contrastando con países de la región como Canadá, que invierte 7.6%, Chile, 5.4% y Colombia, 5.3%.

El presupuesto destinado a la salud pasó de 2.8%, en 2012, a 2.5% del PIB, en este 2020. Este porcentaje se divide entre siete subsistemas del país; IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar, SSA e IMSS Bienestar. De acuerdo con el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), el nivel del gasto público en salud (en México) está por debajo de las recomendaciones internacionales y de las estimaciones con bases epidemiológicas y demográficas.

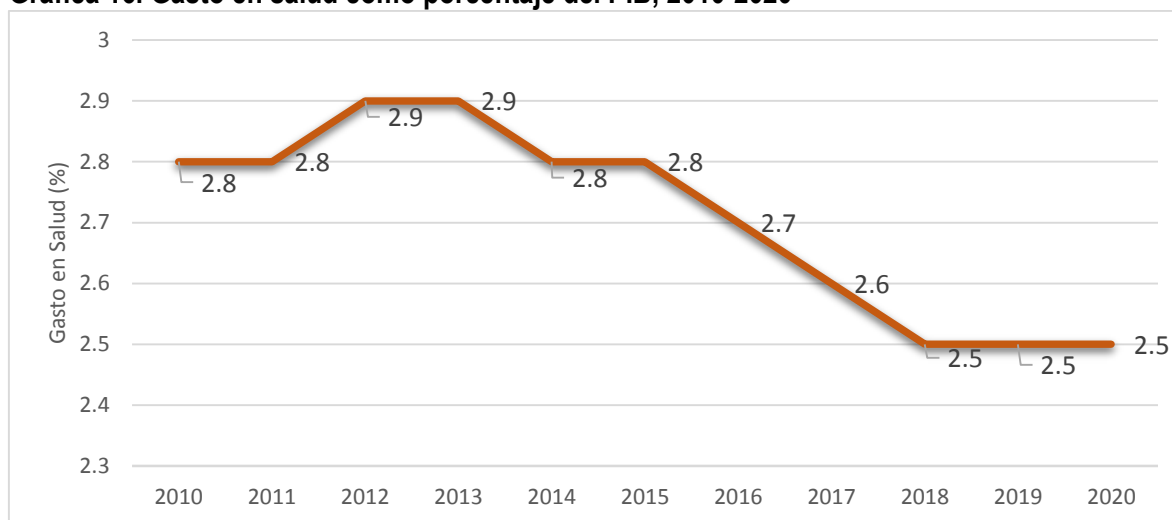
Además, la baja prioridad presupuestaria al sector salud se observa en el porcentaje del PIB que se destina a este rubro, que durante diez años no logró superar el 3% y que ha tenido una tendencia decreciente.

Por otro lado, la demanda por la atención de la población en los centros de salud se ha incrementado en los últimos años, pero el presupuesto al sector no lo ha hecho, lo que demuestra que no es una prioridad de los gobiernos anteriores ni tampoco del actual.

Por otra parte, existe actualmente la ausencia de una formulación presupuestaria basada en la población que se espera atender. De acuerdo con información del Seguro Popular¹², la población afiliada a los diferentes subsistemas de salud se ha incrementado año con año, aunque los recursos destinados a los organismos del sector salud no han aumentado al mismo ritmo, incluso se han reducido.

¹² El Seguro Popular contaba con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), que sirvió para fundear el instrumento del propio Seguro, y que ayudaba atender enfermedades de alta especialidad, operaba en 856 hospitales o establecimientos médicos. De éstos, 790 (más del 90%) eran públicos, 66 privados y 23 institutos nacionales de salud.

Gráfica 16. Gasto en salud como porcentaje del PIB, 2010-2020



Fuente: Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP)

Es necesario incrementar el acceso efectivo y reducir las inequidades entre los diferentes subsistemas de salud, por lo que se requiere de un mejor ejercicio del gasto y de un incremento en la prioridad presupuestaria que se les da a los subsistemas que se responsabilizan de atender a la población más pobre y vulnerable.

El presupuesto destinado a los subsistemas de salud que atenderían a la población sin seguridad social no está alineado en términos presupuestarios con la reciente iniciativa de creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

Con relación al gasto en salud per cápita (en dólares de PPA), México es de los países de América Latina que invierte menos por persona con 1,285 dólares en 2016, solo Colombia tiene un gasto per cápita menor en salud (960 dólares). Los países de la OCDE gastan 3.5 veces más por persona en salud que México (ver tabla 14).

- ii. Infraestructura: escuelas, hospitales, clínicas, inmuebles y mobiliario disponible en las instituciones de enseñanza.

a) Educación

La mayor parte de la infraestructura se concentraba en educación primaria y preescolar, le seguía la educación de nivel secundaria, media superior y superior. De acuerdo con un análisis de García, A., (2007, p. 9-12) señala que la infraestructura de los planteles educativos comprende aquellos servicios y espacios que permiten el desarrollo de las tareas educativas.

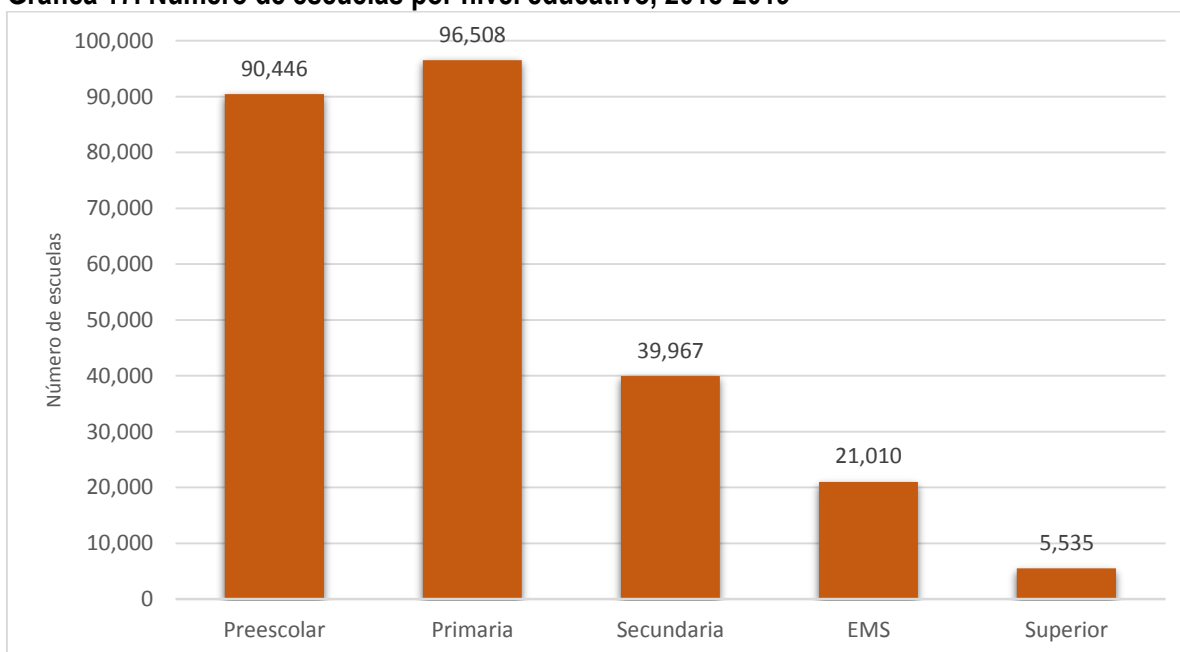
Las características de la infraestructura física de las escuelas contribuyen a la conformación de los ambientes en los cuales aprenden los niños y, por tanto, funcionan como plataforma para prestar servicios educativos promotores del aprendizaje que garantizan su bienestar.

Tabla 14: Gasto en salud per cápita en países de América Latina, 2016

País	Gasto en salud per cápita (USD PPA)	Gasto de bolsillo en salud (proporción del gasto en salud)	Población que gasta más del 10% de su presupuesto como gasto de bolsillo en salud
Argentina	1,907	15	N.D.
Brasil	1,280	27	N.D.
Chile	2,182	34	14.6
Colombia	960	16	8.2
Costa Rica	1,285	22	9.8
México	1,138	41	1.6
OCDE	3,994	21	6.0

Fuente: Banco Mundial y OCDE, Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe, 2020.

Gráfica 17. Número de escuelas por nivel educativo, 2018-2019



Fuente: SEP/DGPPyEE, Principales cifras del Sistema Educativo Nacional.

Para el análisis de la infraestructura en el sector educativo, se consideró inmuebles construidos o adaptados para fines educativos, con materiales duraderos, servicios básicos (agua, electricidad, drenaje, sanitarios y bebederos) y mobiliario básico (muebles, sillas de escuela, escritorios y pizarrones en los salones). En este caso, se presenta información del

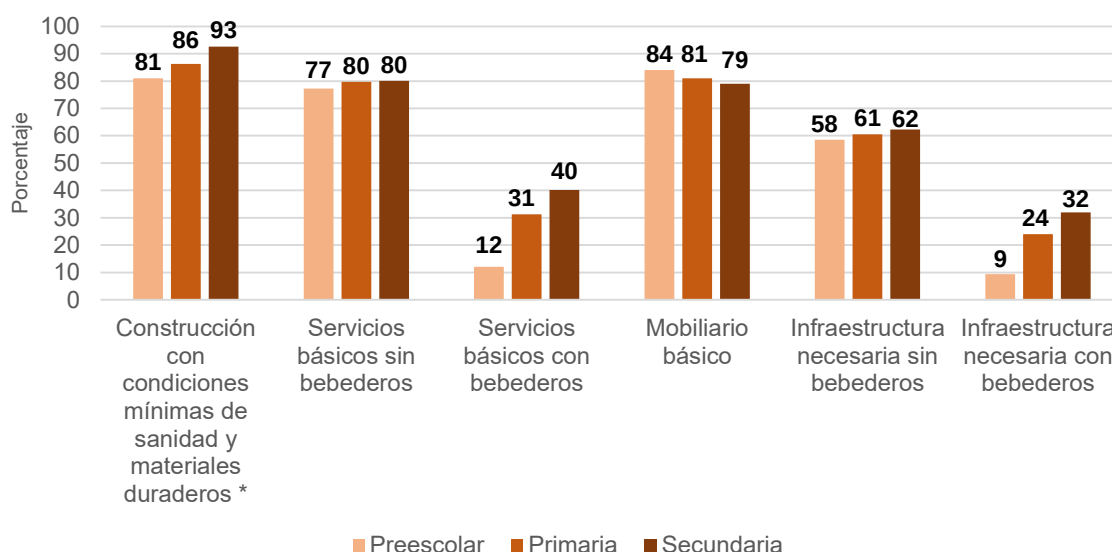
Censo de Escuelas, Maestros y Alumnos de Educación Básica y Especial (CEMABE) elaborado por el INEGI en 2013, así como datos de los registros administrativos de la Secretaría de Educación Pública.

En cuanto al número de escuelas, la mayoría de ellas se concentra en el nivel de educación básica con 226,921, principalmente en educación preescolar y primaria (186,954), que son los niveles que tienen el 51.2% de los alumnos del Sistema Educativo Nacional. Le siguen educación secundaria y educación media superior. En cambio, el dato de educación superior no es comparable, debido al tamaño que representa una universidad que no es el mismo que una escuela de preescolar, primaria o secundaria e inclusive de educación media superior.

Con base en los datos del CEMABE de 2013, se observa que existe una infraestructura insuficiente en la educación básica, ya que cerca de tres de cada cuatro alumnos no asisten a escuelas que reúnan todas las condiciones necesarias para dar clases (15% no cuenta con construcciones con materiales duraderos, el 70% no tiene todos los servicios básicos, incluyendo bebederos y el 20% no cuenta con mobiliario básico). Si se excluye la disponibilidad de bebederos cuatro de cada diez alumnos tienen una infraestructura insuficiente para recibir clases (ver gráfica 18).

Del mismo modo, como se calculó la proporción de alumnos que cuentan con estas características de infraestructura, y se estimó el porcentaje de escuelas que las tienen. En este análisis se encontró que la proporción de alumnos que asisten a escuelas con infraestructura necesaria es mucho mayor, en todos los indicadores, a la de las escuelas que tienen estas características, por ejemplo: mientras el 80% de los alumnos estudian en escuelas con servicios básicos (sin contar bebederos) éstos se localizan en el 55% de los centros educativos, mientras el 31% asiste a escuelas que cuentan con todas las características de infraestructura necesaria, únicamente el 18% de las escuelas tienen estos requerimientos básicos. Lo anterior apunta que las escuelas con las matrículas más bajas son las menos favorecidas en lo que respecta a condiciones de infraestructura. Entonces, estas escuelas se concentran en los tipos de servicio que se ofrecen en localidades con bajos niveles socioeconómicos, la combinación de insuficiente infraestructura junto con las condiciones de origen en desventaja de los alumnos tendrá efectos negativos en el aprovechamiento, lo que incrementa las desigualdades en la calidad educativa.

Gráfica 18. Porcentaje de alumnos de educación básica que asisten a planteles con infraestructura necesaria según características de infraestructura y niveles educativos (2013)

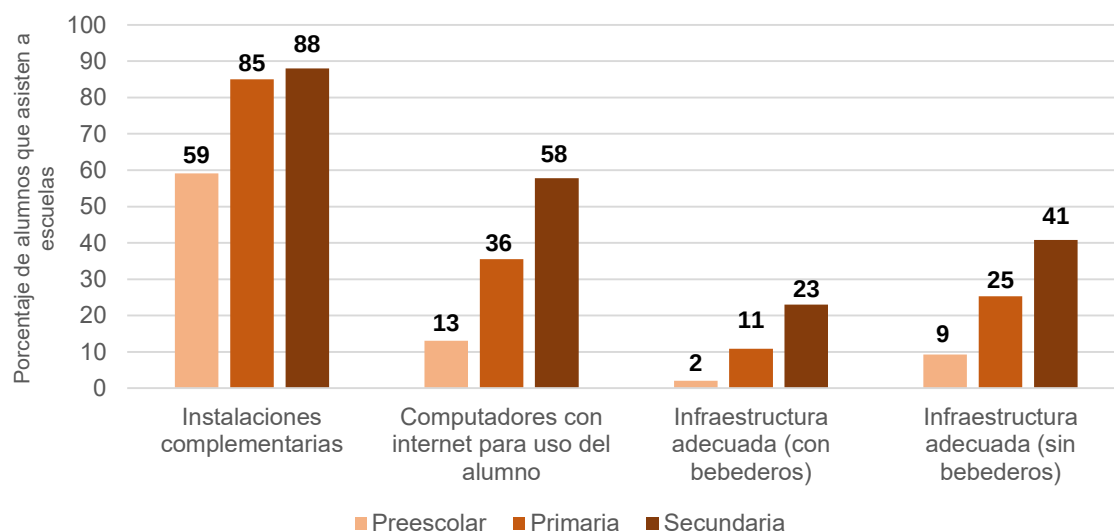


Fuente: Elaboración propia con datos del CEMABE 2013, INEGI.

* El término "materiales duraderos" se refiere que las paredes o muros del inmueble estén hechos de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera cemento o concreto y que el techo del mismo sea de lisa de concreto o viguetas con bovedilla.

Para este diagnóstico, se elaboraron indicadores sobre la disponibilidad de cuando menos una instalación complementaria, así como de computadoras con acceso a internet para uso de alumnos y finalmente de infraestructura adecuada para impartir clases y posibilidades de ofrecer servicios educativos integrales, que incluye tanto la infraestructura necesaria como instalaciones complementarias y el acceso a computadoras con internet. Como puede apreciarse en la gráfica 19, la cantidad de estudiantes que tienen acceso a escuelas con todas estas características es sumamente limitado, ya que sólo el 2% de los alumnos de preescolar, 11% de primaria y 23% de secundaria cuentan con ello, por lo que existe insuficiencia en este tipo de infraestructura.

Gráfica 19. Porcentaje de alumnos de educación básica que asisten a planteles con instalaciones complementarias, computadoras con internet e infraestructura adecuada por nivel educativo (2013)



Fuente: Elaboración propia con datos del CEMABE 2013, INEGI.

Nota: por "Instalaciones complementarias" se consideran bibliotecas, recintos culturales y deportivos, comedores disponibilidad de servicios TIC.

Nota: por "Infraestructura adecuada" se entiende: construcción con condiciones mínimas de sanidad y materiales duraderos, servicios básicos y complementarios, y mobiliario básico y complementario.

Con base en información reciente de la Secretaría de Educación Pública, del ciclo escolar 2018-2019, casi 9 de cada 10 escuelas contaban con electricidad tanto en educación básica como en educación media superior; poco más de la mitad de las escuelas de educación básica tenían computadora y cerca de 7 de cada 10 escuelas de educación media superior; casi una de cada 4 de educación básica estaba adaptada para población discapacitada; y casi 4 de cada 10 en educación media superior; en cuanto a materiales para personas con alguna discapacidad solamente 12.1% y 2.3%, respectivamente; poco más de 7 de cada 10 tenían agua potable; la misma situación pasaba con lavado de manos que era de 7 de cada 10; 8 de cada 10 contaban con sanitarios independientes y 5.1% en básica y 17.0% en educación media superior de las escuelas tenían sanitarios mixtos.

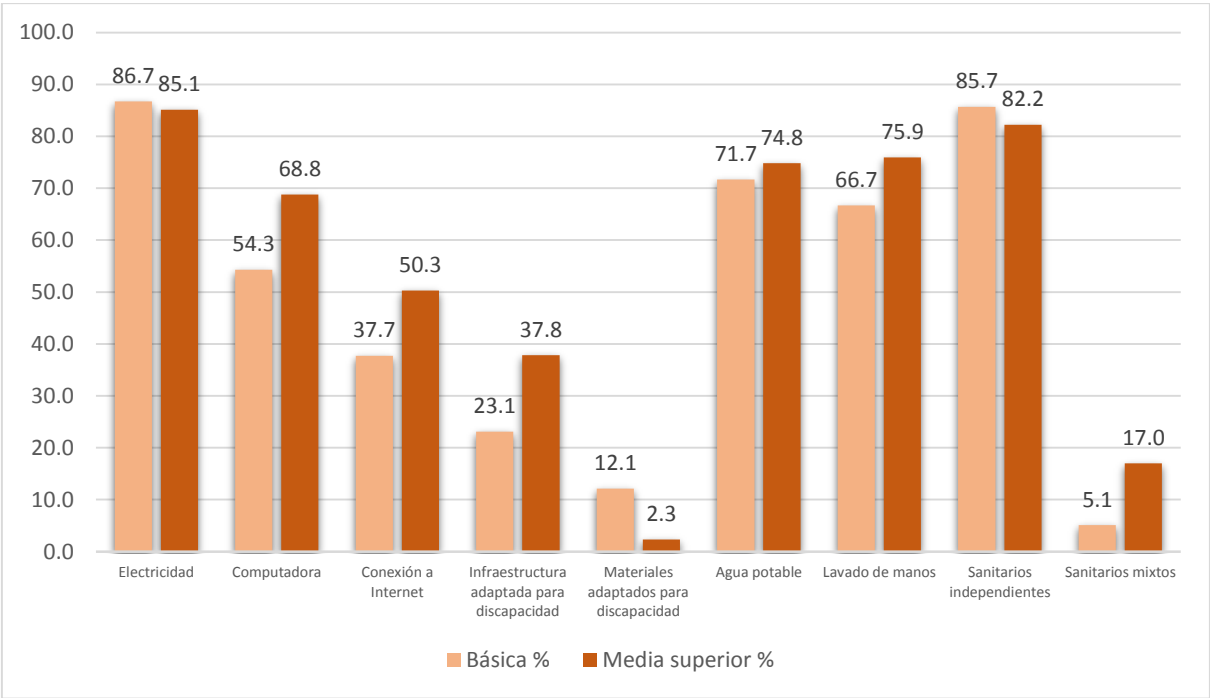
a) Salud

Una parte importante de la población que estuvo adscrita al Seguro Popular (SP), un sistema de aseguramiento limitado a ciertos padecimientos que, aunque amplió su cobertura en los últimos años, no desarrolló infraestructura física para ampliar a la par la capacidad instalada. El Seguro Popular fue sustituido a finales de 2019 y está en plena transición accidentada

hacia el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Este nuevo esquema “ofrece” cobertura universal de servicios, pero no cuenta con financiamiento sostenible y Reglas de Operación que permitan saber cómo funcionará la cobertura en la práctica y qué se puede entender por “universal”.

Actualmente se tiene una infraestructura hospitalaria en México de 4,718 centros de salud públicos y privados con servicios de hospitalización a nivel nacional (no incluye los que dan sólo consulta externa) y, de los cuales, 97 % son de segundo nivel y 3 % son institutos de alta especialidad. De los 4,554 hospitales de segundo nivel, 72.4 % son privados y sólo 14.4 % son de la Secretaría de Salud, que atienden a personas sin seguridad social (México Evalúa, 2020).

Gráfica 20. Infraestructura básica por nivel educativo (porcentaje de escuelas), ciclo escolar 2018-2019



Fuente: SEP/DGPPyEE, Principales cifras del Sistema Educativo Nacional.

De los 164 hospitales de tercer nivel, la gran mayoría son de la Secretaría de Salud (64.6%); 13.4% del IMSS; 8.5% del ISSSTE y 5 % son privados. Cabe resaltar que los hospitales del tercer nivel la mayoría son de la Secretaría de Salud y pueden ser accesibles a la mayoría de la población; no obstante, sus cuotas de recuperación suelen ser mayores que las del IMSS e ISSSTE.

Según información de la OCDE, México tiene una limitación de hospitales para la población del país, debido a que en términos de las unidades hospitalarias en relación con el número de personas que deben atender, estas aumentaron de poco más de 2 hospitales por cada 100 mil habitantes en 2007 a alrededor de 4 unidades por cada 100,000 habitantes, en 2014. Esta cifra se ha mantenido casi invariable desde 2011. Cabe señalar que México “destaca”, dentro de los países de la OCDE, por tener infraestructura hospitalaria y recursos humanos insuficientes en el sector salud.

México Evalúa menciona que el dato de la ‘densidad’ en el número de hospitales muestra una parte de la operación del sistema de salud, se debe considerar un análisis de los recursos humanos y el equipo médico con los que cuenta cada hospital para proporcionar atención a los pacientes.

Tabla 15. Hospitales de segundo y tercer nivel de atención, 2020

Institución	Segundo nivel	Tercer nivel	Total
Secretaría de Salud	655	106	761
IMSS	248	22	270
ISSSTE	98	14	112
Servicios privados	3,295	8	3,303
Servicios estatales	45	4	49
Sedena	41	3	44
Servicios universitarios	5	2	7
Pemex	21	2	23
Semar	31	1	33
DIF	1	-	2
Centros de Integración Social	2	-	2
Cruz Roja	20	-	20
IMSS-Bienestar	81	-	81
Servicios municipales	11	-	11
Total	4,554	164	4,718

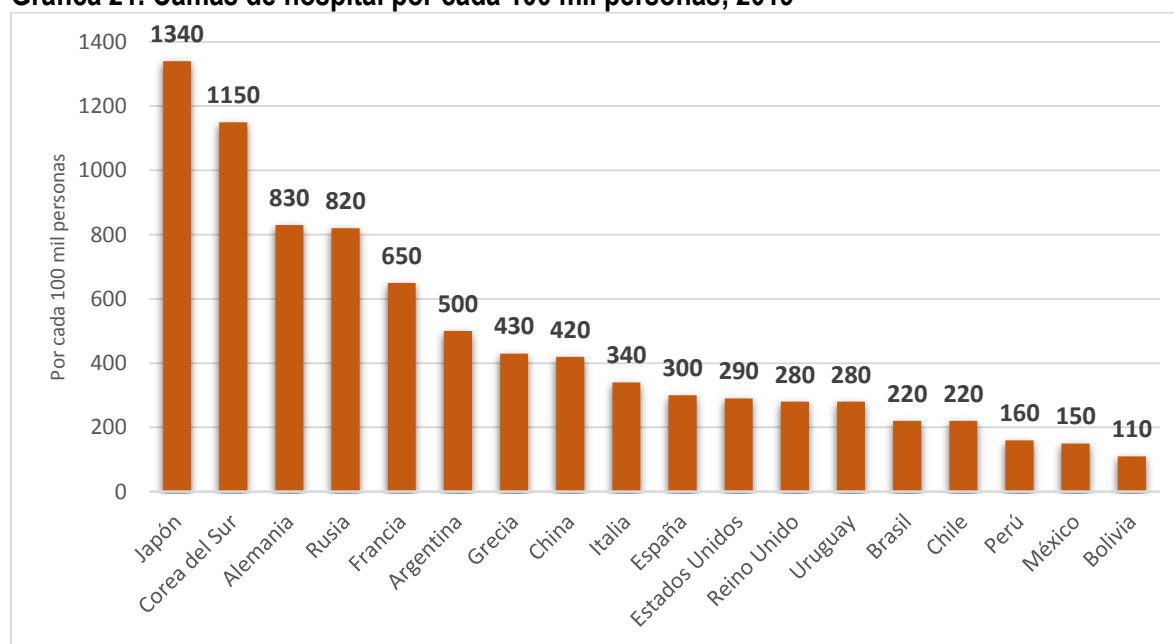
Fuente: Secretaría de Salud (2020). Catálogo de CLUES, febrero de 2020.

Con relación a las camas por cada mil habitantes, en México se redujo este indicador que pasó de 1.8 a 0.9, de 2010 a 2020, lo que significa que es cuatro veces menor que la media (4.7) que tuvo la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Según un estudio del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), la escasa inversión en infraestructura provocó que la capacidad disminuyera a la mitad, que entre 2013 y 2020 el gasto público en infraestructura en el país se redujo 40 por ciento (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 2020, p. 24-25).

De acuerdo con el estudio “Infraestructura en México: prioridades y deficiencias del gasto público” señala que 20% de los establecimientos de la Secretaría de Salud, con un total de 3 mil 635 camas, se encuentra fuera de operación y su programa de Mantenimiento de infraestructura equivale a 0.8 por ciento de la inversión. Por institución, el indicador varía, pues los hospitales de Pemex reportan 4.2 camas por mil derechohabientes, y las unidades médicas de IMSS Bienestar, que atienden a población vulnerable, reportó apenas 0.2 camas por beneficiario. Según el estudio, entre 2013 y 2020, la inversión en el Sistema Nacional de Salud osciló entre 1 y 2.7 por ciento del gasto público. Además, el valor más bajo, en relación con el gasto total, se presentó en 2016, y el más alto en 2020, como respuesta a la pandemia del COVID-19.

En el indicador de camas por cada 100 mil habitantes de 2019, construido por la Universidad Johns Hopkins, titulado: Global Health Security Index, México es de los países que menos camas, ya que tienen solamente 150 por cada 100 mil personas, inclusive por debajo de Uruguay, Brasil, Chile y Perú.

Gráfica 21. Camas de hospital por cada 100 mil personas, 2019



Fuente: Johns Hopkins, Global Health Security Index, 2019.

Con relación a las camas en las unidades de cuidado intensivo por cada 100 mil habitantes, también México tiene un pobre resultado, solamente cuenta con 3 camas, siendo de los más bajos en América Latina en este indicador.

Dentro del gasto en salud general que incluye, la prevención, curación, rehabilitación, terapia y tratamientos, México se encuentra muy por debajo del promedio internacional, que es de 3,992 USD per cápita, cifra que incluye la aportación personal y gubernamental, casi equivalentes. Nuestro país, apenas se ubica por encima de India, Indonesia, China, Colombia y Sudáfrica con 1,138 USD, cifra casi diez veces menor que la de Estados Unidos, el país que más invierte en su salud.

- iii. Personal: profesores, médicos, enfermeras, docentes, directivos y personal de apoyo administrativo disponible en las instituciones de enseñanza para dotar de servicios educativos en los niveles obligatorios.

La educación es un servicio que se transmite a través de la enseñanza entre el docente y el alumno, por lo que la suficiencia de personal (en especial de personal docente) es fundamental para garantizar el acceso al derecho. La calidad con que cuente este personal forma parte de la calidad de los medios y hará que este acceso sea efectivo.

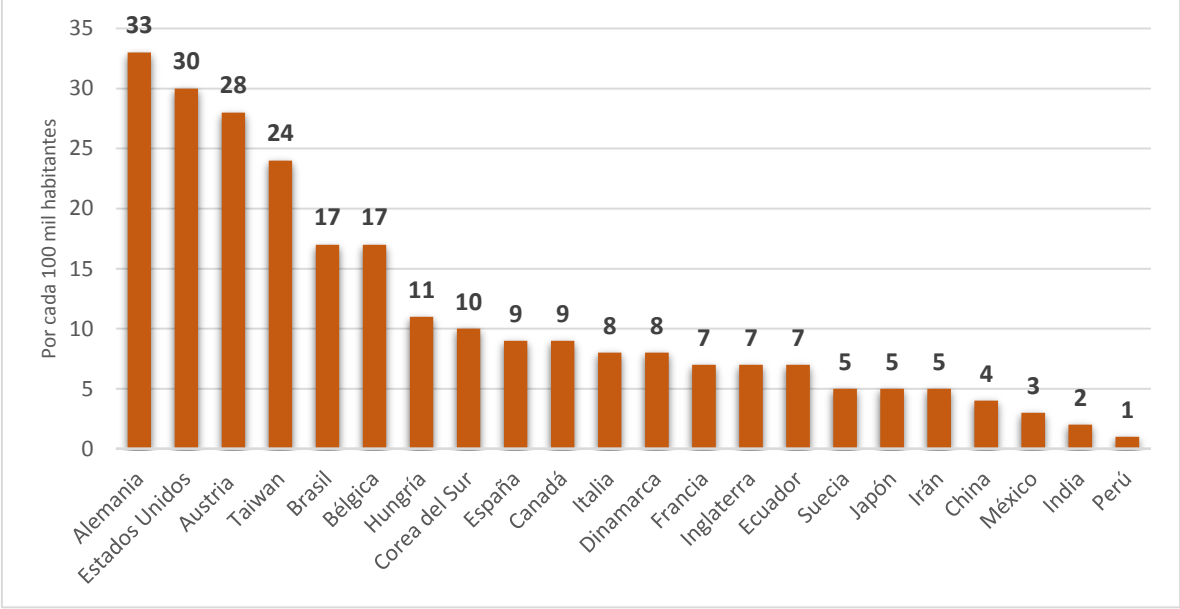
La información disponible no permite analizar la suficiencia de todo el personal de las instituciones de enseñanza sino únicamente del personal docente. Para medir la suficiencia de personal docente se consideraron indicadores de razón de alumnos por docente, el porcentaje de directivos que mencionaron contar con plantilla docente completa y el porcentaje de alumnos en escuelas multigrado, así como el tamaño de alumnos por grupo.

La razón de alumnos por docente es un indicador importante porque condiciona el tiempo que los maestros dedican a cada niño y el tipo de relación que se establece entre estos dos; aunque no puede asumirse que este indicador implica una mayor calidad del servicio en grupos reducidos siendo que hay otros factores relevantes como la capacidad del propio docente.

Cabe resaltar que no hay un acuerdo sobre la cantidad óptima de alumnos por docente, pero algunos organismos incluyen criterios al respecto. Por ejemplo, la National Association for the Education of Young Children (NAEYC) señala que para grupos de niños de cuatro y cinco años (nivel preescolar) se deben tener, como máximo, diez alumnos por docente. Sin embargo, la conformación de éstos no debe ser mayor de veinte alumnos. El promedio de este indicador para los países miembros de la OCDE en 2018 es de entre 13 y 15 alumnos

por docente, mientras que en México es de 26 alumnos por maestro en primaria, 28 en secundaria y 18 en educación media superior, superando los máximos recomendados para esta etapa, lo que pone en riesgo el derecho a aprender con atención personalizada para los niños de preescolar que asisten a grupos grandes poniendo de relieve la insuficiencia de personal docente.

Gráfica 22. Camas en Unidades de Cuidado Intensivo por cada 100 mil habitantes, 2019



Fuente: Fuente: Johns Hopkins, Global Health Security Index, 2019.

Mientras tanto, en primaria los países miembros de la OCDE tienen grupos promedio de quince estudiantes por maestro, otros países Latinoamericanos, similares a México, tienen tasas mayores a la OCDE como Brasil (24 alumnos por maestro) y Colombia (23 alumnos por docente) sin embargo México tiene una tasa aun mayor de 26 estudiantes por maestro, lo que pone en riesgo el derecho a aprender de los alumnos al no contar con la atención suficiente por parte de sus maestros (OCDE, 2015). En la tabla 16, se presenta la razón de alumnos por docente para los distintos niveles educativos de algunos países, incluido México, según datos de la OCDE de 2018.

Conforme con la tabla 16, México tiene, a nivel preescolar, primaria, secundaria y media superior, una razón de alumnos por docente por encima del promedio de los países miembros de la OCDE; sin embargo, las distancias con economías similares se han reducido drásticamente.

Tabla 16. Comparación internacional de la razón de alumnos por docente por nivel educativo y tamaño de grupo en primaria, 2018

	Alumnos por docente			Primaria		Tamaño de grupo en primaria
	Primaria	Secundaria	Terciaria	Instituciones públicas	Instituciones privadas	
México	26	28	18	32	16	24.20
Brasil	24	24	25	26	19	22.79
Colombia	23	26	28	27	22	22.99
Chile	19	20	N.D.	17	23	30.81
Costa Rica	12	11	16	14	8	15.67
Promedio OCDE	15	13	15	13	12	21.11

Fuente: elaborados con datos de la OCDE, Education at a Glance 2020.

De acuerdo con las cifras presentadas por la SEP del ciclo escolar 2018-2019, la razón de estudiantes por profesor en México (que en 2016 no superaba los 25 alumnos) parece mostrar que se cuenta con un nivel apenas suficiente de profesores. Sin embargo, este indicador tiene una gran variación por el tipo de escuela, lo que muestra que en las escuelas urbanas los grupos de clase están sobrepoblados y existe insuficiencia de profesores, mientras que en las escuelas comunitarias parecieran grupos pequeños. Además, el 100% de las escuelas comunitarias son multigrado, es decir que un docente atiende estudiantes de diferentes grados escolares –en algunos casos multinivel– lo que genera otra problemática de insuficiencia docente.

En México, en las áreas más marginadas se tienen una elevada presencia de escuelas multigrado, en educación primaria se tienen casi 4 de cada 10 escuelas son multigrado contaban en el ciclo escolar 2018-2019 con el 14.6% de los estudiantes de educación primaria dejando de manifiesto matrículas reducidas (SEP, 2019). Estas instituciones multigrado se localizan en escuelas públicas rurales, Conafe, o escuelas comunitarias y escuelas de educación indígena, con los siguientes problemas desde el punto de vista operativo y de la calidad educativa: los docentes cuentan con bajo perfil académico, elevada rotación de docentes o instructores comunitarios, pocos profesores profesionales (con carrera docente) y escasas horas de capacitación.

Tabla 17. Razón de alumnos por docente y razón alumnos por escuela por tipo de servicio (2018-2019)

Nivel educativo	Tipo de servicio	Razón alumno-docente	Razón alumno-escuela
Preescolar	General	21.21	67.63
	Comunitaria	8.60	8.54
	Indígena	20.75	40.38
Primaria	General	24.93	170.12
	Comunitaria	9.46	10.42
	Indígena	21.45	77.23
Secundaria	General	14.26	202.83
	Para trabajadores	N.D.	N.D.
	Secundaria técnica	17.61	369.45
	Telesecundaria	19.12	73.63
	Comunitaria	N.D.	N.D.
Media superior	Bachillerato general	12.51	249.39
	Bachillerato técnico	7.40	483.85
	Profesional técnico bachiller	N.D.	N.D.
	Profesional técnico	7.40	99.83

Fuente: Elaboración propia con datos SEP, SEP/DGPPyEE, Principales cifras del Sistema Educativo Nacional, ciclo escolar 2018-2019.

Además, las escuelas más pequeñas en el número de alumnos concentran las peores condiciones de infraestructura que junto con factores externos como la pobreza, la marginación y la dispersión de localidades aisladas y rurales generan bajos niveles de aprovechamiento escolar (INEE, 2017, p. 393).

Otros de los problemas era las tareas de los directores, ya que con datos de Planea 2015 se encontró que casi la mitad de los directores tanto en primaria como en secundaria atienden a un grupo (45.1% y 41.1% respectivamente) por lo que su función de enseñanza los distrae de su función principal que es la planeación, gestión y evaluación de su institución.

b) Salud

En el caso de la salud, los médicos y la enfermera son parte importante del proceso de atención de los servicios de consulta externa y hospitalización. Según información de la Secretaría de Salud, se muestra una insuficiencia de trabajadores de la salud para atender

a la población de México, aunque la información de la OCDE muestra de que se tuvo un aumento en el número de médicos y personal de enfermería ocupados en el país de 10% en los últimos 10 años, para llegar a 647 mil 996 personas.

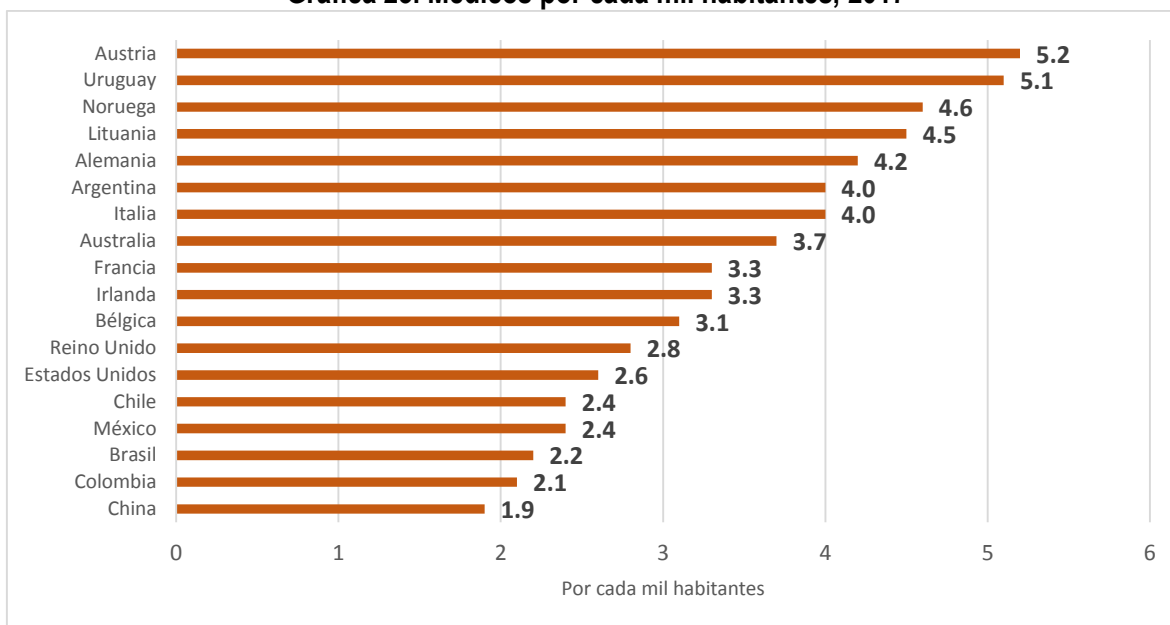
De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud federal, actualmente hay 277 mil 287 médicos que ejercen su profesión, esto significa que hay solo 2.4 doctores por cada mil habitantes en México, siendo una de las medias más bajas entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), ya que países como Austria, Noruega o Lituania hay una tasa de 5.2, 4.6 y 4.5 médicos, respectivamente. Otras naciones, como Italia la población cuenta con una disponibilidad de casi 4.0 doctores, mientras que en España es de 3.9 especialistas por cada mil personas en 2017.

El dato de México del número de doctores por cada mil habitantes, cifra que podría resultar insuficiente para la atención o, al menos de gran consideración; mientras que Austria lidera la lista de médicos que ejercen con 5.2 y Noruega la de enfermeros con 18.9, abriendo una gran brecha de distancia muy difícil de alcanzar para nuestro país.

Respecto a las enfermeras y parteras, México presenta un gran déficit, en el que solamente existen 2.5 enfermeras y parteras por cada mil habitantes, muy lejos de países como Noruega (18.2), Bélgica (18.9) y Estados Unidos (14.5). Según datos de la Secretaría de Salud, México tenía 352 mil 139 enfermeras y enfermeros en clínicas y hospitales públicos y privados, en 2016. La mayor cantidad de enfermeros se concentra en el sector público: 309 mil 641 trabajan en clínicas y hospitales del Estado. Los 42 mil 498 restantes trabajan en el sector privado.

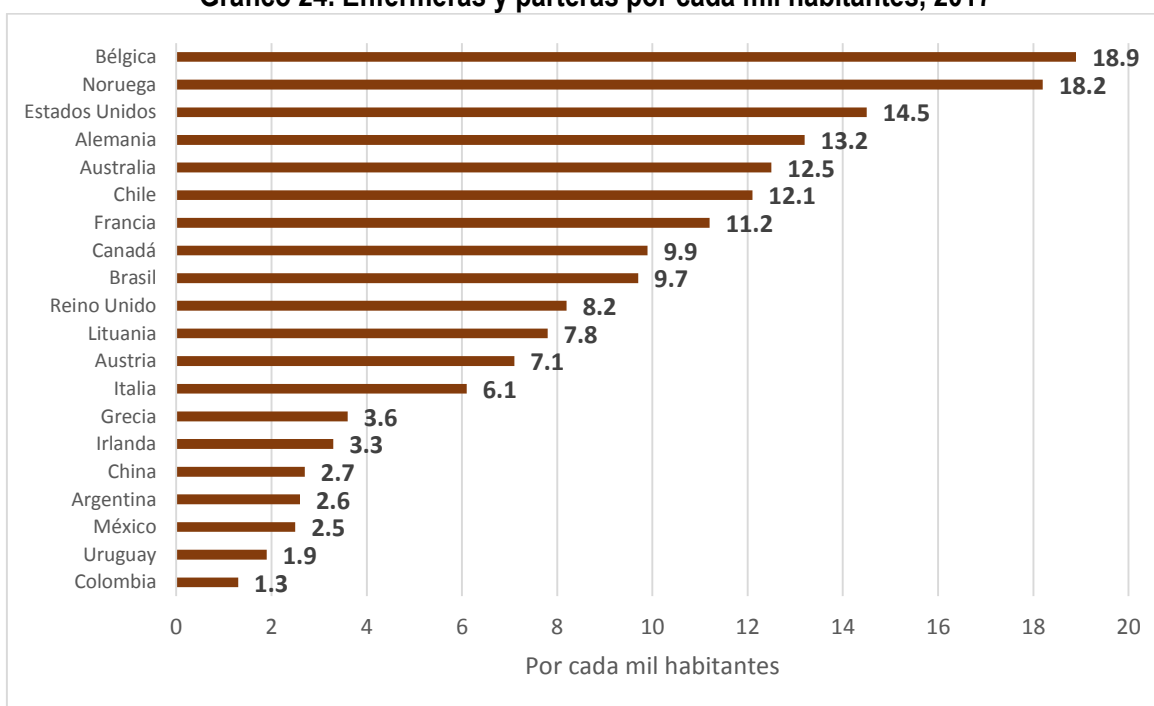
De las más de 300 mil personas dedicadas a la enfermería en México, 170 mil 193 son personal de enfermería general. Sólo el 11% (38 mil 926) tienen una especialidad. La mayoría del ellos trabajan en el sector público: 33 mil 731. Casi mitad la mitad de estos 33 mil, 15 mil 529 corresponde el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Otros 28 mil 173 son pasantes y los restantes 113 mil 907 son auxiliares de enfermería.

Gráfica 23. Médicos por cada mil habitantes, 2017



Fuente: elaborado con base en OCDE, Health an Glance, 2020.

Gráfico 24. Enfermeras y parteras por cada mil habitantes, 2017



Fuente: elaborado con base en OCDE, Health an Glance, 2020.

Según la OMS, se necesitan alrededor de 23 médicos, enfermeras y parteras cada 10,000 habitantes para brindar servicios esenciales de salud a la población; sin embargo, México presenta una insuficiencia del personal de salud que repercuten en los derechos de salud de una parte importante de la población.

Accesibilidad

La definición de accesibilidad para el presente diagnóstico es la siguiente: garantizar que la población cuenta con los medios (físicos, económicos, de igualdad de condiciones y de información) para acceder a los servicios de salud y educativos ofrecidos (concluir con los niveles obligatorios).

La salud y educación debe ser accesible para todos, lo cual supone derribar barreras de exclusión y discriminación. Los titulares del derecho pueden enfrentar limitaciones en su acceso al derecho debido a la lejanía de clínicas, hospitales o de las escuelas respecto a su lugar de residencia (acceso físico limitado), costos asociados a la salud y educación, incluyendo el costo de oportunidad (acceso económico limitado), servicios hospitalarios y educativos no adaptados para garantizar igualdad de condiciones (acceso limitado por condiciones desiguales) o la poca información oportuna y pertinente para acceder al derecho (acceso de información limitado).

El grado en que los servicios de salud y educativos disponibles se vuelven accesibles, de acuerdo con las condiciones y características diferenciadas de los titulares del derecho, determina si esta población tiene o no acceso al derecho a la salud y educación y si este acceso es efectivo.

Las instituciones disponibles pueden no ser accesibles para todos los titulares del derecho si no consideran las condiciones y características socioeconómicas y culturales de las personas. Esto genera distintas condiciones de acceso limitado, las cuales deben ser contempladas para adaptar los servicios educativos y garantizar un acceso de manera efectiva. Se identifican las siguientes condiciones de acceso limitado, las que justifican, más adelante, los diferentes subdimensiones:

- i. Acceso físico limitado: se presenta cuando las áreas de influencia de las instituciones de salud y educativas (niveles obligatorios) se encuentran alejadas de una parte de la población titular del derecho, lo que generaría tiempos de traslado excesivos o la localización geográfica sea de acceso razonable o por medio de tecnología moderna

a los servicios (mayores a 30 minutos en preescolar y primaria y una hora en el resto de los niveles).

Esta situación afecta principalmente a la población que habita en localidades aisladas, marginadas y con problemas orográficos que no tiene los medios (caminos, carreteras, transporte, conectividad), ni tampoco las habilidades para acceder a la salud ni tampoco a la educación a distancia.

Uno de los temas más importantes para la atención hospitalaria y escolaridad en las zonas rurales es la accesibilidad a la oferta de servicios de salud y educativos, dado que los centros de educación básica y media superior se encuentran muy alejados. En estos casos, la nula demanda en salud y escolar efectiva se encuentra restringida por la inexistencia práctica de la oferta.

La ubicación del centro hospitalario o educativo, la localización de la clínica y escuela fuera del poblado y los gastos para trasladarse dan una idea de una menor accesibilidad. De acuerdo con un estudio, el medio de transporte típico es el desplazamiento a pie; no obstante, los desertores en ciertos poblados sin escuela requieren desplazarse en medios motorizados.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) destaca que muchas de las comunidades en las que reside la población indígena se caracterizan por ser muy pequeñas y rurales, con población dispersa y localizada en zonas aisladas, de difícil acceso. Todos estos aspectos geográficos dificultan la presencia de instituciones de salud y escolares. Sin embargo, la búsqueda de soluciones a este desafío es un imperativo para dar cumplimiento a los derechos de salud y educación.

a) Educación

La población potencial que vive en localidades rurales aisladas que no cuentan con escuela en su localidad, presenta un problema de accesibilidad física. En el Censo 2010, último dato disponible, se detectó que existían poco más de 843 mil personas de 3 a 17 años que viven en localidades aisladas o cercanas a carreteras y sin escuelas. En proporción de la población

rural representaba 10.3% de los niños de 3 a 5 años, 9% de los de 6 a 11 años, 28.2% de 12 a 14 años y 56.4% de 15 a 17 años.¹³

En 2015, según datos de la Encuesta Intercensal, existía cerca de 1 millón 370 mil niños y jóvenes que invertían un tiempo excesivo de traslado a la escuela, lo que supone un riesgo permanente de abandonarla. El porcentaje de estudiantes con tiempo de traslado excesivo se incrementa con el nivel educativo, lo que resulta que para educación media superior el 9.7% de los alumnos enfrenta esta limitación, acorde con los datos de baja disponibilidad de instituciones de este nivel. Si, además, el traslado se realiza caminando, como lo hace el 24% de los que tienen tiempo excesivo, supone un esfuerzo físico adicional que pone en riesgo la asistencia incluso por condiciones climáticas; pero si es realizado en transporte público, como lo hace el 57%, supone costos económicos adicionales que ponen en riesgo la permanencia en especial para la población de menores ingresos.¹⁴

Cabe resaltar que, sin información georreferenciada de las escuelas y datos actualizados de la población por localidad no es posible estimar el total de los titulares del derecho que enfrentan limitaciones físicas de acceso (ver tabla 18).

En efecto, la falta de información no permite estimar las limitaciones físicas de acceso para los titulares del derecho de 15 años y más sin educación básica, que debieran atenderse mediante los servicios de educación para adultos; además, no es posible estimar si la población que enfrenta limitaciones físicas de acceso a la educación es atendida con modalidades educativas que utilizan las TIC. La educación básica para la población menor de 15 años únicamente está disponible en modalidad escolarizada, mientras que la educación media superior puede encontrarse en otras modalidades, pero no es posible determinar si los

¹³ Esta información sólo puede ser actualizada con datos del Censo de Población y Vivienda. Según el INEE, la clasificación de aislamiento de una localidad se siguió conforme a la clasificación del Consejo Nacional de Población que agrupa a las localidades menores de 2500 habitantes según la información del Inventario Nacional de Infraestructura para el Transporte (2013) y del Censo de Población y Vivienda 2010. La clasificación de localidades se hace con base en cuatro categorías: 1) localidades cercanas a ciudades, aquellas ubicadas a cinco kilómetros o menos de una localidad o conurbación de 15 mil o más habitantes; 2) cercanas a centros de población, las que se sitúan a 2.5 kilómetros o menos de una localidad; básica y edad típica de educación media superior que reside en localidades aisladas o cercanas a carreteras (2010) o conurbación de 2500 a 14999 habitantes; 3) cercanas a carreteras, las que están localizadas a tres kilómetros o menos de una carretera pavimentada, revestida o terracería, y 4) las aisladas, las localidades alejadas más de tres kilómetros de una terracería o carretera.

¹⁴ Los tiempos excesivos de traslado son mayores a los 30 minutos para preescolar y primaria y una hora para secundaria y media superior, estos estándares fueron obtenidos de las Normas y Especificaciones, para Estudios, Proyectos, Construcción e Instalaciones 2014 publicado por el INIFED.

estudiantes en sistemas no escolarizados son aquellos que enfrentan limitaciones físicas de acceso o eligen estas modalidades por otras razones.

Tabla 18. Estudiantes con tiempo excesivo de traslado a la escuela y medio de transporte (2015)

Nivel escolar	Número total de estudiantes	Estudiantes con tiempo excesivo de traslado a la escuela		Proporción de estudiantes con tiempo excesivo de traslado según medio de transporte a la escuela		
		Estudiantes	Porcentaje	Camina	Transporte público	Transporte privado
Preescolar	4,931,986	200,491	3.6%	32%	38%	24%
Primaria	14,137,862	625,031	4.8%	33%	41%	18%
Secundaria	6,710,845	147,295	2.6%	19%	70%	7%
Media superior	5,128,518	397,110	9.7%	7%	86%	6%
Total	30,909,211	1,369,927	4.8%	24%	57%	14%

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Intercensal 2015, INEGI;

Nota: Se considera tiempo excesivo de traslado si supera los 30 minutos para preescolar y primaria y una hora para secundaria y media superior.

Los porcentajes de distribución por medio de transporte pueden no sumar el 100% debido a los valores no especificados y a otros medios de transporte.

b) Salud

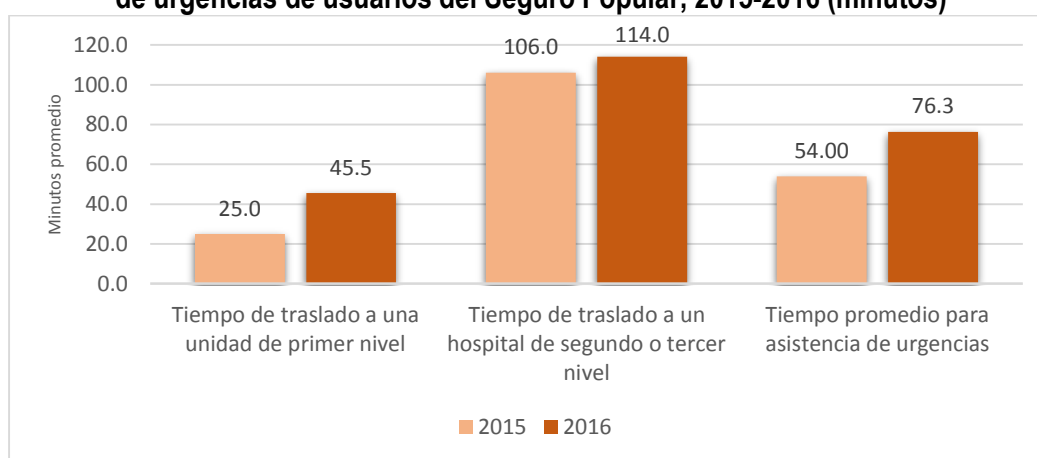
De acuerdo con un estudio de CONEVAL, para medir el nivel de accesibilidad física de la población con base al tipo localidad y grado de aislamiento en el que se encuentran con relación a su proximidad de los servicios de salud, la tabla 18, para el 2018, el 7.5% de las localidades, que concentran el 82.6% de la población total del país, tienen un muy alto grado de accesibilidad física a los servicios, el 19.6% de las localidades, con el 6.6% de la población, exhibieron un nivel de acceso alto, mientras que 2.5 y 3.9% de la población distribuida en 10.3 y 23.5% de localidades, un nivel medio y bajo de accesibilidad, respectivamente.

Uno de los problemas que se enfrenta una parte de la población es que 8.3% de las localidades donde habita el 1.6% de la población con un nivel de accesibilidad muy bajo y el 2.8%, equivalente a 3,137,271 de personas, que residen en el 30.9% de las localidades del país, no tiene acceso físico alguno a los servicios de salud.

En el Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud de 2015 y 2016, en este esquema público de protección financiera en salud para la población mexicana que no cuenta con seguridad social, denominado Seguro Popular, el gobierno

federal buscaba asegurar el acceso a servicios en los tres niveles de atención. Con base en información captada por entrevistas para conocer la satisfacción de la mayoría de los beneficiarios de este esquema, en la accesibilidad se presentaba un aumento en el número de minutos de traslado a una unidad de primer nivel (20.5 minutos más), entre 2015 y 2016, así como en el tiempo de traslado a un hospital de segundo y tercer nivel (8 minutos más) y tiempo promedio para asistencia de urgencias (22.3 minutos más) en el mismo periodo señalado anteriormente.

Gráfico 25. Tiempo de traslado a una unidad, hospital de segundo o tercer nivel y asistencia de urgencias de usuarios del Seguro Popular, 2015-2016 (minutos)



Fuente: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Seguro Popular (2017). Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social 2016. Resumen Ejecutivo de Resultados. Disponible en: http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/Estudio_Satisfaccion/2017/InformeEjecutivoSPSS2016.pdf

- i. Acceso económico limitado: se presenta cuando los costos asociados a la salud y educación, incluyendo el costo de oportunidad, dificulta a la población titular del derecho acceder a la salud y educación. Esta situación suele afectar principalmente a la población con bajos niveles de ingreso. Además, el Estado debe velar con el fin de que la población titular del derecho cuente con los medios económicos que le permitan solventar los gastos de acceso a la salud y los servicios educativos obligatorios. En el caso de los educativos, los gastos de acceso incluyen matrícula, cuotas, uniformes, útiles escolares y costos de oportunidad, el costo de transporte se considera parte de la accesibilidad física. En el caso de la salud, los gastos de medicinas, análisis y exámenes y traslados a los hospitales.

Anderson (1993, p. 4-6) señala la importancia del costo de oportunidad en la salud y educación, especialmente para las familias pobres con necesidades urgentes que atender, y para las cuales el tiempo invertido en la escolaridad por sus hijos o la atención médica de cualquier miembro de la familia en un hospital puede significar un costo demasiado elevado en términos de necesidades que no podrían satisfacer sin la colaboración de éstos al ingreso familiar.

El CONEVAL señala que el rezago educativo es “el porcentaje de la población de tres años o más que, acorde con su edad, asiste o concluyó la educación considerada obligatoria por la Normatividad de Escolarización Obligatoria del Estado Mexicano (NEOEM) vigente en el momento en que se encontraban en edad escolar, respecto al total de la población de tres años de edad o más.”

a) Educación

Para construir el indicador, CONEVAL utiliza la siguiente información de la población en edad escolar y la que asiste a la escuela:

"Es la población que asiste o concluyó la educación considerada obligatoria por la Normatividad de Escolarización Obligatoria del Estado Mexicano (NEOEM) bajo siguientes criterios:

- Tiene de tres a quince años, no cuenta con la educación básica obligatoria y no asiste a un centro de educación formal.
- Nació antes de 1982 y no cuenta con el nivel de educación obligatoria vigente en el momento en que debía haberla cursado (primaria completa).
- Nació a partir de 1982 y no cuenta con el nivel de educación obligatoria (secundaria completa). "

En México, se tiene una población de 21.2 millones de personas con rezago educativo, que representaba el 16.9% del total en 2018.

Con respecto a las entidades federativas con el mayor porcentaje de rezago educativo, se encuentran: Chiapas (29.2%), Oaxaca (27.1%), Veracruz (25.0%), Michoacán (24.2%) y Guerrero (23.7%).

Tabla 19. Grado de accesibilidad física a los servicios de salud

	Tipo de localidad	Total	Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Sin acceso
Urbanas	Ciudad	70,179,777	69,466,794	712,983				
	Centro de población	16,107,633	13,970,177	2,137,456				
Rurales	Cercana a la ciudad	4,086,228	815,344	3,270,884				
	Cercana a centros de población	1,633,238	326,032	1,307,206				
	Cercana a carretera	13,339,412	6,090,971	-	2,830,606	4,417,835		
	Aisladas	6,990,250	2,073,123	-	-	-	1,779,856	3,137,271
Total		112,336,538	92,742,441	7,428,529	2,830,606	4,417,835	1,779,856	3,137,271
%		100.0	82.6	6.6	2.5	3.9	1.6	2.8

Fuente: CONEVAL (2018), Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud. Elaborado con información del Conapo (2010), La Condición de Ubicación de las Localidades en México 2010, consultado el 08/11/2018, disponible en <http://bit.ly/2RIH3kL>; del Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) de la Secretaría de Salud, disponible en <http://bit.ly/2RJbkjf>; e información proporcionada al CONEVAL por la Coordinación de IMSS-Prospera.

Notas:

¹ Localidad con centro de salud o unidad de hospitalización en la localidad de acuerdo con la información del Conapo y el Catálogo CLUES.

² Localidad cercana a localidades urbanas con servicios médicos de acuerdo con la información del Conapo y el Catálogo CLUES.

³ Localidad cercana a carretera sin acceso a servicios de salud en su localidad y cuya distancia al centro de salud más cercano es menor de 2.5 kilómetros con información del Conapo, el Catálogo CLUES y la Coordinación de IMSS-Prospera.

⁴ Localidad cercana a carretera sin acceso a servicios de salud en su localidad y cuya distancia al centro de salud más cercano es mayor de 2.5 kilómetros con información del Conapo, el Catálogo CLUES y la Coordinación de IMSS-Prospera.

⁵ Localidad aislada sin acceso a servicios de salud en su localidad y cuya distancia al centro de salud más cercano es menor de 2.5 kilómetros con información del Conapo, el Catálogo CLUES y la Coordinación de IMSS-Prospera.

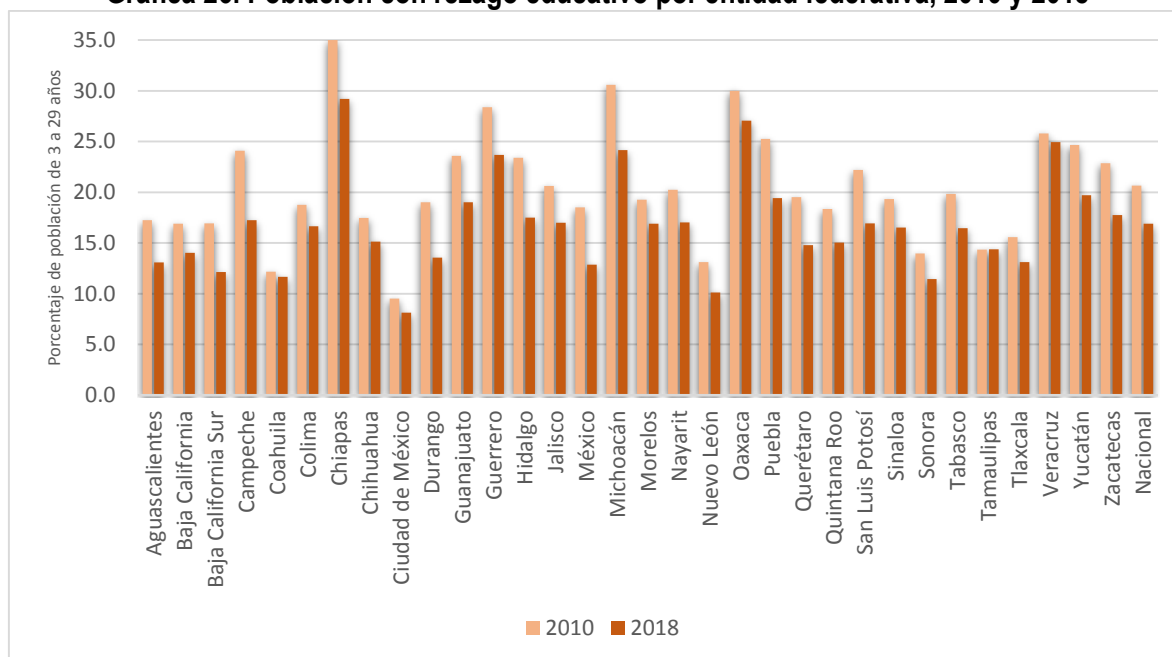
⁶ Localidad aislada sin acceso a servicios de salud en su localidad y cuya distancia al centro de salud más cercano es mayor de 2.5 kilómetros con información del Conapo y la Coordinación de IMSS-Prospera.

⁷ Se clasifican como ciudad a aquellas localidades con más de 15,000 habitantes y como centro de población a aquellas con más de 2,500 habitantes, pero con menos de 14,999 con información del Conapo y la Coordinación de IMSS-Prospera.

*Se identificaron 121 localidades y 147,834 personas que, a pesar de ser clasificadas como urbanas por el Conapo y el INEGI, por ser cabeceras municipales, en esta estimación se incluyeron en las categorías “rurales” y “cercana a ciudad” por registrar menos de 2,500 habitantes.

En cuanto a la población que no cuenta con los recursos para seguir cursando la educación obligatoria, CONEVAL construyó el indicador del “porcentaje de la población de 3 a 29 años cuyo ingreso total corriente per cápita es inferior a la línea de pobreza (equivalente al costo de las canastas alimentaria y no alimentaria), asiste a educación pública obligatoria en cualquiera de sus niveles (se excluyen los posgrados en el caso de la educación superior) y no recibe beca, respecto al total de la población en el mismo rango de edad e ingreso que asiste a educación pública obligatoria.”

Gráfica 26. Población con rezago educativo por entidad federativa, 2010 y 2018



Fuente: CONEVAL, disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>

En el año 2018, poco más de 13.6 millones de personas de 3 a 29 años, equivalente al 74.8% (es decir, casi 3 de cada 4) pertenecían a hogares que tenían un ingreso total corriente per cápita menor al costo de la línea de pobreza de bienestar de CONEVAL, asistían a la educación pública obligatoria y no recibían una beca.

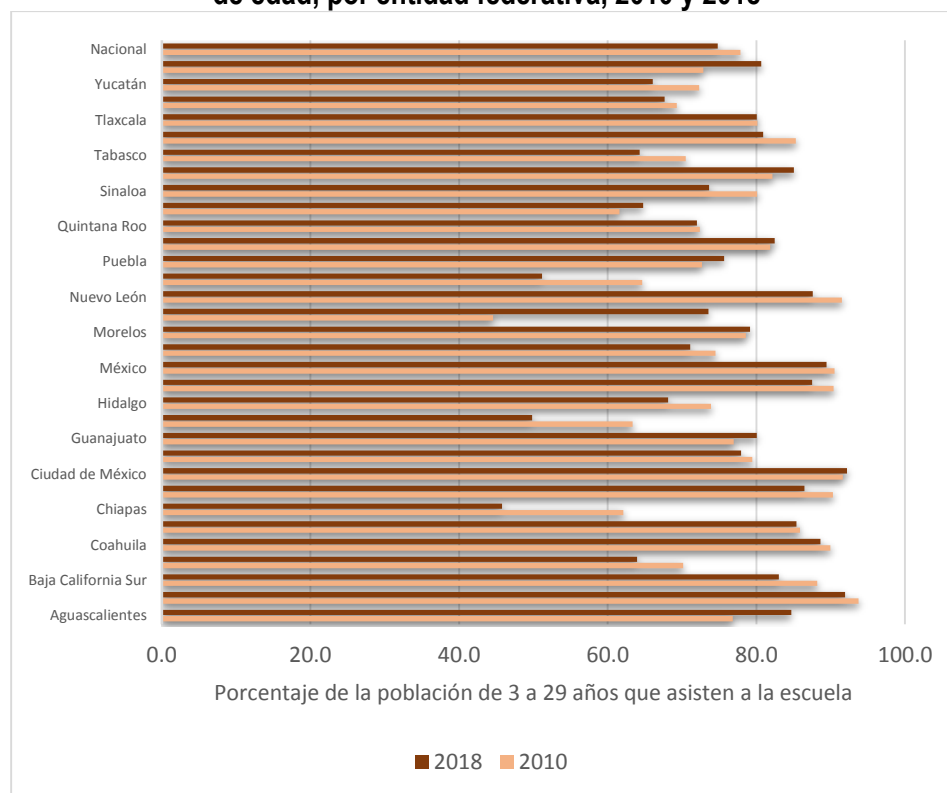
a) Salud

De acuerdo con las estimaciones realizadas por CONEVAL, el porcentaje de población que no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados, con respecto a la población total, llegaba a 16.2% que representaba 20.2 millones de personas con la carencia de salud en 2018.

Las entidades federativas que tenían una mayor proporción de población con la carencia de afiliación a un servicio médico se encontraban en Michoacán (21.1%), Puebla (20.8%) y Ciudad de México (21.1%). El indicador construido por CONEVAL muestra información sobre la capacidad del sistema de salud mexicano para brindar a la población acceso a los servicios médicos y representa el elemento de accesibilidad desde el enfoque de

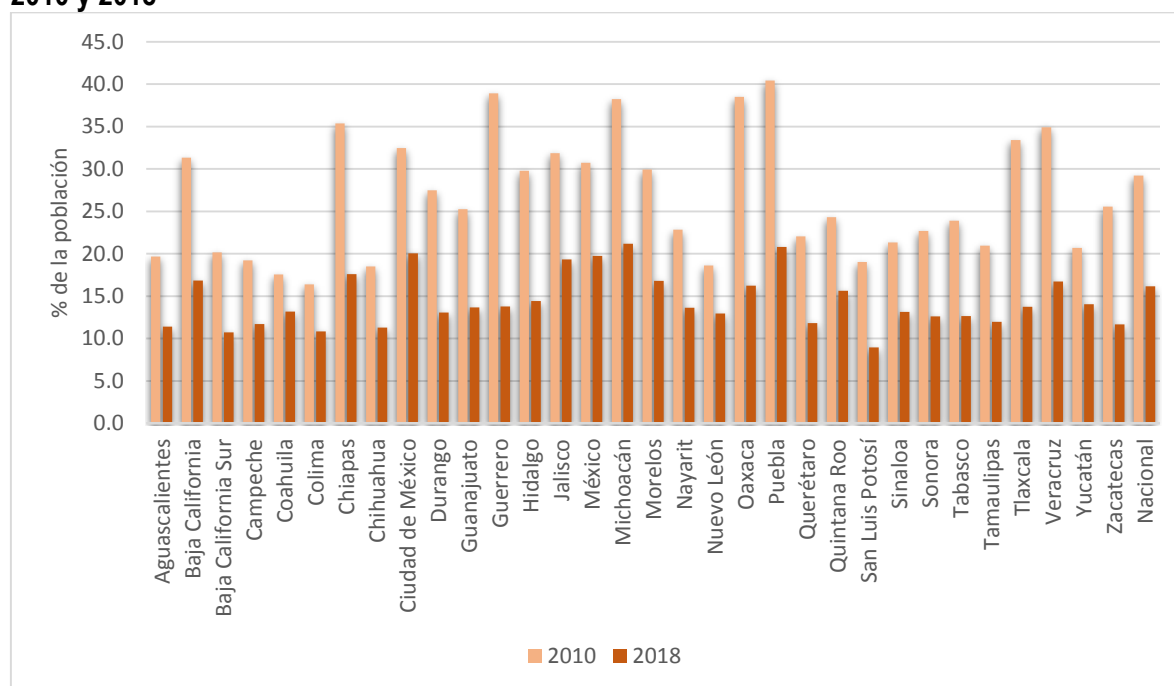
derechos humanos, el cual permite conocer en términos de la afiliación o adscripción a diversas instituciones proveedoras de servicios de salud.

Gráfica 27. Porcentaje de la población que asiste a la escuela de 3 a 29 años de edad, por entidad federativa, 2010 y 2018



Fuente: CONEVAL, disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>

Gráfica 28. Porcentaje de población que no cuenta con derechohabiencia a servicios de salud, 2010 y 2018



Fuente: CONEVAL, disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>

Es importante señalar que en el estudio de CONEVAL se considera como derechohabiencia a las instituciones de seguridad, la afiliación al Seguro Popular y la contratación voluntaria de servicios médicos.

Calidad

a) Educación

El enfoque de la UNESCO asume que el acceso es un primer paso en el derecho a la educación, pero su pleno ejercicio exige que ésta sea de calidad, considera que los estados deben dar el salto de la igualdad en el acceso a la educación a la igualdad en la calidad de los aprendizajes. La perspectiva de la UNESCO contempla que una educación es de calidad si ofrece los recursos y ayudas necesarias para que todos los estudiantes alcancen los máximos niveles de desarrollo y aprendizaje, de acuerdo con sus capacidades.

El artículo tercero de la Constitución establece que el Estado se compromete a “garantizar la calidad en la educación obligatoria de manera que los materiales y métodos

educativos, la organización escolar, la infraestructura educativa y la idoneidad de los docentes y los directivos garanticen el máximo logro de aprendizaje de los educandos”.

La educación debe ser de calidad, es decir, asegurar que los medios (personal, espacios y materiales), los procesos (enseñanza-aprendizaje) y contenidos (planes y programas) por los cuales se materializa el derecho tengan los requerimientos y propiedades aceptables, relevantes y culturalmente apropiados para lograr el máximo aprovechamiento escolar y desarrollo de las potencialidades de los alumnos, con el fin de continuar estudios postobligatorios, insertarse adecuadamente en la vida social o todos aquellos propósitos que determinen los individuos. La calidad es la condición suficiente para lograr que el ejercicio del derecho sea pleno o efectivo.

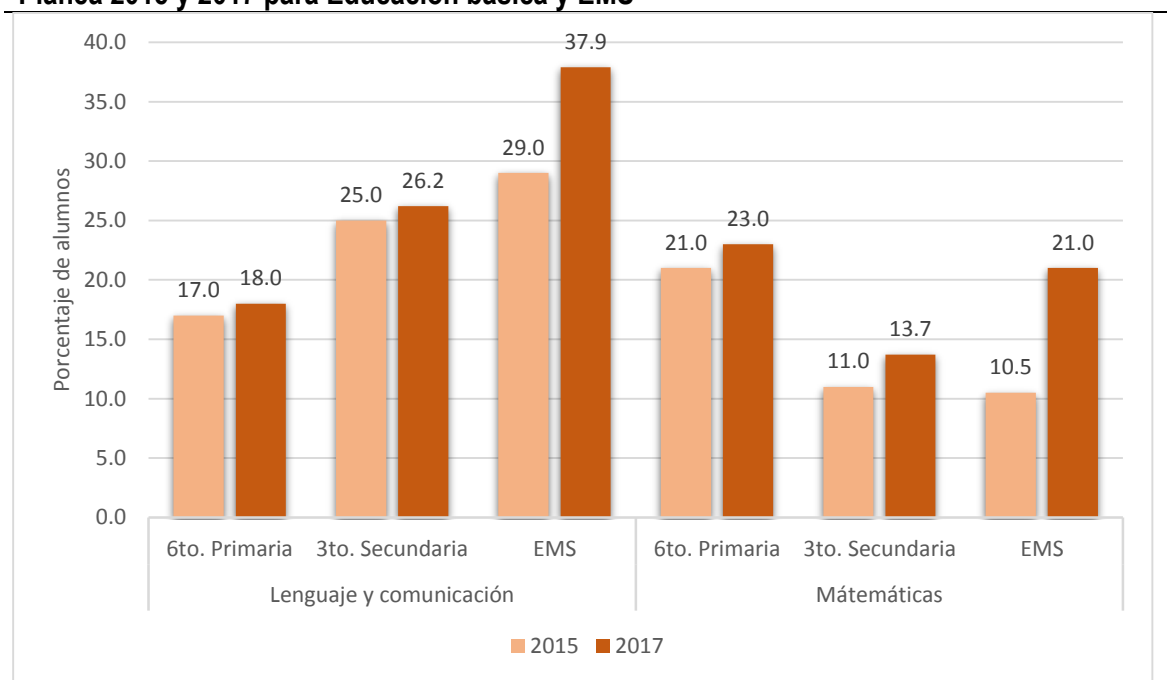
El derecho a la educación no sólo se refiere a la existencia de una oferta de servicios suficiente que responda a las necesidades de acceso físico o económico, también es parte del derecho asegurar que los servicios relacionados con la educación obligatoria sean de calidad; es decir, que tengan un impacto positivo en la vida de las personas, ya sea en el ámbito académico, laboral, personal o social.

Según el estudio de los Docentes en México del INEE (2015) con datos del CEMABE 2013 se estimó que aproximadamente la mitad de los docentes de preescolar tiene licenciatura terminada (51.6%), y la décima parte, posgrado (9%); el 12.8% tiene estudios de normal preescolar terminada y el 5.1% la normal superior, el 8% un grado máximo de nivel bachillerato, y el resto normal primaria o estudios inconclusos. De manera similar, en educación primaria aproximadamente la mitad de los docentes tiene la licenciatura terminada (50.7%), y la décima parte tiene posgrado (9.8%). El 16.6% tiene normal primaria terminada y 9%, la normal superior; el 3% reporta escolaridad máxima de media superior y resto estudios inconclusos. Entre los docentes de educación secundaria, 40% reporta licenciatura completa y el 17.5% tiene posgrado; mientras que los que cuentan con normal superior completa representan poco más de la cuarta parte, y una proporción muy reducida tiene normal o licenciatura incompleta; y el 6.7% reporta el bachillerato como nivel máximo de estudios. (INEE, 2015g).

Los resultados de Planea 2015 y 2017 demuestran que pocos alumnos lograban niveles al menos satisfactorios en matemáticas y lenguaje y comunicación (23% y 17.8% de

los alumnos de sexto año de primaria; 13.7% y 26.2% de tercero de secundaria y 21% y 37.9% en media superior en 2017) (ver gráfica 29).

Gráfica 29. Porcentaje de alumnos con nivel satisfactorio o sobresaliente (nivel III y IV) en Planea 2015 y 2017 para Educación básica y EMS

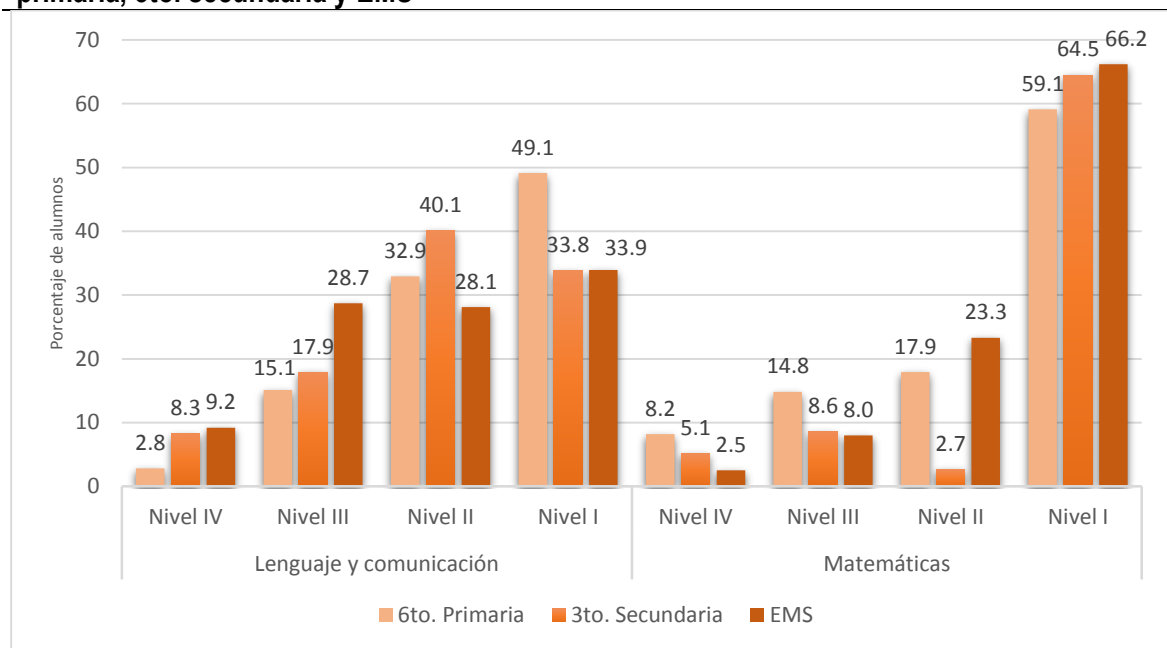


Fuente: INEE, Resultados de las Pruebas Planea 2017. Disponible en: <http://www.inee.edu.mx/index.php/Planea>.

Respecto a los resultados de Planea de Educación Media Superior de 2017, A nivel nacional, en Lenguaje y Comunicación, poco más de un tercio de los alumnos que están por concluir la EMS se ubicaba en el nivel I (casi 34%), es decir, cerca 1 de cada 3 en el nivel II (28%) como en el nivel III (29%), y casi 1 de cada 10 estudiantes en el nivel IV. En Matemáticas, seis de cada 10 estudiantes estaban en el nivel I (66%); uno de cada cuatro en el nivel II (23.3%); en el nivel III, sólo ocho de cada 100 estudiantes (8%); en el nivel IV, casi tres estudiantes de cada 100 (2.5%) (ver gráfica 30)¹⁵.

¹⁵ Nivel I (Insuficiente) Matemáticas: Tienen dificultades para realizar operaciones con fracciones y operaciones que combinen incógnitas o variables, así como para establecer y analizar relaciones entre dos variables.
 Nivel II (Indispensable) Matemáticas: Expresan en lenguaje matemático situaciones donde se desconoce un valor o las relaciones de proporcionalidad entre dos variables, y resuelven problemas que implican proporciones entre cantidades.
 Nivel III (Satisfactorio) Matemáticas: Emplean el lenguaje matemático para resolver problemas que requieren del cálculo de valores desconocidos, y para analizar situaciones de proporcionalidad distancia real de un punto a otro en mapas, así como ubicar coordenadas y objetos en el plano.
 Nivel IV (Sobresaliente) Matemáticas: Dominan las reglas para transformar y operar con el lenguaje matemático, expresan en lenguaje matemático las relaciones que existen entre dos variables de una situación o fenómeno y determinan algunas de sus características

Gráfica 30. Porcentaje de alumnos en cada nivel de logro en la Prueba Planea 2017 de 6to. primaria, 3to. secundaria y EMS



Fuente: INEE, Resultados de las Pruebas Planea 2017. Disponible en: <http://www.inee.edu.mx/index.php/Planea>.

Blanco y Cusato resaltan que las desigualdades educativas son el resultado de una compleja interacción de factores internos y externos al sistema educativo y sus escuelas, por lo que es fundamental desarrollar políticas económicas y sociales orientadas a abordar las causas que generan desigualdad fuera de los sistemas educativos. Los ingresos económicos, el capital cultural de las familias, las expectativas y estereotipos sociales respecto de las diferencias sociales, culturales y de género, la localización geográfica de las escuelas, o el acceso a las tecnologías de la información y comunicación son algunos de los factores que generan desigualdad en América Latina (Blanco y Cusato, 2007, p. 25).

Nivel I (Insuficiente) LyC: No identifican la postura del autor en artículos de opinión, ensayos o reseñas críticas ni explican la información de un texto sencillo con palabras diferentes a las de la lectura.

Nivel II (Indispensable) LyC: Identifican ideas principales que sustentan la propuesta de un artículo de opinión breve, discriminan y relacionan información oportuna y confiable, y la organizan a partir de un propósito.

Nivel III (Satisfactorio) LyC: Reconocen en un artículo de opinión: propósito, conectores argumentativos y partes que lo constituyen, identifican las diferencias entre información objetiva, opinión y valoración del autor, identifican las diferentes formas en que se emplea el lenguaje escrito de acuerdo con la finalidad comunicativa y utilizan estrategias para comprender lo que leen.

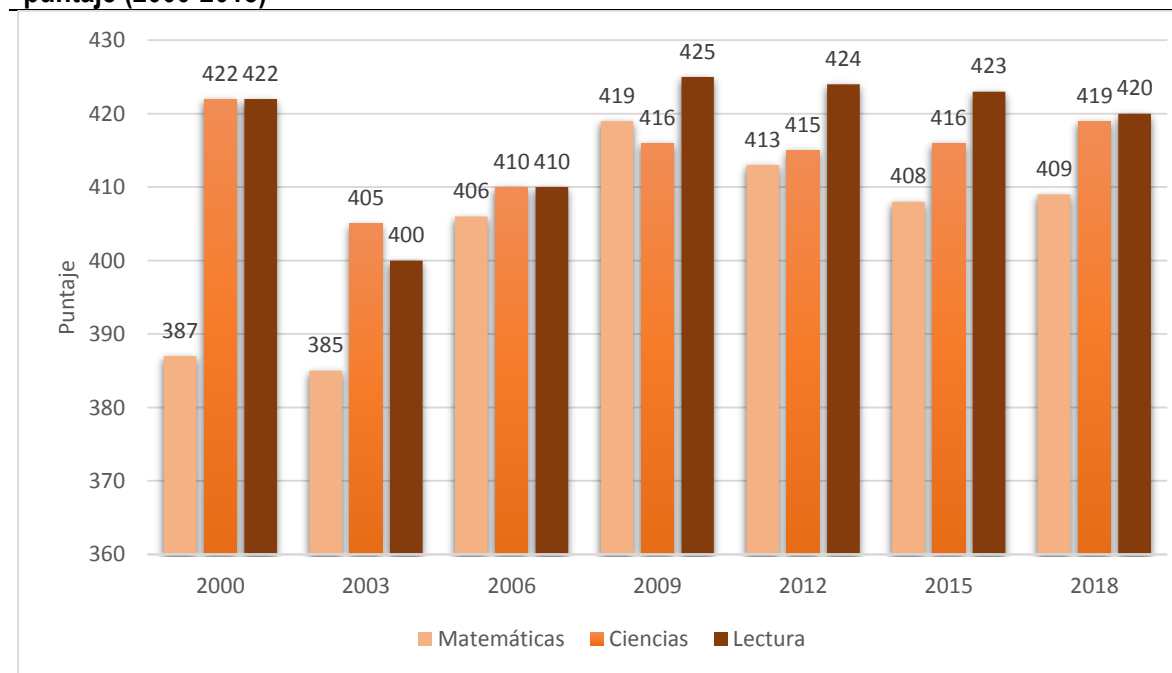
Nivel IV (Sobresaliente) LyC: Seleccionan y organizan información pertinente de un texto argumentativo; identifican la postura del autor, interpretan información de textos argumentativos (como reseñas críticas y artículos de opinión) e infieren la paráfrasis de un texto expositivo.

Resultados de la Prueba PISA 2000-2018

Las pruebas PISA se han efectuado en México desde el año 2000 y, salvo los niveles en ciencias, los resultados se han mantenido en los mismos márgenes, como puede apreciarse en la siguiente gráfica (ver gráfica 31). Las pruebas de PISA son aplicadas cada tres años y en el que se examina el rendimiento de alumnos de 15 años en áreas temáticas clave, entre los que se encuentran: la motivación de los alumnos por aprender, la concepción que éstos tienen sobre sí mismos y sus estrategias de aprendizaje.

Los resultados de la prueba PISA 2018 ubican a México en el último lugar de la OCDE y ocupó la posición número 53 de un total de 77 naciones que fueron consideradas para la evaluación en habilidad lectora; lugar 61 de 78 en matemáticas y puesto 57 de 77 en ciencias. De los países de América Latina que se ubicaron en un mejor lugar que México en habilidad lectora, están: Chile (lugar 43), Uruguay (lugar 48), Trinidad y Costa Rica (lugar 49). En cambio, por debajo de los puntajes medios de nuestro país se encontraban: Brasil en la posición 57, Colombia en la 58 y Argentina en la 63.

Gráfica 31. Resultados de México en la Prueba PISA en matemáticas, ciencias y lectura en puntaje (2000-2018)

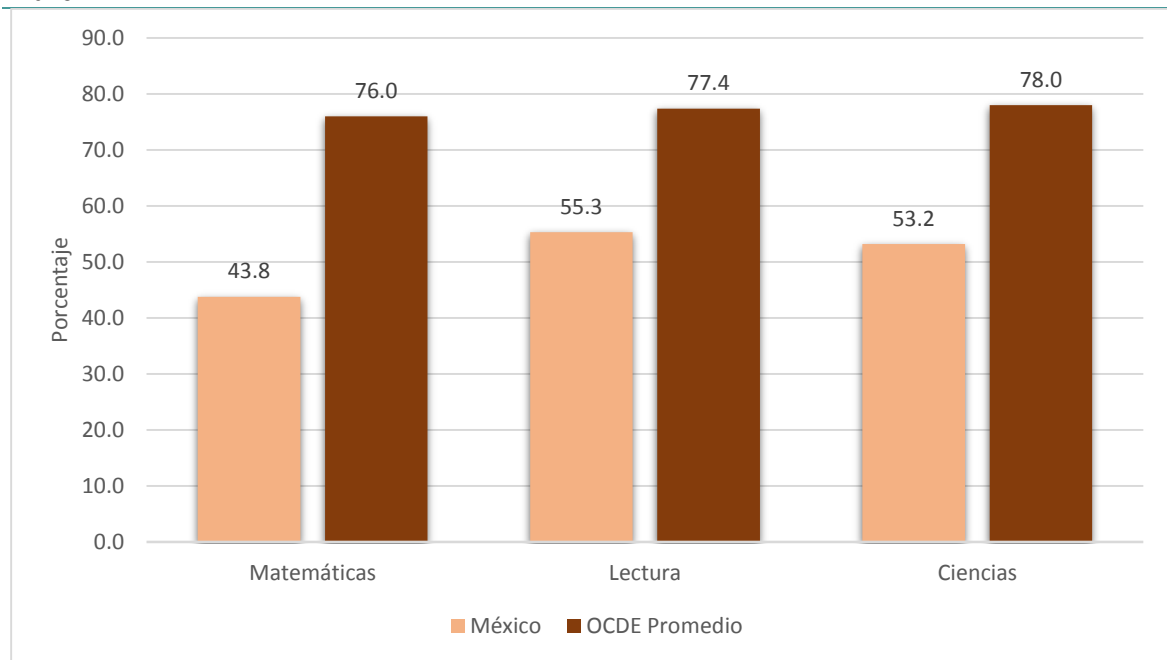


Los resultados que obtuvo México no fueron satisfactorios en la Prueba PISA 2018, en matemáticas los estudiantes seleccionados aleatoriamente registraron 409 puntos y el 4.2% se ubicó en los niveles 4, 5 y 6. En ciencias fue de 419 puntos y solamente 3.8% de los alumnos alcanzaron los niveles 4, 5 y 6; y en lectura se alcanzó un puntaje de 420 y 6.0% llegó a los niveles más altos (niveles 4, 5 y 6) (ver gráfica 32).

De acuerdo con la OCDE, los niveles 1a, 1b, 1, 2 y 3 representaban a los estudiantes con calificaciones insuficientes o bajas (en especial debajo del nivel 1a o 1b) para acceder a estudios superiores y desarrollar las actividades que exige la vida en la sociedad del conocimiento. Bajo este contexto, En México, solo el 1% de los estudiantes obtuvo un desempeño en los niveles de competencia más altos (nivel 5 o 6) en al menos un área (promedio OCDE fue de 16%), y el 35% de los estudiantes no obtuvo un nivel mínimo de competencia (Nivel 2) en las 3 áreas (promedio OCDE era de 13%). En México poco más del 95% de los alumnos en las pruebas de matemáticas y lectura y cerca del 98% de los estudiantes que presentaron el examen de ciencias y que fueron evaluados en la prueba PISA 2018, no cumplían con el derecho a recibir una educación de calidad, conforme a los criterios de la OCDE.

En mayo de 2019, el Gobierno de la República remitió a la Cámara de Senadores una propuesta de reforma educativa, que fue aprobada y que consistió en desaparecer el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE), que fue sustituido por el Centro Nacional para la Revalorización del Magisterio y la Mejora Continua de la Educación. Por otra parte, la reforma educativa se centró en crear un sistema para la carrera de las maestras y maestros, en el que Federación tendrá la rectoría; sin embargo, desaparecen las evaluaciones docentes, y ahora ya no serán obligatorias para los maestros, quienes tendrán derecho a un sistema de formación gratuito.

Gráfica 32. Porcentaje de alumnos con puntaje satisfactorio (nivel 2 o más) en la prueba PISA 2018



Fuente: OCDE (2018). Programa para la Evaluación Internacional de los Alumnos, PISA 2018, OCDE.

Nota: En el nivel 2, los estudiantes pueden aprovechar el conocimiento del contenido cotidiano y el conocimiento básico para identificar una explicación científica adecuada, datos interpretar e identificar la pregunta que se aborda en un diseño experimental simple. Ellos pueden usar conocimientos científicos básicos o cotidianos para identificar una conclusión válida a partir de un conjunto de datos simple. Los estudiantes de nivel 2 demuestran un conocimiento epistémico básico al ser capaces de identificar preguntas que pueden investigarse científicamente. (PISA, 2018)

En este sentido, se modificaron los artículos 3, 31 y 73 constitucionales, que en materia educativa tienen algunos cambios, por ejemplo, que en planes y programas de estudio incluyan la enseñanza de matemáticas, la lecto-escritura, la literacidad y la educación sexual y reproductiva. La nueva reforma también menciona la recuperación de estudios de civismo, valores, cultura, arte, música, deporte, y medio ambiente.

También la reforma educativa señala una nueva política educativa diferenciada por zonas que permitirá una educación indígena, bilingüe y bicultural. Además, el Estado garantizará que los materiales didácticos, la infraestructura educativa, su mantenimiento y las condiciones del entorno sean idóneos. Con relación a la educación inicial, se convierte en obligatoria y el gobierno federal propone asignar el 2% del presupuesto educativo para 2020, a través de la expansión de la educación inicial y educación inicial y básica comunitaria.

Otro de los importantes cambios, se relacionan con el otorgamiento de becas universales principalmente para educación media superior, con el fin de evitar el abandono

de los estudios y debido a deficiencias académicas de años escolares previos que impiden a los alumnos concluir sus estudios y abandonar la escuela.

b) Salud

Dentro de los indicadores que miden la calidad del sistema de salud, se encuentra la satisfacción del paciente, que se centra en la estructura (comodidades e instalaciones físicas), procesos (procedimientos y acciones en la consulta) y resultados (cambios en el estado de salud de las personas y la percepción en la atención).

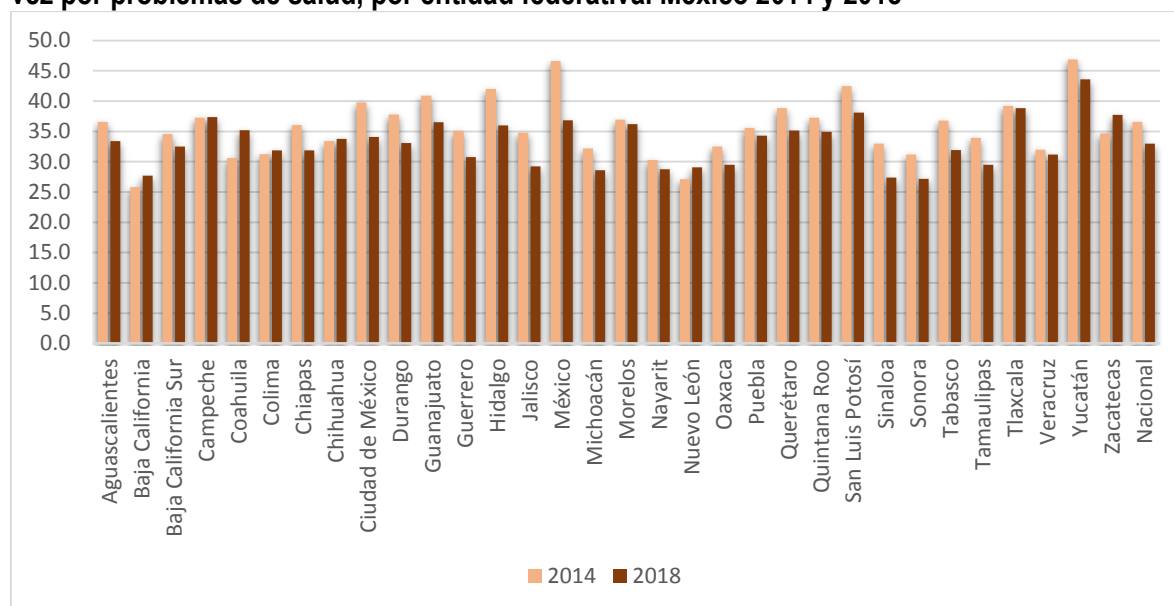
En el análisis de la calidad, se retomó información del Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social de 2016, que la Secretaría de Salud mando a levantar mediante una serie de entrevistas a beneficiarios o afiliados al Seguro Popular para conocer su opinión sobre la satisfacción por servicios. En las entrevistas completas que se realizaron a 27,935 personas (la mayoría mujeres y afiliadas al Seguro Popular), se midió lo siguiente: trato adecuado; tiempo de atención en la consulta; calidez de atención; oportunidad en los servicios recibidos; calidad de atención y surtimiento de medicamentos.

Según CONEVAL, un servicio médico de calidad “es cuando se hace lo correcto en el momento correcto, a la persona indicada y en el lugar adecuado”. En este sentido, la calidad de los servicios de atención médica, se evaluaron conforme al marco teórico propuesto por la OCDE, que son la parte de seguridad, efectividad y atención centrada en la persona.

Con relación a la calidad de la salud, uno de los atributos es la parte del tiempo de espera que se considera más de 30 minutos o menos para ser atendida la última vez que fue a un centro o clínica por problemas de salud.

Según la Ley General de Salud, las personas que solicitan una cita en un centro de salud tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea. Las largas esperas para recibir atención médica en los centros de salud pueden constituir un factor que incida en la accesibilidad y oportunidad de los servicios de salud.

Gráfica 33. Porcentaje de población que esperó más de 30 minutos para ser atendida la última vez por problemas de salud, por entidad federativa. México 2014 y 2018



Fuente: CONEVAL, disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>

En un comparativo, el indicador de calidad del tiempo de espera mayor a 30 minutos para ser atendido cuando acudió a un centro o clínica por problemas de salud muestra una disminución de la proporción de la población de 36.6% en 2014 a 33.0% para 2018. Sin embargo, esto representaba que 25.8 millones de personas en 2018 no eran atendidas en un tiempo menor o igual a 30 minutos cuando iban a un centro o clínica por problemas de salud cuando asistían a una clínica o establecimiento de salud, con ello, el Estado incumplía con una atención de calidad.

Las entidades federativas con los mayores problemas en el indicador de espera mayor a 30 minutos son: Yucatán (43.6%); Tlaxcala (38.8%); San Luis Potosí (38.1%); Zacatecas (37.7%) y Campeche (37.4%).

Los usuarios del Seguro Popular esperaban un tiempo promedio para ser atendidos (minutos), una vez que ya estaban dentro del establecimiento de salud de 69.4 minutos en 2016, es decir, esperaban más del doble del tiempo de 30 minutos que era el estándar considerado como indicador de calidad.

Tabla 20. Indicadores de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud, 2008-2016

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tiempo promedio de espera para ser atendidas(os) (minutos) [Una vez que estuvo dentro del establecimiento de salud, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar para que lo atendieran?]	64	68	105.6	119.1	93.9	78.8	86.4	64.6	69.4
Recibió información comprensible sobre su tratamiento (%) [En 2013 a 2015 se preguntó: Con relación a su tratamiento, ¿el médico que le dio la consulta... En 2016 se preguntó: ¿Le dieron información clara sobre su tratamiento (medicamento)?]	ND	ND	ND	ND	ND	83.7	86.2	88.6	84.6
Porcentaje de usuarias(os) a quienes la (el) médica(o) les dio información sobre su diagnóstico [P18. ¿El médico que lo (la) atendió le dijo claramente cuál era su enfermedad?]	ND	76	ND	87	ND	83.7	83.7	89.5	91.5
Porcentaje de usuarias(os) que manifiestan que regresarían a atenderse al mismo establecimiento [En 2008 a 2015 se preguntó: Si tuviera oportunidad de escoger, ¿regresaría a ese mismo lugar para atenderse? En 2016 se preguntó: Si pudiera elegir, ¿se atendería en el mismo establecimiento?]	93	88.5	88	89	97.2	91.1	91.3	91.6	88.1
Porcentaje de recetas surtidas al 100%	77	ND	ND	ND	32.2	72.4	82.9	84.5	75.9

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Satisfacción con la atención de la (del) médica(o) [En 2015 se preguntó: Al término de la consulta, ¿cómo se sintió Usted? Para 2016 la pregunta fue: En una escala del 1 al 10, ¿cómo calificaría al médico general o familiar que lo (la) atendió del área médica?]* (Suma de "Totalmente Satisfecho" y "Satisfecho")	ND	92.2	ND	ND	96.8	89.5	93.2	90.6	91.1*
Índice de satisfacción de afiliadas(os) (Rango: 0 a1)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.914	0.905	0.857

Fuente: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Seguro Popular (2017). Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social 2016. Resumen Ejecutivo de Resultados. Disponible en: http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/Estudio_Satisfaccion/2017/InformeEjecutivoSPSS2016.pdf

Nota: (*) Las opciones de respuesta fueron cambiadas para 2016 de escala Likert a escala continua de 0 a 10. Por lo que para mantener concordancia se transformó a escala porcentual usada en años anteriores. De este modo se alcanza un promedio de 91.1% de usuarios que califican la atención del médico con 10 (considerados "muy satisfechos") y a los de calificación 8 y 9 (considerados satisfechos); cuando se utiliza la valoración en escala de 1 a 10, el promedio es 8.5.

Tabla 21. Indicadores de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud por nivel de atención, 2016

	1er Nivel N=22,544	2do Nivel N=4,014	3er Nivel N=137	Global N=27,935
Generales				
Satisfacción con la clínica (promedio)	8.3	8.1***	8.6***	8.3
Satisfacción con la atención médica recibida (promedio)	8.5	8.4***	8.8***	8.5
Calificación calidad del servicio (promedio)	8.0	7.7***	8.0	8.0
Calificación trato recibido (promedio)	8.7	8.6***	8.9***	8.7
Índice de Satisfacción (promedio)	0.86	0.84***	0.87***	0.86
% con problemas de calidad	17.0	19.9***	20.2***	17.6
Servicios específicos				
Calificación con la consulta	8.9*	8.7***	9***	8.8
Satisfacción con abasto de medicamentos	7.5***	7.3***	6.8***	7.4
Calificación servicios de laboratorio y gabinete (promedio)	8.1***	8.5***	8.7***	8.2
Otros indicadores de calidad percibida global (expectativas tras el servicio recibido)				
% Regresaría al centro	87.9	88.0	91.7***	88.1
% Volvería con mismo médico	92.9	94.6***	94.6*	93.2
% Recomendaría médico	92.1	92.5	95***	92.2

Fuente: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Seguro Popular (2017). Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social 2016. Resumen Ejecutivo de Resultados.

Disponible en: http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/Estudio_Satisfaccion/2017/InformeEjecutivoSPSS2016.pdf

Nota: Nivel de significancia estadística: (*): p<0.05; (**): p<0.01; (***): p<0.001. (*). Datos ponderados a nivel nacional.

Por otra parte, respecto a si había recibido información comprensible sobre su tratamiento, 84.6% de los entrevistados de Seguro Popular señalaron que la habían obtenido dicha información, solamente un 15.4% no la habían recibido.

Con relación al porcentaje de usuarios a quienes el médico les dio información sobre su diagnóstico, casi 92% señalaron que sí y poco más del 8% respondieron de forma negativa. Cabe resaltar que el porcentaje de usuarios que manifestó que regresaría a atenderse al mismo establecimiento era de casi 9 de cada 10, contestando que sí lo harían.

En cuanto al indicador estimado por CONEVAL, referente a la población derechohabiente a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, PEMEX, Defensa, Marina, IMSS-Prospera y otros) y de la población afiliada al Seguro Popular que no han recibido servicios de prevención, los menores de 12 años no han sido medidos y pesados, mientras que los de 12 años o más también no se les ha tomado la presión arterial y realizado pruebas para la detección de diabetes, en 2018 se tenía 53.6 millones de personas que no recibían la atención preventiva, lo que representaba 52.2% del total de afiliados. Esto vulnera los derechos de las personas de recibir una atención en salud de calidad, que se ha reflejado en un aumento importante de las enfermedades crónicas, como se observó en el breve diagnóstico de la salud en México.

Respecto a las entidades federativas con la proporción más alta de población derechohabiente que no recibió servicios preventivos en instituciones públicas son: Chiapas (59.4%); Campeche (56.1%); Oaxaca (55.9%); Yucatán (55.1%) y Veracruz (55.0%). Con relación al indicador construido por CONEVAL referente a la población derechohabiente a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, PEMEX, Defensa, Marina, IMSS-Prospera y otros) y de la población afiliada al Seguro Popular que tuvieron que realizar pago por medicamentos la última vez que asistieron a una institución pública a recibir atención médica por algún problema de salud, en el año 2018, 4.7 millones de personas con derechohabiencia tuvieron que pagar sus propias medicinas cuando iban a consulta, lo que era equivalente a 11.8% del total.

De acuerdo con CONEVAL, la Ley General de Salud, la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud se considera uno de los servicios básicos que el Sistema Nacional de Salud tiene entre sus objetivos proporcionar a toda la población. El gasto de bolsillo en medicamentos es un factor que podría incidir en el acceso

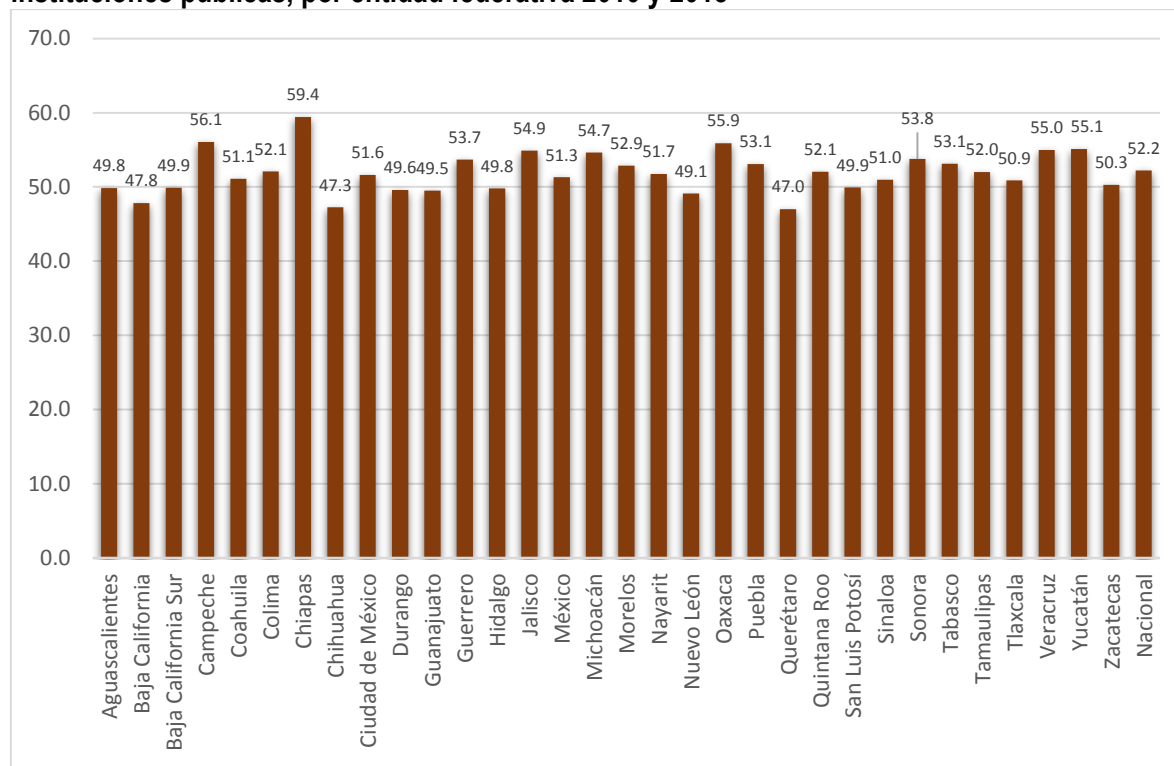
y adherencia de la población al tratamiento y prevención de padecimientos. El indicador permite conocer la eficacia del sector público del sistema de salud mexicano para brindar medicamentos gratuitos a la población.

Dentro de las entidades federativas con la proporción más alta de población derechohabiente a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, PEMEX, Defensa, Marina, IMSS-Prospera y otros) y de la población afiliada al Seguro Popular que tuvieron que realizar pago por medicamentos la última vez que asistieron a una institución pública a recibir atención médica por algún problema de salud (gráfica 34), son: Chiapas (26.4%); Tabasco (21.8%); Oaxaca (19.2%); Guerrero (19.0%) y Michoacán (18.3%).

En la tabla 20, los usuarios del Seguro Popular casi 3 de cada 4 no recibieron completa o no fue surtida toda la receta médica. Además, el surtimiento incompleto de los medicamentos prescritos se dio en el 24.1% de los afiliados, siendo el segundo problema más frecuente de los cuatro identificados en el área. Es importante señalar que poco más de la mitad de los afiliados al Seguro Popular no tuvieron un surtimiento completo, lo que hizo que compararan el o los medicamentos prescritos (57%), mientras que el 24% refirió que no lo tomaría.

Con respecto a los afiliados al Seguro Popular, el promedio nacional de problemas identificados fue de un 17.6% (ver tabla 20), pero si se analizan los cinco grupos de problemas (gestoría y atención administrativa, atención médica, surtimiento de medicamentos, atención a pacientes diabéticos, y cobros en la atención), los resultados pueden cambiar dependiendo dicha problemática en específico. Por ejemplo, dentro de la atención médica, las problemáticas más destacables fueron los tiempos de espera en diversas situaciones; para ser atendido en la unidad médica (51.9%), para realizarse un estudio después de que éste le fue indicado (31.3%), para ser atendido desde que solicitó la cita (24%) y para recibir los resultados de un estudio (21%). Asimismo, el 29% de los afiliados reportó que las condiciones del lugar no eran buenas, mientras que el 24% reportó no haber recibido el surtimiento completo de sus medicamentos.

Gráfica 34. Porcentaje de población derechohabiente que no recibió servicios preventivos en instituciones públicas, por entidad federativa 2010 y 2018

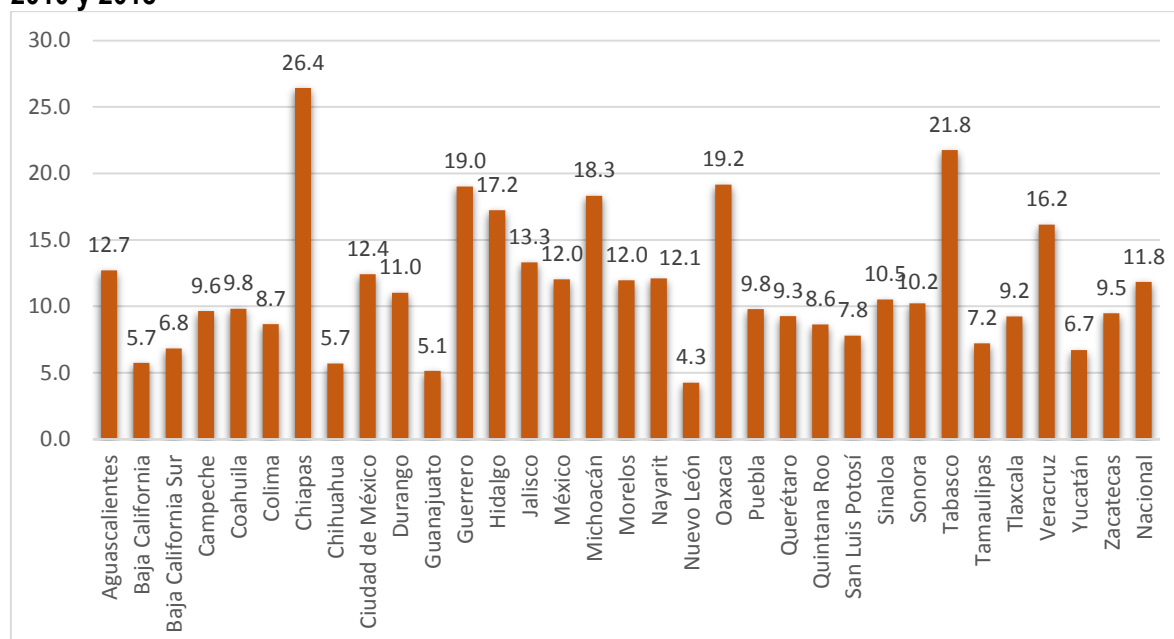


Fuente: CONEVAL, disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>

El índice de satisfacción que se presenta en la tabla 19, se estimó como el porcentaje de problemas de calidad, como un indicador que identifica de forma agregada la frecuencia de problemas concretos y susceptibles de mejora. Este indicador descendió de 0.914 en 2015 a 0.857 en 2017.

En la tabla 21 se muestran los indicadores de satisfacción por nivel de atención médica, en casi todos se puede observar una mejor calificación de los usuarios del tercer nivel que el primer nivel, e inclusive en el comparativo de tercer nivel con el segundo, en cuanto a la satisfacción de la clínica, la atención médica recibida, con el trato recibido, con la consulta y con los servicios de laboratorio y gabinete.

Gráfica 35. Porcentaje de población derechohabiente que tuvieron que realizar pago por medicamentos la última vez que asistieron a una institución pública, por entidad federativa, 2010 y 2018



Fuente: CONEVAL, disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>

Conclusiones

Los derechos de salud y educación en México no han sido cumplidos plenamente para una parte importante de la población, conforme a las declaraciones universales, pactos y acuerdos internacionales. Tampoco se han cumplido conforme a los preceptos constitucionales y las leyes secundarias en la materia.

En la dimensión de disponibilidad, se observan problemas en la forma como se distribuyen los recursos presupuestales. Para empezar, ni el gasto nacional en educación y salud cumplen con las recomendaciones de organismos internacionales como la UNESCO y la Organización Panamericana de la Salud (sugiere un gasto en salud del 6% del PIB), así como tampoco a lo establecido en las leyes (8% del PIB en educación, conforme a la Ley General de Educación).

Otro de los problemas que se tiene en el presupuesto en educación se refiere a que es insuficiente conforme al análisis de la UNESCO, que recomienda un gasto transparente y sin grandes riesgos de corrupción. La misma UNESCO sugiere que se establezcan fórmulas transparentes de financiamiento, que reconozcan el contexto de los sistemas escolares y

también tengan esquemas que permitan financiar gastos fijos y gastos extraordinarios cuando se requieran.

Con relación al gasto en educación y salud per cápita, otros países de América Latina realizan inversiones mayores que México, dichas naciones cuentan con un PIB muy parecido al de nuestro país, pero con un mayor gasto tanto en salud como en educación por persona. Esto podría ser enfocado, en el sentido de que el Estado no destina los recursos necesarios para las prioridades de la población, en este caso la educación y salud, como lo hacen otras naciones de Latinoamérica.

La forma como se concentra el presupuesto educativo, en casi 8 de cada 10 pesos en pago de nómina para docentes, impide que se destinen mayores recursos para el gasto en infraestructura, mobiliario y materiales didácticos, lo que ve en repercusión de los estudiantes, principalmente en el aprovechamiento, y, por ende, en el abandono escolar de los alumnos, haciendo que el Estado incumpla con los derechos educativos de esta población.

Uno de los derechos más vulnerados es el relacionado con la educación para adultos, debido a que se tienen todavía casi 5 millones de personas analfabetas de 15 años y más, y, por otra parte, se cuenta con una cobertura solamente del 4% de las personas adultas que cursan los niveles de primaria, secundaria y educación media superior.

En educación primaria se tiene casi una cobertura de casi el 100% de la población de 6 a 11 años; sin embargo, en el nivel preescolar se tenía un rezago educativo del 22% con respecto a la población de 3 a 5 años y en educación media superior de 25% de las personas de 15 a 17 años, quedando esta población fuera de los niveles obligatorios de educación que debería cubrir el Estado.

Con relación al rezago grave, se incumple con los derechos educativos de 2.6% de las personas de 12 a 14 años y del 6.0% de la población de 15 a 17 años. Por lo que respecta al abandono escolar (intracurricular e intercurricular), más de 105 mil personas en educación primaria, casi 303 mil en secundaria y poco más de 722 mil en educación media superior abandonan la escuela, por falta de recursos, deficiencias académicas no atendidas por el Sistema Educativo Nacional o por la urgencia de trabajar.

En educación primaria no concluye el nivel el 3.3% (6 a 11 años), en secundaria aumenta a 13.3% (12 a 14 años) y en educación media superior casi 36% (15 a 17 años),

vulnerando el derecho a concluir los niveles educativos obligatorios que el Estado debería otorgar a la población.

El Estado ha incumplido con el derecho que tiene todo ciudadano de recibir un sistema de salud que sea preventivo, debido a que en México los decesos por enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares, principalmente la diabetes, hipertensión arterial y el sobrepeso y la obesidad. Esto ha hecho, junto con los homicidios, las causas principales que han incrementado la tasa general de mortalidad en nuestro país.

En cuanto a la infraestructura educativa y de salud, se presentan graves carencias y problemas de inversión, ya que existen una parte importante de mexicanos que asisten a planteles educativos con escuelas adaptadas, escasez de materiales básicos en los planteles (agua, drenaje, electricidad) y sin mobiliarios (sillas, mesas y pizarrones).

En salud, también la carencia en la infraestructura se manifiesta en los hospitales, en las camas y camas de cuidados intensivos, lo que deja sin el disfrute del derecho a la salud de una parte considerable de mexicanos que no cuenta con recursos, en caso de tener que enfrentar una enfermedad de gravedad.

Cabe señalar que México tiene, a nivel preescolar, primaria, secundaria y media superior, una razón de alumnos por docente por encima del promedio de países de América Latina y de las naciones miembros de la OCDE. Esto genera problemas para los alumnos respecto al aprovechamiento escolar y la saturación de grupos en los niveles básicos de educación. Para el maestro le produce cargas adicionales para impartir sus materias y se centran menos en los alumnos que más lo necesitan.

Con relación al personal de salud, nuestro país ocupa los últimos lugares en médicos (doctores), enfermeras y parteras por cada mil habitantes. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, se necesitan alrededor de 23 médicos, enfermeras y parteras cada 10,000 habitantes para brindar servicios esenciales de salud a la población, pero las cifras que tiene México muestran una insuficiencia del personal de salud que repercuten en los derechos de salud de una parte importante de la población, lo que impacta en una atención en salud que permita cumplir plenamente con los derechos de salud de las personas.

Otro aspecto primordial en las dimensiones para evaluar el cumplimiento de los derechos de educación y salud es el acceso físico. En educación, existía cerca de 1 millón 370 mil niños y jóvenes que invertían un tiempo excesivo de traslado a la escuela, lo que supone un riesgo permanente de abandonarla. Por lo que respecta a salud, una parte

considerable de las personas enfrenta problemas de accesibilidad para llegar a un hospital o clínica. Cerca de 8.3% de las localidades donde habita el 1.6% de la población con un nivel de accesibilidad muy bajo y el 2.8%, equivalente a 3,137,271 de personas, que residen en el 30.9% de las localidades del país, no tiene acceso físico alguno a los servicios de salud.

El acceso económico limitado ha impedido que muchas personas continúen sus estudios y deserten de la escuela, debido a la falta o escasos apoyos como becas, ayuda de transportes, familias con problemas de ingreso y que se encuentran en situación de pobreza. En cuanto a salud, los gastos de bolsillo merman la capacidad financiera de las familias, cuando un miembro tiene alguna enfermedad crónica, cáncer o cardiovascular.

En el año 2018, poco más de 13.6 millones de personas de 3 a 29 años, equivalente al 74.8% (es decir, casi 3 de cada 4) eran de hogares que recibían un ingreso total corriente per cápita menor al costo de la línea de pobreza de CONEVAL, asistían a la educación pública obligatoria y no recibían una beca, lo que los dejaba en un estado vulnerable para continuar con sus estudios.

Con respecto al acceso económico limitado en salud, 16.2% que representaba 20.2 millones de personas con carecían de los servicios de salud en 2018, con lo que impedía el disfrute de recibir la atención en sanidad.

En la dimensión de calidad, se observa un gran reto en términos del mejoramiento de los servicios de salud y educación. Los estudiantes mexicanos se ubican en los últimos lugares en las pruebas PISA, inclusive por debajo de alumnos de países de América Latina y de los promedios de la OCDE.

La misma situación se presenta con las pruebas PLANEA que aplica la Secretaría de Educación Pública, en los que la proporción de estudiantes que llegan a los niveles III y IV, es muy bajo, tanto en lenguaje y comunicación y matemáticas, en todos los niveles de educación (6to. primaria, 3ero de secundaria y educación media superior).

En salud, la pésima calidad de la atención ha impactado en la salud de los mexicanos, en el que el sistema de salud se ha concentrado en la atención, olvidándose de la parte preventiva de las enfermedades crónicas, que son las principales causas de muerte. En 2018, se tenía a 53.6 millones de personas que no recibían la atención preventiva en sus consultas, lo que representaba 52.2%, lo que vulnera los derechos de las personas de recibir una atención

en salud de calidad y que impacta en que cada vez existan más población con enfermedades crónicas.

Uno de los indicadores centrales en salud es la atención en el momento adecuado a la población; sin embargo, 25.8 millones de personas en 2018 no eran atendidas en un tiempo menor o igual a 30 minutos cuando iban a un centro o clínica por problemas de salud, incumpliendo el Estado con una atención oportuna.

Por último, 4.7 millones de personas afiliadas las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, PEMEX, Defensa, Marina, IMSS-Prospera y otros) y de la población afiliada al Seguro Popular, tuvieron que realizar pagos por medicamentos la última vez que asistieron a una institución pública a recibir atención médica por algún problema de salud, en el año 2018, lo que representaba el 11.8% del total.

El análisis anterior y los resultados de los indicadores que componen las dimensiones de accesibilidad, disponibilidad y calidad demuestran que estamos muy lejos del cumplimiento de los derechos de educación y salud de la población mexicana. Los retos para los próximos años son enormes, si es que se quiere mejorar dos sectores que son claves en el desarrollo del país.

Tabla 22. Población afectada por el incumplimiento de los derechos de educación en México

Indicador	Grupo de edad de la población/razón/presupuesto/gasto por alumno	Número de personas o % de la población que presenta un incumplimiento a sus derechos	Recomendación
Analfabetismo 2018	Educación para adultos 15 años y más	5 millones de personas con analfabetismo (4% de la población de 15 años y más)	Reforzar los programas educativos para adultos y mejorar la efectividad de estos para aumentar la alfabetización para adultos.
Inasistencia escolar 2018-2019	3 a 5 años 6 a 11 años 12 a 14 años 15 a 17 años	22.8% de tasa de inasistencia escolar 0.9% de tasa de inasistencia escolar 6.2% de tasa de inasistencia escolar 25.0% de tasa de inasistencia escolar	Incorporar mayores incentivos para que la población de 3 a 5 años y de 15 a 17 años acuda a los centros educativos, como son programas de becas, escuelas cerca de los lugares donde vive la población, la extensión e incorporación de la educación indígena. En el nivel de secundaria la tasa de inasistencia escolar sigue siendo alta.
Rezago grave 2016-2017	6 a 11 años 12 a 14 años 15 a 17 años	0.6% rezago grave 2.6% rezago grave 6.0% rezago grave	Evitar el retraso en la incorporación de la población, de acuerdo con su edad escolar, incorporando programas educativos que acerquen la escuela a sus localidades donde viven.
Abandono escolar 2015-2016	6 a 11 años 12 a 14 años 15 a 17 años	0.6% que corresponden a 105,301 alumnos. 4.4% que equivalen a 302,984 estudiantes. 12.9% que representan a 772,215 alumnos.	Es necesario que el Sistema Educativo implemente programas que eviten el abandono escolar, como son becas y centros educativos con infraestructura de calidad.
Disponibilidad			
Presupuesto (financiamiento) (2019)	México destina al gasto en educación el 6% del PIB, por debajo por lo señalado en el artículo 25 de la Ley General de Educación, que menciona que debe ser un 8%.		Se debe destinar 8% al gasto a la educación, y con uso transparente de dichos recursos y con el menor riesgo de corrupción.

Indicador	Grupo de edad de la población/razón/presupuesto/gasto por alumno	Número de personas o % de la población que presenta un incumplimiento a sus derechos	Recomendación
Gasto por alumno (2017)	2,657 dólares por alumno en educación básica 6,244 dólares por alumno en educación media superior		México tiene de los promedios más bajos de gasto por alumno en educación básica y educación media superior (9,442 y 15482 dólares, respectivamente). También contaba con promedio de gastos más bajos que Colombia y Chile. Aumentar el gasto educativo per cápita para mejorar la infraestructura y medios pedagógicos.
Presupuesto destinado a la educación para adultos (2019)	Los titulares del derecho de la educación para adultos representaban 35% y solo se destinaba 0.7% del presupuesto. La mayor parte se la llevaba la educación básica con 58.7%, educación media superior el 22.3% y educación superior con 12.5%.		Es urgente aumentar el presupuesto a la educación para adultos, así como la efectividad de sus programas.
Cobertura 2018-2019	Educación Básica Educación Media Superior Educación para adultos Educación superior	99.1% de cobertura 78.7% de cobertura 4.0% de cobertura 40.0% de cobertura	Es indispensable aumentar la cobertura de los programas para adultos.
Distribución del presupuesto en educación 2019	Pago de nómina Infraestructura	77% del presupuesto 3% del presupuesto	Existen varios estudios que señalan que gran parte del aprovechamiento escolar se debe a la infraestructura escolar. Mejorar la infraestructura mejoraría los problemas de aprovechamiento escolar de los alumnos.
Infraestructura	Información del CEMABE de 2013	3 de cada 4 alumnos asisten a escuelas que no reúnen las condiciones necesarias para dar clases.	Es necesaria la planeación para mejorar la infraestructura de los planteles educativos, así como destinar recursos para su mantenimiento.

Indicador	Grupo de edad de la población/razón/presupuesto/gasto por alumno	Número de personas o % de la población que presenta un incumplimiento a sus derechos	Recomendación
	Información del ciclo escolar 2018-2019	1 de cada 10 escuelas no contaban con electricidad. Casi la mitad de las escuelas de educación básica no tenían computadora. En educación media superior el dato era de 7 de cada 10. 3 de cada 4 escuelas no estaba adaptada para la población discapacitada.	
Personal 2018-2019	Razón de alumnos por docente	• 26 alumnos por docente en educación primaria • 28 alumnos por docente en educación secundaria • 18 alumnos por docente en educación media superior	Los países de la OCDE contaban con promedio de alumnos por docentes de 13 a 15. En México esta razón de alumnos por docente es mayor que otros países de América Latina como Brasil y Colombia.
Accesibilidad			
Acceso físico 2015	Alumnos que invertían un tiempo excesivo de traslado a la escuela (caminando o en transporte)	• 3.6% de los alumnos de preescolar. • 4.8% de los alumnos de primaria. • 2.6% de los alumnos de secundaria. • 9.7% de los alumnos de educación media superior. Casi un millón 370 mil niños y jóvenes invertían un tiempo excesivo de traslado a la escuela, así como gastar en transporte público.	Existe un número considerable de niños y jóvenes que invertían un tiempo excesivo para llegar a la escuela, lo que pudiera provocar el abandono escolar y gastos adicionales para las familias cuando el alumno se traslada en transporte público. Es necesario analizar alternativas como programas de becas para este tipo de alumnos, traslado de sus comunidades a los centros educativos y la incorporación de mayores planteles cerca de las localidades, principalmente las más marginadas y alejadas.
Acceso económico 2018	Rezago educativo	Existen 13.6 millones de personas de 3 a 29 años (74.8%) que pertenecían	Los programas de becas tendrían que focalizar de forma más efectiva su atención,

Indicador	Grupo de edad de la población/razón/presupuesto/gasto por alumno	Número de personas o % de la población que presenta un incumplimiento a sus derechos	Recomendación
		a hogares que tenían ingresos inferiores per cápita al costo de la línea de pobreza de bienestar de CONEVAL.	para atender a la población más pobre y evitar el abandono escolar.
Calidad			
Prueba PLANEA 2017	Alumnos por debajo del nivel satisfactorio o sobresaliente en las pruebas PLANEA (nivel III y IV)	82% en 6to de primaria. 74.8% en 3ero de secundaria. 62.1% en educación media superior.	Un aspecto que se ha descuidado en los últimos años, en todos los niveles educativos, es la calidad, con lo que no se cumple con el derecho a una educación de calidad para todas las personas que cursan algún nivel en el Sistema Educativo.
PISA de la OCDE 2018	Alumnos de 15 años con puntuaciones por debajo de los niveles 4,5 y 6.	95.0% en matemáticas. 96.2% en ciencias. 94.0% en lectura.	

Fuente: elaboración propia, con información de diferentes instituciones.

Tabla 23. Población afectada por el incumplimiento de los derechos de salud en México

Indicador	Grupo de población//presupuesto/gasto de salud por persona	Número de personas o % de la población que presenta un incumplimiento a sus derechos	Recomendación
Mortalidad 2018	Tasa de mortalidad por cada mil habitantes	Aumento de la tasa de 4.3 en el 2000 a 6.01 en 2018	Es necesaria la atención preventiva en el Sistema de Salud para evitar las enfermedades crónicas y del corazón, que se han convertido en las principales causas de muerte.
	Tasa de mortalidad materna por cada 100 mil nacidos vivos	Aumento de la tasa de mortalidad materna de 32 a 35.8	
	Causas de muerte	Las enfermedades del corazón representaron el 20.7% de las muertes totales, la diabetes mellitus 14% y tumores malignos 11.9%	
Esperanza de vida 2018	Años de vida	Cayó de 75.3 años en el 2005 a 74.99 años en 2018	Las muertes por enfermedades crónicas y del corazón, así como los homicidios han impactado en el indicador de esperanza de vida.
Cobertura 2017	Personas afiliadas a una institución de atención de salud	21.4 millones de mexicanos no están afiliados a una institución de servicios de salud.	Es urgente incorporar al INSABI a las personas que no se encuentran afiliadas a una institución de salud, las formas de financiamiento y mejorar la cobertura.
Enfermedades crónicas	Diabetes mellitus 2019	12.8 millones de personas de 20 a 79 años (diagnosticadas). 4.9 millones de personas de 20 a 79 años no tienen un diagnóstico. 15.2% de prevalencia de diabetes de 20 a 79 años.	La atención preventiva en el Sistema de Salud debe ser obligatoria en las consultas externas, debido a que las enfermedades crónicas han aumentado las causas de muerte (enfermedades del corazón, diabetes e hipertensión arterial).
	Hipertensión arterial 2018	7.91% por cada 100 mil personas de 20 años y más. 15.2 millones de personas de 20 años y más.	
	Sobrepeso y obesidad 2018	71.3% de adultos de 20 años y más.	
Disponibilidad			

Indicador	Grupo de población//presupuesto/gasto de salud por persona	Número de personas o % de la población que presenta un incumplimiento a sus derechos	Recomendación
Presupuesto 2019	% del PIB 2019	Se destinó solo 2.5% al presupuesto de salud, cuando la Organización Panamericana de la Salud recomienda 6.0%	Los países de los OCDE gastan 3.5 veces más por persona en salud que México. Se requiere un mayor gasto en salud por persona, con uso transparente y con menores riesgos de corrupción.
	Gasto de salud per cápita 2016	1,285 dólares por personas	
Infraestructura 2019	Unidades hospitalarias	4 unidades hospitalarias por cada 100 mil habitantes	Una prioridad del Sistema de Salud es la inversión en la infraestructura en todos los niveles. México tiene los indicadores de unidades, camas en hospitales y camas de Unidades de Cuidados Intensivos más bajos de la OCDE.
	Camas en hospitales	150 camas por cada 100 mil habitantes	
	Camas en Unidades de Cuidado Intensivo	3 camas por cada mil habitantes	
Personal 2017	Médicos por cada mil habitantes	2.4 médicos por cada mil habitantes	Se requiere una mayor inversión en la contratación de médicos y enfermeras. En los últimos años ha caído los indicadores de médicos y enfermeras por cada mil habitantes.
	Enfermeras y parteras por cada mil habitantes	2.5 enfermeras y parteras por cada mil habitantes	
Accesibilidad			
Físico	Acceso físico	3,137,271 de personas, que residen en el 30.9% de las localidades del país, no tiene acceso físico alguno a los servicios de salud.	Existe una población considerable que no tiene acceso físico a un servicio de salud. Se deben incorporar más servicios de salud en las localidades o áreas de influencia que no cuenten con ello. Es necesario mejorar la cobertura del Sistema de Salud.
	Tiempo de traslado a un hospital de usuarios del Seguro Popular	45.5 minutos de tiempo de traslado a una unidad de primer nivel. 114.0 minutos de traslado a un hospital de segundo o tercer nivel	Siguen siendo altos los tiempos de traslado de los usuarios a un centro de salud, es necesario mejorar los niveles de cobertura,

Indicador	Grupo de población//presupuesto/gasto de salud por persona	Número de personas o % de la población que presenta un incumplimiento a sus derechos	Recomendación
		76.3 minutos de tiempo de traslado para asistencia a emergencias.	para dar cumplimiento a los derechos de salud.
Calidad			
Tiempo de espera mayor de 30 minutos por problemas de salud	Tiempo de espera 2018	33% de la población derechohabiente.	El Sistema de Salud se tiene que enfocar a mejorar los niveles de calidad y satisfacción del usuario a los servicios de salud. Dentro de los grandes retos del Sistema de Salud se encuentran mejorar la calidad de los servicios en todos los niveles.
Tiempo de espera mayor de 30 minutos por problemas de salud	Usuarios del Seguro Popular (tiempo de espera) 2016	En promedio, los usuarios del Seguro Popular esperan 69.4 minutos.	
Población derechohabiente que no ha recibido servicios de prevención	Servicios de prevención 2018	53.6 millones de personas derechohabientes (52.2% del total) que asistieron a una consulta no recibieron servicios de prevención.	
Población afiliada o derechohabiente que asistieron a una institución de salud y que tuvieron que pagar sus medicamentos	Pago de medicamentos 2018	4.7 millones de personas derechohabientes	

Fuente: elaboración propia, con información de diferentes instituciones.

Bibliografía

- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la CEPAL. Recuperado el 15 de junio de 2007, de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/11102-aproximacion-al-enfoque-derechos-estrategias-politicas-desarrollo>
- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la CEPAL.
- ACNUDH. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado el 16 de diciembre de 2017, de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Aguado, L., Girón, L., & Salazar, F. (2007). Una aproximación empírica a la relación entre educación y pobreza. Problemas del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía, 38(149), 35-60.
- Alto Comisionado para las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2006). Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos.
- Anderson, D. (1993). Effects of Pregnancy, Childbirth and Motherhood on High School Dropout. Institute for Research on Poverty.
- Aparicio, R., Hernández, G., & Mancini, F. (2016). Estudio sobre pobreza y derechos sociales en México. Coneval e IIS-UNAM.
- Avance de indicadores. (2017). Transparencia Presupuestaria. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/programas#datos>
- Benya, J. (2001). Lighting for Schools. Washington, D.C.: National Clearinghouse for Educational Facilities (NCEF).
- Blanco, R. (2005). Innovación educativa y calidad de la educación. Módulo I del Curso-Taller sobre Investigación y Sistematización de Innovaciones Educativas 2005-2006. Santiago, Chile: OREALC/ UNESCO.
- Blanco, R., & Cusato, S. (2007). Desigualdades educativas en América Latina: todos somos responsables. Santiago de Chile: UNESCO.
- Bruns, B., & Luque, J. (2015). Great Teacher. How to Raise Student Learning in Latin America and the Caribbean. World Bank, Washington D.C. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/LAC/Great_Teachers-How_to_Raise_Student_Learning-Barbara-Bruns-Advance%20Edition.pdf
- Centro de Investigación Económico y Presupuestario, A.C. (2020). Infraestructura en México: prioridades y deficiencias del gasto público. Disponible en: https://ciep.mx/wp-content/uploads/2020/06/Gasto-en-Infraestructura-CIEP-Jun_22_2020-v2.pdf
- Cervini, R. (2003). Relaciones entre composición estudiantil, proceso escolar y el logro en matemáticas en la educación secundaria en Argentina. Revista electrónica de investigación educativa, 5(1). Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <file:///Users/Jorgerubio/Downloads/Dialnet-RelacionesEntreComposicionEstudiantilProcesoEscola-496089.pdf>

- Chetty, R., Friedman, J., & Rockoff, J. (s.f). Measuring the Impacts of Teachers I: Evaluating Bias in Teacher Value-Added Estimates. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://www.rajchetty.com/chettyfiles/w19423.pdf>
- CNDH. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, Culturales. Obtenido de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. (1999). Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de http://observatoriopoliticasocial.org/sitioAnterior/images/stories/biblioteca/pdf/documentos-sistema-naciones-unidas/observacionesgenerales/13_educacion.pdf
- CONAPO (2020). Disponible en: https://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index.html. Consulta el 7 de julio de 2020.
- Coneval. (2016). Diagnóstico de Matrices de Indicadores para Resultados 2016 (Base de datos indicadores y Base de datos MIR). Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/Reporte_CalifIND_2016.zip
- Coneval. (2016). Medición de la pobreza multidimensional. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2016.aspx
- Coneval (2018). Estudio diagnóstico del derecho a la educación, 2018. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Estudio_Diag_Edu_2018.pdf
- Coneval (2018b). Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
- Coneval (2019). Medición de la pobreza. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>
- Crisp, N., & Chen, L. (2014). Global supply of health professionals. New England Journal of Medicine. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1111610> (20
- Dagenais, M., Montmarquette, C., & Viennot, N. (2002). Dropout, School Performance and Working While in School: An Econometric Model with Heterogenous Groups. Montreal: University of Montreal / CIRANO.
- Darling-Hammond, L. (2000). Teacher Quality and Student Achievement: A Review of State Policy Evidence. Estados Unidos: Education Policy Analysis Archives.
- De Benito, J., García, J., Juncà, J., De Rojas, C., & Santos, J. (2005). Manual para un entorno accesible. Recuperado el 16 de diciembre de 2017, de <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO17241/manualparaunentornoaccesible.pdf>
- Diario Oficial de la Federación. (11 de septiembre de 2013a). Ley General del Servicio Profesional Docente. Obtenido de Diario Oficial de la Federación: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5313843&fecha=11/09/2013
- ECEA. (2014). Reporte general de resultados de la Evaluación de Condiciones Básicas para la Enseñanza y el Aprendizaje (ECEA) 2014/Primaria. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://www.inee.edu.mx/images/stories/2016/ecea/resultadosECEA-2014actualizacion.pdf>
- Estructura Programática a Emplear en el Proyecto de Presupuesto de Egresos. (2017). Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de

- http://www.ppef.hacienda.gob.mx/work/models/PPEF/2017/estructura_programatica/a/1_EstructurasProgramaticas_paraPPEF2017.pdf
- Federación, D. O. (30 de mayo de 2011). Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Obtenido de Cámara de Diputados: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD_171215.pdf
- Ferrer, M. (2007). Derechos humanos en población: indicadores para un sistema de monitoreo. Recuperado el 16 de diciembre de 2017
- Fierro, C., & Tapia, G. (2013). Hacia un concepto de convivencia escolar. En *Convivencia, disciplina y violencia en las escuelas* (págs. 73-95). México: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior/ Consejo Mexicano de Investigación Educativa.
- Flores, A. (2014). Iberoforum. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 9(17), 174-202. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de file:///Users/Jorgerubio/Downloads/7_DOSSIER_IBEROFORUM_NO17.pdf
- García, A., Benítez, Y., Huerta, E., Medina, N., & Ruiz, G. (2007). Infraestructura escolar en las primarias y secundarias de México. México: INEE. Obtenido de <http://publicaciones.inee.edu.mx/buscadorPub/P1/D/231/P1D231.pdf>
- Garrouste, C., Kozovska, K., & Pérez, E. (2010). Education and Long-Term Unemployment, European Commission Joint Research Centre y Econometrics and Applied Statistics Unit. Munich Personal RePEc Archive. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de https://www.researchgate.net/profile/Christelle_Garrouste3/publication/46284131_Education_and_Long-Term_Unemployment/links/586d2ec208aebf17d3a72186/Education-and-Long-Term-Unemployment.pdf
- Giménez, C., & Valente, X. (2010). El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes. *Cuadernos del CENDES*, 27(74), 51-80. Recuperado el 15 de junio de 2017, de <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/el-enfoque-de-los-derechos-humanos-en-las-politicas-publicas-ideas-para-un-debate-en-ciernes.pdf>
- Gunnarsson, V., Orazem, P., & Sánchez, M. (2006). Child Labor and School Achievement in Latin America. *The World Bank Economic Review*, Vol. 20, No.1, 31-54.
- Gunnarsson, V., Orazem, P., & Sánchez, M. (2006). Child Labor and School Achievement in Latin America. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de https://www.jstor.org/stable/pdf/40282318.pdf?&seq=1#page_scan_tab_contents
- Hanushek, E., & Rivkin, S. (2010). Generalizations about Using Value-Added Measures of Teacher Quality. *American Economic Review: Papers and Proceedings*, 267-271. Recuperado el 16 de diciembre de 2017, de <http://hanushek.stanford.edu/sites/default/files/publications/Hanushek%2BRivkin%202010%20AER%20100%282%29.pdf>
- Harris, D., & Sass, T. (2007). Teacher Training, Teacher Quality and Student Achievement. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED509656.pdf>
- INEE. (2009). El derecho a la educación en México Informe 2009. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://publicaciones.inee.edu.mx/buscadorPub/P1/D/217/P1D217.pdf>
- INEE. (2013). México en PISA 2012. Obtenido de

- http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/11149/1/images/Mexico_PISA_2012_Informe.pdf
- INEE. (2014). El Derecho a una educación de calidad. Recuperado el 16 de diciembre de 2017, de <http://publicaciones.inee.edu.mx/buscadorPub/P1/D/239/P1D239.pdf>
- INEE. (2015a). Resultados Nacionales 2015 en Lenguaje y Comunicación, Textos de Divulgación. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de http://Planea.sep.gob.mx/content/general/docs/2015/PlaneaFasciculo_9.pdf
- INEE. (2015b). Panorama Educativo de México. Indicadores del Sistema Educativo Nacional. Obtenido de <http://publicaciones.inee.edu.mx/buscadorPub/P1/B/114/P1B114.pdf>
- INEE. (2015b). Panorama Educativo de México. Indicadores del Sistema Educativo Nacional. Obtenido de <http://publicaciones.inee.edu.mx/buscadorPub/P1/B/114/P1B114.pdf>
- INEE. (2015c). Segundo Estudio Internacional sobre la Enseñanza y el Aprendizaje (TALIS 2013). Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de http://www.oecd.org/edu/school/Mexico-TALIS-2013_es.pdf
- INEE. (2015d). El gasto educativo en educación básica y media superior: tendencias e inercialidad. Cuadernos de publicación. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://publicaciones.inee.edu.mx/buscadorPub/P1/C/152/P1C152.pdf>
- INEE. (2015f). Evaluaciones de logro referidas al Sistema Educativo Nacional. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://www.inee.edu.mx/index.php/Planea/bases-de-datos-Planea>
- INEE. (2015g). Los docentes en México. Informe de 2015. Obtenido de http://www.senado.gob.mx/comisiones/educacion/docs/docs_INEE/Docentes_Mexico_Informe2015.pdf
- INEE. (2017). Panorama Educativo de México. Indicadores del Sistema Educativo Nacional 2016. Educación básica y media superior. 43-158.
- Inegi. (2014). Censo de Escuelas, Maestros y alumnos de educación básica y especial (CEMABE). Síntesis metodológica y conceptual.
- Inegi. (2014). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid). Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/>
- Inegi. (2015). Encuesta Nacional de los Hogares (ENH). Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enh/2015/default.html>
- Inegi. (2016). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enigh/nc/2016/default.html>
- Inegi. (2016). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enigh/nc/2016/default.html>

- Inegi (2017). Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2017. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/eness/2017/>. Consulta el día 3 de junio de 2020.
- Inegi e Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012 y 2018.
- International Diabetes Federation (2019). Atlas de la Diabetes de la FID. Disponible en: <https://www.diabetesatlas.org/en/sections/worldwide-toll-of-diabetes.html>. Consulta el 25 de mayo de 2020.
- Jacobo, Z. (2012). La paradoja de la integración/exclusión en las prácticas educativas. Efectos de discriminación o lazo social.
- Johns Hopkins, Global Health Security Index 2019. Disponible en: <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>
- Jukes, M., McGuire, J., Methor, F., & Stenberg, R. (2002). Resumen 2 de 12 en Comité permanente de nutrición del sistema de las Naciones Unidas (2002): Nutrición la base para el desarrollo. 51.
- Kane, T., Taylor, E., Tyler, J., & Wooten, A. (2011). Identifying Effective Classroom Practices Using Student Achievement Data. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://www.nber.org/papers/w15803>
- Landman, T. (2004). Measuring Human Rights: Principle, Practice and Policy. Human Rights Quarterly, 26(4), 906-931.
- Latapí, P. (2009). El derecho a la educación. Su alcance, exigibilidad y relevancia para la política educativa. Revista Mexicana de Investigación Educativa, 14(40), 255-287.
- Martínez, T., Soto, E., Silva, P., & Velasco, F. (2003). Efectos de la Infraestructura Básica en los Resultados de la Prueba ENLACE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 11(4).
- Mertz, C. (2001). Políticas y programas para la Prevención de la deserción escolar: Canadá, Estados Unidos, Francia, México e Inglaterra y Gales.
- México Evalúa. Infraestructura hospitalaria: debilidad extrema. Mariana Campos y Xhail Balam. Disponible en: <https://www.mexicoevalua.org/la-infraestructura-hospitalaria-debilidad-extrema/>. Consultado el 3 de junio de 2020.
- Murillo, J. (2003). Una panorámica de la investigación iberoamericana sobre eficacia escolar. Recuperado el 15 de diciembre de 2017, de https://issuu.com/alexduve/docs/una_panor_mica_de_la_investigaci_
- OACNUDH. (2006). Indicadores de Derechos Humanos: una guía para la medición y aplicación.
- OHCHR. Recuperado el 15 de junio de 2017.
- Observatorio de Política Social y Derechos Humanos. (s.f). Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://observatoriopoliticasocial.org/derecho-a-la-educacion/>
- OCDE. (2010). Mejorar las escuelas: Estrategias para la acción en México. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/gt-en/8-nov-2010/Mejorar%20escuelas%20estrategias%20M%C3%A9xico.pdf>
- OCDE. (2012). Programa para la Evaluación Internacional de los Alumnos, PISA 2012 (Vol. I). Obtenido de <https://www.oecd.org/pisa/keyfindings/PISA-2012-results-mexico-ESP.pdf>
- OCDE. (2015). Student-Teacher Ratio and Average Class Size 2015. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=79504>

- OCDE (2019), Health at a Glance. OCDE Indicators. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09en.pdf?expires=1602091641&id=id&accname=guest&checksum=207EBC8135962D00C68820A44B6E4B4D>
- OCDE (2020), Education at a Glance. OCDE Indicators. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/69096873en.pdf?expires=1602091865&id=id&accname=guest&checksum=BDC9A615A63749423EAB96945EE97278>
- OCDE y Banco Mundial (2020), Health at a Glance: Latin America and The Caribbean 2020. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/6089164f-en.pdf?expires=1602091499&id=id&accname=guest&checksum=3AA5490C652DBF5344BA19A9947EEE3F>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2006). Indicadores de Derechos Humanos: una guía para la medición y aplicación. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Human_rights_indicators_sp.pdf
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2006). Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos. Nueva York y Ginebra: ONU.
- ONU Hábitat. (2010). El derecho a una vivienda adecuada, folleto informativo 21. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_sp.pdf
- ONUDH. (2012). Indicadores sobre el derecho a un medio ambiente sano en México. 1. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de http://hchr.org.mx/images/doc_pub/Indicadores_MedioAmbiente.pdf
- Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (1960). Convención relativa a la Lucha contra las Discriminaciones en la Esfera de la Enseñanza. Recuperado el 16 de diciembre de 2017, de http://portal.unesco.org/es/ev.php?URL_ID=12949&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Pereyra, J. L. (2003). Una medida de la eficiencia del gasto público en educación: Análisis FDH para América Latina. Estudios económicos. Estudios económicos, 237-249. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Gastos_social_educacion.pdf
- Pérez, L. (2013). Aportes de los indicadores de progreso del protocolo de San Salvador para el seguimiento al plan de acción de la carta social de las Américas y a los objetivos de desarrollo sostenible. En A. B. Betilde Muñoz-Pogossian (Ed.), Equidad e inclusión social: superando desigualdades hacia sociedades más inclusivas. Washington, Estados Unidos: Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA). Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de http://www.oas.org/es/sadye/publicaciones/equidad_e_inclusio%CC%81n_social-entrega.pdf
- Ponce, D. (s.f). El derecho humano al medio ambiente en México, Política y Gestión Ambiental. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de http://ceja.org.mx/IMG/El_Derecho_Humano_al_Medio_Ambiente_en_Mexico.pdf

- Primero, mexicanos. (2016). Informe Anual 2016. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://www.mexicanosprimero.org/images/stories/informes-anuales/informeanual-2016-ok.pdf>
- Quinto informe de gobierno; México con Educación de Calidad. (s.f.). Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de http://cdn.presidencia.gob.mx/quintoinforme/extractos/03_Mexico_con_Educaci%C3%B3n_de_Calidad.pdf
- Robles, H. (2016). Educación y Pobreza. En G. A. Hernández (Ed.), Estudio sobre pobreza y derechos sociales en México. Coneval e IIS-UNAM.
- Román, M. (2013). Factores asociados al abandono y la deserción escolar en América Latina: una mirada en conjunto. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 11(2), 33-59.
- Rossetti, M. (2014). La segregación escolar como un elemento clave en la reproducción de la desigualdad. Comisión Económica para la América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ruiz, M. (2014). El derecho a la educación y la construcción de indicadores educativos con la participación de las escuelas. *Sinéctica*, 43. Recuperado el 16 de diciembre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2014000200006
- Sen, A. (1998). *Development as Freedom*. New York: Knopf.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Seguro Popular (2017). Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social 2016. Resumen Ejecutivo de Resultados. Disponible en: http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/Estudio_Satisfaccion/2017/InformeEjecutivoSPSS2016.pdf
- SEP. (2006). Propuesta curricular para la educación obligatoria. Ciudad de México: Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos.
- SEP. (2017). Aprendizajes clave para la educación integral. Plan y programas de estudio para la educación básica. Subsecretaría de Educación Básica.
- SEP. (2017). Aprendizajes clave para la educación integral. Plan y programas de estudio para la educación básica. Subsecretaría de Educación Básica.
- SEP. (2017). Principales Cifras del Sistema Educativo Nacional 2016-2017. Ciudad de México.
- SEP (2019). DGPPyEE, Principales cifras del Sistema Educativo Nacional, ciclo escolar 2018-2019.
- SHCP, Cuenta Pública 2018. Disponible en: <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/TomoI-2018>
- Soto, I., & Cortez, W. (s.f). Determinantes de la participación electoral en México.
- Sparreboom, T., & Staneva, A. (2014). Is Education the Solution to Decent Work for Youth in Developing Economies? Identifying Qualifications Mismatch from 28 School-to-Work Transition Surveys. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://www.un.org/youthenvoy/wp-content/uploads/2014/10/Work4Youth-Publication.pdf> (consultado el 20
- Tomasevsky, K. (2011). Indicadores del derecho a la educación. *Revista IIDH*, 40, 341-338. Recuperado el 16 de diciembre de 2017, de <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/iidh/cont/40/pr/pr18.pdf>
- Tomasevsky, K. (2004). Derechos económicos, sociales y culturales. Informe de la Relatora Especial

- sobre el Derecho a la Educación. Derechos económicos, sociales y culturales. Informe de la Relatora Especial sobre el Derecho a la Educación. Presentado de conformidad con la resolución 2002/23 de la Comisión de Derechos Humanos. Recuperado el 16 de diciembre de 2017, de <https://es.scribd.com/document/20862375/16-Informe-de-la-Relatora-Especial-sobre-el-derecho-a-la-educacion-los-derechos-economicos-sociales-y-culturales-el-derecho-a-la-educacion>
- Transparencia presupuestaria Presupuesto. (2017). Obtenido de www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/DatosAbiertos/Bases_de_datos_presupuesto/XLSX/pef_ac01_avance_2017.xlsx
- Transparencia presupuestaria Presupuesto. (2018). Recuperado 17 diciembre de 2017, de www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/DatosAbiertos/Bases_de_datos_presupuesto/XLSX/ppef_2018.xlsx
- UNESCO. (2000). Marco de Acción de Dakar. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001211/121147s.pdf>
- UNESCO. (2007). Educación de Calidad para todos: Un asunto de derechos humanos. Documento de discusión sobre políticas educativas en el marco de la II Reunión Intergubernamental del Proyecto Regional de Educación para América Latina y el Caribe (EPT/PRELAC). Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://unesdoc.UNESCO.org/images/0015/001502/150272s.pdf>.
- UNESCO. (2007). Informe de seguimiento a la educación en el mundo 2007. Bases sólidas. Atención y educación de la primera infancia. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001505/150518S.pdf>
- UNESCO. (2009). Experiencias educativas de segunda oportunidad. Lecciones desde la práctica innovadora en América Latina.
- UNESCO. (2011). International Standard Classification of Education ISCED 2011. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf>
- UNESCO. (2012). Antecedentes y criterios para la elaboración de Políticas Docentes en América Latina y el Caribe.
- UNESCO. (2015). Foro Mundial sobre la Educación 2015: Educación inclusiva. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <https://es.unesco.org/world-education-forum-2015/5-key-themes/educacion-inclusiva>
- UNESCO. (2016a). Global Education Monitoring Report. Recuperado el 17 de diciembre de 2017.
- UNESCO. (2016b). Recomendaciones políticas educativas en América Latina en base al TERCE. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002449/244976s.pdf>
- UNESCO. (s.f). El derecho a la educación. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://es.UNESCO.org/themes/derecho-a-educacion>
- UNICEF. (2014). Buenas prácticas sobre educación indígena. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de https://www.unicef.org/mexico/spanish/BP_Educacion_Indigena.pdf
- UNICEF-CIESAS. (2012). Panorama de la Adolescencia Indígena en México desde una Perspectiva de Derechos. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <https://www.unicef.org/mexico/spanish/AdolescentesindigenasenMexicoBaja.pdf>
- UNICEF-INEE. (2016). Panorama Educativo de la Población Indígena 2015. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de https://www.unicef.org/mexico/spanish/PEPI_web.pdf

- Vázquez, D., & Serrano, S. (2013). Principios y obligaciones de derechos humanos: los derechos en acción. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2015/05/5-Principios-obligaciones.pdf>
- Vélaz de Medrano, C., & Vaillant, D. (2009). Aprendizaje y desarrollo profesional docente. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Vinculación Programas Plan Nacional, Transparencia Presupuestaria. (s.f.). Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/SED/Estructura_programatica/Vinculacion_Programas_PlanNacional.zip

La labor del Trabajo Social desde un enfoque de los Derechos Humanos durante la pandemia del COVID19

Ismael Aguillón León¹

Introducción

Sin duda con la llegada del COVID19 a nuestro País ha traído consecuencias inimaginables en los aspectos económicos, psicológicos, sociales, culturales y hasta familiares, causando enfermedad y muerte., con cifras aproximadas de 41, 324 defunciones estimadas y alrededor de 387, 267 casos positivos estimados, de los cuales el 46.37% son mujeres y el 53.63% son hombres. (Gobierno de México, 2020).

Situación que ha agravado el de por sí ya colapsado sistema sanitario, no obstante se han tomado medidas drásticas para detener la propagación del virus, el aislamiento social, la cuarentena la sana distancia, el cierre de eventos masivos, cierre de centros comerciales, negocios cuarentena, cierre de avenidas o calles comerciales en distintas ciudades del País, hasta el uso obligatorio del cubre bocas a la población, hasta el hoy no circula en diversos estados de la república; además de otras medidas para atenuar el impacto del aislamiento en los sectores más pobres y con ingresos paupérrimos.

El trabajo social frente a la pandemia del COVID19 - Una perspectiva ética y política.

El Trabajo Social presta un servicio como derecho, promueve cambios y el desarrollo social. Nuestra profesión nos vincula con las poblaciones que son calificadas de pobres, pobres extremos, o población vulnerable en general, para actuar como mediadora de las prestaciones sociales que el Estado les ofrece, en tanto se producen los cambios en las políticas pública y políticas públicas sociales para hacerlas más equitativas y ajustadas al ejercicio de los derechos humanos, económicos, sociales, políticos culturales y medioambientales, en una perspectiva de acceso al bienestar y al desarrollo humano sostenible, más allá del mero crecimiento económico.

¹ Investigador de la UAEH

La Federación Internacional del Trabajo Social define así a nuestra carrera: “El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva, el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida para aumentar el bienestar”. (International Federation of Social Workers, 2020).

Desde una mirada biopsicosocial, como profesionales del Trabajo Social nos corresponde ser los primeros en poner sobre la mesa la condición de vulnerabilidad, identificando los niveles de riesgo específicos de cada grupo de esta población a través de un Diagnóstico social y con ello proponer las medidas adecuadas para evitar que la propagación del virus alcance a los sectores más desprotegidos.

Desde una perspectiva ética, moral nos lleva a ser más humanos para con la población no importando su condición socioeconómica, a partir del trato que realizamos durante la pandemia del coronavirus antes y después de los contagios.

Es conocido por todos los trabajadores sociales que cuando estamos en campo, la presión por cumplir las metas u objetivos operativas, ajustarnos al tiempo y a los limitados recursos humanos, financieros o materiales frente a la gran demanda de atención, actuar en medio de complejos y contradictorios entornos laborales, siempre será un desafío ético-moral. Situaciones que al final del día nos cuestionamos: ¿lo que hacemos, es un servicio de calidad?, ¿guarda correspondencia con los derechos de las personas, de los grupos o comunidades?, ¿nuestras estrategias, técnicas e instrumentos del Trabajo Social han demostrado ser efectivas? ¿Hay algo que debemos cambiar para mejorar nuestro desempeño y contribuir con las metas de la etapa de emergencia?, ¿qué modelos más efectivos debemos implementar post emergencia, ante los nudos críticos en el ámbito territorial para la identificación de familias con mayores carencias para distribuir los recursos para las que más los necesitan?

Esta pandemia es una etapa de activismo heroico de los profesionales de la salud (incluido el Trabajo Social), pero también es una etapa de la acción comprometida de la

ciudadanía para cumplir con las medidas de contención del virus e impedir su propagación. Es la fase en que lidiamos con los picos de la enfermedad y la muerte, pero es también un desafío a nuevos aprendizajes y a la búsqueda de consensos para cambiar lo que ya no es sostenible en los sistemas de salud pública de nuestro país.

Una perspectiva política que abre al Trabajo Social un nuevo marco legal e institucional para orientar las acciones a un desarrollo humano sostenible

Se requiere saltar de la atención de emergencia a una mirada de desarrollo humano sostenible. Esto nos recuerda como base inicial, los objetivos y metas acordadas a nivel mundial por los Estados del mundo. Cuando observamos que, las propias instancias de seguimiento de las Naciones Unidas reconocen el poco o nulo avance en relación al cumplimiento de las metas y objetivos del desarrollo sostenible, tenemos que confirmar que fue un buen marco de acción, pero que son letra muerta en los países que suscribieron los acuerdos.

En nuestro México, sin duda el neoliberalismo rige el mercado internacional con un modelo de capitalismo despiadado de donde el más fuerte de la selva es el que sobrevive a partir de una economía liberal, a ello aunado a una economía informal que en gran medida la ejerce la población con menos estudios o menos oportunidades de estar en un empleo formal, así como la remesas que llegan de estados unidos por los migrantes mexicanos, el petróleo y el narcotráfico que imperan como apoyos directos e indirectas al sostenimiento de nuestra economía.

Las políticas de recorte al gasto público por una austeridad republicana según el gobierno federal el fomento a la inversión privada con medidas de protección de sus ganancias por encima de sus obligaciones tributarias que les son exoneradas, la corrupción instalada en todas las esferas del poder económico, jurídico y político. Esto es lo que hay que cambiar para abrir el paso a un desarrollo humano sostenible. Y en este marco institucional el Trabajo Social encontraría el soporte para actuar en el campo de la promoción del desarrollo sostenible a partir de crear consciencia en los grupos más vulnerables de nuestra población.

El papel del profesional en trabajo social durante el COVID19

Son múltiples las funciones que pueden desarrollar los profesionales de Trabajo Social debido a la complejidad y dimensiones de la realidad que existen en la sociedad. Su actuación está enfocada a la solución de problemas sociales y al cambio social, lo que constituye un ámbito de intervención, preventivo y asistencial muy extenso (Diccionario de Trabajo Social, 2012).

Cuando un suceso desemboca en una situación de riesgo para una comunidad o un gran número de personas, ya sea por una emergencia social, sanitaria o catástrofe que por su dimensión desbordan los servicios públicos, es necesaria la implicación de profesionales especializados. Se trata de nuevas situaciones conflictivas que exigen nuevas respuestas desde el Trabajo Social con la finalidad de dar una asistencia integral.

Los trabajadores sociales en tiempos del COVID19

Actualmente, a nivel mundial, el coronavirus se ha alojado en nuestras sociedades y ensañado con las personas; situación nunca vivida ni imaginada. La pandemia del coronavirus ha mostrado una alta capacidad de transmisión, como también ha incrementado las urgencias en atender las necesidades sociales de la población. Pero ¿qué papel ejercen los trabajadores sociales en este contexto de emergencia?

Los profesionales de Trabajo Social tienen un papel fundamental como expertos de la atención y la intervención social. Para ello, es necesario que conozcan las directrices de atención y las medidas comunitarias ante una situación de catástrofe o de alerta social que garanticen a toda persona, grupo o comunidad el acceso a recursos y el apoyo para cubrir sus necesidades, principalmente de aquellos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o en un entorno específico de desventaja social.

El Consejo General de Trabajo Social en España ha elaborado unas recomendaciones y propuestas dirigidas a todos los trabajadores sociales ante la situación del COVID19 que, a su vez, los Colegios Oficiales de Trabajo Social paralelamente lo difunden a sus colegiados, instituciones y organismos públicos.

En este conjunto de instrucciones, se aborda las medidas preventivas de contagio de los trabajadores sociales, así como la forma de actuar ante la sospecha de la enfermedad y sus síntomas. De igual forma, se relacionan diferentes recursos sociales, proporciona información actualizada y marca propuestas de intervención orientadas a optimizar, aún más, el buen hacer profesional que redunde e incremente el bienestar de la ciudadanía.

Ejemplo de vida profesional “Una verdadera heroína en la lucha contra el COVID19”

Por Priscila Palacios Ruíz

Trabajadora social Hospitalaria del Estado de Chiapas.

En las siguientes líneas podré compartir a todos los demás colegas mi experiencia trabajando en el área de COVID19 y saliendo viva de dicha enfermedad. Espero las presentes líneas motiven a más colegas, les haga ver la importancia y el impacto positivo que tiene nuestra profesión ante las problemáticas sociales y en este caso ante la pandemia más grande por la que hemos atravesado.

El Hospital donde laboro es de Especialidades Médicas cuenta con un edificio de hospitalización y otro de consulta externa, dicho Hospital se ubica en el Estado de Chiapas por razones considerables omito el nombre y municipio de donde se encuentra el ya antes mencionado hospital.

Al empezar la pandemia nos reunieron a todos los departamentos para explicarnos las medidas de prevención con las que íbamos a trabajar, al principio solo existían tres casos en todo el país y no se esperaba que se extendiera como lo hizo, mucho menos se esperaba la cantidad de muertos que hoy en día lamentablemente se han suscitado.

En abril cuando los números de contagios y casos ya eran demasiados volvieron a reunirnos a todos los departamentos y explicaron los protocolos bajo los que íbamos a trabajar, incluso incrementaron las medidas de protección.

Por años el área de Trabajo Social solo ha permanecido en turno matutino, vespertino y fin de semana, anteriormente existía el turno nocturno, pero por diversas cuestiones se decidió quitar dicho turno. A raíz de la pandemia la alta demanda de defunciones que se estaba viviendo dentro del hospital era inevitable.

Por lo tanto, las autoridades de dicho hospital decidieron abrir por emergencia el turno nocturno para que trabajo social desempeñará las funciones pertinentes, su servidora es trabajadora social interina, no de base, por lo mismo no tengo derecho al servicio médico ni a prestaciones. En mayo del 2020 le solicitaron a la Jefa de Trabajo Social dos trabajadoras que pudieran quedarse en el turno nocturno por el motivo ya antes mencionado, solo sería una por turno para todo el hospital, sin embargo, nuestra área principal a desempeñar las funciones sería los pacientes de COVID19.

Nadie de mis compañeras interinas quería aceptar porque el nivel de contagio era muy alto, puesto que sabíamos de personal del instituto que ya había contraído el virus, no nos ofrecían servicio médico por si nos enfermábamos y el sueldo era bueno, pero tampoco lo suficiente como para aceptar. Sin embargo, quise vivir la experiencia, sobre todo sentirme útil y aportar mi granito de arena dentro de toda esta pandemia. Quedamos una compañera y yo en dicho turno nocturno, yo trabajaba una noche, la siguiente la descansaba y así consecutivamente.

El departamento de trabajo social y las autoridades del hospital acordaron que nosotros no entraríamos al búnker, estaríamos en contacto por medio de llamadas y a través de la puerta que separaba al búnker del hospital. El único personal que entraba al búnker eran médicos, enfermeras, epidemiología, radiólogos, personal de limpieza pertenecientes del hospital y se contrató personal subrogado para mantenerse dentro del búnker tales como: camilleros, más médicos y enfermeras.

Todo en nuestra forma de trabajar cambió radicalmente, comenzando por la manera de vestirnos, se cambiaron las filipinas y accesorios por pijamas quirúrgicas, cubre bocas, caretas, gorros, guantes y batas que pudieran protegernos de un contagio, se desinfectaba el área cada momento y nos lavábamos las manos más de 10 veces en el turno, sin contar todas las veces que también usábamos gel antibacterial. El hospital nos proporcionaba insumos para las guardias, pero las batas y pijamas quirúrgicos comenzaron a ser insuficientes para todo el personal y cada trabajador optó por comprar sus propias batas y parte de sus insumos.

Trabajo social siempre se ha encargado del trámite y todo el proceso que conlleva una defunción de paciente, somos quienes acompañan a los médicos para darles la noticia del fallecimiento del paciente, los que consolamos o intentamos contener las emociones de los familiares al recibir la noticia, solicitamos los documentos para la elaboración del certificado de defunción: copia de acta de nacimiento, CURP, credencial INE, credencial del instituto y comprobante de domicilio, hacemos entrega de este mismo, explicamos el trámite de la funeraria la cual debe escoger el familiar, nosotros solo podemos proporcionar ciertos números de teléfono pero no involucrarnos en llamar para evitar malos entendidos, desde luego se debe decir a la funeraria que siga el protocolo de pacientes con COVID19, puesto que ellos deben prepararse para no contagiarse al momento de recoger el cuerpo.

En el proceso de dicho trámite explicamos al familiar que por ser un paciente con diagnóstico de COVID19 es imposible que puedan realizarle una vela en casas o en funerarias como se acostumbra en Chiapas, el cuerpo al salir del hospital debe ir directo al crematorio o al panteón, como el incremento de defunciones fue demasiado en Chiapas los crematorios estaban saturados y los panteones igual; por ende la funeraria guarda el cuerpo en su área de “descanso” mientras los familiares arreglan todo el trámite.

Mientras realizábamos todo el papeleo, nos comunicábamos con enfermería del bunker por medio de llamada telefónica para que ellos avisarán cuando el cuerpo estuviera preparado y el familiar pudiera entrar a reconocer dicho cuerpo. Este paso

era uno de los más importantes y tediosos porque ayudábamos al familiar a cambiarlo junto con el personal de enfermería que proporcionaba los kits para entrar al bunker, posteriormente realizábamos la llamada al personal de bunker para decir que el familiar ya estaba listo y ellos indicaban en que momento entraría.

Dentro del búnker metían al familiar a un cuarto pequeño con un cristal donde desde un metro de distancia abrían la bolsa para cadáver y el familiar podía identificar el cuerpo, dicho familiar no podía tocar el cuerpo ni permanecer dentro del área más de cinco minutos para evitar el contagio. Antes de salir del bunker personal de enfermería le indicaba donde debía entrar para bañarse y sanitizarse, posteriormente enfermería nos llamaba y nosotros recibíamos al familiar por la puerta de atrás. Era un proceso largo porque por noche no solo teníamos una defunción, llegábamos a tener más de cuatro defunciones sin contemplar las defunciones del turno matutino y vespertino. Las emociones de los familiares antes de entrar al búnker y después de salir del búnker eran las más difíciles de controlar; dado que expresaban tristeza, miedo, incertidumbre, frustración y muchos esperaban que el cuerpo del paciente no fuera realmente el de ellos. Las autoridades dentro del Instituto nos pidieron agilizar los trámites de defunción para evitar la contaminación dentro del búnker de COVID19 y por lo tanto dentro del Instituto, es decir si antes un proceso de defunción nos llevaba horas, ahora teníamos como máximo cuatro horas para realizar dicho trámite y para que el cuerpo saliera del Instituto dentro de esas horas.

Por lo mismo el departamento de Trabajo Social optó por solicitarles los documentos necesarios desde el momento que el paciente ingresará al búnker sin mencionarles a los familiares para que eran, eso hizo que ordenáramos por carpetas y alfabeto los documentos de todos los pacientes y cuando alguno de ellos lamentablemente falleciera ya contáramos con la papelería requerida y no perdiéramos más tiempo en que el médico elaborará el certificado de defunción. Otra de nuestras funciones era localizar a los familiares del paciente para cualquier cuestión, por lo mismo en nuestros censos hospitalarios agregábamos más de dos teléfonos en donde podíamos localizarlos, además que se acordó que cuando un paciente ingresará al búnker COVID19 el médico mandaría al familiar al área de trabajo social para proporcionarnos sus datos y realizarles las notas de seguimientos respectivas de trabajo social. De igual manera nos coordinábamos con el personal de vigilancia quienes todo el tiempo localizaban a los familiares en las salas de espera o patio de dicho hospital.

El personal de vigilancia sin duda fue de gran apoyo para nuestra área puesto que ellos controlaban que no todos los familiares se aglomerasen al momento de brindar información o cualquier otra cuestión que necesitará nuestro departamento.

Cuando el turno nocturno empezó, solo se les proporcionaba una vez al día información médica a los familiares y era en el turno de la mañana, esto era por el trabajo arduo que se presentaba dentro del búnker y por el alto índice de pacientes graves que teníamos, aclaro no solo en nuestro hospital si no en todos los hospitales se tenían cifras demasiado altas de pacientes graves. Esto ocasionaba que al entrar a trabajar por la noche todos los familiares pidieran que nosotros como intermediarios

pudiéramos brindarles algún tipo de información. Trabajo social decidió solicitar información a búnker para calmar a los familiares, realizábamos innumerables llamadas, pero por la falta de personal y el trabajo tan pesado dentro de búnker obteníamos la información aproximadamente hasta las dos o tres de la mañana, a esa hora salía a buscar a cada uno de los familiares en la salas y patio de hospital para brindarles la escasa información que había obtenido, los familiares agradecían mucho esa consideración porque al menos sabían que su paciente si pasaría la noche y ellos pudieran descansar al menos un rato tranquilos. Los familiares dormían en la sala de espera de urgencias; se colocaban en el piso, corredores y patio del hospital y ponían colchonetas o pedazos de cartón donde pudieran dormir al menos unas horas.

Comencé a darme cuenta que los familiares empezaron a hacerse amigos unos de otros, permanecían juntos más de veinte horas al día y entre ellos se apoyaba en comidas o cuestiones que necesitarán cada uno de sus pacientes. Al terminar de brindar información a los familiares me firmaban la libreta en donde llevábamos el control de que ellos hayan recibido información.

Posteriormente actualizábamos todas las notas de trabajo social que elaborábamos por cada paciente en donde indicábamos el estado de salud o las cuestiones relevantes que hubieran pasado durante el turno respecto a cada uno de los pacientes. Así también como la actualización de los censos hospitalarios.

Al paso de las noches el trabajo se fue haciendo cada vez más pesado dado que cada día incrementaban más las defunciones, el ingreso de pacientes a búnker y la gestión de estudios o rayos x portátil con los que no contaba el hospital y los que por ende nuestro departamento se hacía cargo de solicitarlos. Las cifras de pacientes fueron creciendo tanto que se incrementaron dos bunkers más dentro del hospital, debido a que el área donde se comenzaron a mantener a los pacientes era insuficiente y las camas igual. Los bunkers de COVID19 creados tenían un número asignado, pero por privacidad emito dichos números. Ahora teníamos más de un búnker a nuestro cargo y por noche solo había una trabajadora social para todos los pacientes. Al principio podíamos dormir un aproximado de tres horas por noche, pero después no dormíamos ni diez minutos el trabajo era corrido durante las doce horas nocturnas.

Uno de los momentos más difíciles en estos meses de pandemia fue el pico más alto de defunciones; las bolsas de cuerpos no eran suficientes, los certificados de defunción no alcanzaban y teníamos que realizar oficios solicitando más y más.

Recuerdo un hecho que me impacto mucho un día; me llamaron de búnker al teléfono de trabajo social alrededor de las dos de la mañana para decirme que les urgía contactar a un familiar porque su paciente estaba muy grave y era muy probable que falleciera, por lo tanto, los médicos requerían hablar con él y explicarle la situación. Llamé y llamé a los números que ellos nos dejaban y no atendían la llamada, seguí insistiendo porque era importante que vinieran hasta que contestaron dicha llamada y dije que se necesitaba la presencia de un familiar en el hospital porque el médico les iba a brindar información.

Al paso de una media hora aproximadamente llega el familiar, se reporta conmigo y me pide varias disculpas por no haber podido llegar antes, me explica que estaba cremando los restos de su padre quien había fallecido un día antes al enterarse que su madre estaba internada por COVID19, el padre no soporto la noticia y se infarto, lo único que me pasaba por la mente en ese momento es que yo lo había llamado para que le dieran más malas noticias sobre su madre, pasamos a la puerta de búnker en donde sale el médico y le avisa que su madre no pasará la noche, intenté calmarlo como pude y llevarlo a la sala de urgencias para esperar cualquier información; él se acercó al altar del hospital y rezo con todas sus fuerzas por la vida de su madre.

Al paso de quince minutos me llaman de búnker nuevamente para darme la noticia que la madre del señor ya había fallecido y que requerían darle la noticia al señor, entre el médico y yo le dimos la noticia, posteriormente me toco intentar calmarlo o darle algunas palabras de aliento. Historias como esas pasaron mucho, era demasiado deprimente ver como familias enteras se destruyeron por esta enfermedad, como hijos se quedaron sin padres y padres se quedaron sin hijos, esposos se quedaron sin sus esposas y así respectivamente, lo más triste de todo era que los familiares no iban a volver a tocar el cuerpo de sus pacientes, tampoco pudieron despedirse por lo mismo muchos de ellos gritaban, salían corriendo o se quedaban en estado de shock al recibir la noticia y nosotras como trabajadoras sociales éramos las encargadas de contener todo ese tipo de emociones.

Nuestra área también era la encargada de tramitar el oxígeno domiciliario, puesto que el hospital tiene un convenio con una empresa privada dedicada al oxígeno, el servicio estaba sobresaturado y teníamos que meter los documentos y realizar todas las gestiones necesarias para que los pacientes se fueran de alta hospitalaria lo más rápido posible; desde luego la gestión se hacía cuando el médico ya había ordenado dicha alta.

Nos coordinábamos con las ambulancias que venían de otros municipios para trasladar a los pacientes a sus lugares de procedencia y de esa manera se lograba un egreso satisfactorio.

Se creó un equipo de trabajo entre enfermería y Trabajo social puesto que, al hacerles falta medicamentos o artículos de aseo personal, nosotros éramos el vínculo para solicitarle al familiar todo lo que el paciente fuera a requerir, entregábamos las recetas de medicamentos controlados para que los familiares fueran a comprarlos y posteriormente éramos las encargadas de meterlas al bunker. Desde luego que los medicamentos que compraban los familiares el instituto les hará reembolso y pagará cada uno de ellos.

Esos meses fueron demasiado pesados física y emocionalmente, hubo muchos momentos donde como ser humano querías llorar, sentías desesperación al ver tantas muertes y tantas malas noticias, aunque también hubo momentos llenos de inmensa felicidad; por ejemplo, cuando dábamos de alta hospitalaria a algún paciente, todos nos formábamos en una fila (médicos, enfermas, trabajo social, camilleros, choferes de ambulancia) y acompañábamos hasta la salida al paciente, lo llenábamos de

aplausos, era inevitable que el paciente y sus familiares llorarán y claro que uno como profesional también se sentía emocionado y con ganas de llorar, era una sensación inexplicable ver todo el proceso de recuperación y haber contribuido a salvar una vida.

Así eran mis guardias nocturnas hasta que un día comencé con los síntomas de COVID19, avise inmediatamente a mi jefa de departamento, la cual muy comprensible me dijo que dejará de llegar y ella hablaría con los demás compañeros y se encargaría de cubrir mi espacio hasta que yo me recuperará.

Permanecí en asilado total en mi cuarto durante 14 días, diría que fueron los catorce días más difíciles de mi vida, al ser una persona joven la enfermedad no me ocasiono tanto daño, pero durante varios días tuve fiebre, diversos dolores de cabeza y náuseas, el no tener gusto ni olfato era desesperante porque no podías disfrutar de tus alimentos, pero a pesar de todo no tuve la necesidad de ser hospitalizada, familiares cercanos a mí quienes son médicos fueron los que me dieron el tratamiento y se encargaron de que no me complicará durante esos días.

En dichos días uno tiene mucho tiempo para pensar, reflexionar y soñar, en ese momento solo pasaba por mi mente por qué quise ir a trabajar y arriesgarme de tal manera, estaba molesta conmigo misma por haberme enfermado y también por haber dejado el trabajo tirado y me culpaba de no haber sido lo suficiente cuidadosa dentro del hospital, me preguntaba que había hecho mal o en qué medida de protección había fallado.

Mi principal preocupación ya no era pensar en mí misma, si no en mis hermanos y sobre todo en mis padres quienes ya son personas mayores y la enfermedad para ellos hubiera podido complicarse, mi mente no dejaba de pensar en eso. Al paso de los días fui reflexionando y me di cuenta de toda las experiencias que obtuve durante ese periodo, tantas historias de dolor y también de esperanza que viví junto a mis pacientes y familiares, ahí es donde confirme una vez más que amaba mi profesión y sentí que en ese tiempo pude aportar un granito de arena, de trabajo y esperanza a mis usuarios, que mi trabajo no fue en vano y que mi intervención con ellos y el trabajo con todo el equipo multidisciplinario que hay dentro del hospital había tenido frutos positivos.

Debido a mi contagio mis compañeras interinas no querían cubrir mi espacio por miedo, pero los asistentes médicos pidieron a las autoridades del hospital que se cubriera dicho espacio puesto que trabajo social nocturno ya era indispensable para ellos. Mi contagio también sirvió para que mis compañeras interinas realizarán oficios en donde se comprometían a trabajar y hacer el rol de guardias nocturnas, pero acordando el servicio médico de atención para ellas. Al momento de enfermarme el administrador del hospital me dijo que podían darme el tratamiento por parte del instituto, pero al tener familiares médicos opte por no aceptarlo, sin embargo, se estipulo que si se lo dieran a mis compañeras como ya antes mencione.

Al paso de un mes y medio aproximado regresé a trabajar al hospital, solo me quedaba fatiga y dolores de cabeza, pero ya era lo de menos, decidí volver porque mis compañeras que se habían quedado a trabajar merecían un descanso y yo quería seguir contribuyendo con mi trabajo dentro de esta pandemia.

A mi regreso me encontré con la creación del último búnker en donde los pacientes que ya se encontraban fuera de peligro, pero su saturación de oxígeno era muy baja o inestable permanecían, en dicho búnker Trabajo social también era intermediario entre el personal médico y los familiares. En este búnker si permitían el acceso de celulares, libros y uno que otro objeto de valor para los pacientes porque se supone que los pacientes que se encuentran en ese último búnker ya no portaban el virus, sin embargo, el hospital tomó las medidas y todo el personal estaba vestido y el área creada como los protocolos indicaban para evitar algún tipo de contagio.

En este último búnker tramitábamos las altas hospitalarias en un tiempo de dos a tres días, porque era lo que nos llevaba conseguir el oxígeno, realizábamos las gestiones pertenecientes a la empresa privada que suministraba dicho oxígeno, pero como dicha empresa surtía a nivel Estado la demanda era mucha y el proceso tardaba. Todos los gastos de instalación de oxígeno domiciliario los cubre el Instituto. Había ocasiones donde las altas hospitalarias podían darse el mismo día que los médicos nos indicarán siempre y cuando no necesitarán de oxígeno.

Fueron momentos felices, donde todo el personal trabajamos en equipo, al ingresar las pertenencias del paciente al área de búnker para que enfermería lo cambiará, gestionar la ambulancia y hablar con los choferes para indicar que el paciente está listo para irse a su domicilio, de igual manera al solicitarle al camillero dentro del búnker que entregué al paciente al camillero que se encuentra fuera del búnker. Gestiones que hacen una gran diferencia en el egreso hospitalario.

Cuando subían al paciente a la ambulancia o a su vehículo particular todos nos formábamos en una fila para despedirlo aplaudiéndole; choferes, camilleros, paramédicos, enfermería, médicos y trabajo social. En esos momentos sabías que tu labor como profesional estaba valiendo toda la pena y que gracias a tu trabajo y contribución al instituto un paciente más había salvado su vida.

Los familiares desde luego te agradecían con palabras, llantos, risas, bendiciones, uno que otro obsequio que ellos te daban de todo corazón y esos grandes momentos te reconfortaba de las noticias negativas y de seguir cumpliendo con todo profesionalismo tu trabajo.

En todo este tiempo me tocó ver muchos pacientes queriendo entrar al hospital para ser atendidos, familiares dispuestos a pagar cifras altas con tal de atención, sin embargo, el hospital donde trabajo debe ser solo para los derechohabientes que atendemos y eso causa en ti un poco de frustración al no poder hacer nada por esos pacientes que se quedaron sin un espacio. Los hospitales se sobresaturaron y las empresas privadas de oxígeno también, mucha gente falleció y no pudo hacerse nada, sin duda esta pandemia se ha llevado a muchas personas, ha destruido familias y

planes, pero como profesionales debemos ser resilientes ante la situación y hacer resilientes también a quienes nos rodean porque la vida debe seguir.

He escuchado que en otros Estados u hospitales el Trabajo Social no ha sido valorado como se merece y nos han vuelto invisibles ante la pandemia, pero al menos en mi experiencia el Hospital donde trabajo si ha valorado nuestro esfuerzo, nos han incluido en la entrega de insumos para protegernos de COVID19, en la alimentación nocturna y en el pago de “alto riesgo” como a todos los demás profesionales. Incluso los asistentes médicos y autoridades del hospital han solicitado que al terminar la pandemia se cree de manera permanente el turno nocturno en trabajo social; dado que ellos consideran necesarios e indispensable nuestro trabajo para el buen funcionamiento del Instituto, valoran el contacto y el grado de calidad y calidez que externamos a los familiares de nuestros pacientes, el tacto y compromiso que tenemos con ellos, la agilidad y eficacia en trámites que son indispensables para mantener estable la salud del paciente.

Nos han incluido en capacitaciones, platicas y felicitaciones que el gobierno u otras instituciones realizan hacia nuestro hospital. Realmente considero que la pandemia nos ha dado un realcé y nos ha hecho más visibles ante los ojos de los demás profesionales. Se han dado cuenta que no somos la parte burócrata del Hospital, si no la parte humana que mantiene el vínculo entre personal médico, paciente y familiar.

Considero que todos como seres humanos tuvimos miedo o incertidumbre al escuchar que trabajaríamos con pacientes de COVID19, me tocaron ver muchos permisos o ausencia de trabajadores por lo mismo. Sin embargo, considero que somos profesionales y que debemos hacer nuestro trabajo como se debe y cumplir con el compromiso que realizamos al salir de la carrera. Desde luego que existen las excepciones para los trabajadores que tienen enfermedades y si se contagian podrían perder la vida, por lo mismo a estos trabajadores se les dio el resguardo y en todo el tiempo de pandemia no se presentaron a trabajar en el hospital.

Creo que es tarea de todo profesional de trabajo social hacernos visibles antes las demás profesiones, dado que somos igual de importantes y necesarias en el bienestar de la salud, puedo concluir en mi experiencia profesional que el objetivo de hacernos indispensables en el hospital se cumplió, que surjan las bases y nuevas oportunidades para el trabajo social nocturno de manera permanente, me llevo miles de experiencias que agradezco haber vivido porque eso hace que valore más a los seres amados que me rodean y disfrute mi vida como si fuera el último día y desde luego disfrute realizar mi trabajo en el hospital, me motiva ser un consuelo, un agente de cambio y bienestar para las personas que más lo necesitan.

Vivir este tipo de experiencias te recuerda siempre el buen trato que debes brindar a tus usuarios, la humanidad con la que debes tratarlos y la función de acompañamiento en los procesos más dolorosos de su vida. Siempre debemos recordar que el paciente no es un número de cama, expediente o de certificado de defunción, sino una persona que en su estado más vulnerable necesita de ti y de tu trabajo. A veces necesitas experiencias o momentos que te hagan consciente de cuánto vale realmente tu trabajo,

pero sobre todo nadie va a darte el lugar dentro de una institución mientras tú no hagas valerte, debes creerte tú mismo indispensable como profesional para que los demás de igual manera lo crean. Enorgulécete de lo que eres porque no todos tienen el privilegio de hacerse llamar un Trabajador Social. (Trabajadora Social Hospitalaria del Estado de Chiapas, P.R.)

Medidas de protección para trabajadores sociales

En cuanto a las medidas de protección que los profesionales de Trabajo Social deben tomar en su intervención profesional, el Consejo General de Trabajo Social (2020), ha presentado las “Recomendaciones del Consejo General del Trabajo Social dirigidas a las/os profesionales del Trabajo Social ante la emergencia sanitaria del COVID19”.

Asimismo, el Consejo General de Trabajo Social presenta diferentes propuestas y asesora en los distintos niveles de intervención que se desarrollan los trabajadores sociales, como también ámbitos específicos de acción entre los que se encuentran los Servicios Sociales, Tercer Sector, salud, educación, justicia, penitenciarias. Además, determina actuaciones profesionales y precisas con personas que deben ser atendidas a diario, como son, entre otras, personas mayores, con dependencia, discapacidad o enfermedades crónicas.

Las aportaciones y la eficacia que el Trabajo Social ofrece a la sociedad evidencian su importante labor frente al reto de detectar las necesidades de cada época, resolver múltiples realidades y adaptar su intervención a los problemas coyunturales, incluido un entorno de emergencia o catástrofe. Es una mirada amplia que no sólo se centra en intervenir en situaciones problemáticas, sino que también lo desarrolla en circunstancias sobrevenidas, de mayor magnitud y gran impacto social, como es una pandemia universal.

Recomendaciones del Consejo General del Trabajo Social. Los y las Trabajadoras Sociales ante la situación del COVID19

La profesión de Trabajo Social está presente en diferentes ámbitos de actuación (salud, servicios sociales, educación, justicia, penitenciarias, tercer sector, adicciones) espacios donde la población en situación de cierta vulnerabilidad (personas mayores, personas con dependencia, discapacidad o con enfermedades crónicas) deben ser atendidas y tratadas a

diario. Ante esta situación de emergencia queremos hacer algunas recomendaciones o propuestas u observaciones, para el apoyo a todos y todas las profesionales y que redunde en el buen hacer hacia la ciudadanía. Finalizando con una llamada de atención al ámbito político sobre las posibles propuestas a plantear ante la pandemia global (definida ya por la OMS), que hoy en día azota a nuestro país.

La pandemia de COVID19 ha mostrado una alta capacidad de propagación en los centros sanitarios y en determinados recursos residenciales. Está contrastado que las medidas preventivas y de aislamiento son eficaces para evitar la diseminación del virus y el contagio masivo. Los y las profesionales de Trabajo Social deben conocer las medidas preventivas, las formas de contagio, así como la forma de actuar ante la sospecha de enfermedad y sus síntomas. Debemos poner a disposición de todas las personas que atendemos la información y los recursos de que dispongamos para ayudar y mitigar este episodio de pandemia. Ante esta emergencia sanitaria los y las trabajadores sociales tienen un papel fundamental como profesionales de la atención y la intervención social.

Premisas profesionales recomendadas:

Seguir las indicaciones y dar cumplimiento a las premisas de las autoridades sanitarias competentes en la materia. Las medidas que están adoptando y que se consideran las más eficaces hasta el momento son el aislamiento de personas infectadas y la cuarentena de contactos estrechos.

Aislamiento preventivo: Situación aplicable al periodo de tiempo entre la clasificación de caso en investigación hasta la obtención del resultado de la prueba. *Aislamiento por caso confirmado:* Situación aplicable al periodo de tiempo entre la confirmación de caso hasta la curación y restablecimiento de la situación clínica.

Aislamiento por contacto estrecho con caso confirmado: Situación aplicable a los ciudadanos convivientes o con contacto estrecho de caso confirmado durante el periodo de incubación, estimado en 14 días. Se desaconseja la participación en congresos, reuniones y eventos con gran afluencia de público. Se han de seguir las indicaciones de las entidades, instituciones y

organizaciones en lo que respecta a la actuación del servicio y recursos prestados. Es preciso conocer la sintomatología y los recursos de atención primaria más apropiados, así como los teléfonos de información y atención habilitados en las Comunidades y Ciudades Autónomas.

Imprescindible reforzar las medidas de higiene personal (principalmente lavado de manos) en todos los ámbitos de trabajo frente a cualquier escenario de exposición y tomar la distancia adecuada (evitar saludos, besos, contacto personal). Los y las trabajadoras sociales planificaremos la intervención social ante las situaciones de riesgo de forma que, en la medida de lo posible podamos seguir posibilitando nuestra actuación. Se deberá modular la demanda de la ciudadanía hacia los centros de trabajo procurando una atención telefónica en lugar de presencial.

El contacto con el virus afecta a entornos sanitarios y no sanitarios, en cada centro se habrá de evaluar el riesgo de exposición y acatar las recomendaciones que establezca el centro siguiendo las pautas y recomendaciones formuladas por las autoridades sanitarias. El/la profesional del Trabajo Social debe dar a conocer a los/las responsables o directivos/as de la institución u organismo donde presta sus servicios, las condiciones y los medios indispensables para llevar a cabo la intervención social que le ha sido confiada, así como todo aquello que obstaculice su labor profesional (Artículo 39. Código Deontológico del Trabajo Social).

Información que debemos facilitar a la ciudadanía

Facilitar una información lo suficientemente fluida y clara con la finalidad de evitar situaciones de colapso con respecto al acceso a determinados recursos. Se deben realizar tareas de información, orientación y derivación a los recursos y alternativas adecuadas a esta circunstancia. Siempre con serenidad, sin alarma y evitando generar incertidumbre. Estaremos en estrecha coordinación con la Red Pública Sanitaria, la Red de Servicios Sociales Generales (centros de servicios sociales, residencias de mayores, centros de día.) y otros recursos relacionados con la pandemia como protección civil. Los y las trabajadoras sociales tendrán que estudiar con más detalle aspectos, problemas y necesidades sociales por los que puedan verse afectados los y las personas usuarias con relación a la infección. Debemos contribuir a informar a la población en la autoprotección y el autocuidado, que

redundara en el bienestar colectivo y de la población. Cómo y cuándo pedir ayuda e información.

Será preciso ofrecer una atención domiciliaria segura y de calidad, con especial atención a los colectivos más vulnerables. El Ministerio de Sanidad ha establecido algunas premisas con respecto a que: Como norma general no debería haber convivientes con condiciones de salud que supongan una vulnerabilidad: personas con edad avanzada, diversidad funcional, enfermedades crónicas, inmunodeprimidas y embarazadas. En caso de vivir solo debería de tener disponibilidad de teléfono que garantice la comunicación permanente con el personal sanitario hasta la resolución de los síntomas. Las personas deben ser capaces de comprender y aplicar de forma correcta y consistente las medidas básicas de higiene, prevención y control de la infección. Hacer el seguimiento del caso que posibiliten la atención y seguimiento domiciliarios.

Los y las trabajadoras sociales deberemos de dar apoyo individualizado y personalizado, acompañamiento, información, asesoramiento, cobertura de las necesidades básicas, así como facilitar el acceso a otros recursos y si fuera el caso derivación de las personas usuarias a programas, servicios o recursos específicos. Hay que recomendar que no se acuda a los servicios de urgencias hospitalarias que habrán de ser solo tras derivación de profesionales sanitarios.

Cada profesional deber tener a mano una guía de recursos y de procedimientos sobre cómo proceder. Ver enlaces de interés del Ministerio de Sanidad. Los y las profesionales que hayan estado en contacto con personas enfermas deberán ser especialmente escrupulosos en la auto observación controlando con regularidad la temperatura y síntomas respiratorios (según protocolo de CM).

Propuestas de acción

Ante este escenario en que nos encontramos donde el enfoque de la atención a las personas enfermas recae en los cuidados dentro del entorno es preciso un abordaje comunitario que cubran las atenciones de cada caso. Por eso el Consejo General del Trabajo Social considera que los poderes públicos deben afrontar esta situación, que requiere de acciones preventivas, también promuevan políticas sociales que refuercen los servicios de apoyo. Alertamos al

Consejo Territorial de Servicios Sociales que es urgente tomar medidas públicas de carácter social para abordar la pandemia e incrementar los recursos de proximidad en el entorno comunitario. Hay que reforzar los Servicios Sociales Comunitarios para facilitar la cobertura necesaria de los distintos servicios domiciliarios y de proximidad.

Es preciso garantizar:

Espacios y condiciones adecuados para la intervención social en todos los centros de atención de la Red Pública de Servicios Sociales. Las condiciones de la atención domiciliaria a sus usuarios/as y también a los y las profesionales que la prestan.

Se deben de tomar medidas de protección en las visitas domiciliarias. Solo realizarlas en los casos en que sea preciso y teniendo en consideración aquellos casos de personas que en su domicilio se encuentran en investigación, son contactos o casos confirmados. Se deben facilitar, al igual que al personal sanitario, un equipo de protección individual para la prevención de infección tales como bata de protección, mascarilla, guantes y protección ocular

Ante la carencia de equipamientos de proximidad y para las personas más vulnerables, es preciso:

La ampliación del servicio y la intensidad de atención a las personas que disponen de teleasistencia para su seguimiento y apoyo. Reforzar el seguimiento de la atención telefónica. Así como valorar la creación de nuevos servicios de proximidad, comida a domicilio, dispositivos de apoyo, sistemas de teleasistencia, geolocalización, etc.

Necesario el incremento de camas hospitalarias y de programas sociosanitarios que permitan la conexión entre el ámbito sanitario y lo social, especialmente en lo comunitario.

Hacemos también un llamamiento a la ciudadanía, ya que es igualmente importante el papel de la comunidad a través de la vecindad, voluntarios/as, agentes sociales para la atención y que sirvan de alerta ante situaciones de riesgo. Los y las trabajadoras sociales siguiendo lo recogió en el artículo 17 del Código Deontológico del Trabajo Social se comprometen en la intervención social a buscar y garantizar a toda persona, grupo o comunidad la igualdad de oportunidades, el acceso a recursos y el apoyo para cubrir sus necesidades; especialmente de aquellos que se encuentran en situación de mayor

vulnerabilidad o en alguna situación específica de desventaja social. El Consejo General del Trabajo Social pone en marcha el Grupo Estatal de Intervención en Emergencias Sociales (GEIES) se constituye como recurso formado por las trabajadoras y trabajadores sociales de los Grupos de Emergencias de los Colegios Profesionales. En este caso y dada la emergencia la dirección del grupo se conformará con personas expertas en emergencias, servicios sociales y trabajadoras sociales de salud, será preciso que en los Colegios Oficiales de Trabajo Social del mismo modo en la configuración de sus grupos incluyan estas figuras.

Conclusiones

La cuarentena ha dado espacio y tiempo para la reflexión y la creatividad, al preguntarnos si es posible generar un desarrollo sostenible, un país en que podamos vivir con equidad, con respeto a los derechos de todas las personas, donde se cambie la lógica del libre mercado por la lógica del bienestar de toda la población basada en que un crecimiento implica redistribución y no concentración de la riqueza, que los impuestos de todos en especial de los que más ganan sirvan para políticas redistributivas, que permita garantizar una salud y una educación de calidad, una producción nacional que privilegie el agro para el consumo humano y las industrias sanas para no dañar la naturaleza. Esta sería una realidad en la que podríamos estar en mejores condiciones materiales y culturales para impedir la propagación del coronavirus y de cualquier otra emergencia sanitaria, ambiental, o política. En cuarentena, aislados físicamente unos de otros, se abre paso la reflexión y la esperanza de que se produzcan los cambios que hagan este planeta vivible, para los seres humanos en armonía con la naturaleza.

Referencias bibliográficas:

- Ayuntamiento de Madrid. (3 de abril de 2020). Intervención Social ante las secuelas de una gran catástrofe. Obtenido de <https://www.madrid.es/UnidadWeb/Contenidos/Publicaciones/TemaServiciosSociales/JornadasTabajoSocialYCiudadania/Ficheros/Catastrofe.pdf>
- Centro Latinoamericano del Trabajo Social. (15 de julio del 2020) El Trabajo Social frente a la pandemia del COVID19 - Una perspectiva ética y política. <https://www.celats.org/19-publicaciones/nueva-accion-critica-7/236-editorial-nac-7-el-trabajo-social-frente-a-la-pandemia-del-COVID-19-una-perspectiva-etica-y-politica>
- Consejo General del Trabajo Social. (15 de julio de 2020). *Código Deontológico del Trabajo Social*. https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Consejo General del Trabajo Social. (15 de julio de 2020). Recomendaciones del Consejo General del Trabajo Social dirigidas a las/os profesionales del Trabajo Social ante la emergencia sanitaria del COVID-19: <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Documento%20CGTS%20COVID-19.pdf>
- Consejo General del Trabajo Social. (15 de julio de 2020). Recomendaciones y documentos de interés ante el COVID19. Obtenido de <https://www.cgtrabajosocial.es/docinteresCOVID19cgts>
- Fernández, T., de Lorenzo, R., y Vázquez, O. (2012). Diccionario de Trabajo Social. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Fundación Unir. *El Papel Del Profesional En Trabajo Social Durante El COVID-19*. Revista Unir. Revista Unir. Universidad de la Rioja. <https://www.unir.net/ciencias-sociales/revista/noticias/trabajo-social-coronavirus/549204987188/>
- Gobierno de México. (20 de julio de 2020). *COVID-19 México*. <https://coronavirus.gob.mx/datos/>
- International Federation of Social Workers, 15 de julio del 2020. *Definición global del Trabajo Social*. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>

Escenarios divergentes de los derechos humanos,
se diseñó en formato electrónico en la Dirección de Ediciones
y Publicaciones con el apoyo de la Imprenta Universitaria y la Dirección
de Tecnologías Web y Webometría de la Universidad Autónoma
del Estado de Hidalgo, en el mes de agosto de 2021.



Escenarios divergentes de los derechos humanos