

PANEL 2:
**Salud y bienestar
como Objetivo
de Desarrollo Sostenible**





GERRY EIJKEMANS

Representante de la Organización Panamericana
de la Salud / Organización Mundial de la Salud

El Desarrollo Sostenible y la Salud: la Agenda 2030 para una necesidad impostergable

Muchas gracias. Es un gusto estar con ustedes y entre tantos colegas. Para la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, los temas de bienestar y salud en la Agenda 2030 son centrales. Qué cosa más relevante en este momento que esta Agenda global, que fue construida entre todos los países, donde México ha jugado un rol muy importante y donde la salud ha estado bien reflejada en un objetivo propio, y afectando a los demás también.

Con todos los avances que se han hecho en el mundo, éste sigue siendo un tema con dificultades en muchos países. Todos conocen los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Ahí fue muy claro el tema de la salud, pues tres de los ocho objetivos estuvieron explícitamente relacionados con la salud y de alguna forma, todos tocaban el tema. Asimismo, siete de las dieciocho metas fueron responsabilidad del sector salud. No obstante, ésta era una agenda que trabajaba en silos: no había mucha interacción entre metas en específico y entre la búsqueda por alcanzarlas, lo que contrasta con los ODS, que son vistos como un tema redondo en el que se dan más interacciones.

Hasta el 2015 se dieron grandes logros en los ODM. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil se redujo de 90 a 43 por cada mil nacidos de 1990 a 2014. Sin embargo, la diferencia entre regiones persiste: en el sudeste asiático hubo una reducción de 78% y en Oceanía solamente de 31%. Asimismo, cuando vemos el tema de mortalidad, salubridad materna y mortalidad materna, el porcentaje de nacimientos atendidos por profesionales de la salud ha aumentado del 59 a poco más del 70%, es decir, ha aumentado pero no tanto como se esperaba. De manera similar, la mortalidad materna se redujo 45% mundialmente pero sólo el 15% en América Latina y el Caribe, y ningún país de la región alcanzó la meta propuesta. De hecho, ésta es la

región más desigual en general, en términos económicos, sociales y también en salud, lo que se refleja en el índice.

Respecto a las enfermedades infecciosas, representadas en el ODM 6, ha habido avances destacables: la incidencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se redujo en 40% a nivel mundial gracias al uso de antivirales, que es un tema que nos ha dado la esperanza dentro de los ODS de poder eliminar el VIH como tema de salud pública en el año 2030. Es una buena noticia, pues hace 20 años no podíamos ni pensar en la posibilidad de terminar con este virus.

También, hemos visto en el tema de malaria una reducción muy importante. Muchos países, incluso México, están viendo la posibilidad de tener un país libre de malaria en los siguientes años. Mientras tanto, el cólera ha resurgido en algunos países africanos y en Haití, y la prevalencia de la tuberculosis ha disminuido en todo el mundo, pero la más peligrosa –la resistente a los medicamentos– está en aumento a nivel mundial. Una vez más, avances pero con muchas brechas.

Sobre la niñez, más de 160 millones de niños menores de cinco años tienen una altura inadecuada para su edad debido a una alimentación insuficiente a nivel mundial. Al mismo tiempo, la obesidad infantil sigue aumentando y en 2013 alrededor de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso, un gran problema para esta región y para México. Ahí nuevamente necesitamos políticas intersectoriales, de lo que hablaré más adelante.

Por otra parte, en el panorama mundial las desigualdades siguen creciendo en el mundo. La riqueza sigue en manos de sólo algunos y es un tema muy importante que no podemos dejar a un lado si estamos aspirando a tener salud para todos. De esta manera, las brechas entre y dentro de los países persisten. Cuando miramos la esperanza de vida en un país, puede ser que ésta sea de 75 años en promedio, pero puede haber un municipio en el que sea igual a la de Haití (63 años), y otro en la que es igual a la de Dinamarca (81 años) todo dentro del mismo estado. Por eso, hay que ir más allá de los promedios, pues se corre el riesgo de ocultar realidades preocupantes.

En la discusión, no hemos dejado de poner el tema del cambio climático sobre la mesa, que es una amenaza a todos los avances que se pueden hacer en cuanto a la salud. A lo largo del siglo XXI, cada vez han sido más recurrentes las sequías, lluvias intensas y frecuentes, y otros desastres natu-

rales que afectan a más personas y amenazan la producción de alimentos y la sobrevivencia de muchas especies, incluso, la especie humana. Por ejemplo, uno de los temas que nos preocupa mucho es la migración de personas que se pueda producir en periodos de sequía prolongada.

De lo anterior se desprende la necesidad e importancia de esta intervención. Como se ha mencionado en anteriores ponencias, yo creo que en México se ha luchado para dar acceso a la salud por medio de diversos programas. Eso es a lo que nos referimos cuando hablamos de salud universal, que tiene que ver con la cobertura, con tener un seguro universal para que la gente no tenga que pagar de su bolsillo, y con tener servicios de salud de calidad.

Para nosotros, el tema de la salud está relacionado con casi todos los objetivos, esto es, no podemos pensar en tener una población saludable o reducir la obesidad infantil si no tomamos medidas muy fuertes de concientizar a la población. En este sentido, el Estado también tiene una responsabilidad muy importante: por ejemplo, con la política fiscal se puede influir en el consumo de tabaco, alcohol o refrescos a través de los impuestos, o sobre el trabajo decente, si los papás no tienen un trabajo que genere suficientes ingresos, los niños van a tener que “ayudar” y ahí, el trabajo infantil entorpece el derecho a la salud del niño.

De igual manera, la vivienda saludable y segura –mencionada en el ODS 6– tiene que ver con el acceso al agua y saneamiento. En términos de acceso al agua, cabe mencionar que no es lo mismo acceder a este servicio a través de una pipa que se presenta de vez en cuando, que abrir la llave y acceder a este derecho.

En el tema de escuelas saludables, en este momento hay grandes propuestas entre salud y educación. En mi opinión, si no controlamos lo que los niños pueden comer en las escuelas, vamos a tener un problema. No puede ser que un niño tenga acceso a bebidas azucaradas, a comida altamente calórica y con grasas nocivas en la escuela, sitio donde tendríamos que enfocarnos en formar mejores hábitos. Sin duda, en ese tema se tendrán que tomar decisiones muy fuertes y por ello, creo que la Agenda 2030 es una muy valiente. Algunos dicen que muy ambiciosa y, en efecto, lo es porque requiere una voluntad política real y tomar decisiones que no necesariamente son populares.

Cuando se lee el documento base de la Agenda, uno de los temas que destacan es que, si no somos mejores recaudando impuestos entre los sec-

tores que más ingresos tienen, y si no se utilizan esos ingresos para mejores programas sociales, no vamos a alcanzar la Agenda 2030. Entonces, son decisiones que van mucho más allá del sector salud: son decisiones políticas de muy alto nivel que requerimos para avanzar ahí.

En México hay grandes brechas no sólo entre estados, sino también entre municipios en temas como mortalidad infantil. Para poder alcanzar la reducción de esta cifra, se necesita trabajar sobre la pobreza y sobre la educación. Es clara la correlación entre una mujer o una mamá educada e hijos más saludables. Lamentablemente, este sigue siendo uno de los pendientes.

Para terminar, quiero mencionar que el mundo ha cambiado y entre esos cambios destaca el multilateralismo y la solidaridad, así como las tendencias de crecimiento poblacional. Hay que entender que la salud se enfrenta a temas de costos recientes, por ejemplo, en el tema de obesidad. Si esa situación continúa, no sólo no vamos a poder pagar por los servicios de salud, sino que no vamos a tener un desarrollo sostenible y no alcanzaremos la Agenda.

Gracias.



LUIS GERARDO DURÁN ARENAS

Director General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia
y la Adolescencia de la Secretaría de Salud

Salud y bienestar como Objetivos de Desarrollo Sostenible

Muchas gracias por la invitación y buenas tardes a todos. Cuando hablamos de salud y bienestar como Objetivo de Desarrollo Sostenible, existen una serie de compromisos internacionales que nos piden que hagamos un esfuerzo como país para lograr alcanzarlos. Eso está bien y me parece que es algo que hay que seguir. Sin embargo, me parece que el más grande compromiso que hay que seguir es el que tenemos nosotros con nuestro país.

Quisiera mencionar algunos retos. Cerca de 40 millones de niñas, niños y adolescentes viven y transitan por nuestro país. México tiene 22.3 millones de niñas, niños y adolescentes con edades entre 10 y 19 años –el 18.3% de la población– con grandes diferencias culturales y sociales entre regiones. Ellos conforman un mosaico con contrastes que expresan la diversidad cultural que tenemos y que por más esfuerzos que hemos hecho en los últimos 15 años, siguen siendo prevalentes las diferencias. Por ejemplo, el acceso a servicios de salud está cubierto por el 84.7% de niñas, niños y adolescentes pero sólo el 78.7% de los menores de un año están afiliados a alguna institución de salud, esto a pesar de que existen programas como el que se inició en 2006 de “Seguro Médico para una Nueva Generación,” y que ahora se llama “Programa Seguro Médico Siglo XXI,” y que abarca básicamente a toda la población que nace cada año en este país.

En otro contraste, el 13.6% de niñas, niños y adolescentes padecen desnutrición crónica y, al mismo tiempo, en algunos estados y en áreas rurales tenemos un problema de sobrepeso y obesidad infantil. Además, el 33.3% de niñas, niños y adolescentes de 5 a 11 años de edad y 38% de los adolescentes entre 12 y 19 años tienen sobrepeso u obesidad.

En 2015, se registraron 415,398 nacimientos de madres entre 10 y 19 años. Culturalmente, se podría considerar esto como un fenómeno natural pero socialmente es una tragedia, sobre todo cuando hablamos de niñas

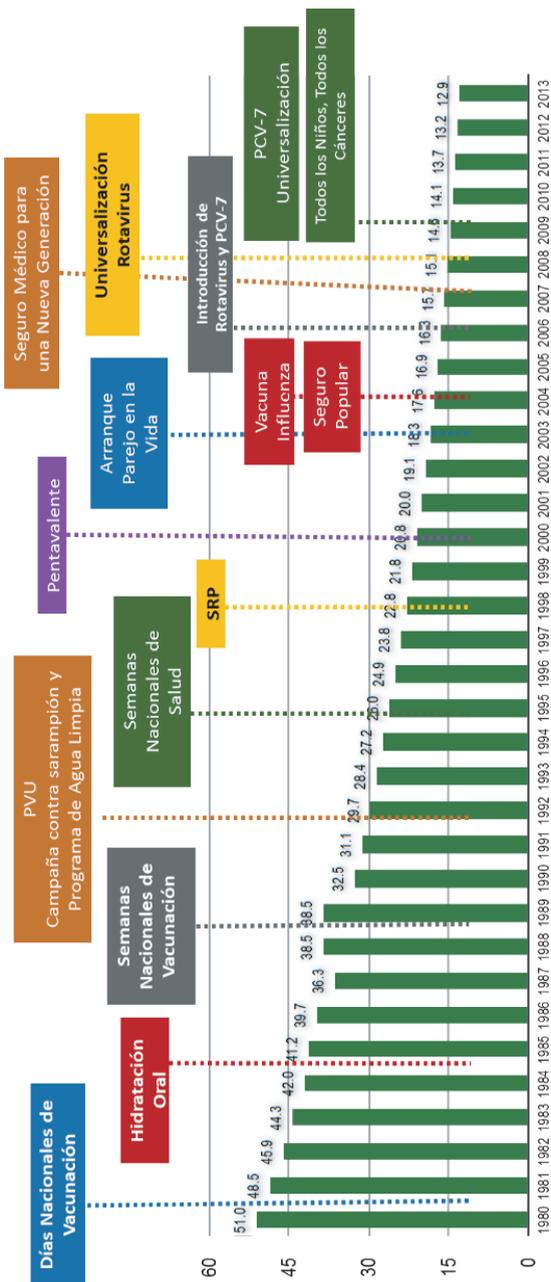
que tienen niños; niñas de 10 a 14 años que se embarazan. Sin embargo, hay que reconocer que México cuenta con el marco legal más sólido de su historia con relación a los derechos de niñas, niños y adolescentes. El interés superior de la niñez está reconocido constitucionalmente. La Convención de los Derechos de los Niños tiene rango a ese nivel y la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA), vigente desde diciembre de 2014, los reconoce como sujetos de pleno derecho. El problema es cómo podemos darle respuesta a este mandato de la ley.

Esta problemática está abordándose por medio de una acción horizontal emprendida por el Sistema Integral para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. Responde al mandato de la LGDNNA y tiene como su principal atribución generar una nueva manera de realizar políticas públicas, desde lo más alto hasta lo más local donde todas las niñas, niños y adolescentes puedan exigir y ejercer sus derechos humanos.

Los objetivos nacionales están aquí plasmados en una estrategia denominada “25 al 25.” Son 25 objetivos nacionales que deberán cumplirse en el 2025 y se basan en modelos de Naciones Unidas como Proyecto País y ODS. Las metas establecidas para esos objetivos deberán alcanzarse en el 2025.

Dentro de los objetivos nacionales, existen cinco orientaciones estratégicas fundamentales para lograr transformar la situación de nuestro país y que nos demandan hacer un esfuerzo integrado: salud, mortalidad, alimentación, nutrición, desarrollo infantil temprano y embarazo adolescente. En este respecto, existen muchas organizaciones públicas y privadas que están trabajando en el tema y eso nos llama a estar coordinados e integrados. En otras palabras, lo que sea común y complementario, hay que hacerlo juntos. Lo que sea diferente e innovador, que sea bienvenido.

En otro orden de ideas, las medidas de salud pública sí tienen un impacto en la reducción de la mortalidad en menores de un año. Si ustedes ven, a lo largo del tiempo, se pueden ver los impactos que se pueden relacionar con la intervención del Estado en cooperación con muchos organismos para lograr tener un impacto en la salud. La tendencia es muy clara en la mortalidad infantil. Sin embargo, tenemos todavía un nivel muy alto de mortalidad infantil. Tenemos un reto muy grande porque refleja la heterogeneidad de nuestro país. Por ejemplo, en el Estado de México podríamos tener una situación fabulosa y en Nezahualcóyotl, la situación refleja más la de países africanos.



Al analizar las principales causas de mortalidad de niñas, niños y adolescentes, es posible entender que para cada grupo de edad existen causas que pueden ser resueltas. Por ejemplo, en menores de un año se dan alteraciones originadas en el periodo perinatal, lo que tiene que ver con dos cosas: que las madres tengan atención prenatal y que podamos detectar a madres de alto riesgo (dramáticas, obesas), y que tengamos una atención del parto de alta calidad con el fin de evitar problemas como asfisia al momento del parto. Por lo tanto, no son acciones que podamos resolver en salud de la infancia y la adolescencia, que empezamos a trabajar en el día 29 del niño, sino que se tiene que trabajar desde que están en el útero.

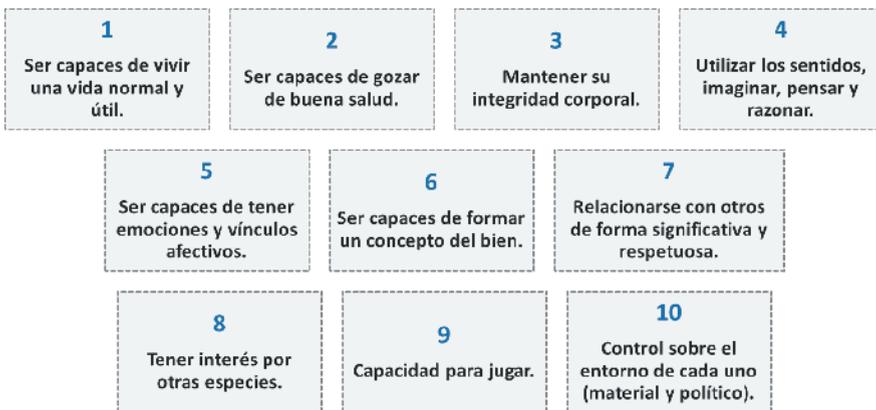
Para brindar algunas definiciones, la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es decir, la salud no sólo es el daño, sino nuestra capacidad de resistir esa enfermedad. Por su parte, el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Esto, ha sido sobre todo visto recientemente con la introducción de lo que se llaman “Determinantes sociales de la salud”:



Lo decía muy bien Gerry Eijkemans: en salud, estamos acostumbrados a dar diagnóstico y tratamiento, pero nosotros no somos los únicos que tenemos la responsabilidad de lograr que haya prevención o desarrollo. Por

ejemplo, en Europa se habla de una situación denominada “Salud en todas las políticas,” porque ésta tiene que ver con comunicaciones y transportes, con el trabajo, vivienda adecuada, educación y nutrición. Entonces, estos determinantes de la salud son importantes porque tenemos que trabajar con ellos para poder tener un impacto en la prevención y en las capacidades de vida que de las personas.

Otro tema relevante son las capacidades de vida, concepto formulado por la doctora Marta Nussbaum y que se representan a continuación:



Es posible observar que la salud tiene que ver con todas ellas y no sólo con la número dos. Sin duda, éstas son fundamentales para la salud y la salud es fundamental para ellas. Yo quiero trabajar con mis colegas para que estas capacidades de salud permitan que los niños sean resilientes y capaces de resistir porque los riesgos existen.

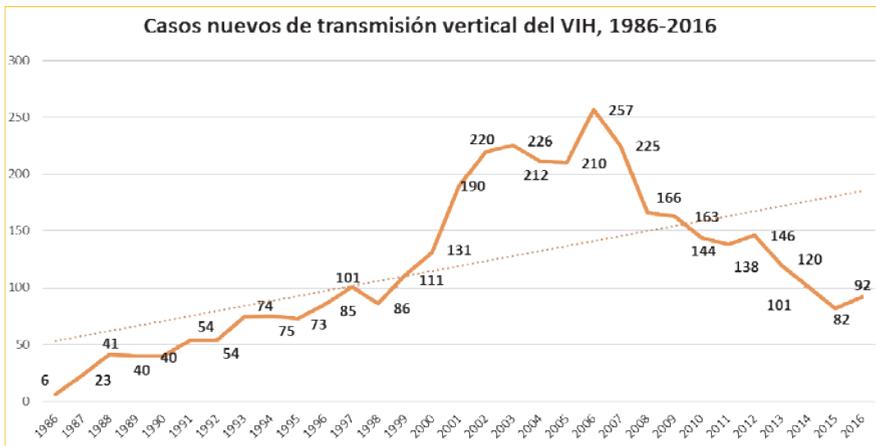
Ahora, ¿qué estamos haciendo? No creo que haya que ser triunfalistas pero sí hay que decir lo que hacemos. Entonces, aquí les presento una breve descripción del Seguro Popular porque ha sido un aspecto fundamental. Él ha garantizado un fondo económico suficiente para atender a más de 50 millones de mexicanos. No contra todo, pero les ha dado un cambio fundamental. Ahora, nosotros tenemos la responsabilidad de hacer con esos recursos el mejor uso posible para atender a la población de la mejor manera y de forma igualitaria.

Por parte de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, tenemos acciones en diferentes áreas que corresponden a los centros des-

concentrados de la Subsecretaría y a sus Direcciones Generales. Voy a tratar de abordar cada una de ellas brevemente.

En el Consejo Nacional de Prevención de Accidentes (CONAPRA), tenemos una serie de acciones para la seguridad vial y prevención de accidentes que abarcan y que fortalecen muchas de esas capacidades que queremos desarrollar y que hablan de la necesidad de vincular a la salud, en este caso, con el área de comunicaciones y transportes.

En el caso del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA), en México se ha hecho un esfuerzo por mantener una respuesta constante y permanente al problema de VIH/SIDA y hemos logrado tener un control en el proceso de replicación del problema en el país, y también podemos decir que existe atención universal a las necesidades de VIH/SIDA. En particular, en los casos de transmisión vertical de VIH entre 1988 y 2016, presentan una curva que habla de un control y de un descenso.



Ahora, como mencionaba al principio, es importante notar que nuestro trabajo en la Subsecretaría de Atención y Prevención de la Salud nos demanda tener una acción horizontal. Esto no es sólo dentro de la Secretaría de Salud, sino con otros sectores incluyendo el privado, que tenemos que interactuar y coordinar para dar una respuesta a muchos de los problemas que tenemos. De manera similar, nosotros trabajamos cercanamente con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva para trabajar en lactancia materna, en el trabajo adecuado en el parto mediante el Programa

de acción “Arranque Parejo en la Vida” porque el principio de que la salud del niño depende de que nazca y luego se le den capacidades no es real, sino que empieza desde que la madre tiene al niño en el útero.

Otro campo en el que hemos colaborado es el programa de vacunación, que ha tenido un impacto relevante. Hemos logrado eliminar la poliomielitis, sarampión, rubeola, síndrome de rubeola congénita, tétanos, y tenemos controladas otras más como consecuencia de un esfuerzo constante y permanente desde el año 1991. Este programa de vacunación ha sido recompensado en el Senado con la aprobación de la Ley de Vacunación. Ojalá eso lo tuviéramos con las otras áreas y estamos trabajando para ello.

Voy a cerrar con lo siguiente. Hay un campo en el que quisiéramos trabajar y que tenemos que desarrollar de una manera diferente: el desarrollo infantil en la ruta hacia el desarrollo adolescente. El reto está ahí. Hay una serie de instituciones cuyas acciones se deben integrar para el desarrollo infantil porque éste se trata de un problema transversal.

Muchas gracias.



JUAN MARTÍN PÉREZ GARCÍA
Director Ejecutivo de la Red
por los Derechos de la Infancia en México

El Derecho a la Salud de la Infancia en México

Quisiera invitarles a que pensáramos en nosotros. ¿Qué sucedería si hoy tuvieran un dolor de estómago? Este foro no estaría lleno. Esa es la salud: Si no estamos en condiciones óptimas y plenas, no sólo nos perderíamos de este foro, si no que seguramente nos perderíamos de otras cosas que están a nuestro alrededor.

Hemos aprendido a vivir en esta ciudad con la contaminación, con gripas, alergias, y aunque hemos generado tolerancia, eso no quiere decir que estemos sanos. Pero, si pensamos en niñas y niños, tendríamos que reconocer que su mundo es distinto al nuestro y, usualmente, cuando somos mayores se nos olvida la dinámica de la infancia. Dicho de otra manera, nuestro proceso de convertirnos en adultos consiste proporcionalmente en negar nuestro aprendizaje infantil y, en consecuencia, en negar la dinámica de la existencia de niños, niñas y adolescentes porque el mundo adulto es el que diseña las políticas públicas y en muy pocas ocasiones escucha a niñas, niños y adolescentes en el proceso.

En el caso mexicano tenemos avances muy importantes que hay que reconocer en torno a la política de vacunación, una política pública realmente eficiente, reconocida y con impacto en la que se articulan todos, desde el sistema de salud, educativo, el ejército, la iniciativa privada hasta la sociedad civil. Sin embargo, esta articulación difícilmente se ha replicado en otras áreas y otros ámbitos de la protección de niñas, niños y adolescentes, lo cual es una lástima pues queda claro que en el país existe esa capacidad.

La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que logramos en 2014, y la instalación del Sistema Integral de Protección a Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA) son otras evidencias de la capacidad de articulación. Sin duda, en muy poco tiempo el liderazgo de nuestro colega Ricardo Bucio, Secretario Ejecutivo del SIPINNA, ha hecho un trabajo heroico.

co junto con un equipo de profesionales que construyeron una red institucional que facilitó la realización de muchas acciones.

En dichas acciones, el primer desafío que tenemos todos culturalmente es dejar descansar al DIF y no pensar que es quien podrá hacer todo y además, nunca lo ha podido hacer. Tenemos que asumir que es una tarea compartida con todos. Por ejemplo, en la Comisión para poner fin a toda forma de Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes, y quien está al frente de ella es el Comisionado Nacional de Seguridad, Renato Sales. Y así como un día antes estaba dando una conferencia sobre los homicidios y los secuestros, el día siguiente estaba sentado discutiendo el tema de violencia contra niñas y niños. De eso se trata este sistema, de cómo hacemos que el ejército, la policía, los empresarios, la ciudad en su conjunto y todas las autoridades, asuman su responsabilidad de garantizar los derechos de la infancia y la adolescencia.

En cuanto al derecho a la salud, podríamos considerarlo un derecho llave. Gerry Eijkemans ha planteado la importancia o la intersección de los derechos a partir de la salud; si no tenemos un ingreso adecuado, podemos ir a hacer fila al Hospital General, o podemos ser atendidos en un hospital privado en menos de 30 minutos. En otras palabras, la diferencia cuando hablamos de salud es muchísima en un país lleno de desigualdad y de contrastes.

Si hablamos de niñas y niños, también tenemos una gran diferencia en términos de acceso y garantía a los derechos como resultado de la desigualdad. Por ejemplo, 53% de los niños, niñas y adolescentes están en pobreza, es decir, cerca de 22 millones de los cuales 4.7 millones están en pobreza extrema –al menos una vez al día tienen dificultad para comer.

Al mismo tiempo, hay un ambiente influido por la obesidad que está permeando en las dinámicas de la infancia y la adolescencia. La perspectiva en términos de su desarrollo próximo puede irse deteriorando por la prevalencia de hipertensión u otro tipo de enfermedades crónico-degenerativas que van a impactar en nuestro sistema de salud. Además, dicho impacto se exagera cuando hablamos de pobreza y condiciones de desventaja.

Quisiera abordar otro elemento central, y es que la salud debe dejar de ser un negocio para convertirse en un derecho y una garantía plena. Nuestro país está invirtiendo mucho dinero en salud pero está invirtiendo más dinero en armas, en publicidad o en partidos políticos. El año pasado tuvimos

un recorte de aproximadamente el 15%. En este sentido, cómo orientemos nuestro desarrollo de país se va a medir con indicadores concretos como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) teniendo presente que éstos son marcas de progreso que los países se establecen, pero no podemos perder de vista que el sustento de estos cambios son los tratados internacionales y, por supuesto, nuestros marcos normativos nacionales. Entonces, tenemos indicadores de avance pero en derechos humanos, el no cumplimiento de un indicador quiere decir la no realización de un proyecto de vida para una niña o un niño concreto.

Por lo tanto, si no asumimos una política pública interdependiente, estaremos dejando ir la oportunidad que tenemos con el Sistema de Protección Integral. Por ejemplo, tenemos atraso en la Tercera Sesión del Sistema porque el Presidente ha estado en otras cosas “más importantes” que sentarse a discutir la política pública de niñas, niños y adolescentes. Pero no solamente el presidente: 16 entidades de la república no han continuado con la instalación de los Sistemas Estatales de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes –la mitad del país. De 2457 municipios, aproximadamente, en papel tenemos formalmente 900 municipios que ya instalaron oficialmente su Sistema de Protección. Sin embargo, solo 10% se encuentran activos.

Un problema más que estamos enfrentando son las infecciones respiratorias agudas subsecuentes. Las niñas, niños y adolescentes están regresando 15 días después de haber sido atendidos por una enfermedad respiratoria porque su tratamiento no ha logrado su objetivo. Entonces, hay temas como obesidad, embarazo, y enfermedades respiratorias que ameritan nuevamente una visión más integral.

Voy cerrando con uno de los elementos que me parecen clave: la participación directa de niñas, niños y adolescentes para construir una posibilidad de goce de derecho mucho más real. Esto se logra con pautas educativas y culturales y con metodologías en el marco de los estilos de vida saludables. Estos estilos de vida no son mágicos, sino que tienen que ver con políticas públicas que permitan orientar la forma de vida o la interacción con el entorno o el cuerpo, es decir, decidir sobre su propio cuerpo. Y las niñas, niños y adolescentes particularmente pequeños, lo último que hacen es decidir sobre su cuerpo. Aquí, quisiera entrar en uno de los temas más tensos en nuestro país y en algunos sectores: la educación sexual. Si no brindamos educación sexual desde pequeños, que no nos sorprendan los indicadores sobre embarazo a edades tempranas.

Al margen de lo anterior, tenemos un logro muy importante en el último periodo que es la Norma Oficial 046,¹ que permite el acceso a los servicios sexuales y reproductivos con un énfasis en adolescentes, que nos va a ayudar a reducir las tasas de maternidad temprana o, incluso, de interrupción del embarazo si fuera el caso. Eso sólo se logra con acciones preventivas y con el rol activo de Ellas y Ellos en la definición de su propia salud. Nadie va a cuidar la salud mejor que nosotros mismos.

Otro derecho relacionado a lo anterior es el derecho a la vida, que no es otra cosa que el derecho a un proyecto de vida. Piensen ustedes en cuando tenían 12 o 13 años, ¿qué se imaginaban que iban a ser? Y hagan el análisis de lo que ahora han alcanzado a lograr. Pero, si es afectado a niñas y niños el derecho a un desarrollo sano desde que nacen, es poco probable que el proyecto de vida a los 13 años sea sostenible. Tenemos ahora el 33% de los niños, niñas y adolescentes con problemas de obesidad y regresando a la interdependencia de derechos, la salud no es ajena a las condiciones de desigualdad y discriminación y la urgente necesidad de intervención por parte del Estado.

Dejo una nota sobre las personas con discapacidad. Son los menos visibles, los que menos acceso tienen no sólo a la educación, sino a los sistemas de salud. Creo que en esta perspectiva, si partimos de una niña indígena con discapacidad, fuera de la escuela y lográramos que el Sistema Nacional de Protección y los programas que formulamos respondieran a la realidad concreta de esa niña, habremos avanzado. Porque si lo estamos diseñando desde el escritorio, pensando en niños urbanos, niños en la escuela, estaremos lejos de la realidad porque la gran mayoría de los que se quedan fuera del sistema de salud son los más excluidos, pobres e invisibles.

Para concluir, yo creo que efectivamente se han dado avances en nuestro país pero tenemos más desafíos en esta nueva forma de imaginarnos la política pública. Les animaría a que no solamente podamos encontrarnos en estos foros, sino empezar a mirar a los niños, niñas y adolescentes con los que estamos trabajando con perspectiva de derechos.

¹ Norma Oficial Mexicana NOM-046 SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. <http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>.

Muchas gracias. Quiero felicitar a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y a nuestros colegas de ChildFund México por realizar este foro tan importante y, sobre todo, por darle a la Ciudad de México el espacio de debate y de reflexión sobre los derechos de la infancia y la adolescencia.