

AFECTACIÓN A GRUPOS DISCRIMINADOS

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

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

MUJERES

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

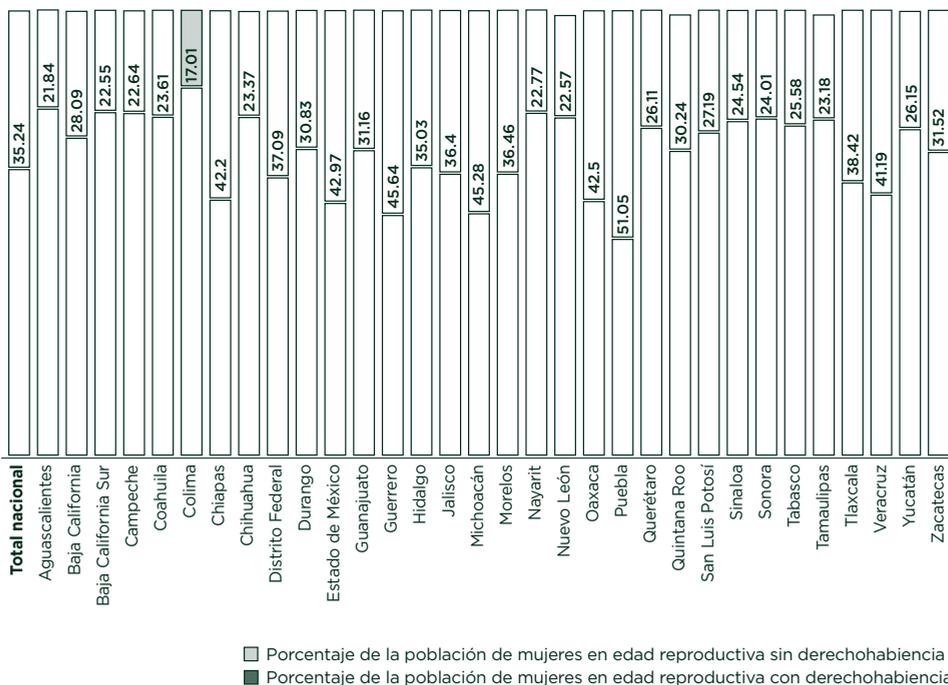
Prácticamente una tercera parte de las mujeres son excluidas de los servicios de salud. Esto se debe, en parte, a su inserción de las mujeres en el mercado laboral informal –como es el caso de las trabajadoras del hogar–, pero también a que muchas dependen económica-

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

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

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

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



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

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

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

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

ABORTO

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

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

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

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

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

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

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

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

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

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

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

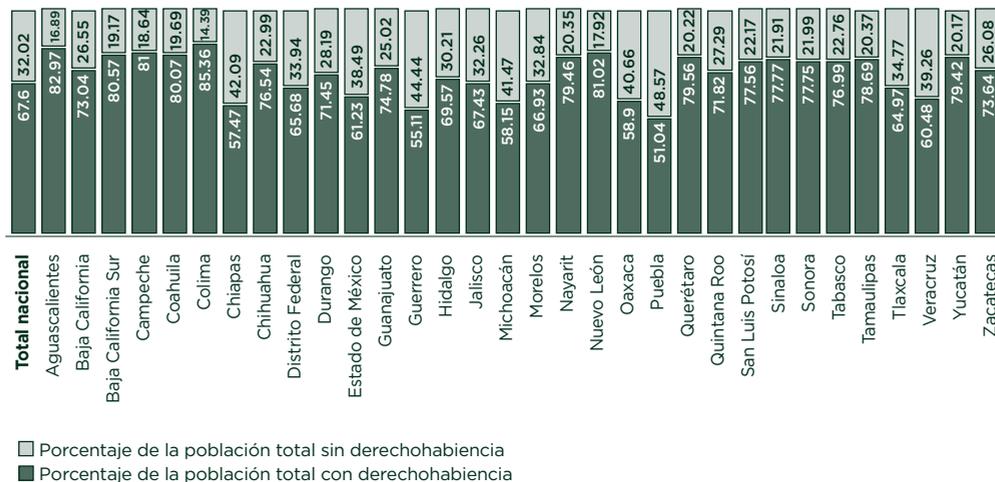
ENTIDAD FEDERATIVA	BCG	SABIN	PENTAVALENTE	SRP	UN AÑO	HASTA DOS AÑOS
					ESQUEMA COMPLETO	ESQUEMA COMPLETO
Aguascalientes	93.2	98.4	97.6	84.3	78.8	80.4
Baja California	100	97.2	92.9	88.9	88.8	79.7
Baja California Sur	95.5	91.8	85	73.8	73.7	76.8
Campeche	100	98.7	95.2	87.8	86.2	92.2
Coahuila	94.5	89.2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

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

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

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

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



FUENTE: Murayama, 2012.

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

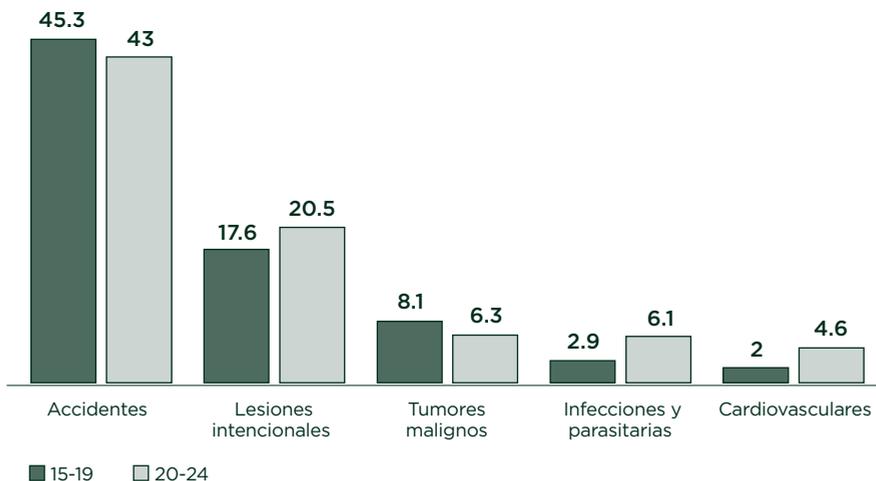
A pesar de los avances, las enfermedades infecciosas siguen siendo un reto para los sistemas de salud en lo que a la población infantil se refiere. Las enfermedades del rezago epidemiológico –diarreas, infecciones respiratorias y desnutrición– siguen provocando 15 por ciento de los fallecimientos en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

JÓVENES

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

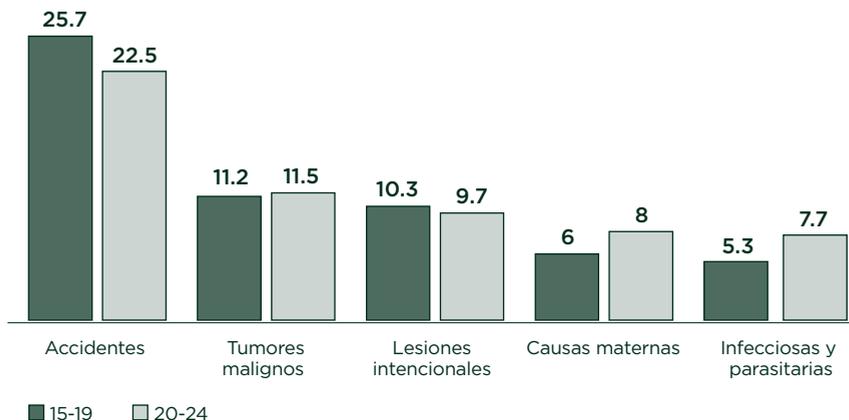
Es en parte por esta exposición a los riesgos, por lo que desde hace tres décadas las muertes de la población joven están relacionadas estrechamente con causas externas, principalmente atribuibles a accidentes y lesiones (Conapo, 2010, p. 42).

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 10. Prestaciones laborales de acuerdo con la edad

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

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

PERSONAS ADULTAS MAYORES

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

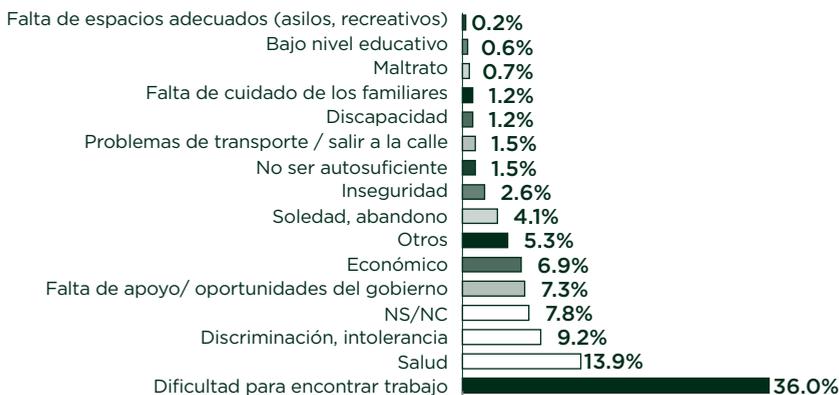
En efecto, las personas adultas mayores que gozan de derechohabencia representan un porcentaje insuficiente. A nivel nacional, en 2010, 28.06 por ciento de la población con 65 años y más no era derechohabiente de ninguno de los sistemas de salud. La falta de derechohabencia aumenta con el incremento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

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

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

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

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



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

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

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

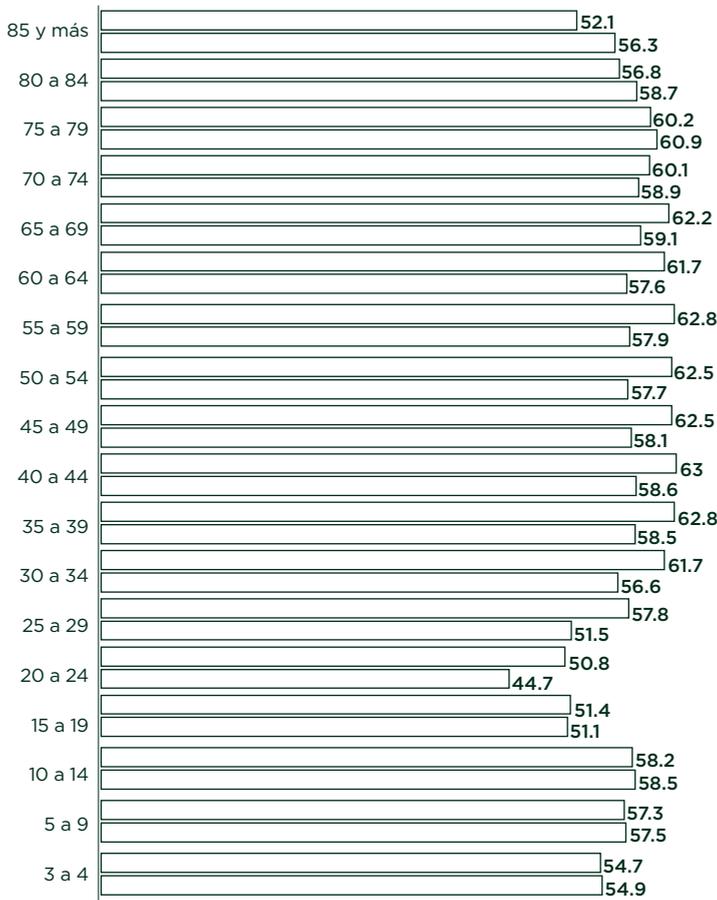
POBLACIÓN INDÍGENA

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

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

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

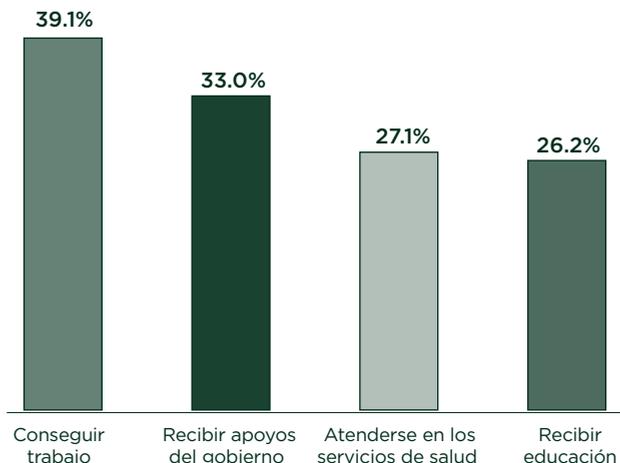
Gráfico 15. Porcentaje de población hablante de lengua indígena derechohabiente a servicios de salud por grupos de edad y sexo (2010)



FUENTE: INEGI, 2012, p. 112.

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

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



FUENTE: Enadis (2010).

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

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

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

FUENTE: Coneval, 2008.

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

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

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

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

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

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

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

POBLACIÓN DE LA DIVERSIDAD SEXUAL [LGBTTTI]

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

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

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

HOMOFOBIA EN SERVICIOS DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

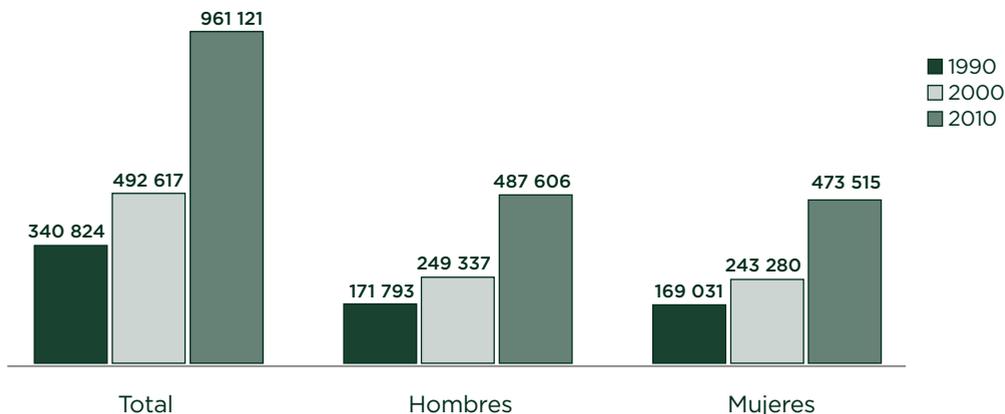
Esta situación no ocurre en el Seguro Popular, en tanto que la afiliación se da por “familias” y no hace referencia a las y los trabajadores como derechohabientes en lo individual. Sin embargo, se conoce que la Cláusula 105 del Contrato Colectivo de Trabajo de Pemex establece que se consideran derechohabientes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

PERSONAS MIGRANTES

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

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

74



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

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

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

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

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

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

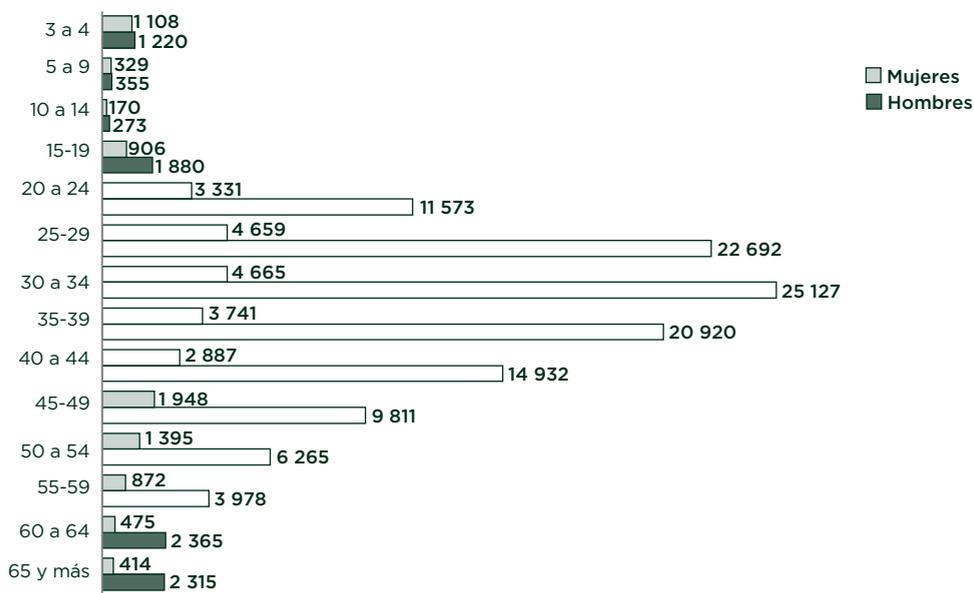
Falta un tramo largo y voluntad política para que el Estado mexicano cumpla con los mandatos que la Constitución y las leyes establecen.

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

PERSONAS CON VIH/SIDA

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

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



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

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

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

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

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

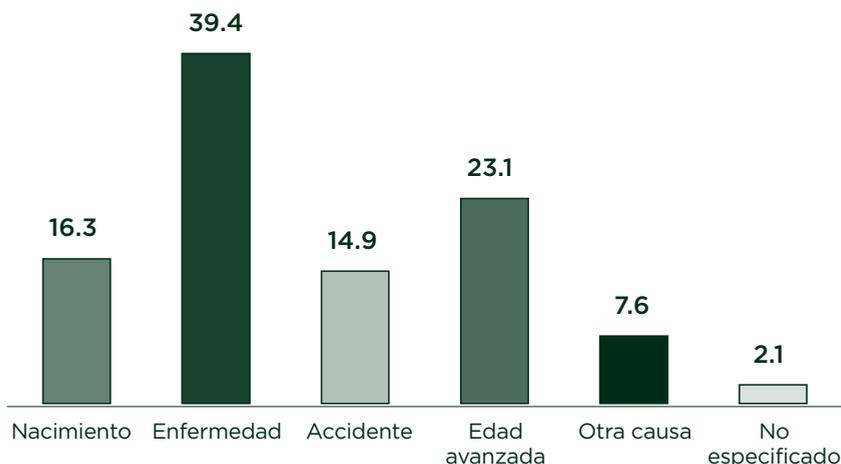
PERSONAS CON DISCAPACIDAD

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

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

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

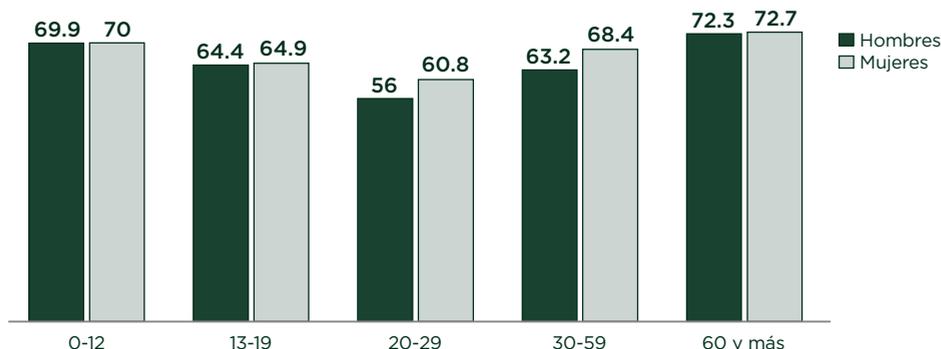
Gráfico 19. Porcentaje de la población con discapacidad según causa de la misma (2010)



FUENTE: INEGI, 2010.

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

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



FUENTE: INEGI, 2012, p. 126.

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

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

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

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

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