



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

FACULTAD DE QUÍMICO FARMACOBIOLOGÍA

**“DERECHO A LA SALUD Y SU COBERTURA
UNIVERSAL, ENFOQUE DESDE EL ÍNDICE DE
DESARROLLO HUMANO.”**

TESINA PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIATURA EN QUÍMICO FARMACOBIOLOGÍA

PRESENTA

p.Q.F.B. Yeiman Fabre Magaña Mendoza

Director de Tesina

Dr. Rafael Ortíz Alvarado

NOVIEMBRE 2018

MORELIA MICHOACÁN



(DEDICATORIA)

A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mi madre Juana Mendoza, por darme la vida, quererme y apoyarme siempre en todas las adversidades. Mamá gracias por inculcarme valores y trasmitirme tus deseos por salir adelante, todo esto te lo debo a ti. Simplemente te amo mamá.

Mi padre Gabriel Magaña, por alentarme a seguir adelante y luchar para marcar la diferencia, sin duda alguna eres y serás mi modelo de estudio a seguir. Papá gracias ahora te puedes sentir orgulloso de tu Químico farmacobiólogo.

Mis hermanos, Christian y Monserrat por estar conmigo y siempre apoyarme, los quiero.

Mi novia Alejandra Patiño, por estar conmigo toda esta travesía, la cual no fue fácil, pero estando a tu lado y con todo tu apoyo, amor y cariño aprendí a sobrevivir. Gracias por siempre animarme cuando la ocasión lo ameritaba. TE AMO PINGÜINA

Mis amigos Branda, Alejandra, Esaú, Eva, Alberto, Javier, Héctor, Eduardo, Guillermo, Quetzal, Alejandro, Alonso por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero.

Mis maestros QFB. Adriana Tena, M.C. Flora María, QFB. Monserrat Sena, Ing. Francisco Javier, M.C. Ma. Roció, Dr. Rubén Chávez, por su apoyo y tiempo compartido durante mi estadía en esta casa de estudios. Gracias por compartir sus conocimientos.

Mi asesor Dr. Rafael Ortiz Alvarado, por estar siempre apoyándome en el transcurso de esta etapa de estudios y con la amistad que sinceramente me brindo.

Todos aquellos familiares y amigos que no recordé al momento de escribir esto. Ustedes saben quiénes son.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, doy gracias infinitas a dios, por haberme dado las fuerzas y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco la confianza y el apoyo brindado por mis padres.

A mi madre, por siempre darme todo su amor y confianza, que sin duda alguna me a demostrado su aprecio, corrigiendo mis faltas y festejando mis triunfos.

A mi padre, que ha sido mi modelo de estudio, el cual me a enseñado a nunca rendirme y que el éxito se gana a través del conocimiento.

A mi novia Alejandra, por compartir esta difícil pero hermosa trayectoria, en la cual fue pieza clave para mantenerme siempre positivo y con ganas de seguir adelante.

A mis amigos, ya que sin ellos no hubiera tenido la misma trayectoria, gracias por todos esos momentos de risas, alegrías y tristezas, porque lo importante fue siempre estar juntos.

A mis maestros, ya que cada uno de ellos fueron esenciales en mi vida académica, como también para ir formando mi carácter y pensamiento crítico. Gracias a todos por sus consejos, porque más que el respeto que les tengo de maestros los considero amigos.

A mi asesor Dr. Rafael, por aceptar apoyarme en esta aventura de trabajo, un trabajo el cual se tenía que apresurar. Gracias por estar siempre al pendiente.

Todos aquellos familiares y amigos que no recordé al momento de escribir esto. Ustedes saben quiénes son.

I. ÍNDICE

INDICE DE FIGURAS.....	6
I. RESUMEN	7
ABSTRACT	8
II. INTRODUCCIÓN	9
III. CAPÍTULO I. MARCO CONTEXTUAL	12
SITUACIÓN ACTUAL	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVOS.....	16
IV. CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE	17
ÍNDICE DE GINI.....	17
ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO.....	17
ÍNDICE PALMA.....	17
V. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	19
DERECHO A LA SALUD	19
DERECHO A LA ALIMENTACION.....	21
<i>Producción de alimentos y modelo económico, en México.</i>	22
<i>Principales causas de muerte en Población Económicamente Activa (PEA)</i>	23
TABLA No.1. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE, EN MÉXICO, DE ACUERDO A LA OMS, 2017.	25
<i>Impacto económico de las enfermedades no transmisibles.</i>	27
DERECHO A LA EDUCACIÓN	27
VI. CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES.....	31
VII. PERSPECTIVAS (PROPUESTA DE ACCION, INTERVENCION A NIVEL BASICO).....	32
INTRODUCCIÓN.....	32
ANTECEDENTES.....	35
JUSTIFICACIÓN	36
HIPÓTESIS.....	37
OBJETIVO GENERAL:.....	37
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	37
MATERIALES Y MÉTODOS.....	37

ENTREGABLES	38
PROPUESTA INCLUYENTE.....	39
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	40
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
IX. ANEXO.....	45
DERECHO A LA SALUD	45
DERECHO A LA ALIMENTACIÓN.....	45
DERECHO A LA EDUCACIÓN	46
CARTA DE APROBACIÓN “PRIMERA CONVENCION DE DERECHOS HUMANOS”	47
CONSTANCIA DE PONENCIA “PRIMERA CONVENCION DE DERECHOS HUMANOS”	48

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Diseño del <i>Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos</i>	9
Figura 2 Instituto nacional de estadística y geografía	10
Figura 3 Diseño del Programa de Intervención supranacional del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.	14
Figura 4 Consejo Nacional de Población	35

I. RESUMEN

El Índice de Desarrollo Humano (IDH), cubre tópicos como el poder adquisitivo, dirigido a la preservación de la nutrición humana con calidad y con un impacto en la salud humana, la cual ha mejorado en los últimos 70 años como resultado de la implementación de tecnologías basadas en descubrimientos del siglo XIX y principios del siglo XX, favoreciendo la esperanza de vida de los individuos a nivel mundial, donde México ha sido participe de este desarrollo humano, sin embargo, el modelo económico, ha favorecido que la población tenga acceso a alimentos industrializados permitiendo el desarrollo y prevalencia de enfermedades metabólicas con predisposición genética en la población, por lo que el personal del área de salud, debe poseer la sensibilidad, para entender los problemas de salud pública, teniendo en consideración un enfoque transdisciplinario, en áreas como la ciencias sociales y económicas como un apoyo para poder aumentar el IDH en la población del actual siglo XXI.

Palabras clave: Salud Pública, Índice de Gini, OCDE, índice palma, educación.

ABSTRACT

The Human Development Index (HDI) covers topics such as purchasing power, aimed at preserving quality human nutrition and with an impact on human health, which has improved in the last 70 years as a result of the implementation of technologies Based on discoveries from the nineteenth and early twentieth century, favoring the life expectancy of individuals worldwide, where Mexico has been involved in this human development, however, the economic model, It has favoured that the population has access to industrialized food allowing the development and prevalence of metabolic diseases with genetic predisposition in the population, so that the personnel of the area of health, must possess the sensibility, to understand public health problems, taking into consideration a transdisciplinary approach, in areas such as social and economic sciences as a support to be able to increase the HDI in the population of the current 21st century.

Key Words: Health Public, Gini Coefficient, OECD, index Palma, education.

II. INTRODUCCIÓN

México actualmente tiene una población que ha superado los 120 millones de habitantes (INEGI). De estos, más de 54 millones se encuentran en pobreza Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2017). Esta pobreza se enfoca particularmente en los rubros de:

- a) Poder adquisitivo.
- b) Acceso a la salud.
- c) Acceso a una educación de calidad.

Por su tamaño de economía en lugar No. 11° por su Producto Interno Bruto (PIB), OCDE, 2017. Estos datos son disímbolos o son parte de una realidad que puede comprometer a la distribución de la riqueza. En donde la alimentación adecuada y el acceso a la educación básica es un aspecto irrenunciable consagrado en la Constitución Política, así como por recomendaciones de organismos supranacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este caso los infantes son un sector vulnerable en el IDH, en el Edo. Michoacán, respecto a este indicador se encuentra en los últimos lugares con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) según el índice GINI de 0.76 (Pinzón Florez, Reveiz, Idrovo, & Reyes Morales, 2014).



Figura 1 Diseño del *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos*

Citado de: <https://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/>

El presente trabajo se enfoca en obtener datos de laboratorio que permitan establecer los parámetros bioquímicos y hemáticos que puedan servir como indicadores tempranos de problemas de salud crónicos, como malnutrición, Obesidad, Diabetes Mellitus, problemas circulatorios y/o hemáticos en población escolar básica en zonas suburbanas de Morelia.

Según las estadísticas oficiales emitidas por el (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) a noviembre de 2016, sitúa a la Diabetes Mellitus y las Enfermedades Isquémicas como las dos primeras causas de mortandad en México. Estos datos marcan una diferencia respecto a la clasificación de México como economía por el tamaño de su PIB y su lugar dentro de las estadísticas globales para las causas de muerte por Diabetes Mellitus (DM), originando una discrepancia con los datos que colocan a la Diabetes Mellitus en México como una segunda causa de muerte según el INEGI, 2016. Esto puede deberse a que el territorio Nacional presente diversos grados de desarrollo y cobertura de servicios que garanticen un Índice de Desarrollo Humano (IDH) adecuado a la clasificación de países con ingresos medios altos como lo indica la, Organización para el Desarrollo y Cooperación Económico (OCDE) y la OMS. El IDH es un índice compuesto que toma en cuenta tres elementos básicos, dos de los cuales aluden a la formación de capacidades (longevidad y nivel de conocimientos) y un tercero (nivel de vida aceptable) que es una medida vinculada con el bienestar material y las capacidades de consumo familiar («mexico-2017-OECD-Estudios-economicos-de-la- ocde-vision-general.pdf», s. f.).



Figura 2 Instituto nacional de estadística y geografía

Citado de: <http://www.inegi.org.mx/>

México se encuentra organizado a través de entidades federativas, las cuales tienen una soberanía que les permite organizar y gestionar de una manera independiente respecto a la Federación a la cual pertenecen los aspectos de Salud, Educación y Economía los cuales impactan el IDH, de esta manera se ha obtenido un desarrollo asimétrico de México, en donde las regiones norteñas presentan mayor IDH respecto a las zonas del sur del país (Informe sobre Desarrollo Humano México 2016. Desigualdad y movilidad.).

Así mismo, aun a pesar de que la organización política del país está fundamentada en un república federal, en la práctica se sigue presentando un centralismo el cual impacta la mayor parte de los recursos económicos y por lo tanto la distribución de la riqueza en el país, de tal forma que la ahora denominada Ciudad de México es la comunidad o región del país que presenta un mayor IDH, lo que agrava la situación de desequilibrio en las oportunidades para los habitantes del país, esto es particularmente cierto para los sectores poblacionales vulnerables como lo son la población infantil Mexicana (González-Pérez, Vega-López, Romero-Valle, Vega-López, & Cabrera-Pivaral, 2008).

III. CAPÍTULO I. MARCO CONTEXTUAL

Situación actual

En las dos primeras décadas del siglo XXI, la población humana ha superado los 7,000 millones de individuos a nivel mundial (Perspectivas de la población mundial, 2015). Dicha cifra plantea desafíos para el actual modelo económico y social, aplicado de manera global. Sin embargo, demuestra que el desarrollo tecnológico (microscopio, medios de cultivo, pasteurización, vacunación y estructura de los ácidos nucleicos), aplicando principios y postulados, como los de Koch, sirvieron a través, del uso de estas tecnologías, fundamentos y postulados para que la población aumentara en número a nivel mundial, al disminuir la incidencia de enfermedades como la viruela (Shchelkunova G.A, 2014) y por consecuencia incrementando la esperanza de vida de la población, previniendo primordialmente, las muertes materno-infantil así como el abatimiento del número de muertes de niños menores de 5 años, debido generalmente a procesos infecciosos (Pyone T. 2015). Así, puede destacarse un hecho histórico y globalizador, como el final de la Segunda Guerra Mundial (agosto de 1945), al marcar un paradigma en la administración de los recursos naturales (explotación mediante la eficiencia tecnológica, con alta sistematización y estándares de calidad aplicados a la transformación de estos) dedicados a la manufactura de bienes, así como también el desarrollo de compañías que basaron su modelo económico con alcances globales, como un paradigma heredado de la Segunda Guerra Mundial, marcando las tendencias de las Crisis Económicas locales con impacto global (de la Fuente J.R 2009).

Planteamiento del problema

Posterior a la Segunda Guerra Mundial (SGM), se desarrolló a nivel Mundial un modelo predominante en donde se debatían primordialmente dos formas de concebir el desarrollo humano, encabezado por los Estados Unidos de América (modelo de libre mercado) y La Unión de Repúblicas Soviéticas Socialistas (con un modelo de intervención del estado en los ámbitos de desarrollo humano) y varios países que terminaron convirtiéndose en los denominados satélites de estos, centro de poder y

desarrollo humano. Al final del siglo XX se dio un cambio fundamental que erigió a un modelo de libre mercado y el modelo de desarrollo humano termino, están supeditado al aspecto del contrato entre particulares y a la disminución de la intervención del estado en los ámbitos del desarrollo humano, comenzando formalmente la globalización.

De esta manera los aspectos fundamentales de la potestad de los estados nación, como regular el poder adquisitivo, la soberanía alimentaria y la cobertura universal de la salud en los individuos de los diferentes países, paso en gran medida ser considerada por diferentes organismos supranacionales (OCDE, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud, entre otros) como recomendaciones y/o condicionamientos para diferentes bloques económicos. Esto colocó a diversas economías en una situación de precariedad para la administración de los recursos destinados a la cobertura universal de la salud, por poner un ejemplo; de los ámbitos en los cuales los países se vieron intervenidos por el cambio de paradigma del desarrollo humano, se pueden citar el caso de Chile que siguió fielmente las recomendaciones de los organismos supranacionales, con un modelo sin mayor intervención del estado y a Cuba con un modelo eminentemente socialista; en ambos casos estos países han sido exitosos relativamente, en la cobertura universal de salud, más sin embargo, otros países del orbe latinoamericano, han transitado de una manera precaria en este rubro, teniendo crisis humanitarias en términos de salud.

Así a finales del siglo XX al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) comenzó a enfocarse en los aspectos del desarrollo humano, lo que ha quedado plasmado en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), como una forma de medir el desarrollo humano en términos de igualdad o desigualdad entre los individuos y las naciones en favor de la distribución de la riqueza en los ejes fundamentales que son necesarios para mantener el desarrollo humano en el largo plazo y que son el acceso a la educación de calidad y la cobertura universal de salud, son fundamentales para poder entender el mundo en la actualidad.

En el caso particular de los futuros profesionales del área de ciencias de la salud, se debe hacer énfasis en manejar de manera adecuada el vocabulario, los conceptos y términos de referencia y por lo tanto el marco contextual de manera global, de la cobertura universal de salud, lo cual es necesario dentro del ámbito profesional. Puesto que las exigencias de un modelo globalizador en el IDH marcan la diferencia entre los profesionales que pueden en primer término familiarizarse con la problemática de manera global de la salud y sus condicionantes actuales; segundo reproducir la información en referencia para que la sociedad así como los pares académicos y los diferentes colegios profesionales sean capaces de mantenerse actualizados en la problemas de salud y su modelo de financiamiento; tercero ser capaces de producir información especializada en materia de la preservación de la salud desde el enfoque del IDH y cuarto ser capaces de crear e innovar soluciones a los problemas de salud pública, para los perfiles cambiantes de la sociedades, esto en referencia a las enfermedades transmisibles, no transmisibles, las enfermedades emergentes y prever los problemas a futuro que surgen al aumentar la esperanza de vida media entre los individuos.

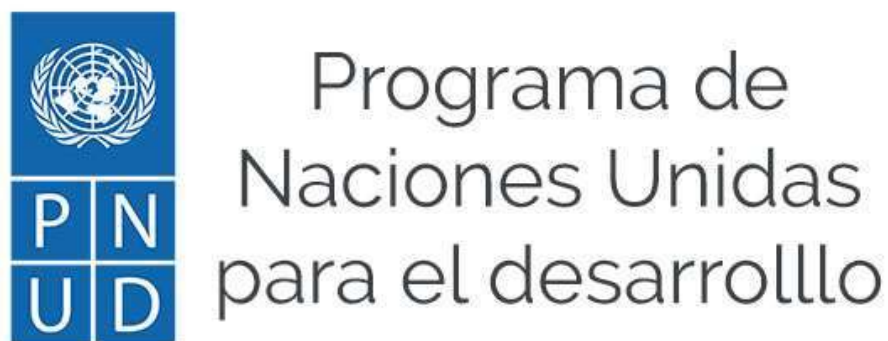


Figura 3 Diseño del Programa de Intervención supranacional del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

Citado de: <http://www.undp.org/content/undp/es/home.html>

Justificación

Dentro de estas crisis es necesario mencionar que las Crisis Económicas dejan su impronta en aspectos del desarrollo humano básicos como son: a) los ingresos económicos, b) acceso a la educación y c) acceso a la salud. Por lo tanto, en los inicios del siglo XXI, se exige que los profesionales del área de la salud deben ser sensibles a estos aspectos sociales y económicos, porque la salud y su administración la sitúa en el contexto de los aspectos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) y su ponderación con el Índice de Gini, esto es particularmente cierto en el caso de una economía como la de los Estados Unidos Mexicanos. Se debe recordar, que los Estados Unidos Mexicanos, han firmado varios acuerdos supranacionales ante organismos económicos, como OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (dirigido en la actualidad por el Mexicano Dr. José Ángel Gurría) y de la cual emanan diferentes directrices económicas que han afectado a la economía y por lo tanto el aspecto de la salud humana (Paris V. 2014).

OBJETIVOS

I. Revisar el estado que guarda el derecho a la salud y su cobertura universal desde el enfoque del IDH en México y Latinoamérica.

Objetivo particular:

- a) Determinar el Índice de Desarrollo Humano para México en referencia al contexto Latinoamericano.
- b) Proponer una posible ruta crítica de solución para aumentar el Índice de Desarrollo Humano para el aspecto de cobertura Universal de Salud.

IV. CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE

El presente Capítulo hace referencia al Estado del Arte, en el cual se expone la fundamentación teórica que sustenta el trabajo de investigación realizado en función de las tecnologías aplicadas a la salud humana y el aprendizaje significativo del personal del área de la salud, así mismo habrán de encontrarse enfoques de diversos autores y/o teorías que respaldan el tema planteado.

Índice de Gini.

El índice de Gini o coeficiente de Gini es una medida económica que sirve para calcular la desigualdad de ingresos que existe entre los ciudadanos de un territorio, normalmente de un país. Se encuentra entre 0 y 1, siendo cero la máxima igualdad (todos los ciudadanos tienen los mismos ingresos) y 1 la máxima desigualdad (todos los ingresos los tiene un solo ciudadano).

Índice de Desarrollo Humano

El desarrollo humano de una población hace referencia a los avances o retrocesos en las condiciones de vida de sus habitantes y la medición de su magnitud, permite establecer el problema del desarrollo, además de caracterizar el fenómeno para el diseño de políticas, programas y acciones del sector público, así como definir con claridad los objetivos que se persiguen en términos de bienestar (Luis F. López-Calva, 2004). Una forma sistemática para medir el *Desarrollo Humano es el índice de Desarrollo Humano (IDH)*, propuesto por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNDU). Dicho índice combina tres elementos para evaluar el progreso de los países en materia de desarrollo humano: 1. El producto Interno Bruto (PIB) por habitante, 2. La Salud y 3. La Educación.

Índice Palma.

Índice de Palma o coeficiente de Palma es desarrollado para medir la desigualdad económica entre los ciudadanos de un territorio, el coeficiente de Palma se calcula a partir de la división de la parte del ingreso nacional bruto que va hacia el 10% de la

población más rica del país entre la parte del ingreso nacional correspondiente al 40% de la población más pobre.

V. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Consideraciones referentes al pronóstico de esperanza de vida media y la prevalencia de enfermedades degenerativas en población mayor de 65 años.

DERECHO A LA SALUD

México en conjunto con los países latinoamericanos como Brasil y Chile, son las economías emergentes con el mayor Producto Interno Bruto (PIB), dentro de La Región de Iberoamérica, esta región presenta considerables desigualdades socioeconómicas entre y dentro de los países, pertenecientes a este bloque regional y económico. Por ejemplo, una relación entre la riqueza y la prevalencia de enfermedades es referenciado por la Organización Mundial de la Salud en su reporte del 2017, en lo referente al rubro de Acceso a Salud Universal, en donde: un 29% de la población vive aún por debajo del umbral de la pobreza y un 40% de la población recibe menos del 15% del total de los ingresos como parte del PIB, con mayores desigualdades y diferencias muy marcadas entre los países (Organización Panamericana de la Salud, 2014). El 10% más rico de la población posee 14 veces el nivel promedio del 40% más pobre en los países de América Latina y el Caribe (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 216). Asimismo, se estima que un 30% de la población no tiene acceso a la atención de salud debido a barreras financieras, mientras que un 21% se ve condicionado para buscar atención médica de primer y segundo nivel, esto debido a las barreras geográficas y la operación de diversas clínicas y hospitales para la atención médica (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Adicionalmente se suman dos factores aparentemente disímolos, pero, concatenados en los extremos de la curva de demográfica: a) el envejecimiento de la población y b) las tasas de fecundidad más bajas han cambiado drásticamente el perfil de la población: la población de la Región llega ahora a casi el doble de lo que era en los años setenta.

Con ello, el perfil epidemiológico continúa con la transición de un cuadro caracterizado por altos niveles de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, a un cuadro caracterizado por una elevada prevalencia de mortalidad y morbilidad por enfermedades no transmisibles y causas externas con un componente

de violencia (por ejemplo, accidentes de tráfico, violencia voluntaria o incidental). Por lo tanto las enfermedades no transmisibles (ENT), principalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus y las enfermedades respiratorias crónicas, junto con sus cuatro factores de riesgo compartidos: a) el consumo de tabaco, b) la mala alimentación, c) la inactividad física y d) el consumo nocivo del alcohol, son la causa de más del 80% de todas las muertes en la Región de las Américas, donde México y Brasil por el tamaño de su población y perfil económico son los referentes de esta zona (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Las consideraciones acerca de la equidad persisten, ya que la evidencia sugiere que las tasas de mortalidad son mayores para estas enfermedades entre los más pobres (Hosseinpoor AR, 2012).

Por lo tanto la cobertura y ampliación de la oferta de servicios de salud, con miras a un acceso a la salud universal se ve limitado por el rubro de financiamiento, en este sentido, en el año, 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) marcó una tendencia con la publicación: “Health Systems Financing: The Path to Universal Health Coverage” (Organización Mundial de la Salud, 2010) en la que se urgía a los países a mejorar y ampliar el financiamiento en el rubro de salud con el objetivo de ampliar la cobertura de la población y la oferta de servicios. Al mismo tiempo, a través de la Declaración Política de Río (2011) (Organización Mundial de la Salud, 2011), se formuló una declaración global a la acción para abordar los determinantes sociales de la salud, que dio lugar a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sustentable (Río + 20), celebrada en el 2012 (Naciones Unidas, 2012), y a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA67.14 (2014) sobre la salud en la agenda para el desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2014) y, por último, a la reciente Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Naciones Unidas, 2015). La necesidad de enfrentar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud, para influenciar los resultados de salud, se centra en cada uno de estos compromisos, pero se subraya la necesidad de gestionar una interacción de tipo transversal entre sectores: políticos, económicos más la acción intersectorial y la distribución diferencial del acceso a servicios de salud integrales a lo largo de las diferentes capas sociales de cada país o bloque económico, esto con el **objetivo** de reducir y eliminar las brechas existentes en la equidad en salud y como

una medida de incrementar el IDH en la región latinoamericana, a través de los países o economías, como la de México.

DERECHO A LA ALIMENTACION

El actual modelo económico que impera en México, ha favorecido que el acceso a alimentos de calidad nutrimental, haya cambiado hacia un modelo de producción y consumo de alimentos ricos en lípidos saturados, pobres en fibra dietética, y ricos en una alta concentración sodio, en detrimento de los alimentos diversos y equilibrados nutrimentalmente recomendados, para su consumo, esto último enunciado por organismos supranacionales que se encargan de recopilar y realizar recomendaciones, así como emitir alertas sanitarias a nivel mundial, por lo que México como nación y signatario de organizaciones como: la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), debe tomar en consideración las observaciones realizadas por estos organismos. De esta forma el cambio en la producción de alimentos, su preservación y su distribución y por ende el consumo en la población ha permitido que se desarrollen conductas alimentarias que han generado un aumento en el Índice de Masa Corporal (sobrepeso y obesidad), en la población mexicana. Esto a su vez ha impactado en la prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT), como ha quedado manifiesto en los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2017. Este reporte sobre la prevalencia de enfermedades y causas de muerte en la población mexicana; de acuerdo a este organismo supranacional, se evidenció que las primeras causas de muerte en la población adulta (a partir de los 20 años hasta los 39 años) presentan una dinámica de prevalencia en muertes por violencia y problemas hepáticos, más sin embargo, comenzado con el percentil de edad, mayor a los 45 años se encuentra siempre presente como primera causa de muerte, a la Diabetes Mellitus (DM) de tipo 2 generalmente, desapareciendo de las primeras causas de muerte a las patologías que comprometen al hígado, como puede ser la cirrosis, la cual puede ser multifactorial de su etiología, desde el a) consumo inapropiado de alcohol, b) la automedicación así como c) los probables procesos infecciosos de tipo viral, lo cual no queda manifiesto en

el reporte de la OMS, 2017. Y de esta manera se perfilan como segunda causa de muerte los accidentes vasculares coronarios y cerebrales, estos últimos eventos isquémicos, producen muerte por hipoxia del tejido cerebral con las consecuencias de discapacidad en la población, lo que no queda mostrado en las estadísticas reportadas por la OMS y la OPS y e incluso de organismos nacionales como la CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) o el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) ver **Tabla No.1**. En cambio, la literatura especializada, así como diversos estudios científicos y epidemiológicos en diversas latitudes, han mostrado que la prevalencia de DM (DM de tipo 2) es una condicionante importante para el deterioro del tejido vascular, o de otra manera, la DM de tipo 2, tiene como complicaciones el desarrollo de accidentes vasculares coronarios, así como accidentes vasculares cerebrales. Por lo anteriormente expuesto, en los reportes internacionales, en lo referente a causas de muerte en México en el reporte 2017, se desprende que las enfermedades no transmisibles como la DM de tipo 2 es una enfermedad que está asociada generalmente al estilo de conducta alimentaria, por lo que el **objetivo** del presente documento será evidenciar que el Estado Mexicano como miembro de la OMS y OPS, y al contar con Instituciones de estadísticas nacionales como el INEGI y reguladora de políticas de nacionales de alimentación y salud (CONEVAL), debe de garantizar, a través de la aplicación del artículo 4º de La Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos, el acceso a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, como derecho de todo individuo, como parte fundamental de sus derechos humanos, que le permitan salvaguardar su integridad.

Producción de alimentos y modelo económico, en México.

La soberanía alimentaria y por lo tanto la soberanía del estado Nación, ha sido comprometida, por medio del modelo económico de producción y distribución de riqueza, como ejemplo la producción y distribución de alimentos no escapa a este modelo económico, imperante en México. México, como parte de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y signatario de diversos acuerdos de libre comercio, ha favorecido el desarrollo de nichos económicos de producción alimentaria con un enfoque de satisfacer los mercados internacionales, alejándose de

la esfera de satisfacer al mercado interno de consumo de alimentos, en este sentido, se pueden citar los casos de éxito comercial como son la producción a aguacate (*P. americana var. Hass*) y las denominadas frutillas rojas, (arándanos, frambuesas, zarzamoras), esto coloca al estado de Michoacán como referente Internacional en la producción de alimentos funcionales, con altos estándares de calidad y e inocuidad alimentaria; así mismo en lo referente a hortalizas, se debe mencionar que la región Bajío se ha colocado como un referente internacional por la producción de productos agroalimentarios en fresco, para su exportación en Mercados Europeos y Asiáticos, así como desde luego con una penetración en los mercados norteamericanos, con estos ejemplos queda evidenciado que México se ha especializado en la producción de alimentos frescos, inocuos y nutrimental equilibrados, de tal manera que son un referente internacional por su calidad; más sin embargo, bajo el modelo de producción y distribución, se favorece que el mercado interno Mexicano de alimentos sea satisfecho por productos nutrimentalmente pobres, lo cual está fuertemente relacionado con el aumento de glucosa sérica en hombres y mujeres en México (Fófano, et., 2016), lo cual es un factor de riesgo que favorece la resistencia a la insulina (Cintra et., la., 2017, Kadi, et., 2018) y por lo tanto condiciona el aumento del Índice Masa Corporal, y así el posible desarrollo de DM tipo 2, en población adulta creando las condiciones para que la DM tipo 2 y sus complicaciones, se coloque como las primeras causas de muerte, y discapacidad.

Principales causas de muerte en Población Económicamente Activa (PEA)

En el caso de México como estado nación y parte de la Organización de Panamericana de la Salud (OPS), debe de ser garante del acceso a la cobertura universal de salud, esto ha quedado signado dentro de las declaratorias de la Resolución CD53.R14 del Consejo Directivo, de la OPS, y donde se enumeran las estrategias para aumentar y asegurar una cobertura universal de salud de los Países miembros de la OPS; en el caso Mexicano, es particularmente delicado, esto debido al perfil demográfico y las prevalencias de enfermedades en población económicamente activa PEA (de los 15 a los 64 años). En este sector poblacional ha virado la prevalencia de enfermedades no infecciosas. Dentro del grupo de la PEA, los jóvenes

son particularmente sensibles a las muertes por violencia (homicidios, accidentes de tránsito), como primera causa de muerte y la segunda causa de muerte se encuentra las enfermedades ligadas al tejido hepático, esto de acuerdo a lo publicado en el reporte de la Organización Mundial de la Salud, del 2017 para el caso de México. De esta manera, estas dos primeras causas de muerte en el caso la PEA, jóvenes (de 15 a 35 años) de México, se pueden implementar políticas de estado que garanticen la seguridad de los jóvenes en términos de abatir las muertes por violencia y prevenir el desarrollo de enfermedades degenerativas en el hígado, lo cual en este último caso puede estar relacionado con el consumo no adecuado de bebidas con contenido alcohólico o la automedicación, casos que deben ser elucidados por mayores estudios al respecto. Así el presente documento tiene como muestra que las primeras causas de muerte en la PEA en México, son prevenibles siempre y cuando el estado Mexicano garantice la aplicación de las estrategias de cobertura Universal de Salud en la Población Mexicana, por medio de una mayor capacidad de financiamiento, como parte de los derechos a la Salud y a la Educación de calidad, esto ha sido firmado ante organismos Supranacionales como la OMS y la OPS, así como en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En el artículo 4º de La Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos, en términos de que se garantice que el individuo tenga acceso a una alimentación nutritiva, esto como parte fundamental en la preservación de la salud, a través de que se garantice que el individuo tendrá preservados sus Derechos Humanos, como lo es el derecho a la Salud y a la Alimentación, de las cuales el estado Mexicano debe ser promotor y garante, esto debe ser una estrategia general de para disminuir la morbilidad y mortalidad de enfermedades no infecciosas con un componente metabólico y esto se puede lograr en el mediano plazo, siempre y cuando se aumente la base de fondeo económico en los rubros de prevención y atención primaria como estrategias de prevención y preservación de las salud.

Tabla No.1. Principales Causas De Muerte, en México, de acuerdo a la OMS, 2017.

EDAD	1	2	3	4	5
15-19 años	Agresiones homicidios	Accidentes de transporte terrestre	Lesiones autoinflingidas intencionalmente suicidas	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	Enfermedades del sistema urinario
20-24 años	Agresiones homicidios	Accidentes de transporte terrestre	Lesiones autoinflingidas intencionalmente suicidas	Enfermedades del sistema urinario	Eventos de intención no determinadas
25-29 años	Agresiones homicidios	Accidentes de transporte terrestre	Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Lesiones autoinflingidas intencionalmente suicidas	Cirrosis y otras enfermedades del hígado
30-34 años	Agresiones homicidios	Accidentes de transporte terrestre	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Enfermedades isquémicas del corazón
35-39 años	Agresiones homicidios	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	Accidentes de transporte terrestre	Diabetes mellitus	Enfermedades isquémicas del corazón
40-44 años	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	Agresiones homicidios	Diabetes mellitus	Enfermedades isquémicas del corazón	Accidentes de transporte terrestre

45-49 años	Diabetes mellitus	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	Enfermedades isquémicas del corazón	Agresiones homicidios	Accidentes de transporte terrestre
50-54 años	Diabetes mellitus	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	Enfermedades isquémicas del corazón	Enfermedades cerebrovasculares	Agresiones homicidios
55-59 años	Diabetes mellitus	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	Enfermedades isquémicas del corazón	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades del sistema urinario
60-64 años	Diabetes mellitus	Enfermedades isquémicas del corazón	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades del sistema urinario

Impacto económico de las enfermedades no transmisibles.

Se debe mencionar que las enfermedades no transmisibles como la Diabetes Mellitus (DM) están ligadas a la conducta alimentaria particularmente y que esta enfermedad con componente metabólica, al día de hoy no es curable, por lo que los pacientes que se les logra diagnosticar la DM deben estar bajo tratamiento farmacológico, así como bajo la atención de diversos profesionales de la salud (médicos, nutriólogos, enfermeros, ortopedistas, fisioterapeutas y farmacéuticos), lo cual se traduce en un impacto negativo en la economía *per cápita* y por lo tanto un compromiso del IDH, del país, el cual se dirige a paliar las complicaciones de la DM, esta como primer causa de muerte en la población mayor de 40 años de edad y que es la que se encuentra en la PEA de mayor productividad según la OCDE 2017.

DERECHO A LA EDUCACIÓN

El “Real y Primitivo Colegio de San Nicolás Obispo” Fundado por Don Vasco de Quiroga en el que se aprendía arte y oficios, mismos que al fusionarse con otras áreas dedicadas a la formación de médicos y Juristas, dieron origen a nuestra Gloriosa Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo que fue establecida desde 1917 y en la actualidad, es la institución de educación de mayor tradición en el estado de Michoacán, además de obedecer al compromiso social que le demanda su comunidad regional y nacional (López-Avalos M., 2017), La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, es una de las grandes Universidades Públicas de México, la institución atiende a cerca de 55,000 estudiantes, divididos en los niveles medio superior, superior y posgrado donde convergen hasta 3000 académicos y con un presupuesto que rondaba en el año de 2016 los 3000, millones de pesos, para el presente 2017 el presupuesto ronda los 2600 millones de pesos, así es que estos factores sociales, económicos, han colocado en la actualidad a la Universidad Michoacana a nivel mundial en el número 1483, con una presencia en el sitio 1555, un impacto en lugar 2757, con una apertura de 1649 y una excelencia del puesto número 1484, de acuerdo a Ranking Mundial de Universidades del Laboratorio de Cibermetría, perteneciente al Consejo Superior de Investigaciones Científicas del Ministerio de Ciencia y Tecnología de España («Buscar | Ranking Web de Universidades», s. f.). Se

debe mencionar que, en el año 2014, se tenía una posición en los siguientes rubros a nivel mundial en el número 1445, con una presencia en el sitio 1369, un impacto en lugar 3280, con una apertura de 1181 y una excelencia del puesto número 1466, de acuerdo a Ranking Mundial de Universidades del Laboratorio de Cibermetría, perteneciente al Consejo Superior de Investigaciones Científicas del Ministerio de Ciencia y Tecnología de España. De acuerdo a estos análisis la Universidad Michoacana ha descendido en términos de competitividad a nivel mundial del 1445 al 1483, una apertura del lugar 1181 al lugar 1649 y una excelencia de 1466 al 1649, lo cual representa una pérdida en el terreno educativo para una Universidad que tiene los antecedentes históricos y la presencia social que representa la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, la pregunta que surge es la causa de esta disminución cuantitativa según este Consejo Superior de Investigaciones Científicas del Ministerio de Ciencia y Tecnología de España (<http://www.webometrics.info/en>), toda vez que se ha ampliado la oferta educativa y se ha procurado en la presente administración Universitaria, la intervención de organismos externos con un componente privado (Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, CENEVAL, <http://www.ceneval.edu.mx/>) para la selección de los aspirantes a estudiantes de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, por lo tanto la intervención del sector privado puede ser una evidencia de que se menoscaba la autonomía Universitaria como una tendencia que imponen los organismos Supranacionales, en donde la UMSNH, no escapa de esta tendencia, y que existe la creciente preocupación debido a que en algunos países de la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos* (OCDE) los gobiernos y cuerpos legislativos (congresos y parlamentos legislativos) se han desentendido de su responsabilidad de financiar la enseñanza universitaria pública. “Más grave aún, que pueden delegarla al sector privado a un alto costo y sin garantías de calidad” (Dirección General de Comunicación Social, UNAM, 2017), comprometiendo las posiciones que actualmente se tiene a nivel mundial, en términos de estabilidad social, política, económica y de desarrollo humano, siendo la Universidad Pública un espacio que salvaguarde estos espectros a través de la autonomía Universitaria y la exigencia de una claridad

referente la ejecución de recursos económicos preponderando los logros educativos como un valor para la sociedad con tendencias globalizadoras.

La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), como institución, se rige por un conjunto de normas y reglas que direccionan y delimitan el accionar de toda la comunidad Nicolaíta, de esta manera los programas educativos referentes a los niveles medio superior, superior y posgrado que se imparte en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, están a través de la autonomía y de su Ley Orgánica, protegidos para su impartición, más sin embargo, México como país y como economía, está integrado a organismos supranacionales como la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)*, la cual dicta diversos lineamientos o recomendaciones referentes a la política económica de los países miembros, estas recomendaciones atienden sectores como el medio ambiente, la vivienda, el fortalecimiento institucional, la salud, y la educación, incidiendo en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) en términos de competitividad empresarial, según la OCDE, por lo que los proyectos que afectan a estos sectores deben ser financiados de acuerdo a las reglas de operación de institucionales financieras como el Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), los cuales han financiado diversos programas tanto en países industrializados y países con economías como la de México, es llamativo que si los programas-proyectos diseñados y operados a través de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público (SHCP), sino cubren las condiciones establecidas por el BM se imponen sanciones económicas a la Secretaría gubernamental que es la que contrata el financiamiento, esto genera un problema de operación y rendición de cuentas sobre los objetivos a cubrir, dado que los responsables no son las autoridades educativas sino la SHCP («casa_del_tiempo_eIV_num09_09_15.pdf», s. f.), implicando que el énfasis de los proyectos educativos se encuentre en el ejercicio de los recursos económicos y no sobre el cumplimiento de los objetivos educativos, como sería lo deseable referente al aumento del IDH en la población en México y que permita poder tener un desarrollo humano acorde al tamaño de economía de nuestro país, de esta manera la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en este siglo XXI, se debe convertir en una institución autónoma educativa que sea garante de que la educación superior pública

se le consideré como un asunto estratégico, no sólo por la formación futura de sus jóvenes, sino también para el desarrollo social, cultural, científico y tecnológico de la sociedad a la cual se debe, así mismo la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo debe transitar a una institución que sea un espacio de pensamiento y formación pluralista de excelencia que garantice el desarrollo de sus comunidades y, por ende, de la región, de nuestro país, esto teniendo el antecedente de que con el decreto de las Zonas Económicas Especiales (ZEE) se encuentra el estado de Michoacán de Ocampo, a través del Puerto Lázaro Cárdenas (Diario Oficial de la Federación, 2016). Para poder cumplir con esto se requiere que la comunidad Universitaria posea el valor incondicional de la autonomía y como institución sea garante de los valores del pensamiento crítico, plural con un modelo educativo tendiente al sistema teórico del enfoque histórico-cultural que permita al Universitario ser un ente social responsable de la estabilidad social, política, económica y del desarrollo humano acorde a nuestro país en el concierto de las naciones y los organismos a los que esta adherido, preponderando el cumplimiento de objetivos educativos y no solo los económicos (Vallaeyes F., 2014).

VI. CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES

Es de notar que los jóvenes de 15 a 35 años tengan como primeras de muerte a las acciones dentro de la violencia, así como la imprudencia en la conducción automotriz, lo cual es un reflejo lamentable de la situación en lo referente a la prevención y preservación de la salud, en un sector tan importante como es la base de la Población Económicamente Activa y que no se esté aprovechando de manera cabal el bono poblacional (Tabla No.1).

Y posterior a los 35 años se comienzan a desarrollar las enfermedades degenerativas en referencia al tejido hepático, así como la morbilidad de los padecimientos metabólicos como son la Diabetes Mellitus de tipo 2 como prevalencia.

Estos hallazgos referidos por la OMS y la Organización Panamericana de Salud, sobre la población económicamente activa, tendrán lamentablemente una repercusión negativa en el desarrollo humano en el largo plazo, lo cual comprometerá el IDH de México, por lo que el pronóstico para México será en el mediano plazo comprometedor para la cobertura de salud hasta el 2030.

VII. PERSPECTIVAS (PROPUESTA DE ACCION, INTERVENCION A NIVEL BASICO)

INTRODUCCIÓN.

México en conjunto con los países latinoamericanos como Brasil y Chile, son las economías emergentes con el mayor Producto Interno Bruto (PIB), dentro de La Región de Iberoamérica, esta región presenta considerables desigualdades socioeconómicas entre y dentro de los países, pertenecientes a este bloque regional y económico. Por ejemplo, una relación entre la riqueza y la prevalencia de enfermedades es referenciado por la Organización Mundial de la Salud en su reporte del 2017, en lo referente al rubro de Acceso a Salud Universal, en donde: un 29% de la población vive aún por debajo del umbral de la pobreza y un 40% de la población recibe menos del 15% del total de los ingresos como parte del PIB, con mayores desigualdades y diferencias muy marcadas entre los países (1). El 10% más rico de la población posee 14 veces el nivel promedio del 40% más pobre en los países de América Latina y el Caribe (2). Asimismo, se estima que un 30% de la población no tiene acceso a la atención de salud debido a barreras financieras, mientras que un 21% se ve condicionado para buscar atención médica de primer y segundo nivel, esto debido a las barreras geográficas y la operación de diversas clínicas y hospitales para la atención médica (1). Adicionalmente se suman dos factores aparentemente disímboles, pero, concatenados en los extremos de la curva de demográfica: a) el envejecimiento de la población y b) las tasas de fecundidad más bajas han cambiado drásticamente el perfil de la población: la población de la Región llega ahora a casi el doble de lo que era en los años setenta.

Con ello, el perfil epidemiológico continúa con la transición de un cuadro caracterizado por altos niveles de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, a un cuadro caracterizado por una elevada prevalencia de mortalidad y morbilidad por enfermedades no transmisibles y causas externas con un componente de violencia (por ejemplo, accidentes de tráfico, violencia voluntaria o incidental). Por lo tanto las enfermedades no transmisibles (ENT), principalmente las enfermedades

cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus y las enfermedades respiratorias crónicas, junto con sus cuatro factores de riesgo compartidos: a) el consumo de tabaco, b) la mala alimentación, c) la inactividad física y d) el consumo nocivo del alcohol, son la causa de más del 80% de todas las muertes en la Región de las Américas, donde México y Brasil por el tamaño de su población y perfil económico son los referentes de esta zona (3). Las consideraciones acerca de la equidad persisten, ya que la evidencia sugiere que las tasas de mortalidad son mayores para estas enfermedades entre los más pobres (9).

Por lo tanto la cobertura y ampliación de la oferta de servicios de salud, con miras a un acceso a la salud universal se ve limitado por el rubro de financiamiento, en este sentido, en el año, 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) marcó una tendencia con la publicación: “Health Systems Financing: The Path to Universal Health Coverage” (4) en la que se urgía a los países a mejorar y ampliar el financiamiento en el rubro de salud con el objetivo de ampliar la cobertura de la población y la oferta de servicios. Al mismo tiempo, a través de la Declaración Política de Río (2011) (5), se formuló una declaración global a la acción para abordar los determinantes sociales de la salud, que dio lugar a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sustentable (Río + 20), celebrada en el 2012 (6), y a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA67.14 (2014) sobre la salud en la agenda para el desarrollo (7) y, por último, a la reciente Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (8). La necesidad de enfrentar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud, para influenciar los resultados de salud, se centra en cada uno de estos compromisos, pero se subraya la necesidad de gestionar una interacción de tipo transversal en tres sectores: políticos, económicos más la acción intersectorial y la distribución diferencial del acceso a servicios de salud integrales a lo largo de las diferentes capas sociales de cada país o bloque económico, esto con el objetivo de reducir y eliminar las brechas existentes en la equidad en salud y como una medida de incrementar el IDH en la región latinoamericana, a través de los países o economías, como la de México.

Principales causas de muerte en Población Económicamente Activa (PEA)

En el caso de México como estado nación y parte de la Organización de Panamericana de la Salud (OPS), debe de ser garante del acceso a la cobertura universal de salud, esto ha quedado signado dentro de las declaratorias de la Resolución CD53.R14 del Consejo Directivo, de la OPS, y donde se enumeran las estrategias para aumentar y asegurar una cobertura universal de salud de los Países miembros de la OPS; en el caso Mexicano, es particularmente delicado, esto debido al perfil demográfico y las prevalencias de enfermedades en población económicamente activa PEA (de los 15 a los 64 años). En este sector poblacional ha virado la prevalencia de enfermedades no infecciosas. Dentro del grupo de la PEA, los jóvenes son particularmente sensibles a las muertes por violencia (homicidios, accidentes de tránsito), como primera causa de muerte y la segunda causa de muerte se encuentra las enfermedades ligadas al tejido hepático, esto de acuerdo a lo publicado en el reporte de la Organización Mundial de la Salud, del 2017 para el caso de México. De esta manera, estas dos primeras causas de muerte en el caso la PEA, jóvenes (de 15 a 35 años) de México, se pueden implementar políticas de estado que garanticen la seguridad de los jóvenes en términos de abatir las muertes por violencia y prevenir el desarrollo de enfermedades degenerativas en el hígado, lo cual en este último caso puede estar relacionado con el consumo no adecuado de bebidas con contenido alcohólico o la automedicación, casos que deben ser elucidados por mayores estudios al respecto. Así el presente documento tiene como muestra que las primeras causas de muerte en la PEA en México, son prevenibles siempre y cuando el estado Mexicano garantice la aplicación de las estrategias de cobertura Universal de Salud en la Población Mexicana, por medio de una mayor capacidad de financiamiento, como parte de los derechos a la Salud y a la Educación de calidad, esto ha sido firmado ante organismos Supranacionales como la OMS y la OPS, así como en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En el artículo 4º de La Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos, en términos de que se garantice que el individuo tenga acceso a una alimentación nutritiva, esto como parte fundamental en la preservación de la salud, a través de que se garantice que el individuo tendrá preservados sus Derechos Humanos, como lo es el derecho a la Salud y a la Alimentación, de las cuales el estado

Mexicano debe ser promotor y garante, esto debe ser una estrategia general de para disminuir la morbilidad y mortalidad de enfermedades no infecciosas con un componente metabólico y esto se puede lograr en el mediano plazo, siempre y cuando se aumente la base de fondeo económico en los rubros de prevención y atención primaria como estrategias de prevención y preservación de las salud, en este sentido es en la etapa de educación básica donde se debe de identificar los factores de riesgo asociados al desarrollo de enfermedades no infecciosas, comenzando con los procesos de tipo nutrimental que afectan el peso y el Índice de Masa Corporal, las cuales son condicionantes para el desarrollo de enfermedades como la Diabetes Mellitus, así como sus complicaciones de tipo vascular, por lo que se debe hacer énfasis en la identificación de los factores orgánicos que favorecen el desarrollo de este tipo de patologías que comienzan a manifestarse de manera muy temprana, como lo es la etapa de la educación básica (6 a 15 años de edad, primaria/secundaria).

ANTECEDENTES

El índice de desarrollo humano, según el programa de naciones unidas para el desarrollo (PNUD), posiciona a México en la ubicación 58 a nivel mundial para el ejercicio 2012, para el 2017, el PNUD sitúa a México en el lugar número 76 para el IDH. El índice de desarrollo humano por entidad federativa posiciona a Michoacán en el número 30, con un índice de desarrollo del 0.7885, por encima de guerrero, Oaxaca y Chiapas. La esperanza de vida al nacer se utiliza como variable para aproximar la dimensión de salud a nivel nacional es 74.27 años en 2012 (conapo).



Figura 4 Consejo Nacional de Población

Citado de: <https://www.gob.mx/conapo>

En educación 8.43 y 12.39 en México, las entidades con los menores logros en educación son Chiapas (0.528), Oaxaca (0.539) y Michoacán (0.543), teniendo estos resultados, se pone de manifiesto que es necesario contar con un mayor número de datos de laboratorio que permitan identificar los factores de riesgo asociados a la fisiopatología temprana de la Diabetes Mellitus, en población de educación básica, como es el sector a nivel secundaria de 12 a 15 años de edad, puesto que en esta edad y en este nivel educativo es el que está reportado según la OCDE, 2017, como el número de años promedio de la población Mexicana (8.6 años de educación formal), lo cual describe un eslabón de transición de educación que repercute no solo en el rubro de poder adquisitivo sino que impacta de manera negativa en la salud en el largo plazo, reflejándose en la etapa madura mayor a los 40 años de edad, las enfermedades no infecciosas.

JUSTIFICACIÓN

El modelo económico bajo el cual México, se desempeña junto con su población, ha impactado diferentes aspectos de la vida humana, entre los que destacan, el poder adquisitivo, la educación y la salud, son estos últimos dos aspectos lo que más han sido determinantes para excluir a un gran número de individuos de los niveles de bienestar medido dentro del IDH, como aspiración universal de los individuos, por lo que es ingente que se atiendan de manera cabal, los factores que subyacen inherentes al vínculo educativo y salud, así como asociar los marcadores bioquímicos tempranos a un proceso no de tipo paliativo, sino más bien aún proceso de tipo preventivo y correctivo temprano el cual puede comenzar en la etapa educativa, aprovechando la última etapa de educación básica, donde se pueden afianzar los factores de cuidado y prevención ligados a la salud humana, para las enfermedades no infecciosas, como son la Diabetes Mellitus y los factores asociados al sobrepeso y obesidad en la etapa a nivel secundaria, como parte del IDH, la salud y la educación y su repercusión en el largo plazo.

HIPÓTESIS.

Mostar la relación directa entre los marcadores bioquímicos tempranos de Diabetes mellitus en población de 12 a 15 años y su desempeño escolar.

Objetivo General:

Demostrar el vínculo que existe entre el índice de desarrollo humano y marcadores bioquímicos, en educación básica.

Objetivos Específicos:

- a)- Identificar el nivel de salud pública en la educación básica en México y en nuestra entidad de Michoacán.
- b)- Conocer las causas por las que se producen estas enfermedades no infecciosas y las complicaciones que se derivan de estas enfermedades, en población de nivel secundaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se contará con el apoyo de la institución Escuela Secundaria Federal Encuentro de Hidalgo y Morelos, ubicada en el municipio de Charo, Mich. Tomando como referencia una muestra de 120 alumnos de segundo y tercer grado de un total de 300 alumnos, previamente con la autorización del padre de familia o tutor.

Las pruebas se llevarán a cabo apoyados en el Laboratorio del CA-211 de fisiopatología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y los marcadores bioquímicos que se emplearán serán los siguientes:

Glucosa sérica, Perfil lipídico, Microalbumina, Hemoglobina glicosilada, Productos peptídicos de oxidación.

Los resultados obtenidos se procesarán a través de herramientas estadísticas, que permitan poder afirmar o descartar la hipótesis de investigación.

Entregables.

A lo largo del proceso formativo se generarán diferentes productos académicos que serán presentados en diversos foros académicos, como congresos estatales, nacionales o internacionales, lo cual dará causa a las reflexiones y datos que se encuentren a lo largo del presente trabajo de investigación, así como los créditos correspondientes a la presente UNIVIM y el programa Educativo de Posgrado.

PROPUESTA INCLUYENTE.

Debido al modelo de desarrollo de nuestro país y el contexto de bisagra en el que nos encontramos entre países desarrollados (Canadá y Estados Unidos de América) y países con una transición económica y social (Centro América y Sudamérica), México debe de fortalecer su aspecto de cobertura de formación profesional de la salud, por lo que se debe de fortalecer el aspecto de educación esto a través de la cobertura de educación lo cual incidirá de manera favorable en la cobertura universal de salud, en largo plazo. Y de esta manera se podrá conseguir aumentar el IDH en términos de salud y educación y conseguir que México aumente su precario IDH de lugar 74 al por lo menos conseguir las posiciones que se tenían anteriores al inicio de la presente administración federal, donde el lugar del IDH estaba entorno al IDH 66°.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- BID “Banco Interamericano de Desarrollo”
- BM “Banco Mundial”
- CONAPO “Consejo Nacional de Población”
- CENEVALEI “Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior”
- CONEVALEI “Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social”
- DM “Diabetes Mellitus”
- ENT “Enfermedad No Transmisible”
- FMI “Fondo Monetario Internacional”
- IDH “Índice de Desarrollo Humano”
- INEGI “Instituto Nacional de Estadística y Geografía”
- OCDE “Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos”
- ODS “Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas”
- OMS “Organización Mundial de la Salud”
- OPS “Organización Panamericana de la Salud”
- PEA “Personas económicamente activas”
- PIB “Producto interno bruto”
- PNUD “Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo”
- SGM “Segunda Guerra Mundial”
- SHCP “Secretaría de Hacienda y Crédito Público”
- UMSNH “Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo”
- UNAM “Universidad Nacional Autónoma de México”
- UNESCO “La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura”
- VIH “Virus de inmunodeficiencia humana”
- ZEE “Zonas económicas especiales”

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-casa_del_tiempo_eIV_num09_09_15.pdf. (s. f.). Recuperado a partir de [http://www.uam.mx/difusion/casadeltiempo/09 iv jul 2008/casa del tiempo eIV num09 09 15.pdf](http://www.uam.mx/difusion/casadeltiempo/09_iv_jul_2008/casa_del_tiempo_eIV_num09_09_15.pdf)
- 2.-Buscar | Ranking Web de Universidades. (s. f.). Recuperado 22 de abril de 2017, a partir de: <http://www.webometrics.info/es/search/Rankings/universidad%20michoacana%20de%20san%20nicol%C3%A1s%20de%20hidalgo%20type%3Aregion>
- 3.-Cintra L.T., Samuel R.O., Prieto A.K., Sumida D.H., Dezan-Júnior E, Gomes-Filho J.E. Arch Oral Biol. (2017). Oral health, diabetes, and body weight. Jan;73:94-99. doi: 10.1016/j.archoralbio.2016.10.002.
- 4.-Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama Social de América Latina*, 2015. CEPAL; 2016. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/39965-panorama-social-america-latina-2015>.
- 5.-de la Fuente J.R., Silink M., Violante-Ortiz R., Alcocer L., Mazanec M.B., Bond D.M., Shackelton L.A., Salazar-Lezama M.A., Coyote-Estrada N., Betancourt-Cravioto M. (2009). [Global problems of local impact in health]. Gac Med Mex. 145(4):289-321
- 6.-Diario Oficial de la Federación. (2016). DOF - Diario Oficial de la Federación, Ley Federal de Zonas Económicas Especiales. Recuperado 24 de abril de 2017, a partir de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5439557&fecha=01/06/2016
- 7.-Dirección General de Comunicación Social, UNAM. (2017, abril 23). Educación superior pública, estratégica para América Latina y el Caribe. Recuperado 24 de abril de 2017, a partir de http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017_272.html
- 8.-Fófano do Lago M., Chaia Kaippert V., Lopes Souto D., Lopes Rosado E. (2016). Influencia de los ácidos grasos insaturados en el peso corporal y en el metabolismo de la glucosa y de los lípidos en mujeres obesas con el genotipo Pro12Pro en el gen PPAR γ 2. Nutr Hosp.25;33(2):103. doi: 10.20960/nh.103.

- 9.-González-Pérez, G. J., Vega-López, M. G., Romero-Valle, S., Vega-López, A., & Cabrera-Pivaral, C. E. (2008). [A socio-spatial analysis of social exclusion and inequity in health in Mexico]. *Revista De Salud Pública (Bogota, Colombia)*, 10 Suppl, 15-28.
- 10.- Hosseinpoor AR, Bergen N, Mendis S, Harper S, Verdes E, Kunst A, et al. Socioeconomic inequality in the prevalence of non-communicable diseases in low- and middle-income countries: results from the World Health Survey. *BMC Public Health* 2012;12(1):474.
- 11.- Kadi H, Avci E, Usta A, Demirtaş AO. (2018). Morning blood pressure surge and its relation to insulin resistance in patients of reproductive age with polycystic ovary syndrome. *Reprod Biol Endocrinol.*;16(1):75. doi: 10.1186/s12958-018-0394-2.
- 12.-López-Avalos M. (2017). Confluencia 79, Nuestras Afiliadas. Recuperado 24 de abril de 2017, a partir de <http://publicaciones.anuias.mx/acervo/confluencia/79/14.htm>
- 13.-Luis F. López-Calva, L. R.-C. (07 de Julio de 2004). La medición del desarrollo humano en México: Introducción. Obtenido de <https://sic.cultura.gob.mx/documentos/1006.pdf>
- 14.-mexico-2017-OECD-Estudios-economicos-de-la-ocde-vision-general.pdf. (s. f.). Recuperado a partir de <https://www.oecd.org/eco/surveys/mexico-2017-OECD-Estudios-economicos-de-la-ocde-vision-general.pdf>
- 15.- Naciones Unidas. El futuro que queremos [Internet]. Rio+20 Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible; 20 al 22 de junio del 2012; Río de Janeiro (Brasil). NuevaYork: NU; 2012 (A/CONF.216/L.1). Disponible en: https://rio20.un.org/sites/rio20.un.org/files/a-conf.216-l-1_spanish.pdf.pdf.
- 16.- Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. NuevaYork: NU; 2015. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=https://www.google.com/&Lang=S.

17.-Organización Mundial de la Salud. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Ginebra: OMS; 2007. Disponible

en: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

18.- Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* [Internet]. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/>.

19.- Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, del 19 al 21 de octubre del 2011, Río de Janeiro, Brasil. Ginebra: OMS; 2011. Disponible

en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf?ua=1.

20.- Organización Mundial de la Salud. La salud en la agenda para el desarrollo después de. WHA67.14 Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf.

21.- Organización Panamericana de la Salud. Ejecución de la estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario, la actividad física y la salud. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité regional de la OMS para las Américas; Washington, D.C., del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010 (CD50/INF/6F). Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-INF-6-F-s.pdf>.

22.- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 (documento CD53/5, Rev. 2). Disponible

en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27273&Itemid=270&lang=es.

23.- Paris V. (2014). [The impact of the economic crisis on health systems of OECD countries]. Med Sci (Paris). (10):910-5.

24.- Perspectivas de la población mundial: revisión de 2015. The Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. [Citado 20 de marzo del 2018] https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf
Informe sobre Desarrollo Humano México 2016. Desigualdad y movilidad. [Citado 26 de septiembre del 2018] .

<http://www.mx.undp.org/content/dam/mexico/docs/Publicaciones/PublicacionesReduccionPobreza/InformesDesarrolloHumano/idhmovilidadsocial2016/PNUD%20IDH2016.pdf>

25.- Pinzón Florez, C. E., Reveiz, L., Idrovo, A. J., & Reyes Morales, H. (2014). [Health expenditures, income inequality, and the marginalization index in Mexico's health system]. *Revista Panamericana De Salud Pública = Pan American Journal of Public Health*, 35(1), 1-7.

26.- Pyone T., Dickinson F., Kerr R, Boschi-Pinto C., Mathai M, van den Broek N. (2015). Data collection tools for maternal and child health in humanitarian emergencies: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2015 Sep 1;93(9):648-658.

27.- Shchelkunova G.A., Shchelkunov S.N. (2017). 40 Years without Smallpox. *Acta Naturae*. 9(4):4-12.

28.- Vallaey F. (2014). La responsabilidad social universitaria: un nuevo modelo universitario contra la mercantilización. *Rev. iberoam. edu. superior*. Vol. 5 no. 12 México.

IX. ANEXO

DERECHO A LA SALUD

Reflexiones y Perspectivas

Por lo tanto las enfermedades no transmisibles y las lesiones mortales son las incidencias más prevalentes a nivel país, más sin embargo las infecciones y los problemas perinatales y la desnutrición siguen siendo importantes en las regiones y comunidades con mayor grado de marginación, como la pobreza en entidades como Michoacán, Guerrero, Oaxaca y Chiapas condicionan la prevalencia de enfermedades infecciosas y no infecciosas, lo cual compromete el IDH (0.742) de su población de lo que significa que estaría por debajo de otros países latinoamericanos o a la par de países subsaharianos, lo cual coloca a estas entidades en lugar 95 a nivel mundial y esta precarización ha volcado a la migración hacia países con IDH más competitivos, respecto a México, lo cual conlleva el desarrollo de otros problemas de índole social. Por lo anterior este modelo económico ha favorecido la desigualdad social, entendida como una escases de oportunidades tanto las gestionadas por las instancias estatales como las federales y de tipo privado, para un desarrollo humano aceptable, las cifras presentadas referentes a las causas de muerte no reflejan más que la situación socioeconómica determinada a través de los servicios de promoción de la alimentación de calidad y con promoción de la salud a largo plazo, así como del ingreso per cápita, amplificando la desigualdad y promoción de la pobreza, a pesar de la existencia de programas de asistencia social focalizados y dirigidos desde la discrecionalidad del ejecutivo federal y estatal y por lo tanto renunciando a la Universalidad de Cobertura en el espectro de Salud y comprometiendo el mejoramiento del IDH de la población en el mediano plazo.

DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

Reflexión y Perspectivas

Por lo que la acción de intervención del Estado Mexicano, es que se vea favorecido la aplicación del artículo 4º de La Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos,

en términos de que se garantice que el individuo tenga acceso a una alimentación nutritiva, esto como parte fundamental en la preservación de la salud, a través de que se garantice que el individuo tendrá preservados sus Derechos Humanos, como lo es el derecho a la Salud y a la Alimentación, de las cuales el estado Mexicano debe ser promotor y garante.

DERECHO A LA EDUCACIÓN

Reflexión y Perspectivas

1.- La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, por lo tanto debe ser una Institución educativa autónoma que se integre con otras universidades públicas, regionales, nacionales e internacionales que posean una identidad pública que exijan la participación de los estados nacionales y organismos supranacionales para salvaguardar la docencia, la investigación, la generación y aplicación del conocimiento, la generación y difusión de la cultura y la gestión de recursos con primacía en los objetivos educativos integrales no solo en términos de competitividad empresarial sino que sean parte de la economía del conocimiento como lo recomiendan también La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en favor del IDH tendiente a eliminar idealmente la inequidad en nuestra sociedad.

2.- La educación media superior, superior y de posgrado deben apuntar a la innovación con miras a abrir y conectar a nuestra institución educativa con las regiones productivas, por medio del uso de las tecnologías de información y la comunicación y una mayor sinergia entre éstas permitirá enfrentar mejor la pobreza, la corrupción y la inestabilidad política, para así garantizar el estado de derecho y disminuir la inequidad, a través de la autonomía Universitaria, como parte de la Responsabilidad Social Universitaria, en este siglo XXI.

carta de aprobación “primera convención de derechos humanos”

Morelia, Michoacán a 12 de agosto del 2018
Asunto: Carta de Aprobación

Yeiman Fabre Magaña-Mendoza

PRESENTE

Por este medio nos complace hacerle de su conocimiento que tras evaluar a doble ciego su colaboración enviada para presentar en la **Primera Convención Internacional de Derechos Humanos** titulada: *“Derecho a la Salud y Acceso a la Cobertura Universal, en México”* resultó **ACEPTADA** para el panel de trabajo: **“Derecho Humano a la Vida”** en virtud de cumplir con el rigor académico del mismo.

La presentación será el día miércoles 26 de septiembre de las 16 horas a las 17 horas en las instalaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales.

Así mismo se le hace una cordial invitación a que nos acompañe en la totalidad de este magno evento. Saludos cordiales.

Atentamente,


Dr. Héctor Chávez Gutiérrez
Director de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales


Miguel Regalado Chávez
Presidente del Laboratorio de Innovación Jurídica

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Av. Tata Vasco No. 200, Col. Centro, C.P. 58000

Laboratorio de Innovación Jurídica
lainjur@gmail.com
44 32 65 03 66

Constancia de ponencia “primera convención de derechos humanos”



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
A través de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales y el
Laboratorio de Innovación Jurídica

Otorga la presente

Constancia

A

Yeiman Fabre Magaña-Mendoza


Por su Ponencia Internacional titulada:


*“Derecho a la Salud y Acceso a la Cobertura Universal
en México”*

En la “Primera Convención Internacional de Derechos Humanos”, realizada en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, el 25 y 26 de septiembre del 2018, con un valor curricular de 40 horas.

Morelia, Michoacán, a 26 de septiembre del 2018.


Dr. Héctor Chávez Gutiérrez
Director de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales


Dra. María Elena Pineda Solorio
Coordinadora General
de la Convención


Miguel Regalado Chávez
Presidente del Laboratorio de
Innovación Jurídica



LABORATORIO DE INNOVACION JURÍDICA 

Con el número _____ queda registrado el C. Yolanda Fabre
Magaña Medrano (Parente Internacional)
con un documento de la Primera Convención sobre Derechos Humanos
que acredita el haber cursado y terminado el tema de
la prevención de nombre Derecho de salud y Acceso a la
Ciberbera Universidad en México de 40 Hrs. curriculares.
Morella, Mich. a 26 del mes Septiembre del año 2018.