



**UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales División de Estudios de Posgrado

Tesis

INFORMACIÓN EN SALUD, UN DERECHO SIN DEVELAR.

Para obtener el grado de

Maestro en Derecho de la Información

Presenta:

LCC Grissel Astrid Del Ángel Carballo

Asesor:

Doctor en Ciencia Social Héctor Chávez Gutiérrez

Morelia, Michoacán, México, julio de 2013



CONTENIDO

CONTENIDO.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
1. Razón de ser	5
2. Estado de la cuestión.....	5
3. Hipótesis y objetivo	7
4. Método	7
5. Estructura.....	8
CAPÍTULO I: EL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA, UN DERECHO HUMANO	9
1.1 Conceptos de salud e información	9
1.2 La medicina moderna	11
1.2.1 La economía y el cuerpo	14
1.3 Determinantes de la salud	19
1.4 La información y el derecho a la protección de la salud	24
1.5 El derecho a la información para la salud.....	26
1.5.1 Sujetos	33
1.5.2 Objeto, los mensajes sanitarios	38
1.5.3 Facultades	40
1.6 El derecho a la salud, un derecho fundamental, social, prestacional	42
CAPÍTULO II: PERSPECTIVA IUSINFORMATIVA DE LA SALUD EN LA LEGISLACIÓN	49
2.1 El derecho a la información para la salud a nivel internacional	49
2.2 El derecho a la información para la salud en México y España	57
2.3 El derecho a la información y las mujeres.....	69
2.4 El derecho a la información para la salud y las minorías lingüísticas	70
CAPÍTULO III: LA EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD A TRAVÉS DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN.....	74
3.1 El derecho a la salud en México	79
3.2 Exigibilidad.....	85
3.3 Obligaciones de los particulares	89
3.3.1 El problema de la publicidad.....	89
3.3.2 Marco legal de la publicidad	91

3.4	Obligaciones del Estado.....	92
CAPÍTULO IV: LA INFORMACIÓN COMO RESPUESTA, SOCIEDAD E INTERCULTURALIDAD		
		93
4.1	Inequidad	96
4.2	Sabiduría medicinal tradicional	97
4.3	Estudio de caso: Información para la salud en mujeres indígenas de Ihuatzio....	99
4.3.1	Características generales de la población de Ihuatzio	100
4.3.2	Infraestructura sanitaria en la localidad y sus alrededores.....	102
4.3.3	Usos y costumbres.....	103
4.3.4	Opciones vigentes para la prevención, diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus y neoplasias femeninas en la localidad.....	104
4.3.5	Estrategias útiles para facilitar el acceso a la información en salud en comunidades indígenas.....	104
4.3.6	Evaluación del acceso de la información en salud en Ihuatzio.....	105
4.3.7	Dificultades en la relación intercultural médico paciente	106
4.3.8	Principales resultados de la entrevista.....	106
4.3.9	Observaciones	108
4.4	Cómo mejorar la accesibilidad a la información en salud.....	109
CONCLUSIONES.....		111
FUENTES DE INFORMACIÓN		115
1.	Bibliográficas	115
2.	Electrónicas	118
3.	Tesis	119
4.	Fuentes jurídicas	119
ANEXO.....		122

INTRODUCCIÓN

Si el elemento constitutivo de la participación es la decisión informada¹, es responsabilidad de todos los elementos de la sociedad que los ciudadanos cuenten con toda la información sobre su salud y los aspectos que los puedan afectar, para que éste sea capaz de tomar decisiones de manera autónoma y responsable, en su vida individual y social.

Conocer las opciones de tratamiento, los servicios de salud a los que podemos tener acceso, las consecuencias de nuestros hábitos y las características del medio ambiente donde vivimos son sólo algunos de los aspectos de los que debemos ser conscientes si pretendemos cuidar nuestra salud.

El individuo, el estado y los particulares tenemos deberes y derechos a la hora de participar en las distintas relaciones que conllevan el intercambio de información sanitaria y que debido a la importancia, debe ser protegida por el estado para todos los individuos y, en especial, para los grupos que se encuentran en desventaja al intentar ejercer de manera plena a este derecho.

Cabe finalizar esta entrada con una reflexión de Yolanda Martínez, quien asevera que “La comunicación en general y la de temas biosanitarios, se asemejan a los propios remedios farmacológicos con los que se tratan las enfermedades, y que si se usan de forma correcta son curativas y si no se hace así, pueden provocar efectos secundarios indeseados.”²

¹ Carta del derecho a la información, Paris 1973.

² Martínez, Yolanda, “La responsabilidad de las instituciones públicas en la comunicación sobre salud” en Cuesta, Ubaldo; Méndez, Tania y Aitor, Ugarte (coords.), *Comunicación y salud: Nuevos Escenarios y Tendencias*, Madrid, Editorial Complutense, 2011, p. 53.

1. Razón de ser

El derecho a la información sanitaria resulta de la intersección de los derechos a la información y a la protección de la salud; no obstante, en vez de acotar la materia, multiplica las posibilidades, y los especialistas de estos derechos se enfrentan a problemas derivados del manejo de la información de salud, el acceso a la misma, la vulnerabilidad de los datos del individuo como paciente, el uso de las nuevas tecnologías en la atención médica, entre otros conflictos.

Debido a que los avances científicos han derivado en el incremento de la esperanza de vida a nivel mundial, actualmente los sistemas de salud públicos enfrentan serias dificultades económicas, ya que a mayor edad, el cuerpo humano presenta más enfermedades que, en muchos casos, son curables, o al menos se puede prorrogar su evolución, ello implica un compromiso económico mayor por parte del Estado, responsable de garantizar el acceso a las atenciones.

De ahí la relevancia de que los instrumentos normativos reconozcan el derecho a la información sanitaria, que a su vez, permitirá un mejor ejercicio del derecho a la protección en salud y, por ende, del resto de derechos fundamentales que permiten al ser humano tener un desarrollo y una vida plena, ya que cuando adolece de la salud difícilmente gozará del derecho al trabajo, a la vivienda, a la alimentación y demás derechos que están interrelacionados.

2. Estado de la cuestión

En realidad, el derecho a la información sanitaria es una rama poco abordada por los autores mexicanos, puede ser ello una consecuencia de que el país no cuente con una legislación específica, sino que los destellos de este derecho se encuentren dispersos en las normativas que se encargan de la protección de la salud.

Al dirigirnos a España para dedicar una estancia al sustento de esta investigación, nos encontramos con dos buenas noticias: en primer lugar, en el país europeo existe una ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que ofrece un panorama que lo que para los juristas españoles contempla el derecho a la información sanitaria.

La segunda cuestión positiva, fue que actualmente hay una investigadora que ha dedicado sus esfuerzos al estudio de la salud bajo la perspectiva iusinformativa, Carolina del Valle Montoya Santiago, cuyo trabajo, bajo la dirección de María Pilar Cousido González derivó en la tesis de doctorado: *Perspectiva iusinformativa del mensaje y de la relación sanitaria*³.

Dicho estudio se plantea la posibilidad de, a partir del Derecho de la Información, estructurar el estudio del derecho a la información sanitaria y del derecho de acceso a la historia clínica; además de poder delimitar el significado y alcance de ese derecho, para señalar los principios a través de los cuales se fundamenta el acceso efectivo a esta clase de información.

Asimismo, en dicha tesis se cuestiona si el máximo nivel de garantías constitucionales reconocidas en España al derecho a la información puede hacerse extensivo a derechos cuya protección no asiste, como lo son el derecho a la protección de la salud y el de acceso a los documentos administrativos. En este sentido, el trabajo de del Valle Montoya Santiago fue de gran ayuda para avanzar en los propósitos del presente trabajo.

³ Del Valle Montoya Santiago, Carolina, *Perspectiva iusinformativa del mensaje y de la relación sanitaria*, Tesis de doctorado, Directora: Pilar Cousido, Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Derecho Constitucional, 2011.

3. Hipótesis y objetivo

El objetivo de esta investigación es demostrar dos hipótesis: 1) El derecho a la información en salud se encuentra contenido en los documentos normativos que desarrollan el derecho a la protección de la salud, tanto a nivel nacional como internacional, aunque sin desarrollar; 2) el derecho a la información en salud se puede analizar mediante la estructura del derecho a la información.

Asimismo, se busca ampliar el panorama de los sujetos y factores que participan en los fenómenos de la información sanitaria bajo la perspectiva de la Teoría de la Comunicación, ya que si bien la relación médico-paciente es una de las más importantes, no es la única, y diariamente el ser humano recibe información referente a su salud, proveniente de diversas fuentes.

4. Método

Para los objetivos de esta investigación el método que se utilizó fue el documental, el análisis de la legislación en la materia sanitaria y otras de México y España, así como la normativa internacional sobre la protección de la salud y el uso de recursos bibliográficos sobre Teoría de la Comunicación y del Derecho fueron necesarios para establecer los principios que ayudaron a obtener los resultados.

Asimismo se realizó un estudio comparativo de las legislaciones de ambos países, y la integración de la normativa supranacional y la doctrina. A lo que se suma que los fundamentos del Derecho de la Información permitieron dar forma al contenido del derecho a la información sanitaria.

5. Estructura

Este estudio se divide en cuatro capítulos, el primero destinado a profundizar en el contenido del derecho a la salud y delinear el contenido y alcances del derecho a la información en materia de salud.

En el segundo capítulo se analizan instrumentos legales internacionales sobre el derecho a la protección de la salud, en busca de artículos, definiciones o exhortos que se relacionen con el contenido del derecho a la información en materia sanitaria. Asimismo, se estudian leyes de México y España con el mismo ejercicio de búsqueda, especialmente en México donde no hay una normativa específica, a lo que en el último apartado del capítulo se suma el factor de las minorías lingüísticas.

El tercer capítulo aborda el problema de la exigibilidad del derecho a la información en salud, frente a los problemas que el propio derecho humano a la salud enfrenta en el mundo actual y a través de las obligaciones del estado y de los particulares, dedicando a este último un apartado sobre la publicidad.

Finalmente, en el cuarto capítulo, un estudio de caso nos permite observar algunas de las precariedades de los sectores más vulnerables, las mujeres indígenas.

La bibliografía utilizada pertenece tanto al campo del derecho, como el de las ciencias médicas y las ciencias de la comunicación, con el objetivo de conjuntar los conocimientos desarrollados en las diversas ramas y, de este modo, ofrecer una perspectiva completa del derecho a la información sanitaria.

Entre las principales fuentes relativas al derecho a la información destacan diversas obras bibliográficas del destacado catedrático, investigador, periodista y abogado, José María Desantes-Guanter, además de la tesis inédita de la doctora Carolina del Valle Montoya Santiago.

CAPÍTULO I: EL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA, UN DERECHO HUMANO

1.1 Conceptos de salud e información

La salud es uno de los factores directamente asociados al bienestar del ser humano, sin embargo día con día los individuos y las sociedades atentan contra este bien, en ocasiones de manera intencional, otras veces por ignorancia. Se dice a cerca de la salud que es un valioso tesoro y lo único que el dinero no puede comprar, pero ¿qué es la salud?

Etimológicamente, de acuerdo con Perea Quesada, el vocablo salud “proviene del latín *salus-utis* y significa el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”⁴. El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (RAE) contempla siete definiciones⁵, la primera es la etimológica ya señalada, mientras que la segunda plantea: “Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”, la tercera afirma que es “Libertad o bien público o particular de cada uno”⁶.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece la siguiente definición: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades –a lo que agrega- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los

⁴ Perea, Rogelia, *Educación para la salud: Reto de nuestro tiempo*, Madrid, Díaz de Santos, 2004, p. 13.

⁵ Así como otras tantas expresiones como “a tu salud”.

⁶ Las siguientes se desfasan de los propósitos de esta investigación; no obstante, helas aquí: 4. f. Estado de gracia espiritual. 5. f. salvación (ll consecución de la gloria eterna). 6. f. germ. Inmunidad de quien se acoge a lo sagrado. 7. f. pl. p. us. Actos y expresiones corteses.

derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social⁷.

Esta es una visión avanzada si se toma en cuenta que hasta la década de los años cuarentas la salud era considerada simplemente como la ausencia de enfermedad, a lo que posteriormente se suma la consideración del ser humano como un ser biopsicosocial y se empiezan a contemplar otros factores que inciden en la salud y que deben ser tomadas en cuenta para llegar a dicho estado; no obstante, para Blanco y Maya⁸ aún es una definición incompleta. En este sentido, resaltan dos de las críticas que comúnmente se han hecho a la definición que brinda la OMS sobre el concepto salud: que resulta estática e idealista.

De esta discusión han salido propuestas para hacer más concreto el concepto y poder disponer de una definición que plantee la salud como algo posible que estimule el actuar del sector y de la sociedad en su conjunto, ya que no se quiere considerar a la salud como un fin inalcanzable, como parece sugerir la definición de la OMS, sino como un medio para el desarrollo de la persona y, por ende, de su entorno.

Aseguran que pese a la dificultad para definir el concepto, existen algunas bases con las que se ha buscado perfeccionarlo (algunas de ellas difieren de la concepción del organismo internacional), para Blanco y Maya, la salud:

- a) No es un estado sino un proceso.
- b) No es una utopía sino una realidad cambiante.
- c) No está directamente relacionada con un concepto de normalidad.
- d) Está intrínsecamente unida a la enfermedad.

⁷ Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946, consultado el 1 de abril de 2011, en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

⁸ Blanco, Humberto y Mejía, Maya, *Fundamentos de la Salud Pública*, 2ª ed., Bogotá, Corporación para la Investigaciones Biológicas, 2005, t. I, p. 2.

- e) Supera el aspecto biológico involucrando lo psíquico y lo social, es decir, al hombre integral.
- f) Es una característica de una posesión inalienable, y en este aspecto, se asemeja a otras formas de capital humano, tales como la educación, los conocimientos profesionales o las aptitudes atléticas. Pero sigue siendo diferente en aspectos fundamentales.
- g) No es posible acumularla como se acumulan los conocimientos y las aptitudes⁹.

Vale la pena destacar que se trata de una realidad cambiante, tanto la salud, como su concepto y el de la enfermedad cambian de una sociedad y tiempo determinados a otra, al igual que la medicina y el derecho a la salud, no es lo mismo en Europa que en América; ni en el Distrito Federal que en una comunidad rural de Michoacán.

1.2 La medicina moderna

Acorde a los avances médicos de cada sociedad, ésta ofrece posibilidades a los individuos con el objetivo de preservar la salud de la mayoría o, al menos, de los considerados más importantes para la comunidad, desde el aislamiento de los enfermos hasta tratamientos que pretenden aminorar e, incluso, revertir las consecuencias, hasta la mitad del siglo XVIII nadie salía del hospital, advirtió Michel Foucault y agrega “Se ingresaba en estas instituciones para morir. La técnica médica del siglo XVIII no permitía al individuo hospitalizado abandonar la institución en vida”¹⁰

⁹ *Idem.*

¹⁰ Foucault, Michel, “Historia de la medicalización” en *La vida de los hombres infames*. Seleccionados por Fernando Alvarez-Uría y Julia Varela, Buenos Aires, Editorial Altamira, 1993, p 50.

Conforme más se conocía de la salud y la enfermedad, este fenómeno comenzó a abarcar un campo más amplio del quehacer humano. Tanto el tratamiento farmacológico; como los cuidados que debía tener, es decir, el comportamiento; y su efectividad como herramienta de producción, todo ello le dio un valor económico en el mercado capitalista, como se verá en el siguiente apartado.

El filósofo francés afirma que hasta el siglo XVIII, las actividades de los médicos se concentraban en la demanda de los enfermos y sus enfermedades, aunque los resultados científicos y terapéuticos fueron nulos. “Hasta el siglo XVIII la medicina no se liberó del estancamiento científico y terapéutico en que se encontraba desde la época medieval. Hasta los años 1720-1750, se empezó a considerar otros campos distintos de los enfermos, se interesó por otros aspectos que no eran las enfermedades y dejó de ser esencialmente clínica para empezar a ser social”¹¹.

Posteriormente identifica los cuatro grandes procesos que caracterizan a la medicina del siglo XVIII:

1. Aparición de una autoridad médica, una autoridad social que puede tomar decisiones relativas a una ciudad, un barrio, una institución, un reglamento. Es la manifestación de lo que los alemanes denominaban “Staatsmedizin”, medicina del Estado.
2. Aparición de un campo de intervención de la medicina distinto de las enfermedades: el aire, el agua, las construcciones, los terrenos, los desagües, etc. En el siglo XVIII todo ello se convierte en objeto de la medicina.
3. Introducción de un aparato de medicalización colectiva, a saber, el hospital. Antes del siglo XVIII el hospital no era una institución de medicalización sino de asistencia a los pobres en espera de la muerte.

¹¹ *Ibidem*, p. 52.

4. Introducción de mecanismos de administración médica; registro de datos, comparación, establecimiento de estadísticas, etcétera¹².

En cada uno de dichos momentos, la información juega diversos papeles: en el primero, el Estado toma las decisiones, con base en lo que un experto considera necesario. Después, al notar la importancia de agentes externos al individuo, se toman otras precauciones; en el hospital se aplican los conocimientos médicos, y finalmente se realiza el registro y comparación de datos que permiten evaluar situaciones y profundizar en las investigaciones.

“Con base en el hospital y en todos esos controles sociales, la medicina pudo cobrar impulso y la medicina clínica adquirió dimensiones totalmente nuevas. A medida que la medicina se convirtió en una práctica social y dejó de ser una práctica individual, se abrieron las posibilidades a la anatomía patológica, a la gran medicina hospitalaria y a los progresos”¹³.

Esto permitió que la medicina se enfocara en otros campos, diferentes a las enfermedades, y con arreglo a un sistema de relaciones no regido por la demanda del paciente; “en el siglo XIX la medicina había rebasado los límites de los enfermos y las enfermedades, pero todavía existían cosas que seguían siendo no médicas y que no parecían medicalizables”¹⁴.

La medicina se extendía a la existencia de una práctica corporal, una higiene, una moral de la sexualidad, entre otras, no controladas ni codificadas por la medicina. “La Revolución Francesa, por ejemplo, concibió una serie de proyectos de moral del cuerpo, de higiene del cuerpo, que no deberían estar en modo alguno bajo control de los médicos; se concebía una especie de régimen político feliz, en que la gestión del cuerpo humano, la higiene, la alimentación o el control de la sexualidad corresponderían a una conciencia colectiva y espontánea.

¹² *Idem.*

¹³ *Idem.*

¹⁴ *Idem.*

Este ideal de una regulación no médica del cuerpo y de la conducta humana continuó durante el siglo XIX¹⁵.

Y alerta, “En la situación actual, lo diabólico es que cuando queremos recurrir a un territorio exterior a la medicina hallamos que ya ha sido medicalizado. Y cuando se quiere objetar a la medicina sus deficiencias, sus inconvenientes y sus efectos nocivos esto se hace en nombre de un saber médico más completo, más refinado y difuso”¹⁶, esta situación se prolonga a nuestros días, con un crecimiento libre del campo de acción de la medicina, que está inmersa en cuestiones como la belleza, la fuerza física, los alimentos, y más.

1.2.1 La economía y el cuerpo

Otra característica que Foucault destaca de la medicina moderna, es lo que denomina “economía política de la medicina”, ya que advierte que la medicina surgió a finales del siglo XVIII por exigencias financieras. “No hay que olvidar que la primera gran epidemia estudiada en Francia en el siglo XVII y que dio lugar a un acopio nacional de datos no era en realidad una epidemia sino una epizootia. Se trataba de una mortandad catastrófica en una serie de rebaños del sur de Francia lo que contribuyó al origen de la Real Sociedad de Medicina”¹⁷.

De igual modo, los seguros, la incapacidad para el trabajo, la responsabilidad civil de los patrones y de los encargados de los transportes atendieron a principios del siglo XIX los problemas de productividad, sin embargo, el modelo capitalista expande el papel económico de la medicina, “lo que se exigía a la medicina era el efecto económico de dar a la sociedad individuos fuertes, es decir, capaces de trabajar, de asegurar la constancia de la fuerza laboral, su mejoramiento y reproducción. Se recurrió a la medicina como a un instrumento de

¹⁵ *Ibidem*, p. 53.

¹⁶ *Idem*.

¹⁷ *Ibidem*, p. 54.

mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna”¹⁸.

En este sentido, expone que se dan cuenta de que la medicina puede producir directamente riqueza por sí misma, en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros, y es así que la salud se convirtió en objeto de consumo, en producto que puede ser fabricado por laboratorios, farmacéuticos y médicos, y consumido por otros, enfermos o posibles enfermos¹⁹.

No obstante, la entrada del cuerpo humano al mercado, no significó un incremento en el nivel de salud. El profesor cita un estudio de Charles Levinson, de 1964, donde encontraron que al aumentar en un 1por ciento el consumo de los servicios médicos descendió en un 0.1por ciento el nivel de mortalidad, desviación que puede considerarse como normal pero que sólo ocurre en un medio puro y ficticio. “En el momento en que el consumo médico se coloca en el medio real, se observa que las variedades del medio, en particular el consumo de alimentos, la educación y los ingresos familiares, son factores que influyen más que el consumo médico en la tasa de mortalidad”²⁰. Para 1970 las estadísticas mostraron que pese al aumento constante del consumo médico, la tasa de mortalidad no disminuyó.

Asimismo, apuntó la persistencia de la desigualdad de consumo, ya que los más adinerados utilizando los servicios médicos con más frecuencia que los pobres, “lo que da lugar a que los consumidores más débiles, o sea los más pobres, paguen con sus contribuciones el superconsumo de los más ricos -esto a través de los sistemas de salud de trabajadores, ya que- las investigaciones científicas y la mayor parte del equipo hospitalario más valioso y caro se financian con la cuota del seguro social, mientras que los sectores en manos de la medicina

¹⁸ *Idem*.

¹⁹ *Ibidem*, p. 52.

²⁰ *Ibidem*, p. 55.

privada son los más rentables porque técnicamente resultan menos complicados”²¹.

“Así vemos que la igualación del consumo médico que se esperaba del seguro social se adulteró en favor de un sistema que tiende cada vez más a restablecer las grandes desigualdades ante la enfermedad y la muerte que caracterizaban a la sociedad del siglo XIX”²². Una respuesta a la ineficiencia del sistema de salud, al menos en México, ha sido el abaratamiento de las atenciones privadas, las farmacias ofrecen consultas por menos de un cuarto de lo que cuesta en un consultorio particular, incluso gratis.

Lo que tampoco garantiza la calidad, ya que los recursos no son para el profesional y su preparación, sino para la empresa, que promueve la venta de sus productos, y cuando referimos a la empresa queremos decir las grandes compañías, ya que las pequeñas tampoco pueden competir.

Para Foucault, “El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica”.²³

Para analizar cómo se ha llegado a dicho estado, el crítico reconstruye tres etapas de la formación de la medicina social: la medicina del Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral.

1. La medicina del Estado: nace en Alemania, donde a diferencia de Inglaterra y Francia, el Estado toma la responsabilidad de mejorar las condiciones de la población.
2. La medicina urbana: tiene una razón económica, punto de comercio y producción; razón política, de ricos contra pobres; a fines del siglo XVIII,

²¹ *Idem.*

²² *Idem.*

²³ *Ibidem*, p. 58.

las revueltas campesinas comienzan a ceder gracias a la elevación del nivel de vida de los campesinos, pero los conflictos urbanos se vuelven cada vez más frecuentes con la formación de una plebe en vías de proletarizarse.

El modelo religioso fue sustituido por el modelo militar, y es la revisión militar y no la purificación religiosa la que en el fondo sirvió esencialmente de modelo a esta organización político-médica.

La higiene pública fue una variación refinada de la cuarentena y de ahí parte la gran medicina urbana que aparece en la segunda mitad del siglo XVIII y que se desarrolla sobre todo en Francia.

La salubridad es la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos. Correlacionado con ella surge el concepto de higiene pública como la técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud.

Salubridad e insalubridad significan el estado de las cosas y del medio en cuanto afectan a la salud; la higiene pública es el control político-científico de este medio. Identifica la aparición del concepto de salubridad al comienzo de la Revolución Francesa, y el de higiene pública iba a ser el concepto que en la Francia de principios del siglo XIX abarcase lo esencial de la medicina social.

3. Medicina de la fuerza laboral: el obrero no fue la primera meta de la medicina social, sino la última. En primer lugar el Estado, en segundo la ciudad, y por último los pobres y los trabajadores fueron objeto de la medicalización; eran un peligro sanitario,

Con la “Ley de pobres” surge, de manera ambigua, un importante factor en la historia de la medicina social: la idea de una asistencia fiscalizada, de una intervención médica que constituya un medio de ayudar a los más pobres a satisfacer unas necesidades de salud que por su pobreza no podrían atender y que al mismo tiempo permitiría mantener un control por el cual las clases adineradas, o sus representantes en el gobierno, garantizaban la salud de las

clases necesitadas y, por consiguiente, la protección de la población más privilegiada.

Ese es el origen de los sistemas de salud, que comenzaron en Inglaterra en 1875 y que a fines del siglo XIX se aproximaban a mil, con las funciones como: control de la vacunación, obligando a los diferentes elementos de la población a inmunizarse; organización del registro de las epidemias y de las enfermedades susceptibles de convertirse en epidemias, haciendo obligatoria la declaración de enfermedades peligrosas, e identificación de lugares insalubres y, oportunamente, destrucción de esos focos de insalubridad.

El sistema inglés de vinculó tres cosas: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública, protegiendo así a las clases más ricas de los peligros generales, y por otro lado -y en ello consiste su originalidad- permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios para pagarla.

Mientras que el sistema alemán de la medicina de Estado era oneroso y la medicina urbana francesa era un proyecto general de control sin instrumento preciso de poder, el sistema inglés hizo posible la organización de una medicina con facetas y formas de poder, diferentes según se tratara de la medicina asistencial, administrativa o privada, de sectores bien delimitados que permitieron, durante los últimos años del siglo XIX, la existencia de la investigación médica bastante completa.²⁴

²⁴ *Ibidem*, pp. 59-71.

1.3 Determinantes de la salud

Ahora bien, la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) establece que existen ciertos “factores determinantes de la salud”, esto es, agentes que tienen implicaciones en ella, tanto positivas como negativas, y que de querer modificar la situación actual deben ser tomados en cuenta, así lo dicta:

El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.²⁵

Con tantos y tan diversos fenómenos que intervienen en el proceso, no es de extrañar que la salud sea concebida de manera diferente por cada sociedad y que, dentro de un mismo grupo, puedan existir discrepancias entre las concepciones individuales, debido a que estos cuentan con acceso desigual a una alimentación equilibrada, servicios médicos, un medio ambiente saludable e información oportuna y veraz, entre otros.

No existe duda de que la salud no es una cuestión que dependa sólo del individuo y sus características heredadas genéticamente, sino también del medio en que se desenvuelve, tanto físico como social.

²⁵ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación General 14, 2000, consultado el 30 de marzo de 2011, en: http://www.catedradh.unesco.unam.mx/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/1_instrumentos_universales/5%20Observaciones%20generales/39.pdf.

Asimismo, la salud no está exclusivamente ligada al saber de la Medicina. El personal sanitario posee una parte importante de ese saber, pero no el único. Los determinantes de la salud nos amplían no sólo las ciencias que pueden contribuir a ésta sino también los campos de acción para la salud en la sociedad actual²⁶.

Estas conclusiones son producto del conocimiento que el ser humano ha desarrollado a lo largo de los siglos, “En los primeros años de la historia se mantuvo, durante un largo período de tiempo, el pensamiento primitivo (mágico-religioso), centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino”²⁷.

Paulatinamente, los seres humanos encontraron la relación que había entre ciertas conductas y los problemas de salud y así la fuente de la enfermedad dejó de ser una condena del ser supremo. “Fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que iniciaron el primer cambio conceptual, pasando del sentido mágico religioso a un desarrollo de la higiene personal y pública”²⁸, empero, Rogelia Perea advierte que la actitud del pensamiento primitivo se mantiene actualmente en algunos pueblos de África, Asia, Australia y América.

Esto quiere decir que aún existen personas que creen que no pueden hacer nada para evitar enfermarse, incluso morir, debido a que es parte de su destino, su pago por haber obrado de una manera adversa a los deseos de algún ser supremo. Y ante ese destino nadie se ha interesado en aplicar medidas que ayuden a disminuir los males de dichos individuos, familias o sociedades.

Para los efectos de esta investigación se entenderá a la salud como el proceso en que los seres humanos están inmersos en la búsqueda de un estado de bienestar físico, psicológico y social, bienestar que depende de la percepción cultural y que a su vez está influido por factores y procesos internos y externos, como la genética, la alimentación, el medio ambiente, el nivel socioeconómico, entre otros. La salud es producto de las circunstancias que rodean a un individuo

²⁶ Perea, Rogelia, *Promoción y educación para la salud*, Madrid, Díaz de Santos, 2009, p. 64.

²⁷ Perea, Rogelia, *op. cit.*, nota 4, pp. 23-24.

²⁸ *Idem.*

y éstas tienden a ser comunes en una sociedad, en un tiempo y lugar determinado²⁹.

Entonces, si la salud depende de una diversidad de fenómenos es absurdo que los esfuerzos de los estados y las personas se concentren en la atención de enfermedades en lugar de tomar en cuenta los diversos fenómenos que inciden en la salud antes de que se conviertan en una enfermedad.

En cualquier caso, la prevención es una opción más sencilla en procedimientos que el brindar la atención; asimismo es menos costosa, tanto en el tratamiento como en las repercusiones, ya que las enfermedades pueden mermar la productividad de una persona.

Es aquí donde se centra la importancia de hablar sobre la información en este estudio. La Rae brinda, entre las diferentes definiciones de información, la siguiente: “Comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada”.

Por su parte, Rodrigo Alsina indica que “la información es sencillamente el contenido del mensaje, mientras que la comunicación es el proceso global”³⁰. Sin embargo, hay quienes tienen una idea más amplia de lo que contempla el término, Correa refiere que:

La palabra “información” no está relacionada con lo que decimos, sino más bien con lo que podríamos decir. El concepto de información se relaciona con la libertad de elección que tenemos para seleccionar un mensaje determinado de un conjunto de posibles mensajes (...) La Teoría de la Información, entonces, conceptualiza el

²⁹ No sólo se trata de cuestiones endémicas como podría ser el dengue en determinada región, sino de enfermedades de la pobreza como el cáncer cérvicouterino y la tuberculosis o las del mundo desarrollado, por ejemplo el cáncer de mama y la depresión.

³⁰ Rodrigo, Miquel, *Teorías de la comunicación: ámbitos, métodos y perspectivas*, Madrid, Aldea Global, 2001, p. 44. Aquí se introduce el concepto de comunicación, que se refiere a un proceso de intercambio de mensajes y la emisión, recepción y producción de los mismos, en este momento no es un concepto central.

término información como el grado de libertad de una fuente para elegir un mensaje de un conjunto de posibles mensajes.³¹

Si vertimos estas atribuciones en el mismo sitio tenemos que la información es el contenido que el emisor eligió imprimir en un mensaje de entre las opciones que tenía para hacerlo, mismo que ampliará los conocimientos de un receptor.

En la actualidad, la vasta multiplicidad de alternativas para hacernos de información y el rápido desarrollo y acogimiento de las tecnologías que permiten difundir información han derivado en la acuñación de conceptos como la era de la información y la sociedad o las sociedades de la información que nos remiten a grupos sociales con características muy distintas a sus antecesores en relación al uso y manejo de la información, la cual se ha convertido en un medio y una meta, a la vez. Landeau habla sobre la utilidad de la información, que se resume sencillamente en el último enunciado de su explicación: la toma de decisiones.

La información es un fenómeno que proporciona significado o sentido a las cosas; hoy por hoy, el ser humano ha logrado simbolizar los datos en forma representativa en todas las áreas del conocimiento con la finalidad de adaptarlo a algo concreto. Se han creado diversas formas de almacenar ese conocimiento y servirse de la representación del mismo. De esta manera ya se indica mediante códigos y conjunto de datos los modelos del pensamiento humano. La información, por tanto, procesa y genera el conocimiento humano. Los datos se perciben mediante los sentidos, se redefinen para organizar la información necesaria para el conocimiento y con ello, la comprensión que, sin demora, reforzará el conocimiento y facilitará una mejor probabilidad para la toma de decisiones³².

La toma de decisiones, por su parte, se relaciona al poder. Quien tiene la información puede decidir, es capaz de señalar las opciones con sus pros y contras, a corto, mediano y largo plazo. El tener información veraz y oportuna es lo

³¹ Correa, Mauricio, *Fundamentos de la teoría de la información*, Bogotá, Instituto Tecnológico Metropolitano, 2008, p. 16.

³² Landeau, Rebeca, *Elaboración de Trabajo de Investigación*, Venezuela, Alfa, 2007, p. 5.

que permite actuar a los dirigentes de un grupo o una sociedad para enfrentar los retos que se les presentan.

Definitivamente, salud e información van de la mano. Una persona que desconoce como preservar su salud será presa fácil de hábitos que, si bien parecen inofensivos, pueden causarle la muerte.

Un enfermo al que se le oculta su padecimiento o la gravedad del mismo, no podrá decidir sobre su tratamiento; un gobierno que sólo se preocupa por las cuestiones económicas que competen a la salud de los individuos, no tendrá la posibilidad de brindar los elementos necesarios a su población para que se desenvuelva en un ambiente saludable, pese a que es su responsabilidad.

La Ley General de Sanidad de España, “La información es un elemento clave en aras a gozar del derecho a la salud con libertad” y advierte que:

La trascendencia del derecho a la información en el marco sanitario es mayor que la que circunscribe el hecho de estar informado para aceptar o no una determinada intervención. Afecta no sólo al paciente. Expresa, en sí, el derecho a saber de toda persona, tanto en su proyección personal (conducta que se ha de seguir para mantener una vida saludable, factores y causas de riesgo), como en sus relaciones con la comunidad en la que vive (servicios sanitarios a los que puede acceder, formas de uso, tramitación de procedimientos, formulación de quejas, iniciativas y sugerencias, etc.)³³.

Sin embargo, tanto en el tema de la salud como en cualquier otro tópico, en nuestros días existen diversas herramientas con las que un individuo puede atraerse información, ésta puede ser cierta o falta; tener sustento científico o el valor de la creencia popular; que resulta de una investigación seria, del intento de los mercadólogos por vender un producto o de un malentendido.

Sea a través de una publicidad observada en la televisión, una investigación somera en las páginas de internet o por la experiencia del primo del vecino, diariamente nos apropiamos de recetas para aliviar desde un dolor de estómago

³³ Inciso b, del artículo 10.

hasta el cáncer de colon; incluso, hay ocasiones en que la información se presenta de manera incompleta, confusa o contradictoria y es cuando nos cuestionamos ¿a quién le creo, será verdad, por qué nadie lo dice?

Más importante aún, ¿cómo saber qué es cierto? ¿Será posible dividir a las fuentes de información en buenas y malas, ciertas y falsas, confiables y no confiables?

La información es tanta que un mismo canal nos oferta un abanico de posibilidades, mas ¿es que un individuo pueda discernir entre la información que le sirve y la que no? Si no es así, valdría la pena preguntarse cómo puede este individuo aprender a hacerlo, identificar a dónde debe acudir y si el Estado tiene una responsabilidad en este asunto, específicamente relacionado a la información para la salud.

1.4 La información y el derecho a la protección de la salud

La diversidad de definiciones del concepto salud³⁴ causa una seria problemática para definir el derecho fundamental a “estar sano”, ante esta situación, De la Torre plantea que en la mayoría de los ordenamientos constitucionales, el derecho a la

³⁴ Desde la que ofrece la OMS: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades –a lo que agrega- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, hasta las concepciones más completas estructuradas por los que se dedican a la salud pública: para Blanco y Maya, la salud... No es un estado sino un proceso; no es una utopía sino una realidad cambiante; no está directamente relacionada con un concepto de normalidad; está intrínsecamente unida a la enfermedad; supera el aspecto biológico involucrando lo psíquico y lo social, es decir, al hombre integral, es una característica de una posesión inalienable, y en este aspecto, se asemeja a otras formas de capital humano, tales como la educación, los conocimientos profesionales o las aptitudes atléticas, pero sigue siendo diferente en aspectos fundamentales; no es posible acumularla como se acumulan los conocimientos y las aptitudes.

salud es concebido como una prerrogativa de acceso al sistema sanitario de seguridad social y explica:

El derecho a la salud, en su vertiente como derecho social se refiere al derecho a la seguridad social, esto es, derecho de acceso a un sistema no lucrativo de protección a la salud, implementado por el Estado para atender las contingencias sanitarias como maternidad, enfermedades, invalidez, vejez, y cualquier otra circunstancia de previsión médica. Este sistema debe ser universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo³⁵.

Sin embargo, cuando la doctrina se refiere a este último enfoque del derecho a la salud es posible que solamente se refiera a una parte del mismo, que es el derecho a la atención médica, debido a que si tomamos en cuenta la diversidad de factores que influyen en el derecho a la salud no podríamos limitarlo sólo a este aspecto.

La protección de la salud, como derecho humano, debe responder a los principios de: universalidad y accesibilidad; indivisibilidad e interdependencia; dimensión individual y colectiva; progresividad e irreversibilidad; irrenunciabilidad; gratuidad, asumida como la no sujeción a restricciones económicas para el acceso y la equidad, basada en el principio de justicia distributiva de “a cada cual según su necesidad” y de cada quien según su capacidad, y provisión de recursos jurídicos, rápidos, eficaces y sencillos al alcance de la población para reclamar ante el Estado el cumplimiento de ese derecho.³⁶

³⁵ Torre, Rosa María, de la, “El derecho a la Salud”, en Cienfuegos, David y Macías, Carmen (coords.), *Estudios en Homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Protección de la Persona y Derechos Fundamentales*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2006, p. 306.

³⁶ Echeverri López, María Esperanza, “Derecho a la Salud, Estado y Globalización”, *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, Colombia, núm. 24, marzo de 2006, <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/memorias4/ini/d9b.pdf>.

A lo que Echeverri agrega que los determinantes básicos de la salud³⁷ y el contenido mínimo esencial deben verse “como un piso no un techo en el alcance, contenido y características de los servicios, por debajo del cual la trasgresión del Estado significaría inconstitucionalidad”. Es decir, es lo mínimo que debe ofrecer la administración pública.

Bajo esta perspectiva, advierte que el derecho a la salud se considera indisoluble e interdependiente de los derechos civiles y políticos y se fundamenta en la igualdad en la dignidad humana y en la calidad de vida, de ahí la importancia, y el conflicto, para encontrar los mínimos y los medios por los que puedan ser exigidos al estado.

El papel del derecho a la información en esta ardua labor tiene dos enfoques, uno en el ámbito práctico y otro en el teórico: que se reconozca como determinante de la salud y sirva para que los individuos puedan salvaguardar su salud y su derecho de acceso a los servicios sanitarios; además de dotar de estructura al derecho a la información sanitaria, rama poco desarrollada del derecho.

1.5 El derecho a la información para la salud

Para Desantes, “El derecho a la salud es tan social como la comunicación. Tiende a asegurar la participación de personas y grupos. Se les considera derechos públicos subjetivos y se traduce en facultades ciudadanas y en obligaciones para los órganos estatales.”³⁸ Obligación que se extiende a los particulares cuando se involucran en la salud.

³⁷ De los que se hablará más adelante, pero basta por el momento comentar que son aquellos factores externos que influyen en la salud como el medio ambiente y la alimentación.

³⁸ Desantes Guanter, José María, *Derecho de la Información. Los mensajes informativos*, Madrid: Ed. Colex, 1994, vol. II.

Lo más cercano al derecho a la información en salud, bajo la concepción que propone este estudio, es el derecho a la información sanitaria, desde la perspectiva de Osuna Carrillo que hace un breve resumen de este derecho en la legislación española donde encuentra que:

El derecho a la información sanitaria, aunque pueda considerarse estrechamente vinculado al consentimiento del paciente, trasciende el ámbito de éste, ya que no sólo el enfermo sino la persona sana, como ciudadano, es tributaria de recibir una información sanitaria suficiente para adoptar medidas preventivas y normas de conducta que redunden en un mejor estado de salud. Otros ejemplos de información sanitaria más allá del marco estrictamente asistencial lo constituye la información que se recoge en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995; BOE nº 269, de 10 de noviembre de 1995), que tiene por objeto la determinación de garantías y responsabilidades precisas para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo o la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento y el Real Decreto 2236/1993, de 17 de diciembre, que regulan la información que debe aparecer en el prospecto de los medicamentos.

El derecho a la información en salud, como se considera en este estudio, reúne las características antes expuestas pero con dos variables: comprensibilidad y oportunidad.

Con base en lo anterior podemos afirmar que el derecho a la información en salud es un aspecto poco desarrollado del derecho sanitario, es un derecho más amplio que el de decidir recibir o no la información completa sobre la enfermedad que se padece o que el médico le brinde al paciente toda la información necesaria para elegir practicarse o no determinado procedimiento.

El derecho a la información en salud se encuentra en un nivel superior, es el derecho a conocer las opciones para lograr y mantener el mejor estado de salud que cada persona pueda pretender desde antes de convertirse en paciente, toda persona tiene esta facultad.

Ahora bien, lo anterior puede sonar muy sencillo, que toda persona conozca cómo prevenir enfermedades agudas y padecimientos crónicos; sin embargo, la dificultad se presenta cuando se pretende hacer llegar esta información a las personas de manera indistinta, debido a que no todos los habitantes de una comunidad comparten el mismo bagaje cultural y/o educativo, mucho menos lo hace un país entero.

Si retomamos a Escobar de la Serna, debemos recordar que el derecho a ser informado incluye las facultades de i) recibir información veraz y oportuna, ii) la cual debe ser completa, es decir, el derecho a enterarse de todas las noticias y, iii) con carácter universal, o sea, que la información es para todas las personas sin ninguna exclusión.

Vayamos por partes, ¿qué es una información veraz? ¿Qué es una información oportuna? ¿Qué es una información completa? Para Miguel Buset la veracidad no es una cualidad de la noticia sino una actitud del periodista (podemos cambiar el término por informador).

Villanueva dice que “la veracidad es un ingrediente esencial de la verdad, pero no es la verdad misma. Acaso pueda ser la búsqueda de la verdad (...) La información rectamente obtenida ha de ser protegida, aunque resulte inexacta”.³⁹

Entonces, debemos entender que la veracidad no radica en la precisión del relato de los hechos, sino en la honestidad en la recopilación y plasmación de la información por parte de quien los relata.

En lo que respecta a la oportunidad de la información, ésta se refiere a la rapidez con que la información llega a las personas, por ejemplo, cuando se anuncia el inicio de la campaña de vacunación anti-influenza poco antes o al principio de la temporada invernal, la información es oportuna, ya que permitirá que las personas acudan a vacunarse antes de que aumente la circulación de los

³⁹ Villanueva, Ernesto, *Autorregulación de la prensa: una aproximación ético-jurídica a la a la experiencia comparada*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2002, p. 61.

virus, si esta información se difunde a media temporada, probablemente una gran cantidad de personas ya se habrán enfermado.

Sobre la información completa podemos decir que se refiere a brindar un panorama cabal, contemplar las ventajas y desventajas, lo positivo y lo negativo de la situación.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), en el caso Aguas Blancas señaló que el artículo 6º constitucional establece que “el derecho a la información será garantizado por el Estado”. Del análisis de los diversos elementos que concurrieron en su creación se deduce que esa garantía se encuentra estrechamente vinculada con el respeto de la verdad. Tal derecho es, por tanto, básico para el mejoramiento de una conciencia ciudadana que contribuirá a que ésta sea más enterada, lo cual es esencial para el progreso de nuestra sociedad. Si las autoridades públicas, elegidas o designadas para servir y defender a la sociedad, asumen ante ésta actitudes que permitan atribuirles conductas faltas de ética, al entregar a la comunidad una información manipulada, incompleta, condicionada a intereses de grupos o personas, que le vede la posibilidad de conocer la verdad para poder participar libremente en la formación de la voluntad general, incurren en violación grave a las garantías individuales (...).⁴⁰

Hasta aquí el derecho a la información en salud estaría a la par con cualquier otro tipo de información; no obstante, ante la importancia del aspecto sanitario y lo imperioso de esta información llegue de manera efectiva a todas las personas, se deben destacar otras características que son indispensables: la accesibilidad y, sobre todo, la claridad.

Si bien las tres primeras características corresponde cubrirlas netamente al autor de la información, la accesibilidad y la claridad deben ser atendidas tanto por quien recoge y organiza la información como por quien se encargará de su

⁴⁰ Tesis aislada, Materia constitucional, Novena Época, instancia Pleno, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, III, Junio de 1996, p. 513.

difusión, desde el soporte y el plan de difusión que se le pretenda dar, ello bajo la premisa de quién será el receptor.

La información en salud debe ser accesible en dos sentidos: los lugares donde se difunda, lo cual depende de la infraestructura sanitaria, tecnologías de la información y las costumbres de cada lugar; asimismo, debe reflejar una realidad comprensible para el destinatario de la información, que no lo ofenda, lo alarme, ni le resulte repulsivo.

Finalmente, la claridad debe reflejarse en el lenguaje, esto incluye tanto la traducción a lenguas indígenas, cuando así se requiera, como el simplificar los mensajes a palabras cotidianas de la comunidad y al nivel escolar del público, dejando de lado, principalmente, los tecnicismos.

Podemos deducir que el sujeto del derecho a la información en salud es el sujeto universal; el sujeto activo debe ser en principio el Estado y, posteriormente, el profesional, tanto de la comunicación como el de la salud que, al fomentar una cultura de la información en salud, podría convertir al sujeto pasivo -los habitantes del país- en sujeto activo que ejerza y demande su derecho a la información en salud, lo que le permitirá exigir el propio derecho a la salud y finalmente participar en el logro de su bienestar, como en el del país.

El objeto de este derecho es toda información que repercuta de alguna manera –positiva o negativamente- en el estado de salud del individuo, tanto del individuo sano como del enfermo.

No sólo se refiere cuestiones directamente asociadas a una enfermedad que se padece, los procedimientos o médicos que podrían intervenir, sino a cualquier aspecto de alimentación, medio ambiente, sobre medicamentos o cualquier conducta que interfiera o mejore la salud.

Este objeto pueden ser notas periodísticas, reportajes, investigaciones, anuncios comerciales y material informativo oficial como trípticos, carteles, spots de radio y televisión, entre otros.

El contenido del derecho a la información en salud es el de recibir información de manera veraz, oportuna y completa sobre todos los aspectos que puedan afectar a la salud de los individuos, para que éste cuente con las herramientas necesarias para buscar un óptimo estado de salud; debe ser de manera clara y de fácil acceso.

1.6 Diferencias entre información para la salud, promoción de la de la salud, educación para la salud e información en salud

La LGS define la promoción de la salud como la que tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva. Comprende: I. Educación para la salud; II. Nutrición; III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud; IV. Salud ocupacional, y V. Fomento Sanitario.

En el mismo documento, la educación para la salud se define como la que pretende: I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud; II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de fármacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Ambas son acciones del Estado hacia los sujetos; sin embargo, no se detallan las características con las que se deben proporcionar los conocimientos a

la población, especialmente a la que se encuentra inmersa en una cultura diferente a la dominante.

Mientras que se considera información para la salud, aquella “necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud, así como sobre el estado y evolución de la salud pública. La información se referirá, fundamentalmente, a los siguientes aspectos: I. Estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez; II. Factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud, y III. Recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población, y su utilización.

Cabe señalar que a esta última también se le denomina información en salud, aunque este estudio considera que al acotarlo a cuestiones estadísticas se limita el campo de acción, ya que para este estudio, la información en salud es también aquel conjunto de datos que puede servir a una persona para preservar un estado de salud sin complicaciones, lo que implica una obligación del estado que responde a la necesidad del ciudadano de acercarse información en su faceta de receptores de la información, este papel es definido por José Ignacio Villaverde como:

Un conjunto de individuos que ocupan una diversidad de posiciones jurídicas cuyo objeto es el acceso a aquella información que les permita colaborar en la vida de su comunidad como consumidores, administrados, votantes; pero, sobre todo como individuos que a través del disfrute de sus derechos fundamentales ejercen la soberanía colectiva.

De acuerdo a María Junco el tipo de información que circula determinará el modo en que el espectador pasivo participe en la toma de decisiones. Si se le brinda información comprensible, fácil de asimilar y se le explican las mejoras que

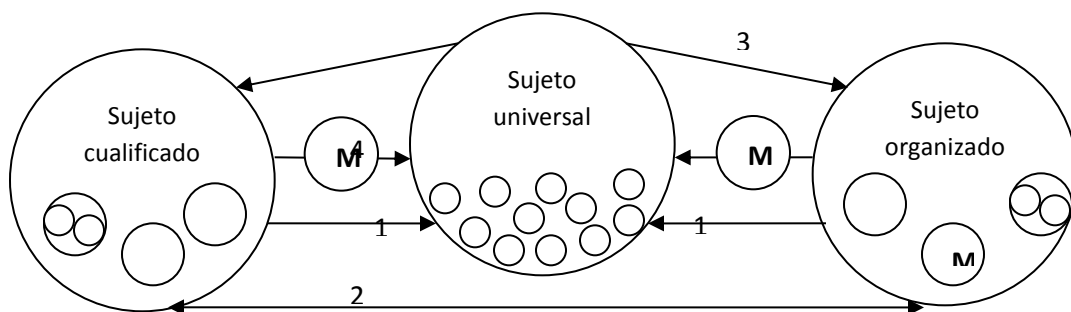
puede hacer en su vida con ella, será más probable que las aplique que si sólo se le exponen datos y soluciones ajenas a su estilo de vida⁴¹.

En conclusión, la información sanitaria es todo aquello en lo que intervienen temas de salud, tópicos epidemiológicos, estadísticos y científicos; de ahí se desprende la información para la salud, que consiste en aquella que permite al individuo mantenerse en el mejor estado de bienestar posible, padezca alguna enfermedad o no.

La promoción de la salud es la que compete a la comunidad, las acciones encaminadas a mejorar las condiciones del entorno y que favorecen a las familias e individuos; mientras que la educación para la salud, es la creación de hábitos saludables en los individuos; y la información en salud puede ser definida como toda aquella que, sin ser necesariamente especializada, llega a las personas motivándolas a actuar para mejorar su calidad de vida.

1.5.1 Sujetos

Figura 1. MODELO DE COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA



⁴¹ Junco, M. Alicia, *El derecho a la información: de la penumbra a la transparencia*, México, Porrúa, 2003, p. 24.

M medios de comunicación masiva

Sujeto cualificado	Sujeto universal	Sujeto organizado
<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de la salud del sector público y privado • Periodistas especializados 	<ul style="list-style-type: none"> • Toda persona • Grupos que requieren especial protección 	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de salud, clínicas y hospitales del sector público y privado • Proveedores de insumos y farmacias • Escuelas de medicina, farmacia y salud • Autoridades sanitarias • Medios de comunicación masiva

1. El sujeto universal recibe información tanto del sujeto cualificado como del sujeto organizado. El intercambio más común es el que se presenta entre paciente y médico, pero incluso antes de que sean pacientes las personas reciben información al acompañar a un familiar a consulta, como usuario de los servicios preventivos o a través de la publicidad de los servicios y productos sanitarios.

El Estado, a través de las autoridades sanitarias, es una importante fuente de información para la sociedad en los casos de emergencia sanitaria, ejemplo de ello es lo sucedido hace en el 2009 con la influenza A/H1N1 o cuando aparecen brotes de enfermedades que se consideraban erradicadas en algunos territorios, como el sarampión.

2. El sujeto cualificado recibe información del organizado a través de congresos, investigaciones difundidas y publicidad. El profesional ofrece su experiencia al sujeto organizado, con el objetivo de conocer las necesidades del mercado.

3. El sujeto universal proporciona información al sujeto cualificado y al organizado cuando acude a consulta o solicita servicios y cuando aumenta la demanda de un servicio.

4. El caso de los medios de comunicación masiva es particular, ya que sirven tanto como canal para la transmisión de los mensajes de los sujetos, como se

constituyen ellos mismos en productores de mensajes mediante el ejercicio de las facultades del derecho a la información y de su razón social.

Bajo el esquema anterior, analizamos el objetivo central que Osuna Carrillo encuentra en una información sanitaria suficiente, que es la adopción de medidas preventivas y normas de conducta que redunden en un mejor estado de salud⁴² -a lo que cabe agregarle- sin el menoscabo de otros derechos, entre ellos el derecho a la intimidad.

En este sentido se desarrollan las finalidades que se encuentran a la información sanitaria en el documento “Consideraciones éticas en torno a la Información Sanitaria”⁴³:

1. Fomentar la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades (dejar de fumar, hacer ejercicio, comer saludablemente, etc.).
2. Difundir informaciones epidemiológicas sobre situaciones que supongan un riesgo para la salud de la comunidad (peligros relacionados con el medio ambiente y con el consumo de alimentos, campañas de vacunaciones, riesgos de bañarse en determinadas playas, etc.).
3. Informar sobre las prestaciones de los servicios y de los recursos sanitarios (requisitos para la utilización de los servicios, límites a las prestaciones, normas de funcionamiento de los centros, procedimientos de acceso, mecanismos de reclamación, información asistencial comparada, listas de espera, etc.).
4. Divulgar los derechos y deberes de los ciudadanos hacia la salud.
5. Difundir las estrategias políticas de la Administración sanitaria y los objetivos que pretende alcanzar (la disminución de la incidencia de determinadas

⁴² Osuna, Eduardo, “El derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002”, *Cuadernos de Bioética*, Murcia, vol. XVII, núm, 59, enero-abril de 2006, pp. 27-42.

⁴³ Folleto informativo de la Generalitat de Catalunya, “Consideraciones éticas Información Sanitaria”, 2004, consultado el 21 de junio de 2012 en: <http://www.mediosysida.org/download/publ4.pdf>.

enfermedades, de listas de espera de determinadas intervenciones, la puesta marcha de establecimientos, etc.).

6. Divulgar el conocimiento científico, los nuevos avances y las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud.

De estos objetivos interesan todos y cada uno de los incisos para el presente estudio, ya que las funciones de la información están interrelacionadas cuando se busca un beneficio en la sociedad y deben ser estudiadas en su conjunto. Pero especialmente, importa para el presente trabajo el cómo se difunda la información de los seis puntos antes mencionados.

El derecho a la información sanitaria debe garantizar que las diferencias técnicas, tecnológicas, culturales, económicas y profesionales que existen entre los sujetos no se conviertan en un obstáculo en la comunicación que hay entre ellos, a través de regular las relaciones entre los sujetos, en favor de quienes se encuentran en desventaja.

El sujeto universal señala que toda persona es titular del derecho que se trata, lo que no implica que este sujeto sea homogéneo, es decir, cada persona requiere diferentes tipos de ayuda para hacer efectivo el mismo derecho, por ejemplo, los problemas que tiene una persona para acceder al servicio de internet no son los mismos en la ciudad que en el área rural, donde ni siquiera se cuenta con la infraestructura de telecomunicaciones que lo permita.

De ahí que sea necesario identificar grupos vulnerables que necesitan especial protección y brindarles las herramientas necesarias para disminuir las barreras, aunque los beneficiados sean minorías, ya que todas las personas son titulares del derecho.

Para lograrlo, es necesario tener en cuenta el proceso de la comunicación, debido a que está presente en cada intercambio de información. Desde el primer modelo de comunicación que se reconoce, el triángulo de Aristóteles, los teóricos se han centrado en tres elementos quién dice (emisor), qué dice (mensaje) y a quién lo dice (receptor), a lo que estudiosos posteriores suman otros factores

como el canal y el efecto, el ruido y la retroalimentación –que hace que el emisor y el receptor intercambien el rol-, entre otros.

Schramm (1954), con en su modelo de la tuba, estudia la comunicación de masas y destaca varios aspectos importantes, entre ellos dos de gran relevancia: que la información es un flujo continuo de mensajes, es decir, no es un solo discurso el que llega al receptor sobre un tema; asimismo, revela el importante papel que tienen los líderes de opinión, ya que asevera que los grupos reinterpretan la información y la realimentan y es sólo así que se llega al cambio social⁴⁴.

Benito asevera que “cuando empleamos el término información estamos haciendo mención al carácter activo del que informa, a la forma y sistema utilizado para informar, al contenido de la información y también a su término –la sociedad en su conjunto, el público que lee un diario o sigue determinado programa de televisión, los clientes de un producto que difunde la publicidad, los individuos separadamente considerados, etc.”⁴⁵

Por lo anterior y con las dificultades que implica por sí solo hacer efectivo el derecho a la salud, cualquier legislación que reconozca el derecho a la información debe tener en cuenta al menos cinco elementos: quién informa, qué informa, cómo lo informa, a quién informa y con qué intención.

Sin poner atención a esos elementos, es imposible que se logre “poner en forma”⁴⁶ algo y, por lo tanto, no se logra la justicia que persigue el derecho a la información y que a su vez hace posible que los individuos ejerzan otros derechos.

⁴⁴ Benito, Ángel, *Fundamentos de teoría general de la información*, Madrid, Pirámide, 1982, p. 39.

⁴⁵ *Ibidem* p. 185.

⁴⁶ Más sobre el significado de informar en Desantes, José María, *Derecho a la información. Materiales para un sistema de la Comunicación*, Valencia, Fundación Coso, 2004.

1.5.2 Objeto, los mensajes sanitarios

La información que se produce en los temas relacionados a la salud tiene diversas fuentes y características, desde las investigaciones que llevan al descubrimiento de un nuevo medicamento o tratamiento, hasta la conformación del expediente médico de una persona que se integra de los datos que brinda el paciente, los resultados de sus estudios de laboratorio y las observaciones del profesional de la salud que lo trata, estas informaciones crean relaciones jurídicas que se pueden estudiar en diferentes niveles y sectores, como puede ser la propiedad industrial, en el primero de los casos, por ejemplo, y desde el derecho a la intimidad y la propiedad intelectual, en el segundo.

Desantes distingue dos tipos de mensajes: los fácticos y los ideológicos, la diferencia de contenido de los mensajes lleva a establecer una diferencia en el tipo de verdad que se les exige. El mensaje fáctico se rige por la verdad lógica o adecuación del conocimiento y la realidad. El constitutivo esencial del mensaje ideológico es la verdad operativa o bien, sea este estético o bello, científico, político o religioso.

Para más detalle, dichos mensajes son desmenuzados en: mensajes de hechos, de ideas y de opinión. La información sanitaria puede ser clasificada de la misma forma. Pero al igual que en el mundo de las noticias o en la vida cotidiana, difícilmente encontraremos un mensaje simple, es decir, que no mezcle los tipos de mensaje antes mencionados.

La comunicación de mensajes complejos, compuestos en mayor o menor dosis de varios de los tres mensajes simples estará regulada –como en los mensajes publicitarios, por ejemplo- por los principios jurídicos integrados que rigen a cada uno de ellos⁴⁷.

⁴⁷ Desantes Guanter, José María, *Ética y Derecho, promotores de la técnica informativa*, Piura, Ediciones Universidad de Piura, 1998, p. 66.

El mensaje de hechos es aquel que es una realidad completa, por ejemplo, los análisis clínicos que muestran la elevación de una sustancia determinada o cuando un médico le dice a un paciente que tiene hepatitis; el mensaje de ideas pueden ser las conclusiones que el médico brinda tras la interpretación de los hechos; mientras que el de opinión, que se obtiene de aplicar las ideas a la realidad, serán la opciones de tratamiento que brinde el especialista, ya que con base en los antecedentes considera cual es la mejor opción.

Pero aún antes de que la persona requiera ir con el especialista, en la televisión diariamente observa anuncios de productos que presumen poder mejorar las condiciones físicas de personas sanas y enfermas, cuando tiene algún malestar leve puede acudir a un amigo, familiar, farmacéutico y, en últimas fechas, hasta a un buscador de internet donde escribirá sus síntomas en busca tanto de un diagnóstico como de un tratamiento.

No obstante, Desantes también apunta a que “el derecho a la información no sólo el derecho al qué, sino también el derecho al como del mensaje: al resultado y a la actuación que lo ha producido”, es decir, que lo que haya llevado a dicha conclusión se realice en las mejores condiciones, que el médico tenga los conocimientos, que los equipos con los que se ejecuten los análisis sean los adecuados y estén en las condiciones debidas y que la entrevista con el usuario de los servicios sea lo más clara posible.

A lo que se suma que, si el objetivo del mensaje es la comunicación, entonces también se debe poner importancia al cómo se transmite, es decir, cómo llega la información del profesional al usuario o paciente: “Comunicar bien supone cumplir adecuadamente cada uno de los actos constitutivos de un proceso que tiene como meta pasar de la realidad interior o exterior al conocimiento del receptor. Una sola deficiencia en uno de estos actos perturba la comunicación entera”⁴⁸

⁴⁸ *Idem.*

En este sentido, advierte que: La información es un acto de justicia porque da lo que se debe y como se debe a quien tiene derecho a ella.

1.5.3 Facultades

Las facultades del derecho a la información sanitaria son las del propio derecho a la información: investigar, difundir y recibir. Tanto el sujeto universal, como el cualificado y el organizado pueden ejercer estas facultades.

El sujeto universal investiga cuando pregunta al médico, indaga en libros o en internet sobre alguna cuestión sanitaria; difunde al explicar a otras personas la información que adquirió del especialista o de los medios de documentación que haya elegido, asimismo lo hace cuando informa al médico de sus malestares o inquietudes; ejerce la facultad de recibir información cuando, sin solicitarla, se acerca a esta información a través de los medios de comunicación masiva o cuando, como usuario o paciente de los servicios sanitarios, debe ser informado de su situación de salud, su diagnóstico, sus opciones de tratamiento y el pronóstico de los mismos.

El sujeto cualificado, el especialista de la salud investiga cuando se acerca a medios especializados de difusión de conocimientos médicos, así como cuando pregunta sobre su estado a un paciente o le manda a hacer determinados estudios; difunde cuando enseña a sus colegas o subordinados y cuando informa al médico sobre su salud; tiene la facultad de recibir información, por ejemplo, por parte del sujeto organizado sobre mejores opciones de tratamientos, capacitación o normas en el lugar de trabajo.

Otro sujeto cualificado es el periodista especializado, investiga en internet y libros, hace entrevistas a especialistas y pacientes; difunde en el medio o medios de comunicación para los que trabaja; recibe información de su editor, de otros medios de comunicación, de los especialistas, quizás denuncias anónimas.

El sujeto organizado por su parte puede y debe guardar los datos de los pacientes y hacer estadísticas, ejerciendo la facultad de investigación; difunde al entregar los datos a las autoridades sanitarias y al realizar campañas promocionales de buenos hábitos o para ofrecer servicios o productos; recibe información, a través de los pacientes, de los trabajadores de las autoridades sanitarias, de los medios de comunicación y de la sociedad en general. No sólo se trata de centros de salud, los medios de comunicación especializados también son sujeto organizado, ejerce las facultades en general a través del periodista especializado.

Respecto a la facultad de recibir información, Villaverde, quien defiende un rol activo en el receptor, señala que “La libre selección entre diversas posibilidades, sean éstas mensajes o fuentes de información, es el objeto del derecho a la libertad a recibir información”⁴⁹, y explica que se trata de que el tercero, Estado o particular, se abstenga de impedir u obstaculizar la elección entre esas diversas posibilidades, lo que también implica la decisión de no saber en el caso del paciente, la facultad de no recibir que Carolina Montoya contempla.

Ana Azurmendi distingue dos elementos básicos en la facultad de recibir: la de no recibir información no deseada, es decir, ser excluido como destinatario de determinados mensajes o modos informativos, y una posibilidad de selección de los mensajes por parte del público, de acuerdo con sus gustos, necesidades y conveniencia⁵⁰.

Montoya explica, respecto a la información sanitaria, que toda persona tiene derecho a seleccionar de forma positiva o negativa aquella información que le satisfaga más o menos plenamente, advierte que la facultad de no recibir

⁴⁹ Villaverde Menéndez, Ignacio, *Estado democrático e información. El derecho a ser informado y la constitución española de 1978*, Oviedo, Junta General del Principado de Asturias, 1994, p. 349.

⁵⁰ Azurmendi, Ana, *Derecho de la información*, Pamplona, Eunsa, 1997, p. 28.

información sanitaria está expresamente recogida en la Ley 41/2002, Básica sobre la Autonomía del Paciente que se estudiará más adelante⁵¹.

1.6 El derecho a la salud, un derecho fundamental, social, prestacional

El derecho a la salud puede ser descrito desde diversas perspectivas. Hemos escuchado que se trata de un derecho humano, fundamental y social; pero, ¿qué significa todo esto?

En la Observación General⁵² No.14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), el artículo 9º señala, “El derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”⁵³.

Como derecho humano, la salud es universal y no discriminatoria, porque todos tienen derecho a ella sin distinción alguna; es inalienable, ya que no debe suprimirse, salvo en determinadas situaciones y según las debidas garantías procesales; también es interdependiente e indivisible de otros derechos humanos y confieren derechos y obligaciones, debido a que los estados deben respetar, proteger y promover los derechos humanos, al igual que los individuos deben respetar los derechos de los demás. Después de estudiar esta explicación podemos referirnos a la segunda perspectiva.

Para definir cuáles son los derechos fundamentales Ferrajoli expone tres posibilidades, la primera es la que brinda la teoría del derecho “los identifica con los derechos que están adscritos universalmente a todos en cuanto personas, o en

⁵¹ Del Valle, Carolina, *op. cit.*, nota 3, p. 230.

⁵² Una Observación General es la interpretación de las disposiciones del PIDESC y sirven para darles contenido a los derechos sociales.

⁵³ *Op. cit.*, nota 25, artículo 9º.

cuanto a ciudadanos o personas con capacidades de obrar, y que son por tanto indisponibles e inalienables.”⁵⁴

La segunda proviene del derecho positivo “son derechos fundamentales en el ordenamiento italiano o alemán, los derechos universales e indisponibles establecidos por el derecho positivo italiano o alemán”⁵⁵, en este sentido, los derechos establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en los pactos internacionales de 1966 y en las demás convenciones internacionales sobre los derechos humanos, se constituyen como derechos fundamentales en el ordenamiento internacional.

Por último, apela a la filosofía política y explica que para saber cuáles son los derechos fundamentales es necesario recurrir a tres criterios axiológicos: el nexo entre derechos humanos y paz instituido en la Declaración de 1948; el nexo entre los derechos e igualdad, tanto en los derechos de libertad como en los derechos sociales, y el papel de los derechos fundamentales como leyes del más débil, debido a que estos derechos buscan contrarrestar el poder del más fuerte⁵⁶.

En cualquiera de los casos, el derecho a la salud encaja en las acepciones antes mencionadas, niños, mujeres, hombres, todo individuo tiene este derecho, que además se encuentra reconocido en diversas cartas constitucionales e instrumentos firmados por gran número de países; mientras que de igual modo es fácil encontrar su relación con la paz al ser indispensable para conservar la integridad personal; con la igualdad, ya que se debe intentar disminuir las diferencias en los servicios de salud pese a las condiciones sociales o económicas de los individuos; y, finalmente, funciona como ley del más débil, debido a que brinda la oportunidad de tener acceso a determinados servicios a quienes carecen de los medios económicos para ello.

⁵⁴ Ferrajoli, Luigi, *Sobre los derechos fundamentales y sus garantías*, trad. de Miguel Carbonell, Antonio de Cabo y Gerardo Pisarello, México, CNDH, 2006, p. 8.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 9.

⁵⁶ *Idem*.

Literalmente, en su introducción la Constitución de la OMS asegura que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”⁵⁷.

Con lo que hemos estudiado anteriormente, queda claro que esa “posibilidad” se encuentra supeditada a las condiciones geográficas, económicas y sociales del lugar donde se habita; no obstante, como derecho fundamental, el Estado debe intervenir para crear el contexto óptimo para lograr mantener la salud. La OMS reconoce la imposibilidad de los Estados a responder por la salud de los individuos, mas señala las atribuciones con las que pueden contribuir:

(...) un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud⁵⁸.

Con esta definición es fácil percatarse de que el derecho a la salud está lejos de ser el mero acceso a la atención médica que una persona requiere al padecer una enfermedad, es decir, no se trata sólo de contratar médicos, hacer centros de salud y hospitales para el servicio de la población a costos accesibles⁵⁹ y a cortas distancias para el tratamiento de las enfermedades.

Como se mencionó en apartados anteriores, la salud está influida por una gran cantidad de factores que deben ser tomados en cuenta, mismos que sería imposible que el Estado pudiera controlar; sin embargo, sí es factible que establezca medidas que ayuden a limitar las afectaciones, esto a través de las

⁵⁷ *Op. cit.*, nota 7.

⁵⁸ *Op. cit.*, nota 25, artículo 9º.

⁵⁹ Por supuesto existe un déficit de personal y de infraestructura para la atención de la salud, pero no debería ser la única prioridad.

prestaciones de servicios preventivos, como el de la información. La información clara y oportuna entra en las facilidades y condiciones que señala.

Finalmente, si trasladamos las características de los derechos sociales al derecho a la salud podemos afirmar que tiene como propósito proteger a grupos sociales desamparados, es de índole económica, busca establecer un sistema de instituciones y controles que moderan la contradicción de intereses de los grupos sociales en una colaboración pacífica y una convivencia justa, para lo cual algunas veces limita las libertades individuales en aras del beneficio social.

En este sentido, según Gerardo Pisarello advierte que la relevancia jurídica de los derechos sociales y su complejidad estructural “aparecen con mayor claridad si se los considera como derechos a prestaciones de bienes o servicios, principalmente frente al Estado, tendentes a satisfacer las necesidades básicas que permitan a los individuos desarrollar sus propios planes de vida”⁶⁰.

Y es que asegura que la dimensión prestacional resalta el carácter económico de los derechos sociales, ya que para satisfacerlos se requiere de una transferencia de recursos de los sectores más ricos a los más pobres y, por lo tanto, genera fuertes reticencias en aquellos cuando se pretende garantizarlos jurídicamente⁶¹.

Robert Alexy nos dice: “Los derechos a prestaciones en sentido estricto son derechos del individuo frente al estado a algo que –si el individuo poseyera medios financieros suficientes y si encontrase en el mercado oferta suficiente – podría obtenerlo también de particulares.”⁶²

⁶⁰ Pisarello, Gerardo, “Los derechos sociales en el constitucionalismo democrático”, en *Estudios en Homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano, Protección de la Persona y Derechos Fundamentales*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2006, p. 442.

⁶¹ *Ibidem*, p.442-443.

⁶² Alexy, Robert, *Teoría de los derechos fundamentales*, trad. De Ernesto Garzón, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1993, p. 482. Este sería el caso de Estado Unidos, donde la salud no

De acuerdo con Sánchez Cordero, la salud, como garantía jurídica, es un derecho social, y detalla:

Una distinción clara entre los derechos individuales, como pueden ser los de libertad o propiedad, y los derechos sociales, radica en la actitud que asume el Estado frente a cada uno de ellos. Respecto a los primeros, el Estado toma una postura meramente abstencionista, limitándose a vigilar que los mismos se ejerzan dentro de los límites previamente establecidos, mientras que en relación a los segundos, el Estado interviene activamente a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de satisfacer una necesidad pública.⁶³

Y agrega que “es preferible identificar a los derechos sociales con los derechos prestacionales, es decir, con aquellos derechos que en lugar de satisfacerse mediante la abstención del sujeto obligado, requieren de una acción positiva que se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio”⁶⁴.

Es así como, asegura, surge el derecho social que sitúa en un lugar preponderante los intereses colectivos sobre los individuales mediante los programas que crea el Estado en aras de lograr condiciones más justas para toda la población.

Pero si nos vamos a una visión más amplia que se forma de conjuntar lo anterior, De la Torre afirma que “el derecho a la salud tiene un doble contenido (...) Por una parte, es un derecho fundamental y por otra, es una garantía social.”⁶⁵ Sobre esta última característica advierte que si bien su ejercicio

es una prestación sino un servicio que el individuo adquiere conforme a sus posibilidades económicas.

⁶³ Sánchez, Olga, *El Derecho Constitucional a la Protección de la Salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México*, pronunciado en el Simposio Internacional “Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente”, el 9 de octubre de 2000, consultado 30 de mayo de 2011, en: <http://www.scjn.gob.mx/conocelacorte/ministra/EL%20DERECHO%20CONSTITUCIONAL%20A%20LA%20PROTECCION%20DE%20LA%20SALUD.pdf>.

⁶⁴ *Idem.*

⁶⁵ Torre, Rosa María de la, *op. cit.*, nota 35, p. 305.

depende de cuestiones estatales presupuestales, “las nuevas tendencias apuntan a que estos derechos también deben ser exigibles de alguna manera al Estado, y no quedar simplemente como un catálogo de buenas intenciones”.⁶⁶

Aunque hasta el momento, en la mayoría de los ordenamientos constitucionales, el derecho a la salud es concebido como una prerrogativa de acceso al sistema sanitario de seguridad social.

Remedio Sánchez nos dice que los derechos giran en torno a un núcleo que es la dignidad humana, estos derechos adquieren mayor o menor fuerza en función de su proximidad al núcleo, el grupo más cercano es el de los derechos fundamentales (como la vida, la intimidad y la libertad) el segundo grupo es el de los derechos que el estado se compromete a proteger (entre ellos el derecho al trabajo, a la propiedad y a la libertad de empresa y el tercer grupo se integra de los derechos que el Estado se compromete a promover (ejemplo de ellos: la protección de la salud, el disfrute del medio ambiente y a una vivienda digna), todo esto empapado por igualdad y libertad.⁶⁷

Creemos que vale la pena separar el derecho a la salud del derecho a la protección de la misma, ya que este último es sólo una parte de lo que debe abarcar el derecho a la salud, que a la vez se interrelaciona fuertemente con el derecho a la vida, a la libertad y a ese ideal de la dignidad humana que Sánchez sitúa como el centro de la representación del derecho ¿o no es necesaria la salud para tener calidad de vida, para una vida digna, para la vida misma? ¿No es requisito tener salud para ejercer la libertad?

La Observación General No. 14, antes mencionada, apunta a que cada Estado parte debe promover condiciones de disponibilidad, entendida como el contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas y del conjunto

⁶⁶ *Idem.*

⁶⁷ Sánchez, Remedio, *Delimitación de las Libertades Informativas fijación de criterios para la resolución de conflictos en sede jurisdiccional*, Valencia, Universidad de Valencia, 2004, pp. 23-27.

de factores determinantes básicos de la salud; accesibilidad, esto es que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles a todos y a todas, dentro de la jurisdicción del Estado. La accesibilidad debe ser: acceso sin discriminación; alcance geográfico; accesibilidad económica (asequibilidad); accesibilidad a la información.

Asimismo, debe existir aceptabilidad, todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y al ciclo de vida, respetuosos de la confidencialidad; por último, calidad, además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico de buena calidad.

Lo anterior requiere, entre otras cosas, personal de salud capacitado y con salarios adecuados, medicamentos y equipos hospitalarios científicamente aprobados y en buen estado, además de condiciones sanitarias adecuadas de las instituciones de salud.

Ante la complejidad para delinear las acciones con las que se podría decir estuviera cubierto el derecho a la salud de la población, las carencias son muchas y México no ha podido cumplir con las metas fijadas a nivel internacional⁶⁸.

⁶⁸ Entre ellas, las Metas del Milenio, en las que el país se comprometió, entre otras cosas, a reducir los índices de desnutrición y mortalidad infantil y materna.

CAPÍTULO II: PERSPECTIVA IUSINFORMATIVA DE LA SALUD EN LA LEGISLACIÓN

2.1 El derecho a la información para la salud a nivel internacional

El primer documento internacional sobre derechos humanos que aborda de manera enfática la necesidad de que los individuos sean en parte responsables de su salud es la Declaración de Alma-Ata que resultó de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) que se realizó en Alma-Ata de la antigua URSS, del 6 al 12 de septiembre de 1978. Con anterioridad, La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948 había hecho la mención al derecho a la salud sin desarrollarlo⁶⁹.

Posteriormente, la Observación General Número 14, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, de agosto del año 2000, vuelve sobre el tema y profundiza a la hora de desarrollar el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Sociales y Económicos (PIDESC) y establece las obligaciones estatales de acuerdo con las directrices contenidas en de dicho pacto.

Sin embargo, la Declaración de la Alma resulta especialmente importante por el amplio acento que hace en capacitar al individuo para la prevención de enfermedades. En 10 apartados pone de manifiesto la imperiosa necesidad de promover la salud desde todos los flancos, no sólo mediante la instalación de servicios de atención médica, sino con la mejora de las condiciones de vida de la población.

⁶⁹ Artículo 25. 1º Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2º La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

En resumen, en el primer artículo la Conferencia reitera firmemente que la salud es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

Los puntos II y III tratan sobre la desigualdad del estado de salud de los habitantes de países en desarrollo y los desarrollados, que se debe abatir con el desarrollo social y económico sostenido que contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

En el apartado IV se establece “el derecho y el deber” de que el pueblo participe de manera individual y colectiva en la planificación y aplicación de su atención de salud. A lo que el siguiente inciso suma la obligación de los gobiernos de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Y es en este quinto punto donde se plantean la meta de que “todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. – Y señala- La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social”.

El sexto párrafo define la APS como: la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de

salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Y continúan con el desarrollo de la APS en el punto VII, la atención primaria de salud:

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad (lo que nos habla de un tratamiento regional de las necesidades) y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla

mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;⁷⁰

6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

Autorresponsabilidad, participación, educación y prevención son algunas de las palabras clave del documento, para ser efectivos estos cuatro puntos se requiere de una adecuada, suficiente y accesible información.

Destaca la importancia de incluir los recursos locales en la búsqueda de mayor bienestar y por recursos no deben entenderse sólo los naturales o económicos, sino también los conocimientos que se han desarrollado por las comunidades en torno a sus problemas regionales, así como en el caso de las comunidades indígenas, las instituciones sanitarias, aunque estas no sean del esquema formal de los sistemas de salud se pueden intervenir para que tengan las condiciones adecuadas y que la gente acuda como de costumbre a ellos.

En el enunciado VIII se establece el deber de los gobiernos de formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. En el IX se habla de la cooperación internacional para el logro de la meta ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países.

⁷⁰ Declaración de Alma-Ata, 1978, consultada el 05 de mayo del 2012, en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.

El último apartado asevera que es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares.

Finalmente, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional.

Aunque se manera idealista en cuanto a los resultados, esta declaración aborda temas de gran relevancia, como la brecha que existe entre países y entre personas dentro de los países en cuanto a los factores que afectan la salud.

Por su parte, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer⁷¹, incluye en sus artículos 10 y 12, relativos a la educación y la salud respectivamente: 10. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre (...) h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia.

Mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 expone que “(...) los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

⁷¹ El 18 de diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que entró en vigor como tratado internacional el 3 de septiembre de 1981, tras su ratificación por 20 países, revisada el 05 de mayo del 2012, en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>.

De alguna manera los documentos internacionales incluyen elementos de la información sanitaria, aún sin denominarla como tal, a excepción de la Observación 14 que tiene un apartado de acceso a la información y otros referentes que comienzan a dilucidar una respuesta al cómo debe ser la información sanitaria, especialmente al tratarse de grupos vulnerables como niños y adolescentes y grupos indígenas, ver tabla 1.

Tabla 1. CONTENIDO DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA EN INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

<p>Alma Ata 1978, Rusia</p>	<p><i>¿Quién informa?</i> El Estado parte</p> <p><i>¿Qué se debe informar?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Métodos de prevención y de lucha sobre los principales problemas de salud y los riesgos locales 2. Métodos de planificación familiar 3. Promoción de los determinantes de la salud: nutrición, agua y saneamiento <p><i>¿Cómo lo informa?</i> NO LO ESPECIFICA</p> <p><i>¿A quién informa?</i> Todos los individuos</p> <p><i>¿Con qué intensidad?</i> Que la asistencia sanitaria esencial sea puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación y así alcanzar un nivel aceptable de salud para</p>
-------------------------------------	--

	<p>toda la humanidad en el año 2000.</p>
<p>Protocolo de San Salvador a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos 1988</p>	<p><i>¿Quién informa?</i> El Estado parte</p> <p><i>¿Qué informa?</i> Sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud</p> <p><i>¿Cómo lo informa?</i> NO LO DEFINE</p> <p><i>¿A quién informa?</i> Población</p> <p><i>¿Con qué intensidad?</i> Hacer efectivo el derecho al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.</p>
<p>PIDESC formulado en 1966 con entrada en vigor en 1976, y la Observación 14⁷² del año 2000</p>	<p><i>¿Quién informa?</i> Los Estados parte, promueve el apoyo entre Estados</p> <p><i>¿Qué informa?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. 2. (Acceso a la información: comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir) Información e ideas a cerca de las cuestiones relacionadas con la salud. 3. Disuade el uso indebido de alcohol y tabaco y el consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas. 4. Programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan

⁷² El artículo del PIDESC asignado a la salud es breve, pero, como hemos explicado, la Observación General 14 desarrolla el tema.

relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica

5. Promover los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género.

¿Cómo lo informa?

El acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

Respetuosa para niños y adolescentes.

Respecto a los grupos indígenas, los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.

¿A quién informa?

El Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.

	<p><i>¿Con qué intensidad?</i></p> <p>Que la población cuente con una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.</p>
--	---

2.2 El derecho a la información para la salud en México y España

De acuerdo a la SCJN, La Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud que consagra el artículo 4º, párrafo cuarto de la Carta Magna, establece en sus artículos 2º , 23, 24, fracción I, 27, fracciones III y VIII, 28, 29 y 33, fracción II, que el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga las necesidades de la población; que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; que los servicios de salud se clasifican en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social; que son servicios básicos de salud, entre otros, los consistentes en: a) la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación (...).⁷³

El tratamiento constitucional que se da al derecho a la protección de la salud en los documentos de España y México difiere desde el primer momento, asimismo, las legislaciones específicas presentan grandes diferencias en lo que a derecho a la información sanitaria se refiere.

En primer lugar, la protección de la salud en la constitución mexicana tiene un lugar privilegiado en lo que respecta a su ubicación, en el artículo 4º del Título

⁷³ Tesis Aislada, P. XIX/2000, *Semanario de la Suprema Corte de Justicia y su Gaceta*, novena época, pleno, XI, marzo 2000, p. 112.

Primero Capítulo I nombrado “De los Derechos Humanos y sus Garantías”⁷⁴, aunque comparte el sitio con otras prerrogativas como la alimentación, la vivienda

⁷⁴ Artículo 4º (Se deroga el anterior párrafo primero)

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.

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

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley.

Toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible. El Estado garantizará este derecho y la ley definirá las bases, apoyos y modalidades para el acceso y uso equitativo y sustentable de los recursos hídricos, estableciendo la participación de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como la participación de la ciudadanía para la consecución de dichos fines.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.

El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.

Toda persona tiene derecho al acceso a la cultura y al disfrute de los bienes y servicios que presta el Estado en la materia, así como el ejercicio de sus derechos culturales. El Estado promoverá los medios para la difusión y desarrollo de la cultura, atendiendo a la diversidad cultural en todas sus

y la protección de los infantes (similar a como lo hace el artículo 25 de la DUDH de 1948 antes citado), esto debido a que “la finalidad principal de la asociación política que se consagra es el bienestar de los mexicanos”⁷⁵, asegura Lara Ponte. En dicho artículo no se aborda el contenido del derecho ni de las obligaciones que el Estado tiene para garantizarlo, por lo que más adelante se analizará la Ley General de Salud (LGS).

En lo que se refiere al país europeo, el derecho a la protección de la salud⁷⁶ está situado en el Título I “De los derechos y deberes fundamentales”, pero en el Capítulo III, intitulado “De los principios rectores de la política social y económica”, lo cual implica un distinto modo de protección respecto a los primeros artículos.

Según Remedio Sánchez Ferriz⁷⁷, los derechos de la constitución española se dividen en tres grupos, el primero es el de los derechos fundamentales como la vida, la intimidad y la libertad, estos son los que se encuentran en la 1ª Sección del Capítulo II; el segundo grupo es el de los derechos que el estado se compromete a proteger, entre ellos el derecho al trabajo, a la propiedad y a la libertad de empresa, ubicados en la 2ª Sección del Capítulo II, y el tercer grupo, los derechos que el Estado se compromete a promover, ejemplo de ellos: la protección de la salud, el disfrute del medio ambiente y a una vivienda digna, que se pueden consultar en el Capítulo III del documento.

manifestaciones y expresiones con pleno respeto a la libertad creativa. La ley establecerá los mecanismos para el acceso y participación a cualquier manifestación cultural.

Toda persona tiene derecho a la cultura física y a la práctica del deporte. Corresponde al Estado su promoción, fomento y estímulo conforme a las leyes en la materia.

⁷⁵ Lara Ponte, Rodolfo, “Comentario al artículo 4º”, en *Derechos del pueblo mexicano, México a través de sus constituciones*, 4 ed., México, Cámara de Diputados, 1994, t. I, p. 1146.

⁷⁶ El artículo 43, sobre la protección a la salud señala: 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud y 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. -Y agrega respecto al- Fomento del deporte 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

⁷⁷ Recordamos a Sánchez, Remedio, *op. cit.*, nota 67.

No obstante, hay algo en lo que ambas leyes coinciden, por las razones expuestas en con anterioridad, “Los ordenamientos jurídicos no plantean un derecho a la salud propiamente, sino una protección de ésta, a través de los medios que la proyectan hacia una mayor efectividad. En este sentido lo recoge la Constitución española, en el entendido de que la garantía no se cierne sobre el resultado, sino que se establece en el empleo de los medios disponibles para proteger la salud de las personas, y una forma de protegerla es garantizando que los pacientes estén debidamente informados.”⁷⁸

En lo que respecta a la LGS mexicana, en los dos primeros artículos se establece que algunas de las finalidades son:

1. *La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, esto es la ejecución de actividades antes, durante y después de un proceso de enfermedad;*

2. *El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, al ser oportunos los servicios podrían evitar el desarrollo de los padecimientos, especialmente si se tienen estadísticas de los problemas más comunes en la región, para ello es necesario una mayor accesibilidad de los servicios especialmente en el sentido geográfico y la detección oportuna de riesgos y padecimientos, además,*

3. *El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, la población debe conocer los servicios, lo que implica que se informe a los habitantes del lugar cuáles son las funciones que se brindan en las unidades de salud.*

En el artículo 3º incluye que es materia de salubridad general “La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables”, niños, mujeres,

⁷⁸ Del Valle cita a Gafo, Javier, “Los principios de justicia y solidaridad en bioética”, en Gafo, Javier y Cabasés, Hita, en Juan Manuel (Coords.) *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*, Madrid, 1999, p. 154.

indígenas, personas adultos mayores, discapacitados y personas de escasos recursos son sin duda grupos que requieren mayor atención.

En busca de los artículos que tengan relación con la información, se arriba al 33, este señala que entre las actividades de atención médica se cuentan las preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; es en las primeras, las de promoción general que la información tiene un importante papel, pero no sólo los datos como tales, sino la manera en que lleguen a los grupos determinados de la población.

En el artículo 51 se habla del derecho de los usuarios a recibir información “(...) suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen”; lo que implícitamente conlleva a una información en salud, antes de la enfermedad, aunque la segunda parte se enfoque a las medidas curativas.

En el 54, se afirma que en el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad, cabe señalar que, al menos en Michoacán, las autoridades sanitarias carecen de una estadística que indique que los centros de salud cuentan con personal hablante de las lenguas locales.

Por otra parte, el artículo 77 se marca como una de las obligaciones de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud (mejor conocido como Seguro Popular), “adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades”, que por lo tanto deben ser dadas a conocer en por los prestadores de los servicios de salud.

Si bien el título sexto de la LGS se titula Información para la Salud, los artículos que lo componen se limitan a describir el procedimiento para la obtención, integración y manejo de las estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez; sobre los factores demográficos, económicos, sociales y

ambientales vinculados a la salud, y lo referente a los recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población, y su utilización.

Mientras que el título séptimo se enfoca en la Promoción de la Salud, que incluye la Educación para la Salud; que tiene como objeto “Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud”, esto sólo puede lograrse mediante información oportuna, de ahí los propósitos que le siguen:

Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud; y Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de fármacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Sin embargo, no se aborda la manera en que estas acciones se realizarán, especialmente para hacerlas efectivas entre los grupos más vulnerables.

Otra cuestión que de manera indirecta se relaciona a la información en salud es la publicidad que pese a que debe ser autorizada por la Secretaría de Salud, con el fin de evitar la exageración de las propiedades, puede inducir a creencias falsas sobre la prevención y el control de enfermedades.

Es en el Reglamento de la LGS en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica donde se plasma una visión más amplia del derecho a la información sanitaria.

En el artículo 29 se indica a quién se debe referir el profesional de la salud para informar sobre la salud de un paciente “(...) estará obligado a proporcionar al

usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes”. En el siguiente apartado se advierte la obligación del responsable del establecimiento de proporcionar al usuario, familiar, tutor o representante legal, el resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento que ameritó el internamiento, cuando sea solicitado.

Posteriormente, el artículo 32 advierte que los establecimientos para el internamiento de enfermos están obligados a conservar los expedientes clínicos de los usuarios, por periodo mínimo de cinco años. Además de que los responsables de estos establecimientos deben vigilar que se elaboren las estadísticas de la salud que señale la Secretaría; y proporcionarlas a dicha dependencia y a las autoridades sanitarias correspondientes, la información de cualquier tipo que requiera, en las formas o cuestionarios y con la periodicidad que aquélla determine.

Uno de los aspectos en los que hace énfasis este reglamento es respecto a la planificación familiar, el artículo 118 indica que tanto las instituciones de los sectores público, social y privado deben proporcionar de manera gratuita dentro de sus instalaciones, los servicios en los que se incluya información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, de acuerdo a las Normas Técnicas que emita la Secretaría, a lo que añade el 119 que para la realización de salpingoclasias y vasectomías es indispensable obtener la autorización expresa y por escrito de los solicitantes, previa información a los mismos sobre el carácter de la intervención y sus consecuencias.

Es en el apartado dedicado a la salud mental donde está la referencia más cercana a la protección de la intimidad del paciente, el artículo 133 apunta a que: La información personal que el enfermo mental proporcione al médico psiquiatra o al personal especializado en salud mental, durante su tratamiento, será manejada con discreción, confidencialidad y será utilizada únicamente con fines científicos o terapéuticos. Sólo podrá ser dada a conocer a terceros, mediante orden de la

autoridad judicial o sanitaria. Por ende, el siguiente punto advierte que los expedientes clínicos sólo serán manejados por personal autorizado.

La violación a lo anterior es sancionado con una multa de cien a quinientas veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, a cualquier integrante del personal especializado en salud mental que proporcione información contenida en el expediente clínico de algún paciente con fines diversos a los mencionados y sin que exista orden escrita de la autoridad judicial o sanitaria.

Aquella es una de las pocas sanciones que contiene la ley en esta materia, pero a excepción de la “notoria urgencia”, no se considera como delito la negativa de atención médica por falta de recursos económicos del solicitante, ni tampoco la carencia de medicamentos del cuadro básico que actualmente enfrentan las unidades de salud públicas, pese a que con ello se vulnera el derecho a la protección de la salud.

Ahora bien, el país ibérico cuenta con una normativa específica, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, misma que derogó los apartados 5, 6, 8, 9 y 11 del artículo 10, el apartado 4 del artículo 11 y el artículo 61 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

La Ley 41/2002, que busca ampliar la normativa básica que había en la Ley General de Sanidad, se compone de seis capítulos que incluyen el derecho de información sanitaria, derecho a la intimidad, respeto de la autonomía del paciente, la historia clínica y el alta y otras documentaciones.

De acuerdo a la exposición de motivos de la Ley 41/2002, “refuerza y de un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. En particular, merece mención especial la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado.

Asimismo, la Ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto”. De acuerdo a Osuna Carillo:

El derecho a la información sanitaria, aunque pueda considerarse estrechamente vinculado al consentimiento del paciente, trasciende el ámbito de éste, ya que no sólo el enfermo sino la persona sana, como ciudadano, es tributaria de recibir una información sanitaria suficiente para adoptar medidas preventivas y normas de conducta que redunden en un mejor estado de salud. Otros ejemplos de información sanitaria más allá del marco estrictamente asistencial lo constituye la información que se recoge en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995; BOE nº 269, de 10 de noviembre de 1995), que tiene por objeto la determinación de garantías y responsabilidades precisas para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo o la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento y el Real Decreto 2236/1993, de 17 de diciembre, que regulan la información que debe aparecer en el prospecto de los medicamentos.⁷⁹

Pero además del derecho a la intimidad de los pacientes, respeto a la autonomía del paciente, el consentimiento informado y la detallada descripción de los mínimos que debe tener la historia clínica, hay acciones enfocadas a la persona sana que debe hacerse copartícipe de la responsabilidad de proteger su salud.

El artículo 6º sobre el Derecho a la información epidemiológica, señala: “Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley”.

⁷⁹ Osuna, Eduardo, *op. cit.*, nota 42, pp. 29-30.

Mientras que el artículo 12 Información en el Sistema Nacional de Salud incluye en su primer párrafo el que “los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos”.

Aunque de manera breve, el artículo sexto es conciso: la información para evitar riesgos individuales y colectivos se debe difundir en términos “verdaderos, comprensibles y adecuados”, esto en con el fin de que llegue a los interesados de manera asimilable y que les permita tomar decisiones.

<p>Ley General de Salud (México) y Reglamento de la LGS en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica</p>	<p><i>¿Quién debe informar?</i> El estado, los prestadores de servicios, el profesional de la salud</p> <p><i>¿Qué se debe informa?</i> Conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud; y orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de fármacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.</p> <p>(Al paciente) Información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes.</p> <p>Planeación familiar.</p> <p>Los prestadores de servicios brindan al Estado datos estadísticos e informes particulares cuando hay orden judicial.</p>
---	--

	<p><i>¿Cómo se debe informar?</i> Suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.</p> <p>En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad.</p> <p>La información sobre planificación familiar debe ser gratuita en centros privados y públicos.</p> <p><i>¿A quién se debe informar?</i> En caso de información concerniente a un paciente, se informará al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal.</p> <p>Los prestadores de servicios médicos al Estado.</p> <p>El paciente al profesional de la salud y viceversa.</p> <p><i>¿Con qué fin?</i> El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud. La protección de la salud.</p>
<p>Ley 41/2002 (España)</p>	<p><i>¿Quién debe informar?</i> El Estado, los ciudadanos, el profesional de la salud.</p> <p><i>¿Qué se debe informar?</i> Los problemas sanitarios de la</p>

colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual.

Información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos.

(Los pacientes o usuarios) tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

Los pacientes y el médico tienen la posibilidad de decidir no ser informados o no informar, respectivamente, por cuestiones personales, en el primer caso, o por considerar que empeoraría la situación de salud en el segundo.

¿Cómo se debe informar? En términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley

¿A quién se debe informar? A los ciudadanos, al paciente, al personal médico.

¿Con qué fin? Aclarar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias. Se trata de ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínicas las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución.

2.3 El derecho a la información y las mujeres

El 1 de febrero de 2007, México publicó una Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la fracción X del artículo 41 apunta que entre las facultades y obligaciones de la Federación está el “Realizar a través del Instituto Nacional de las Mujeres y con el apoyo de las instancias locales, campañas de información, con énfasis en la doctrina de la protección integral de los derechos humanos de las mujeres, en el conocimiento de las leyes y las medidas y los programas que las protegen, así como de los recursos jurídicos que las asisten”.

Cabe reiterar que la educación y la salud están íntimamente ligadas con el desarrollo humano, muestra de ello es que el Índice de Desigualdad de Género (IDG) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se mide mediante tres dimensiones: mercado laboral, empoderamiento y salud reproductiva; a través de cinco indicadores: participación en la fuerza laboral, nivel de instrucción, escaños en el parlamento o poder legislativo, fecundidad adolescente y mortalidad materna.

El IDG de México en el 2012, marcó un 0.382⁸⁰, situándolo en el lugar 72 de 148 países, con 36 por ciento de los escaños legislativos ocupados por mujeres. El 51.2 por ciento de mujeres adultas que habían concluido la secundaria o un nivel más alto de educación, en comparación con un 57 por ciento de los hombres en el país. Por cada 100 mil nacidos vivos, 50 mujeres mueren por causas relacionadas al embarazo; y, la tasa de fertilidad adolescentes es de 65.5 nacimientos por cada mil nacidos vivos. La participación femenina en el Mercado laboral es de 44.3 por ciento, comparado al 80.5 por ciento de los hombres.⁸¹

Al respecto, la Comisión Económica para América Latina (Cepal)⁸², advierte que las brechas de fecundidad según nivel educativo y los altos niveles

⁸⁰ El IDG Varía entre cero, cuando a las mujeres les va tan bien como a los hombres, y 1, cuando uno de los géneros muestra el peor desempeño posible en todas las dimensiones que se miden.

⁸¹ Datos del reporte *Mexico HDI values and rank changes in the 2013 Human Development Report*, consultado el 24 de junio de 2013 en: <http://hdrstats.undp.org/images/explanations/MEX.pdf>.

⁸² Panorama social de América Latina, Eslabones claves de las brechas de exclusión social 2011, Comisión Económica para América Latina (CEPAL), consultado el 13 de enero de 2013 en: http://www.eclac.cl/noticias/paginas/8/33638/panorama_social_versionfinal.pdf.

de fecundidad no deseada claman por servicios accesibles y amigables, en materia de información y acceso a métodos modernos de prevención del embarazo, para adolescentes de todos los estratos socioeconómicos y atendiendo las diferencias culturales.

Y agrega que el alto nivel de fecundidad de las mujeres de bajos ingresos marca desigualdades significativas en el acceso al empleo y la protección social.

La falta de instrucción y de participación en el mercado laboral provoca que haya menor accesibilidad a nuevas informaciones, de cualquier tipo. En este sentido, existen teóricos, como Peter Drucker, que opinan que la sociedad del conocimiento provoca mayor rezago, al marginar a las personas que carecen de los conocimientos y medios asociados a las tecnologías de información y comunicación.

De acuerdo al Banco Mundial⁸³, existen tres dimensiones de la pobreza: la falta de recursos, la falta de poder para influir en las condiciones de su vida y la vulnerabilidad. Si la mujer no trabaja no cuenta con recursos para allegarse lo más básico; si no cuenta con los medios económicos y mentales no podrá cambiar nada a su alrededor, lo que de inmediato la sitúa en estado de vulnerabilidad, por depender de lo que sucede en su entorno.

2.4 El derecho a la información para la salud y las minorías lingüísticas

Debido a la vulnerabilidad de algunos individuos respecto a los fenómenos informativos, hay sujetos que reciben mayor protección por parte de la ley.

La constitución española contempla un trato especial en el derecho a la información para menores de edad; usuarios y consumidores y minorías religiosas y lingüísticas o culturales, para el presente estudio son éstas últimas las que interesan de manera especial; sin embargo, hacer un comparativo entre la situación de España y México sería muy complicado, ya que la situación socioeconómica de las minorías lingüísticas es muy distinta, en México, las minorías culturales se encuentran sumidas en la pobreza y con condiciones de

⁸³ Fisher, R. J. *Pobreza y Conservación: paisajes, pueblos y poder*, 2008, Unión Mundial para la Naturaleza, pp. 38-39.

educativas, laborales y de acceso a los servicios muy dispar en relación con el resto de la población. Pese a lo anterior, se estudiará el marco legislativo en la materia, en busca de algún aspecto que pueda ser favorecedor.

En México, de los poco más de 108 millones de habitantes, 6 millones 695 mil 228 personas de 5 años y más hablan alguna de las 89 lenguas indígenas conocidas, las más habladas son: Náhuatl, Maya y las lenguas mixtecas⁸⁴.

El artículo 3º del documento establece en primer lugar al castellano como lengua oficial, posteriormente señala que otras lenguas también son oficiales en las respectivas comunidades autónomas, de acuerdo con sus estatutos y finalmente advierte que se considera a las lenguas patrimonio cultural y por ello son objeto de “especial respeto y protección”.

De acuerdo a Bel Mallen⁸⁵, en el caso español se han promulgado sendas disposiciones que tienden a propiciar la difusión de los idiomas oficiales en diversos ámbitos, entre ellos: el de la defensa judicial, la educación y en la información, aunque en esta sólo advierte que se permite que haya medios de comunicación que empleen lenguas regionales así como ayudas y fomento de la difusión en las mismas.

La cuestión de los medios de comunicación encuentra su desarrollo en la Ley 7/2010 “General de la comunicación audiovisual”, donde los artículos 4º y 5º son dedicados a establecer el derecho a recibir una comunicación audiovisual plural; que los medios promoverán el conocimiento y difusión de las lenguas locales; así como que el Derecho a la diversidad lingüística y cultural incluye una programación en abierto que refleje diversidad cultural y lingüística de las comunidades autonómicas y que el 51 por ciento de la programación sean obras

⁸⁴ INEGI. Datos del Censo de Población y Vivienda 2010, consultado el citado el 06 de junio de 2012, en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/lindigena.aspx?tema=P>.

⁸⁵ Bel Mallen, Ignacio; Corredoira y Alfonso, Loreto y Cousido, Pilar, *Derecho de la Información Sujetos y medios*, Madrid, Ed. Colex, 1992, vol. I.

europeas excepto publicidad y juegos, de ellos, 50 por ciento en lenguas españolas.

A diferencia del caso español, en México la constitución no define de manera expresa en el artículo 6º, donde encuentra reconocimiento el derecho a la información, ningún grupo que requiera de especial protección, aunque lo hace en otros artículos referentes a la protección de la infancia y la adolescencia, las mujeres y los grupos indígenas.

En este sentido, el artículo 2º de la constitución enumera una serie de prerrogativas para las comunidades indígenas, tras reconocer que “la Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”.

Entre ellas se encuentran decidir sus formas internas de convivencia y organización social, económica, política y cultural; aplicar sus propios sistemas normativos en la regulación y solución de sus conflictos internos; acceder plenamente a la jurisdicción del Estado, para lo cual los indígenas tienen en todo tiempo el derecho a ser asistidos por intérpretes y defensores que tengan conocimiento de su lengua y cultura.

En el artículo 6º de la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas señala que el Estado adoptará e instrumentará las medidas necesarias para asegurar que los medios de comunicación masiva difundan la realidad y la diversidad lingüística y cultural de la Nación Mexicana.

Además, destinará un porcentaje del tiempo que dispone en los medios de comunicación masiva concesionados, de acuerdo a la legislación aplicable, para la emisión de programas en las diversas lenguas nacionales habladas en sus áreas de cobertura, y de programas culturales en los que se promueva la literatura, tradiciones orales y el uso de las lenguas indígenas nacionales de las diversas regiones del país.

No obstante, en el reglamento de la Ley de Radio y Televisión en materia de concesiones, permisos y contenido, donde el artículo 15 señala que es obligación de las estaciones de radio y televisión incluir 30 minutos diarios de material del Estado, pero sin especificar el contenido que tendrá este tiempo.

Por otra parte, el artículo 7º reitera que las lenguas indígenas serán válidas, al igual que el español, para cualquier asunto o trámite de carácter público, así como para acceder plenamente a la gestión, servicios e información pública. Lo que implicaría que en las regiones donde se hablan las lenguas todos los servicios públicos se prestaran en la lengua respectiva o con las facilidades para quienes no dominan el español.

Mientras que a diferencia de la Constitución Española, la mexicana no establece el deber y el derecho de que todos los mexicanos hablen el español, sino que reconoce en iguales circunstancias el idioma que habla la mayoría y las lenguas originarias, según el artículo 6º del reglamento de la Ley de Radio y Televisión en materia de concesiones, permisos y contenido “Para efectos de la aplicación de la Ley Federal de Radio y Televisión, se considerará que en el idioma nacional están comprendidas las lenguas de los pueblos y comunidades indígenas existentes en el país.”

Empresa nada fácil si se considera la falta de personal capacitado que resulta de la misma carencia de servicios accesibles en todo sentido (educación, salud, empleo), lo cual se convierte en un círculo sin fin.

CAPÍTULO III: LA EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD A TRAVÉS DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN

En el PIDESC se estableció que los cambios que debían realizar los Estados serían paulatinos, ya que era complicado pretender cambiar el sistema y mejorar la infraestructura de un día para otro; sin embargo, si aún no se contaba con los medios para garantizar un adecuado derecho a la salud, mucho menos se tenían los parámetros y métodos para evaluarlos.

Dicha falta de parámetros objetivos a los que los Estados debieran sujetarse provoca el menoscabo de los compromisos, por lo que “No es raro enfrentarse con opiniones que, negando todo valor jurídico a los derechos sociales, los caracterizan como meras declaraciones de buenas intenciones, de compromiso político y, en el peor de los casos, de engaño o fraude tranquilizador”⁸⁶ aseveran Abramovich y Courtis.

Y continúan “Aunque se acepte la privilegiada jerarquía normativa de las constituciones o de los tratados internacionales, los instrumentos que establecen derechos sociales [...] son considerados documentos de carácter político antes que catálogos de obligaciones jurídicas para el Estado, a diferencia de la gran mayoría de los derechos civiles y políticos”⁸⁷.

Esto se refleja en nuestro país, como ya se mencionó con anterioridad, “Por desgracia no es infrecuente que en México se vea a los derechos sociales como conceptos exclusivamente retóricos”, advierte Miguel Carbonell.⁸⁸ El derecho a la

⁸⁶ Abramovich, Víctor y Courtis, Christian, *Los derechos sociales como derechos exigibles*, Madrid, Trotta, 2002, p. 19.

⁸⁷ *Idem*.

⁸⁸ Breves reflexiones sobre los derechos sociales, ponencia presentada en agosto de 2005, durante el Seminario Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, realizado en instalaciones de la SRE, en Tlatelolco, D.F. En esta, el autor realiza un acercamiento a dos perspectivas que considera equívocas sobre los derechos sociales. En la primera, “los derechos

salud, a la vivienda, a la alimentación, al trabajo, entre otros, se cumplen de manera parcial y subjetiva ¿qué es un trabajo digno? ¿Qué es una vivienda digna y decorosa?

Para Carbonell, el camino hacia la exigibilidad de los derechos sociales requiere una base que ha de construirse, por una parte, con la determinación del contenido semántico y los alcances concretos de cada derecho social, es decir, que se explique en qué consiste, cuáles son sus alcances, cuándo se viola y qué debe hacer el Estado para darle cumplimiento; la segunda demanda, es que existan vías procesales idóneas para hacer exigibles los derechos sociales, “de forma que sus violaciones puedan ser llevadas ante los tribunales o ante otros órganos protectores de los derechos fundamentales, como lo pueden ser las comisiones de derechos humanos (...)”⁸⁹.

Debido a que los derechos fundamentales no son absolutos e ilimitados, los poderes del Estado los delinear y precisan a través de sus facultades legislativas

sociales tendrían por objeto regular las relaciones jurídicas entre dos clases sociales, una poderosa que cuenta con la propiedad de los bienes de producción y que tiene recursos económicos suficientes para poder ejercer plenamente los derechos fundamentales que la Constitución le reconoce, y otra clase social que estaría caracterizada por tener escasas propiedades y medios económicos muy precarios.” Mientras que la segunda, “las normas constitucionales que contienen derechos sociales no son concebidas como verdaderos mandatos, vinculantes para todas las autoridades, sino que se representan más bien como recomendaciones o programas que las autoridades deben de ir observando tal como vayan pudiendo o que no deben violar de forma manifiesta y grosera”, p. 41, consultada el 3 de diciembre de 2012, en: [http://portal.iteso.mx/portal/page/portal/Dependencias/Rectoria/Dependencias/Direccion_de_Integracion_Comunitaria/Dependencias/Centro_de_investigacion_y_formacion_social/Programas/derechos_humanos_paz/que%20leemos%20y%20sugerimos_ddhh/Derechos%20Humanos/20.DESC_A%20\(1\).pdf](http://portal.iteso.mx/portal/page/portal/Dependencias/Rectoria/Dependencias/Direccion_de_Integracion_Comunitaria/Dependencias/Centro_de_investigacion_y_formacion_social/Programas/derechos_humanos_paz/que%20leemos%20y%20sugerimos_ddhh/Derechos%20Humanos/20.DESC_A%20(1).pdf).

⁸⁹ Carbonell, Miguel, “Eficacia de la Constitución y Derechos Sociales: esbozo de algunos problemas”, *Estudios constitucionales*, México, núm. 2, vol.6, 2008, pp. 43-71, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-52002008000100003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-5200, consultado 19 de enero de 2013.

y reglamentarias. En oposición a estos límites que impone el estado, se encuentra el contenido mínimo de los derechos, el cual:

Supone la existencia de un núcleo básico en cada derecho que es inaccesible para los poderes públicos [...] El objetivo de este contenido mínimo es garantizar que el Estado quede siempre obligado a asegurar una protección mínima indispensable de cada derecho para todos los ciudadanos. Se trata de una esfera de protección básica que no puede restringirse sin incurrir en inconstitucionalidad. Es importante señalar que este contenido debe entenderse como un punto de inicio y nunca como un punto de llegada. Es el límite elemental con el que el Estado debe cumplir y a partir del cual se debe construir y ampliar la potencialidad protectora del derecho.⁹⁰

En este sentido es que nos preguntamos ¿cuál es el contenido del derecho a la información y el del derecho a la salud? ¿En la reglamentación mexicana se tienen en cuenta los contenidos de estos derechos, se tienen contenidos mínimos establecidos?

Sabemos que la protección del derecho a la información en México está presente en la Constitución; sin embargo, también sabemos que el legislador sólo ha desarrollado lo que se refiere al acceso a la información pública en la reforma del 2004 al artículo 6º, sin tomar en cuenta otros aspectos de este derecho, cuya ley marco quedó pendiente desde el año de 1977 cuando se adicionó al artículo 6º “el derecho a la información estará garantizado por el Estado”.⁹¹

Por su parte, el derecho a la salud se ha visto igualmente limitado a un sólo aspecto de los varios que intervienen en el proceso de la salud: la protección de la salud desde el punto de vista del tratamiento de enfermedades.

⁹⁰ Pérez, Mariana (Coord.) *Cinco Miradas sobre el Derecho a la Salud*, México, Fundar Centro de Análisis e Investigación, 2010, p. 21.

⁹¹ Para más detalles ver Carpizo y Villanueva, *El derecho a la información. Propuestas de algunos elementos para su regulación en México*, donde se refieren al proceso pendiente para reglamentar el derecho a la información y aseveran: “En pocas materias del derecho se pueden advertir tantas resistencias y dificultades para reformar el marco jurídico vigente como ha sucedido en el proceso que sigue pendiente para reglamentar el derecho a la información en México”.

Derivado de que tanto el derecho a la salud como el derecho a la información son derechos humanos, podemos afirmar que entre sus características comparten: universalidad (son para todas las personas), interdependencia e indivisibilidad (de la realización de unos depende la realización de otros), el carácter individual y social (deben satisfacerse tanto las necesidades individuales como las de la colectividad), progresividad e irreversibilidad (los logros alcanzados no admiten retrocesos) y, finalmente, irrenunciabilidad (el individuo no puede renunciar a ellos, el Estado tampoco puede arrebatárselos).

Asimismo comparten sus principios rectores: igualdad (no discriminación), accesibilidad (que las medidas y políticas estén al alcance de toda la población), gratuidad y equidad (implica la adopción de medidas que aseguren que las políticas generales lleguen efectivamente a los sectores marginados).

La Observación General 14, a la que ya hemos hecho referencia, esboza el contenido del derecho a la salud en cuatro elementos esenciales, “cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte” , el artículo 12 los detalla, a continuación una breve descripción:

- a) Disponibilidad. Se refiere al número de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, mismos que deben contemplar la atención a los factores determinantes básicos de la salud (agua potable, medio ambiente, etc.), así como ser atendidos por personal capacitado y contar con los medicamentos básicos.
- b) Accesibilidad. Incluye la no discriminación; accesibilidad física, tanto en las instalaciones para las personas con discapacidades como en el ámbito geográfico; accesibilidad económica, los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad; acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

- c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben respetar la ética médica y la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par de atender los requisitos del género y el ciclo de vida de los usuarios.
- d) Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, lo que requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Ahora bien, en lo que respecta al derecho a la información, podemos encontrar su contenido en el artículo 19 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH): Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

En este párrafo anterior tenemos las facultades del derecho a la información: investigar, recibir y difundir informaciones⁹², pero Bernal del Castillo⁹³ apunta que para tener un panorama completo del contenido de este derecho, no sólo debemos tomar en cuenta las facultades, sino también los deberes que las acompañan, como podría ser el respeto al derecho a la intimidad y al honor, o el deber de que la información que se difunde con fines noticiosos cumpla con un mínimo de veracidad.

Los derechos humanos representan tres tipos de obligaciones para los Estados: respetar, proteger y cumplir. El respetar implica que el Estado se

⁹² Mismas que pueden tener diversas manifestaciones, véase por ejemplo las propuestas de Carpizo, Jorge y Villanueva, Ernesto, "El derecho a la información. Propuestas de algunos elementos para su regulación en México", en Valadés, Diego y Gutiérrez Rivas, Rodrigo (coords.), *Derechos humanos. Memoria del IV Congreso Nacional de Derecho Constitucional III*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2001.

⁹³ Bernal del Castillo, Jesús, *Honor, verdad e información*, Oviedo, Universidad de Oviedo, 1994, p. 256.

abstendrá de intervenir en el disfrute del derecho; proteger requiere adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no sean el Estado) interfieran en el disfrute del derecho; finalmente, cumplir exige adoptar medidas positivas para dar plena efectividad del derecho del que se trate.

3.1 El derecho a la salud en México

Paulatinamente, el concepto de protección de la salud en México se ha modificado, inicialmente se concebía como una cuestión religiosa o de mera caridad; posteriormente, con el movimiento de Reforma, el Estado mexicano se asumió como el único responsable de su cumplimiento, pero bajo un aspecto individualista; finalmente, la Revolución de 1910 y las ideas progresistas del constituyente de 1917, transformaron esta concepción otorgando al derecho a la salud su carácter social, al señalar al Congreso de la Unión facultades en la materia.⁹⁴

Más tarde, en febrero de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la Federación una reforma al artículo 4º de la Carta Magna, consistió en la adición de un párrafo que se mantiene intacto hasta este momento: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Este derecho encuentra su desarrollo en la Ley General de Salud (LGS), que establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la competencia de la federación. Esta ley establece que el derecho a la protección de la salud debe permitir:

1. Alcanzar el bienestar físico y mental de las y los mexicanos.

⁹⁴ *Idem.*

2. La protección y la estimulación de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de las condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
3. Alargar y mejorar la calidad de vida de las y los mexicanos poniendo énfasis en los sectores más vulnerables.
4. Promover servicios de salud y asistencia social adecuados y aptos para satisfacer las necesidades de salud de la población.
5. Dar a conocer e impulsar el aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
6. Estimular la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud⁹⁵.

Con esta descripción de las funciones del derecho a la salud, podemos percatarnos de que, incluso esta ley, reconoce que la atención médica es sólo un aspecto que incide en el amplio margen que envuelve el derecho a la salud.

Sin embargo, “los instrumentos de la asistencia social, Institutos Nacionales de Salud y Centros de Salud no incluyen en su legislación procedimientos específicos que le permitan a las y los usuarios exigir sus derechos sin la necesidad de asesoría jurídica profesional”⁹⁶. La LGS no es clara en cuanto a las herramientas jurídicas con las que la población cuenta en caso de incumplimiento o insatisfacción con los servicios.

Y apunta que otro factor que contribuye a la incertidumbre en la atención en salud en la población mexicana es la desarticulación del Sistema Nacional de Salud (SNS), que no logra establecer una red sanitaria universal y que, al no tener la capacidad de cubrir las necesidades de la población que la solicita, orilla a personas a solicitar atención privada aun cuando no tienen la capacidad de

⁹⁵ Ley General de Salud, revisada el 16 de junio del 2013, en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>.

⁹⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Indicadores sobre el derecho a la salud en México, México*, 2011, p. 55.

pagarla. Al no existir las herramientas directas para exigir el derecho a la salud se prevé como una vía el juicio de amparo para el cumplimiento de este derecho. Sin embargo, esta vía tiene sus limitaciones, dado que incluso cuando el derecho a la protección de la salud está reconocido constitucionalmente, existe un problema en el nivel de especificación de las obligaciones del Estado al respecto.⁹⁷

a) *Inequidad, concepto frecuente*

La salud en México es un rubro plagado de inequidades: el número de asegurados en salud, el gasto *per cápita* de los diferentes sistemas de aseguramiento y la concentración de los servicios médicos en las grandes ciudades, que además son insuficientes, son claro ejemplo de ello.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, de los más de 112 millones 300 mil habitantes del país, son 72, 514, 513 los derechohabientes de alguna institución de salud, por lo que sólo quedan como no derechohabientes 38 millones 020, 372 personas y un millón 801 mil 653 más que no especificaron su condición.

Sin embargo, más de 26 millones de los derechohabientes, 36 por ciento, son beneficiarios del Seguro Popular, lo que significa que en realidad no están protegidos contra cualquier enfermedad, sino que pueden acceder gratuitamente a los servicios y medicamentos incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes), así como a los medicamentos específicos para cada padecimiento.

No obstante, las cifras antes presentadas representan un avance si se toma en cuenta que para el año 2000, el 55% de la población, más de la mitad, no contaba con ningún esquema de aseguramiento en salud, ni público ni privado. “Esta falta de seguridad era predominantemente más evidente en la población rural y en el 20% de los hogares más pobres, donde la cobertura de

⁹⁷ *Idem.*

aseguramiento no rebasaba el 15%. Bajo estas circunstancias más del 50% del gasto total en salud era de origen privado particularmente gasto de bolsillo”, explican Sosa y Guijarro⁹⁸.

En lo que respecta al gasto en salud pública, se pueden observar grandes disparidades entre la erogación que se realiza para la población asegurada y la población abierta, esta brecha no sólo se presenta por institución, sino también por entidad federativa.

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) indicó que, para 2003, en la población abierta o no asegurada del Distrito Federal y Baja California Sur se tenía un gasto mayor a 2 mil pesos, en contraste con Guanajuato, Michoacán y Puebla donde era inferior a 700 pesos⁹⁹.

Mientras que entre la población asegurada por el IMSS, ISSTE o PEMEX, el gasto del Distrito Federal era superior a 7 mil pesos; en Baja California Sur, Campeche, Tabasco y Yucatán estaba por arriba de los 3 mil pesos; en tanto que en Chiapas, el Estado de México, Oaxaca y Querétaro era menor a los 2 mil¹⁰⁰.

Por otra parte, en cuanto a infraestructura de salud, cabe mencionar que, por ejemplo, en 1999, el Distrito Federal contaba con el mayor número de unidades de especialidad¹⁰¹, tanto para población abierta como para población derechohabiente, con un total de 41 y 26, respectivamente.

⁹⁸ Sosa-Rubí, Sesma Sergio y Guijarro Maite, *Análisis del Gasto en Salud en México 2008-2009*, México, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009, p. 9., http://www.undp.org.mx/IMG/pdf/Salud_2_Sandra_Sosa_Rubi.pdf, consultado el 30 de mayo de 2012.

⁹⁹ Dirección General de Información en Salud, *Estadísticas de recursos financieros públicos para la salud en México*, México, Secretaría de Salud, 2005, vol. 47, pp. 90-98, <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000163>, consultado el 30 de mayo de 2012.

¹⁰⁰ *Idem*.

¹⁰¹ Lavielle, Briseida; Lara, Gabriel y Díaz, Daniela, *Curitas para la Salud: El Mapa de la Inequidad*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2001, p. 41.

Nos dice Lavielle que este tipo de situaciones provoca que las personas que tienen algún padecimiento que requiere de atención especializada se deban trasladar desde sus entidades a los hospitales ubicados en la capital del país, cuya infraestructura de unidades de especialidades es seguida por Coahuila con 6, y Jalisco, México y Veracruz con 5 hospitales para la población abierta, pero que aún así es una gran disminución; en lo que concierne a la población derechohabiente, Jalisco y Nuevo León cuentan con 7 y México y Sonora con 4 hospitales de este tipo.

En cuanto a hospitales generales, cabe mencionar que todas las entidades federativas cuentan con unidades de este tipo para ambas poblaciones. Sin embargo, mientras en unos estados existen 4 unidades para la población abierta en otros la cifra asciende a 32, por ejemplo Baja California Sur y Veracruz, respectivamente.

De la misma manera, en cuanto a unidades de consulta externa, la distribución es poco equitativa, la investigadora expone que para población abierta, los estados con mayor número de unidades de consulta externa llegan a superar el millar, como Veracruz (1,068) y Oaxaca (1,039), en contraste con otras entidades como Aguascalientes y Baja California Sur que no llegaban a 90¹⁰².

No obstante, Lavielle advierte que el país cuenta solamente con 0.63 camas por cada mil habitantes sin seguridad social, cifra inferior al estándar de una cama por cada mil habitantes sugerido por la OMS; la precariedad se agudiza en las regiones marginadas.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012¹⁰³ señala que México cuenta con 4,203 hospitales, de los cuales 1,121 son públicos y 3,082, privados. El sector público cuenta con un promedio de 0.74 camas por cada mil habitantes, inferior al valor sugerido por la OMS, que es de una cama por cada mil habitantes. Las

¹⁰² *Idem.*

¹⁰³ En el apartado de Igualdad de Oportunidades, donde a su vez, Salud es otro epígrafe. Podemos conocer el PND 2007-2012, completo en: <http://pnd.presidencia.gob.mx/>.

instituciones de seguridad social tienen una tasa de 0.87 camas, contra 0.63 de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social.

Sobre el personal de salud, indica que México tiene 1.85 médicos por cada mil habitantes, la cual advierte, es una cifra inferior al promedio internacional deseable, que es de tres médicos. Sin embargo, el mayor problema se presenta en la distribución geográfica de médicos.

La desigualdad se observa también entre instituciones. PEMEX, por ejemplo, tiene un promedio de tres médicos por cada mil derechohabientes, mientras que la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE tienen menos de dos. Ello refleja que existen diferencias entre los servicios de salud que reciben derechohabientes del sector paraestatal.

El abasto de medicamentos ha mejorado en las unidades de atención ambulatoria, no así en los hospitales. Mientras que en las unidades de IMSS-Oportunidades ha sido posible surtir hasta 94.3% de las recetas expedidas por sus médicos, los servicios estatales de salud apenas lograron 61.2%.

La cobertura efectiva también es desigual. En conjunto, el Distrito Federal registra la mayor cobertura de servicios, que alcanza a 65.1% de la población, en tanto que Chiapas tiene un alcance de 54%.

Es evidente que la modernización de los servicios de salud requiere grandes inversiones para lograr los estándares deseables. México destina 6.5% de su producto interno bruto al rubro de la salud, cifra menor al promedio internacional.

b) La transición demográfica

Si actualmente los servicios de salud son insuficientes, de no fortalecerse, en algunos años la situación será catastrófica debido a la transición demográfica que resulta del incremento en la esperanza de vida al nacer, derivado a su vez del

desarrollo de la ciencia que ha favorecido el descenso de la fecundidad y la mortalidad.

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (Conapo) en el año 2000 había 20.5 adultos mayores por cada 100 niños; este índice se incrementará paulatinamente en el presente siglo, se estima que alrededor del año 2034, el número de adultos mayores será igual al de niños, y para el 2050, se alcanzará una razón de 166.5 adultos mayores por cada 100 niños.

Con el incremento en la población de adultos mayores, las necesidades de medicina especializada también aumentarán, debido a que esta etapa de la vida se presentan con frecuencia, enfermedades como la obesidad, diabetes, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, neoplasias (cáncer), insuficiencia renal, influenza y neumonías; así como, otras que incluso pueden resultar discapacitantes como la demencia, las artropatías y las caídas.

Un cambio en los estilos de vida, una mayor concientización a cerca de un envejecimiento saludable y una mayor promoción de la cultura de la prevención serían acciones que podrían disminuir el impacto a los servicios de atención a la salud.

3.2 Exigibilidad

Actualmente, persiste el debate sobre la exigibilidad de los derechos sociales, económicos y culturales, debido a que, al considerarlos derechos que requieren que el estado brinde alguna prestación, es decir, que implica obligaciones positivas, y, por ende, que se destinen grandes presupuestos para ello. A diferencia de los derechos civiles y políticos que demandarían obligaciones negativas del estado, que se abstenga de intervenir en su desarrollo.

Ante esta problemática, Courtis y Abramovich¹⁰⁴ apuntan que si bien, la esencia de ambos tipos de derechos es distinta, todos los derechos requieren tanto acciones positivas como negativas de los estados.

Courtis y Abramovich resumen las obligaciones del estado en relación a los derechos en tres niveles: respeto, protección y satisfacción, en esta última se incluyen dos categorías que manejan otros autores, las obligaciones de garantía y las de promoción. Estas coinciden en contenido con la Observación 14, cuando plasma las obligaciones de los estados:

En el apartado 34 señala: En particular, los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer (...) abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas.

Las obligaciones de proteger señaladas en el artículo 35 son: (...) adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan

¹⁰⁴ Abramovich, Víctor y Courtis, Christian, *Los derechos sociales como derechos exigibles*, Madrid, Trotta, 2002, p. 19.

las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología. (...) velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia; impedir que terceros induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, por ejemplo a la mutilación de los órganos genitales femeninos; y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, (...) Los Estados deben velar asimismo porque terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud.

Mientras que los puntos 36 y 37 tratan de las obligaciones de cumplir o de satisfacción, según el documento y los teóricos, respectivamente: (...) requiere, en particular, que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales (...) y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud (...) Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, (...) el fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/SIDA, la salud sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas.

Además, el derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población. Entre esas obligaciones figuran: i) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro resultados positivos en materia de salud, por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información; ii) velar por que los

servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; iii) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como acerca de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; iv) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.

Los estudiosos de la exigibilidad de los derechos sociales advierten que uno de los principales obstáculos que se encuentra esta materia es el pretexto del “condicionante económico”, no obstante, aseveran que debido a que “Tanto los derechos civiles y políticos como los económicos, sociales y culturales constituyen un complejo de obligaciones positivas y negativas”, los derechos civiles y políticos también requieren para su satisfacción la existencia de instituciones que impliquen un gasto para el estado.

Y es que, “El estado puede, sin embargo, asegurar el goce de un derecho a través de otros medios (distintos al factor económico), en los que pueden tomar parte otros sujetos obligados: a) por un lado, algunos derechos se caracterizan por la obligación del estado de establecer algún tipo de regulación, sin la cual el ejercicio de un derecho no tiene sentido; b) en otros casos, la obligación exige que la regulación establecida por el Estado limite o restrinja las facultades de las personas privadas, o les imponga obligaciones de algún tipo; c) por último, el estado puede cumplir con su obligación proveyendo de servicios a la población, sea en forma exclusiva, sea a través de formas de cobertura mixta que incluyan, además de un aporte estatal, regulaciones en las que ciertas personas privadas se vean afectadas a través de restricciones, limitaciones u obligaciones.”

En este sentido, se deduce que el derecho a la protección de la salud no se limita a que el Estado cuente con las unidades sanitarias para atender las enfermedades de la población y las provea de insumos sanitarios y

medicamentos, sino que también debe encargarse de la regulación que permita facilitar que los particulares aporten a garantizar este derecho.

“Los DESC se caracterizan justamente por involucrar un espectro amplio de obligaciones estatales. Consecuentemente es falso que las posibilidades de justiciabilidad de estos derechos sean escasas: cada tipo de obligación ofrece un abanico de acciones posibles, que van desde la denuncia de incumplimiento de obligaciones negativas, pasando por diversas formas de control del cumplimiento de obligaciones positivas incumplidas”.

Sin embargo, destacan que el reconocimiento universal de los DESC como derechos plenos no se alcanzará hasta superar los obstáculos que impiden su adecuada justiciabilidad, “entendida como la posibilidad de reclamar ante un juez o tribunal de justicia el cumplimiento al menos de algunas de las obligaciones que se derivan del derecho” y que como ha quedado demostrado en esta investigación están definidas en diversos instrumentos internacionales.

3.3 Obligaciones de los particulares

3.3.1 El problema de la publicidad

“De manera parecida a como el profesional de la salud se encuentra en una situación ventajosa con respecto al enfermo en lo que concierne a la información clínica, el profesional de la comunicación y de la información se encuentra también en una situación de superioridad con relación al público al que informa.” Y por profesional de la información no debe entenderse sólo a los reporteros o presentadores de programas mediáticos, sino también a quienes se dedican a la publicidad.

Sin duda los medicamentos son un gran invento que ha permitido aumentar la esperanza y calidad de vida de la humanidad, no obstante, al encontrarse como otro producto más en el mercado, son un elemento que requiere ser ofertado como cualquier otro. Sea de manera sutil o impactante, los publicistas han encontrado la manera de motivar la demanda de medicamentos a través de anuncios publicitarios que evocan graves consecuencias al no tratarse padecimientos comunes, no obstante no se destaca la necesidad de acudir al médico, sino de consumir tal o cual sustancia.

Miguel Carbonell explica el demérito que ha tenido esta práctica, “La publicidad, en un principio, puede considerarse como una importante forma de información que debería desempeñar un papel positivo, para coadyuvar al desarrollo de la industria y el comercio, e informar amplia y objetivamente acerca de los orígenes, componentes y uso de las mercancías que promueva –sin embargo, advierte que dicha función no se cumple– Por el contrario, su función social se ve totalmente desvirtuada. En vez de orientar, fomenta el consumo irracional y superfluo; crea necesidades suntuarias e innecesarias, ajenas a los modelos culturales nacionales.”¹⁰⁵

En este contexto hay un obvio conflicto ético, ya que el objetivo del trabajo es vender lo más posible para obtener ganancias, lo cual implica que varias de las personas que compran un producto puedan no necesitarlo y al ingerirlo dañar en mayor o menor medida su organismo.

En este sentido, los especialistas afirman que si el mensaje no es verdadero, no es mensaje, sino apariencia de mensaje. En lugar de informar, desinforma, por lo que prohibir la inadecuación con la realidad, el mal o la incoherencia en la información no es limitarla, sino salvar el peligro de la desinformación, y dirigirla a su fin propio, que es informar.

Es decir, cuando los mensajes publicitarios tienen contenidos que no corresponden a la realidad, como exagerar las propiedades de un producto, no se

¹⁰⁵ Carbonell, Miguel, *El derecho a la información*,. México, Miguel Ángel Porrúa, 1984, p. 45.

incurre en una información errónea, sino en una desinformación, por lo tanto en un acto de injusticia.

3.3.2 Marco legal de la publicidad

La norma marco en materia de publicidad en España es la Ley General de Publicidad (LGP), la cual data del año 1988 y se inspiró no sólo en el espacio comunitario español sino además en el ámbito jurídico europeo con lo cual aborda este tema de manera más integral, mas esta normativa se aplica a la publicidad de todos los rubros. Esta Ley además contempla que pueden existir diversos ordenamientos adicionales que regulen algunas actividades publicitarias específicas. Al respecto, la legislación mexicana tiene más de una decena de normativas destinadas a regular la publicidad, sin embargo, en cuanto a la salud, la principal es el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad

Tras estudiar las normativas se puede identificar que las principales diferencias de los marcos legales de México y España en torno a la publicidad en materia sanitaria son tres:

1. El artículo 3° de LGP protege no sólo a los consumidores de bienes y servicios, sino además a una empresa que pudiera sufrir algún perjuicio por este tipo de publicidad, en México la publicidad engañosa se encuentra enfocada solamente a la protección del consumidor y no a las empresas que pudiera sufrir daños.
2. Que en el país americano se reconoce sólo la publicidad engañosa, mientras que en la península hay otros cuatro tipos de publicidad ilícita: que atente contra la dignidad de las personas, desleal, subliminal y que infrinja la normativa que regule ciertos productos y servicios;
3. Que en España la publicidad engañosa puede ser objeto de sanciones penales, lo cual en México no es posible, ya que no existe la tipificación de un delito de esta naturaleza. La normatividad española, en su Código Penal artículo

283 establece castigos de pena de prisión de seis meses a un año o multa de 12 a 24 meses a los fabricantes o comerciantes que, en sus ofertas o publicidad de productos o servicios, hagan alegaciones falsas o manifiesten características inciertas sobre los mismos, de modo que puedan causar un perjuicio grave y manifiesto a los consumidores, sin perjuicio de la pena que corresponda aplicar por la comisión de otros delitos.

3.4 Obligaciones del Estado

Las autoridades sanitarias se convierten en juez y parte a la hora de concretar una queja, de acuerdo al artículo 51 del Reglamento de la LGS en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica: Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, señalarán los procedimientos para que los usuarios de los servicios de atención médica, presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias, respecto de la prestación de los mismos y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos o privados.

El artículo 52 continúa, ante cualquier irregularidad en la prestación de servicios de atención médica, conforme a lo que establece la Ley y el presente Reglamento, toda persona podrá comunicarla a la Secretaría o las demás autoridades sanitarias competentes. –Mientras que el 53 agrega– Para poder dar curso a la acción mencionada en el artículo anterior, será necesario el señalamiento de la irregularidad, nombre y domicilio del establecimiento en que se presuma la comisión, o del profesional, técnico o auxiliar a quien se le impute, así como el nombre y domicilio del denunciante.

Es decir, cada institución establece sus procedimientos para quejas y reclamaciones, el reglamento no define los medios para comunicarse con las autoridades competentes ante irregularidades en la prestación de los servicios y en dado caso de lograr llegar a interponer la queja, no se contempla la figura del anonimato ni de la confidencialidad.

CAPÍTULO IV: LA INFORMACIÓN COMO RESPUESTA, SOCIEDAD E INTERCULTURALIDAD

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés) afirma que: “La información y el conocimiento no solo se han convertido en la principal fuerza de transformación social, sino que también son la promesa de que muchos de los problemas que viven las sociedades humanas pueden verse aliviados de manera importante si tan solo la información y habilidades son empleadas y compartidas de manera sistemática y equitativa”.¹⁰⁶

Cuando escuchamos Sociedad de la Información podemos imaginar un mundo conectado sin límites territoriales donde los datos y conocimientos fluyen en beneficio de todos los seres humanos; sin embargo, la utopía tecnológica está lejos de ser cierta, fracasos como e-México, demuestran la imperiosa necesidad de conocer lo que se quieren atender a distancia; no sólo el entorno físico, sino a las personas que recibirán la información y cómo podrán aplicarla. Saray Córdoba González señala que la Sociedad de la Información se caracteriza por:

Un uso intensivo de la información y el conocimiento, la aplicación de la tecnología como herramienta indispensable, la explotación intensiva de los recursos naturales y la transformación de las relaciones sociales sin abandonar el carácter capitalista de la sociedad. La educación, la economía, la cultura, la estructura social se interrelacionan en el marco de la globalización, que a su vez permea todas las capas de la sociedad. No obstante, estas características adquieren dimensiones diferentes en los pueblos que están distribuidos alrededor del mundo, de acuerdo con el acceso que éstos tengan a los bienes y servicios.¹⁰⁷

¹⁰⁶ La UNESCO y la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información. Paris: UNESCO, 2002. p.12.

¹⁰⁷ Córdoba, Saray, “¿Centroamérica hacia la sociedad de la información?”, *Sociedad de la Información e Información para la Sociedad. V Coloquio Internacional de Ciencias de la*

Por su parte, Raúl Trejo identifica 10 características de la Sociedad de la Información:

1. Exuberancia. Vivimos en un mundo plétórico de datos, frases e íconos. Recibimos información de diversas fuentes, la publicidad, el gobierno, todos crean sus dioses y lemas con tal de impactar –Como hemos estudiando, cuando el objetivo es impactar la veracidad de la información pierde importancia.
2. Omnipresencia. Contenidos en diferentes plataformas y sistemas. Los soportes son distintos, con el fin de reafirmar el mensaje.
3. Irradiación. Las barreras geográficas se difuminan haciendo las distancias físicas más cortas –El intercambio de información no tiene límites geográficos, pero sí económicos y tecnológicos.
4. Velocidad. La *communication instantaneity* –La calidad de la información se afecta por la premura.
5. Multilateralidad / Centralidad. Recepción de información de todas partes, con una tendencia centralizada de emisores en la red –Un ejemplo claro son los buscadores, como *Google*, se accede a este buscador para hurgar en los contenidos de todo el mundo, sin tener conciencia que sólo se busca en el archivo que la empresa ha compilado.
6. Interactividad / Unilateralidad. Esta sociedad permite a los usuarios ser también productores de sus propios mensajes –La digitalización ha permitido el surgimiento de radios comunitarias, así como la oposición a las versiones oficiales a través de blogs y la organización de la resistencia.
7. Desigualdad. A las desigualdades presentes se agrega una más, la de la tecnología y el uso de internet. Las capacidades igualitarias y liberadoras de la red de redes no llegan a quienes más lo necesitan, por tanto solo ayuda en cierta medida a solucionar los problemas más apremiantes en los países no desarrollados –El factor económico no se vence en su totalidad, los más pobres siguen sin acceso a la tecnología y la información.

8. Heterogeneidad. En internet se duplican –y multiplican– actitudes, opiniones, pensamientos y circunstancias que están presentes en nuestras sociedades –La propagación y repetición de los mensajes hace más fácil el apropiarse de ellos.

9. Desorientación. La plétora de información puede llegar a ser un agobio, aturdimiento personal y colectivo. Se requiere destrezas que van más allá de la habilidad para abrir un programa o poner en marcha un equipo de cómputo. Se necesitan aprendizajes específicos para elegir entre aquello que nos resulta útil, y lo mucho de lo que podemos prescindir. –La enorme cantidad de fuentes confunde al usuario, ya que puede tener versiones obsoletas, que discrepan o que incluso se contradicen.

10. Ciudadanía pasiva. Debido a tanta información y sin la capacitación irreflexión debida, puede prevalecer el consumo sobre la creatividad –En lugar de utilizarse como un medio para ser proactivos, los individuos se pierden en el mar de información y absorben, sin analizar la información que reciben.¹⁰⁸

Obviamente los usos que se den a la información y la tecnología difieren con base en las necesidades de cada comunidad, los conocimientos previos de los usuarios y la capacidad de acceso a las diferentes opciones. Se habla de países desarrollados y países en desarrollo, pero, qué pasa con los espacios geográficos que dentro de los mismos países, donde las condiciones de las orillas de la ciudad o de la zona rural difieren de sobremanera con las de los habitantes de las grandes ciudades.

Existen tres opciones para atender a las minorías: olvidar que existen y esperar a que desaparezcan, conquistarlas con la implementación forzada de métodos o generar las condiciones para que se apropien de los medios con base en sus necesidades.

¹⁰⁸ Trejo, Raúl, “Vivir en la Sociedad de la Información. Orden global y dimensiones locales en el universo digital”, *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, sociedad e Innovación*, Oviedo, número 1, septiembre-diciembre de 2001, consultada el 20 de julio de 2013, en: <http://www.oei.es/revistactsi/numero1/trejo.htm>.

Aunque en el ideal de la UNESCO, “las sociedades del conocimiento deberían estar firmemente asentadas en un compromiso con los derechos humanos y las libertades fundamentales, en particular la libertad de expresión. También habrán de garantizar la plena realización del derecho a la educación y de todos los derechos culturales (...) el acceso a la información y el conocimiento de dominio público con fines educativos y culturales deberá ser lo más amplio posible”¹⁰⁹.

Para lo anterior, advierte que la información tendrá que ser de alta calidad, diversificada y fiable. Un principio importante de las sociedades del conocimiento será la diversidad de culturas y lenguas.

4.1 Inequidad

Pese a los avances médicos de la actualidad que permiten prevenir enfermedades, así como diagnosticarlas y tratarlas en etapas tempranas, el acceso, tanto a la información como a los servicios sanitarios es más amplio para los estratos económicos altos.

El ejemplo es claro, mientras que los asegurados del IMSS y el ISSSTE tienen cubierto el tratamiento de cualquier padecimiento y los medicamentos que requiera, los adscritos al Seguro Popular –donde se agrupa aquella población de escasos recursos económicos y que carecen de un empleo formal- tienen un catálogo de enfermedades, así como fuera de ellos, el paciente debe conseguir los recursos para solventar fármacos y procedimientos.

Otra muestra de la desigualdad es que en el país, durante el 2011, el gasto público en salud per cápita entre la población asegurada ascendió a 4 mil 889 pesos y entre la población sin seguridad social a 3 mil 261 pesos (p. 163), es decir, 1,628 pesos menos.

¹⁰⁹ Contribución de la UNESCO a la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la información, consultado el 22 de julio en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001295/129531s.pdf>.

En materia de gasto público en salud en México, en el 2011 representó el 3.1 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB).

El financiamiento del Sistema de Salud Mexicano proviene de tres fuentes: a) recursos públicos, los cuales comprenden los presupuestos gubernamentales ya sea en el ámbito federal o estatal; b) las contribuciones a la seguridad social; y c) el gasto privado. Dentro del sector privado existen tres tipos de fuentes de financiamiento: i) el pago directo al momento de utilizar los servicios, mejor conocido como el gasto de bolsillo; ii) el prepago de seguros médicos, y iii) las transferencias en efectivo o en especie que realizan empresas sin fines de lucro, denominadas donaciones.

El gasto de bolsillo es la principal fuente, durante el año 2011 se estimó que representó el 46.5 por ciento del gasto total en salud (p.77), el porcentaje del gasto público fue de 15.2 por ciento.

De acuerdo con información de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), durante 2009 el gasto total en salud en México (gasto público más privado en salud) representó el 6.4 por ciento del PIB; proporción inferior al 9.6 por ciento que en promedio destinan los países miembros de la OCDE a este rubro.¹¹⁰

4.2 Sabiduría medicinal tradicional

Sea por las costumbres familiares o la lejanía de los centros de salud, los curanderos, sanadores y parteras aún persisten en las comunidades rurales e indígenas, aunque cada vez con menos frecuencia, generalmente son gente conocida y de confianza la que acude a curar sus males. No obstante, principalmente en las casas de las zonas alejadas de los centros urbanos, los

¹¹⁰ Rendición de cuentas en Salud 2011, consultado el 22 de julio de 2013, en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/RCS_2011.pdf.

integrantes tienen conocimientos tradicionales en torno a productos naturales de la región que ayudan a devolver el equilibrio al cuerpo.

Al respecto, Bonfil Batalla apunta que “La medicina (...) abarca por una parte conocimientos y prácticas que son de dominio general y que se emplean domésticamente para el tratamiento de dolencias comunes; por otra parte da lugar a la presencia de diversos especialistas que conservan tradiciones ancestrales para la atención de enfermedades más severas”¹¹¹, por ejemplo los que se especializan en huesos, partos o cuestiones espirituales.

Asimismo, advierte que “En las culturas indias muchas enfermedades se explican por la intervención de fuerzas superiores que actúan para castigar formas de conducta que se consideran inaceptables, porque constituyen una transgresión a las normas que aseguran la armonía entre los hombres y entre el hombre y el universo; de ahí que el tratamiento incluya ceremonias propiciatorias y ritos prescritos por la tradición”¹¹², ello sin menoscabar el profundo conocimiento de las propiedades terapéuticas de las plantas y otros productos que han sido acumulados y sistematizados por los antepasados.

Pero además, “El efecto terapéutico de los productos medicinales, se refuerza al aplicarlo en un contexto simbólico y emotivo que tiene sentido dentro de la cultura propia, es una terapia múltiple que reconoce el carácter sicosomático de muchas dolencias y atiende al mal del cuerpo tanto como al mal del alma”¹¹³, en la medicina alópata se reconoce que el estado psicológico del paciente es una cuestión que afecta directamente al físico; sin embargo, difícilmente -por tiempo, especialidad o conveniencia- un médico graduado se dará el tiempo de averiguar y atender las necesidades psíquicas de su paciente.

¹¹¹ Bonfil, Guillermo, *México profundo, una civilización negada*, México, De bolsillo, 2005, p. 65.

¹¹² *Idem.*

¹¹³ *Idem.*

4.3 Estudio de caso: Información para la salud en mujeres indígenas de Ihuatzio

En principio, cabe señalar que “El termino mujer no es una unidad compacta y uniforme en sí misma; los factores asociados con la salud pueden variar, y de hecho varían, en gran medida, de una mujer a otra; esto depende de variables, como el momento del ciclo vital en el que se encuentre la mujer; de la clase social a la que pertenezca, de su etnia, de sus condiciones de trabajo; de su ambiente social y familiar; de sus acontecimientos vitales recientes y lejanos; y, por supuesto, de sus personalidad”.¹¹⁴

De acuerdo a la doctora en Psicología, los sesgos de género en la investigación y los cuidados sanitarios se pueden organizar en tres grupos:¹¹⁵

1. Se supone que los problemas, riesgos y factores protectores de la salud de hombres y mujeres son iguales cuando no lo son. Esto provoca que no se busque una proporción adecuada por género en el número de pacientes al realizar investigaciones, por ejemplo.
2. Se supone que existen diferencias biológicas y psicológicas, cuando lo que hay son similitudes. Al señalar que determinada enfermedad corresponde a un género, se descuida el otro.
3. Se supone que los problemas de salud diferenciales de las mujeres se limitan a un solo área (sic) la de la reproducción. Si bien es un área importante y específica de la mujer, no es la única donde requiere un trato diferente.

Aunque los sesgos anteriores se refieren a la investigación médica, los estudios del derecho no se libran de desvíos relacionados al género sexual, ya que en la academia se estudia al ser humano, como sujeto de derecho, pero, en las normativas, de cualquier civilización y cualquier tiempo, existen diferencias

¹¹⁴ Sánchez López, Ma. del Pilar, “Mujer y Salud” en Sánchez de López, Ma. del Pilar (dir.), *Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad*, Madrid, Editorial Díaz de Santos, 2003, p. 11.

¹¹⁵ *Ibidem*, p. 7.

para hombres y mujeres, lo que principalmente obedece a cuestiones biológicas, por ejemplo, las prestaciones relativas al embarazo.

La catedrática de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) deduce que los factores que influyen en que la mujer tenga peor salud pero el hombre viva menos, se debe a diferencias entre los dos sexos atribuibles a factores de riesgo congénitos, factores de riesgo ambiental, la forma que tiene la persona de considerar la enfermedad y la prevención de la enfermedad y las conductas relacionadas con la salud y con la muerte, tanto por parte de la población general como por parte de los profesionales de la salud.

De los cuatro aspectos, al menos los dos últimos se relacionan directamente a las costumbres, conductas aceptadas y roles sociales de hombres y mujeres; por lo que no sólo varían por el género sexual, sino de la zona urbana a la rural, de las personas en condiciones de pobreza a las de posición económica holgada, y por la preparación académica.

4.3.1 Características generales de la población de Ihuatzio

Ihuatzio es una comunidad michoacana localizada a 61 kilómetros de Morelia, la ciudad más cercana es Pátzcuaro, a 10 kilómetros. De acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, Ihuatzio tiene una población 3 mil 575 personas, de ellas, 2 mil 302 son indígenas. Del total, mil 955 son mujeres, mil 98 tienen entre 15 y 49 años de edad. La relación por género es de 82.86 hombres por cada 100 mujeres.

El promedio de escolaridad es de 7.31 en los hombres y 6.98 en las mujeres. Existen 295 analfabetas, 211 son mujeres. La población de 5 años y más que habla alguna lengua indígena y habla español es de 937, mientras que 4 solamente hablan lengua indígena.

En el 2010, respecto a la protección de la salud, 2 mil 712 personas no eran derechohabientes de ninguna institución, mientras que 849 contaban con alguna adscripción: 233 al Seguro Social, 320 al ISSSTE y 218 al Seguro Popular.

De las 992 viviendas censadas, 744 están habitadas; 126 tienen piso de tierra, 756 cuentan con luz eléctrica y 563 con agua entubada; mientras que hay sanitario o excusado en 741; drenaje en 499 y sólo 370 cuentan con luz, agua y drenaje, a la vez.

Respecto a medios de comunicación, el Censo indica que 678 viviendas tienen radio y 732 televisión; hay teléfono fijo en 112 casas y celular en 246; hogares con computadoras se contabilizaron 56, mientras que 13 cuentan con servicio de internet y 103 tienen un automóvil o camioneta.

Una investigación realizada en la zona¹¹⁶, señala que en el año 2005 la localidad de nuestro estudio registró 29 decesos, 7 eran mujeres y 22 hombres. En las mujeres la principal causa fue la enfermedad cerebrovascular con dos casos, las siguientes causaron una muerte: cáncer cérvico, cáncer de riñón, enfermedad isquémica, accidente y una por enfermedad circulatoria. En los hombres, fueron el asma, enfermedad de hígado, envenenamiento, neumonía (3), diabetes (12), y el tabaquismo.

Los resultados completos de la investigación realizada en 5 municipios “tanto en mujeres como en hombres de la zona estudiada, la causa principal de muerte es por diabetes”, en las mujeres, la séptima causa de muerte fue el cáncer cérvico-uterino, lo que resultó en una tasa de mortandad de 22.6 muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años en adelante, superior a la de 15.3 que registró el estado.

¹¹⁶ Ferguson, Richard, *Análisis del Sistema de Salud en la Región de la Cuenca del Lago de Pátzcuaro, Michoacán, México Con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer*, Mujeres Aliadas AC, 2010, consultado el 15 de febrero de 2013, en: <http://mujeresaliadas.mx/reports/An%C3%A1lisisSistemaSaludCuencaP%C3%A1tzcuaro.pdf>.

Lo que coincide con las estadísticas nacionales y mostraría que las enfermedades crónico degenerativas también han aumentado en la población indígena, dejando de lado las que anteriormente causaban los mayores decesos, como son las enfermedades respiratorias y diarreicas.

4.3.2 Infraestructura sanitaria en la localidad y sus alrededores

Ihuatzio cuenta con una unidad de IMSS Oportunidades; el centro de salud más cercano de la Secretaría de Salud está en Tzintzuntzan, a 20 minutos; la unidad pública y privada más cercana para la atención de partos están en Pátzcuaro, a 20 minutos; mientras que se cuenta con una partera en Cucuchucho, a 5 minutos.

Es decir, la unidad de salud de mayor acceso es la de IMSS Oportunidades. De acuerdo a la página de IMSS Oportunidades, este programa opera con un Modelo de Atención Integral a la Salud que articula las acciones médicas con las acciones comunitarias respetando los usos y costumbres de la comunidad, para ello se basa en dos ejes: Atención Integral a la Salud y Acción Comunitaria.

Cabe destacar que a diferencia del IMSS ordinario, en el régimen Oportunidades atiende a la población que habitan en zonas rurales o urbanas marginadas en condiciones de pobreza extrema, sin que sean derechohabientes de la institución.

Para prestar sus servicios cuenta con Unidades Médicas Rurales que atienden el primer nivel de atención médica y operan con el objetivo de proveer atención médica integral, así como pláticas de promoción del autocuidado de la salud y prevención de enfermedades. Todo ello con un equipo integrado por un médico general contratado o pasante en servicio social, con la ayuda de dos auxiliares de área médica originarias de la comunidad que hablan lengua local.

En el segundo nivel de atención médica, IMSS Oportunidades cuenta con Hospitales Rurales, con servicio de Anestesiología, Laboratorio, Rayos X,

Medicina Preventiva e Inmunizaciones, Nutrición, Odontología, Trabajo Social, Farmacia, Módulo De Salud, Ginecológica y Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA). No obstante, los hospitales a los que corresponde este territorio están en Ario de Rosales y Paracho, a más de dos horas de distancia.

4.3.3 Usos y costumbres

Para conocer de cerca los aspectos que son relevantes para la presente investigación, se realizaron entrevistas a 17 mujeres, de ellas 11 contestaron a detalle. De acuerdo a las conversaciones, las mujeres mayores de 30 años tuvieron a sus hijos en su casa con el apoyo de una partera (60 de los 64 hijos que tuvieron las entrevistadas nacieron con partera), la mayoría no acudieron a citas durante el embarazo (5 de las 11), otras asistieron a revisiones periódicas con médicos alópatas o con la partera (3 de las 11) y el resto fueron cuando se sentían mal.

De acuerdo a las respuestas, se observó que el concepto de salud que tienen las mujeres de Ihuatzio no se relaciona con un diagnóstico médico, sino con sentirse útil y sin dolor incapacitante. Las entrevistadas se consideraron sanas, aunque después dijeron padecer de la vista o presión alta. La atención de síntomas leves no se toma en cuenta; la prevención tampoco es una prioridad.

La mayoría de las entrevistadas preferirían acudir a la clínica de Pátzcuaro o a un médico particular, pero no lo hacen por la lejanía o la falta de dinero. De las 11 entrevistadas, 6 utilizan la clínica local; 4 se van a la unidad de Pátzcuaro y una acude a un médico privado. Los motivos por los que no quieren ir a la clínica son dos, principalmente: reciben malos tratos (3) y, hay mala atención (4); las mujeres se quejan de que sólo atienden a los adscritos al programa Oportunidades; es decir, no es una cuestión de falta de insumos médicos o personal, sino la relación prestador del servicio-paciente.

Sin embargo, la lejanía de las otras unidades (1) y los problemas económicos (2) son los motivos por los que acuden a la clínica pese a los malos servicios.

4.3.4 Opciones vigentes para la prevención, diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus y neoplasias femeninas en la localidad

Los servicios que oferta de manera gratuita la Unidad Médica Rural de Ihuatzio son: consulta general, vacunas, atención materno-infantil y planificación familiar, atención a adolescentes, educación para la salud, promoción del saneamiento básico, orientación nutricional y detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas (SAIS), detección oportuna de cáncer, Control de enfermedades transmisibles y farmacia y suministro de cuadro básico de medicamentos.

Al ser una unidad del primer nivel de atención no cuentan con equipo especializado para la detección oportuna de cáncer, lo que se realiza son revisiones palpares y diagnósticos por síntomas que, de considerarse necesario, el médico puede mandar confirmar con estudios de laboratorio o radiografía que deben practicarse en las unidades más grandes.

4.3.5 Estrategias útiles para facilitar el acceso a la información en salud en comunidades indígenas

Por todo lo anterior, consideramos que el informar a las mujeres sobre su salud, lo cual sobra decir es su derecho, ayudaría a realizar el bienestar individual de los habitantes de Ihuatzio.

La información que se les provea deber ser clara, veraz y oportuna, lo que no implica que haya que producir anuncios de televisión en lengua indígena o traducir trípticos y manuales, sino involucrar a la población en actividades que comprenda

y explicarles el porqué de las mismas, a través de personal interesado en crear una relación con la comunidad.

4.3.6 Evaluación del acceso de la información en salud en Ihuatzio

	Según el programa	De acuerdo a la observado y entrevistas
¿Quién informa?	Un médico general contratado o pasante en servicio social, con la ayuda de dos auxiliares de área médica originarias de la comunidad que hablan lengua local.	Médico y enfermeras, la que era de la comunidad fue echada por el pueblo por malos tratos.
¿Qué debe informar?	Sobre vacunas, atención materno-infantil y planificación familiar, atención a adolescentes, educación para la salud, promoción del saneamiento básico, orientación nutricional y detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas (SAIS), detección oportuna de cáncer, Control de enfermedades transmisibles y farmacia y suministro de cuadro básico de medicamentos.	Higiene, alimentación.
¿Cómo lo informa?	No definido.	En español, escaso.

¿A quién lo informa?	Población que habitan en zonas rurales o urbanas marginadas en condiciones de pobreza extrema.	Sólo a los adscritos al programa.
¿Con qué intención?	No definido.	Cumplir su programa.

4.3.7 Dificultades en la relación intercultural médico paciente

Sergio Lerin identifica al menos cuatro puntos que dificultan la empatía y confianza en la relación médico paciente en una población indígena: el lenguaje médico; la ausencia del manejo de un vocabulario local básico por parte del personal institucional y la escasa información que se da a la persona indígena sobre el propósito y la necesidad de las intervenciones, como la vacunación, las inyecciones, la extracción de sangre, los exámenes de gabinete, entre otras, las cuales, “ terminan por distanciar en momentos cruciales a los actores del proceso terapéutico”¹¹⁷.

4.3.8 Principales resultados de la entrevista

La entrevista realizada evaluó cinco importantes aspectos que intervienen en el derecho a la información sanitaria. A continuación los resultados generales de cada uno.

1. Antecedentes familiares

¹¹⁷ Lerin, Sergio, *Interculturalidad y Salud: Recursos Adecuados para la Población Indígena o Propuestas Orientadas a Opacar la Desigualdad Social*, México D.F., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2005, pp. 2-3, en: http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/7_otros/119.%20Interculturalidad%20y%20salud.pdf, consultado el 23 de febrero de 2013.

Los principales antecedentes médicos familiares mencionados por las mujeres entrevistadas fueron la alta presión, la diabetes y los problemas respiratorios, éstos últimos causados por el trabajo en el lago y el esfuerzo que exige el remo, actividad frecuente en la zona porque los hombres se dedican a la pesca.

2. Conocimiento sobre enfermedades

Algunas dijeron haber escuchado hablar sobre el cáncer (4 de 11) y conocer la diabetes (7 de 11), aunque sólo una supo identificar síntomas (como fatiga, adelgazamiento y exceso de sed, hambre y orina, en el caso de la diabetes). Como formas de detectarlo sólo mencionaron pruebas médicas (5 de cada 10), pero nada visible a simple vista.

3. Hábitos de salud

Según las entrevistadas, no realizan ninguna acción especial enfocada al cuidado de su salud, advirtieron tres de ellas; sólo una mencionó que camina para mantenerse sana; tres dijeron comer bien, una toma té y tres más toman medicamento recetado y van al médico con frecuencia.

Las mujeres con Oportunidades acuden mensualmente a la clínica para revisiones o pláticas (4 de 11), el resto sólo cuando se siente mal.

De acuerdo a lo que comentaron las entrevistadas, ya no existen parteras en la localidad, debido a que las mujeres prefieren ir a la clínica o al hospital. Tampoco hay personal médico que hable la lengua purépecha, que muchas de las mujeres mayores aún conservan.

4. Hábitos de la comunidad

A excepción de las jornadas mensuales de limpieza que organiza la clínica local, no existe ninguna otra campaña de promoción del cuidado del medio ambiente o contra las adicciones. Cuentan con un par de grupos de alcohólicos anónimos.

5. Acceso a medios de comunicación

Los medios de comunicación con mayor presencia en las casas de las entrevistadas son la radio y la televisión (7 de 11), aunque las que contestaron tener televisión aclararon que se trata de una pequeña, vieja y/o de blanco y negro. Ninguna cuenta con computadora. Los periódicos tampoco son muy usados, algunas saben leer y escribir (4 de 11), otras, pese a que cursaron los primeros años de la educación básica, ya lo olvidaron (2). La manera en que se enteran de lo que ocurre en el pueblo es de boca en boca, con los vecinos, familiares o en las tienditas (8 de cada 11).

4.3.9 Observaciones

Como pudimos observar, las enfermedades infecciosas no son las únicas que atacan a las comunidades indígenas, como se pensaba antes, ahora también los padecimientos crónicos, como la diabetes y la alta presión son frecuentes.

Una cuestión dejada de lado en muchas investigaciones, esta no es la excepción, es la salud mental, el estrés no es una enfermedad de las grandes ciudades; como lo muestra el caso de doña Salud, a sus 43 años se recupera de una embolia. Del mismo modo, hace falta atención psicológica para niños con problemas motores y del lenguaje, hicieron ver.

La lengua ya no es un problema, al menos en Ihuatzio, ya que si bien los adultos mantienen el purépecha como su lengua, la mayoría hablan también el castellano. Sin embargo, la calidad del servicio es un tema importante que se debe abordar, como lo observó la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH):

La percepción de la calidad del servicio puede influir en la decisión de las mujeres de acudir por asistencia médica. En adición, la insensibilidad cultural o trato irrespetuoso percibido en el personal médico, puede hacer que las mujeres y sus familias desistan de buscar ayuda así como la falta de intérpretes en zonas donde hayan comunidades que hablen en otras lenguas, puede constituir una barrera para

que las mujeres accedan a los servicios. Igualmente, actitudes como la indiferencia, el maltrato y la discriminación por parte de funcionarios del sector salud que perjudican a las mujeres y niñas víctimas de violencia y/o abusos sexuales, así como la falta de servicios apropiados de salud reproductiva para abordar estas situaciones de violencia, constituyen barreras en el acceso a los servicios de salud¹¹⁸.

Si bien las entrevistados coincidieron en que el oficio de partera está extinto en el lugar, principalmente por la falta de demanda de sus servicios, ya que las jóvenes prefieren tener a sus hijos en una clínica, esto no significa que todo el saber médico haya desaparecido. La preparación de tés con diferentes propósitos curativos es una constante, así mismo la aplicación de pomadas.

4.4 Cómo mejorar la accesibilidad a la información en salud

El contenido descrito por la Observación General 14 es completamente aplicable al derecho a la información en salud.

- a) Disponibilidad. Los establecimientos de salud deben contemplar una estrategia de información, tanto de las enfermedades como de la atención de los factores determinantes básicos de la salud.
- b) Accesibilidad. La información debe estar al alcance de las personas con alguna discapacidad física, problemas económicos, nivel educativo y acordes a la edad y situación social de la comunidad.
- c) Aceptabilidad. La información en salud debe respetar la ética médica y la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par de atender los requisitos del género y el ciclo de vida de los usuarios.
- d) Calidad. La información en salud debe ser completa, oportuna y veraz.

¹¹⁸ Documento *Acceso a Servicios de Salud Materna desde Una Perspectiva de Derechos Humanos*, de la CIDH, 2010, revisada el 24 de abril de 2013 en: <http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaCap2.sp.htm>.

Todo ello debe estar impregnado de interculturalidad, en respeto de los derechos humanos de las personas, de ahí la necesidad de ampliar el campo de acción de la información, para fortalecer y difundir las investigaciones en materia de sabiduría tradicional, además de mejorar el trato, con base en las costumbres de cada localidad.

La Interculturalidad en la salud es el enfoque sociocultural del ejercicio de la práctica médica con personas culturalmente distintas (personal de salud, médicos tradicionales los usuarios y otros), donde cada una ellos se predispone al diálogo horizontal basados en el respeto, el reconocimiento, la valoración y aceptación de los diferentes saberes médicos, promoviendo su articulación y complementariedad para mejorar la capacidad de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud: calidad de la atención, conocimientos, creencias y prácticas de salud diferentes¹¹⁹.

¹¹⁹ Giovanella, Ligia, Feo, Oscar, Faría, Mariana y Tobar Sebastián (coords.), *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*, Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Río de Janeiro, 2012, p. 200.

CONCLUSIONES

a) De acuerdo a la hipótesis

Definitivamente, el derecho a la información en salud se encuentra contenido en la legislación mexicana, tanto por la adhesión del país a tratados internacionales en materia de derechos humanos, como por su Constitución política y diversas leyes generales, donde se desarrolla el contenido de la protección de la salud, derecho cuyo determinante directo es la información.

Así quedó demostrado en el primer capítulo que aborda a la salud como un proceso y el subsecuente análisis normativo realizado en el segundo capítulo, donde encontramos el deber del estado de proveer a los habitantes del país de acceso a la información, la educación y los servicios de salud que promuevan los hábitos que permitan cuidar y establecer las condiciones para el mantenimiento de la salud.

Por lo anterior, el derecho a la información en salud se puede analizar mediante la estructura del derecho a la información, ya que, sólo a través de la consideración de los sujetos, el objeto y facultades que describe y atañen al derecho a la información, se puede hacer un ejercicio efectivo del derecho a la información en salud, debido a que, como se encontró en los últimos capítulos, ante la falta de conocimiento de las obligaciones y derechos de los sujetos -activos y pasivos, públicos y privados- los habitantes del país, en especial los que tienen menores recursos económicos, no ejercen su derecho a la salud.

b) Aportes del derecho a la información al derecho a la salud

La información como creadora de conciencias, debe ser parte imprescindible de la atención sanitaria, ello facilita no sólo la prevención de enfermedades, sino un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Mientras la salud se concentra en atender al paciente, el derecho a la información ve un sujeto universal desprotegido, ávido de saber sus derechos y

deberes en materia de salud, que debe ejercer una función activa, con base en las premisas que el estado debe brindar.

Por otra parte, el derecho a la información no sólo estudia el qué se debe dar a conocer, sino también el cómo, quién y a quién, en la medida que se eduque a las personas para discriminar información, y el Estado reconozca la existencia de minorías y las atienda de modo particular, su trabajo será más efectivo.

Es por lo anterior que, aunque jurídicamente el derecho a la información sanitaria encuentra mayor resguardo en la protección de la salud, el estudio académico del derecho permite analizar el papel de la persona-paciente y del servidor público o privado que presta la atención, con base en el intercambio de información.

c) Recomendaciones

La información sanitaria debe estudiarse como una variedad de la información en sí misma, debido a su importancia en el desarrollo humano. De acuerdo a las leyes mexicanas, existe una relación jurídica que obliga al Estado a proveer información sanitaria a toda persona, sea o no usuario de los servicios de salud públicos. En su defecto, el Estado debe promover que los particulares brinden esta información.

La información sanitaria debe cumplir con las cualidades que exige el derecho a la información: veracidad y oportunidad, pero también accesibilidad, cualquiera que sea su origen, público o privado.

El derecho a la información sanitaria tiene un amplio campo de acción, no sólo se trata de informar al paciente sobre las medidas que ha tomado el médico y el manejo confidencial de los datos del paciente; sino de todas las informaciones que sirvan para que el ciudadano pueda tomar decisiones en la materia.

El sujeto del derecho a la información sanitaria es el sujeto universal; el objeto es toda información, científica o no, relativa a la salud; el contenido son las

facultades de investigar, recibir y difundir, tanto de los pacientes, médicos, instituciones sanitarias y profesionales de la comunicación.

Debe definirse la participación de los particulares en la tarea del Estado de proteger y garantizar el derecho a la protección de la salud; la publicidad de medicamentos es el mejor ejemplo de situaciones donde el estado debe regular el flujo de información comercial hacia las personas.

En general, los pactos internacionales y las constituciones no definen de manera eficiente cómo deben transmitirse los mensajes sanitarios, pese a que se trata de un elemento imprescindible en el intercambio de información. Por ello, se deben respetar las facultades y contenidos del derecho a la información, cuando se aborda la información sanitaria.

La legislación mexicana carece de una normativa que aglutine lo relativo al derecho a la información sanitaria; no obstante, esta prerrogativa está contenida tanto en el derecho a la salud y el derecho a la información, ambos incluidos en la Carta Magna del país.

A diferencia de España, donde el derecho a la información goza de mayor protección que el derecho a la salud; en México, la falta de desarrollo doctrinario y práctico del derecho a la información, hace que el derecho a la información sanitaria encuentre cobijo en otros derechos como la Salud y la Educación.

El que cada persona conozca sus derechos y los servicios a los que puede acceder, abonará a la exigibilidad del derecho a protección de la salud.

Es necesario que se definan las herramientas para que las minorías lingüísticas tengan un mayor grado de protección en cuanto a información se refiere, ya que la lengua es un elemento que da coherencia a la comunicación, y por lo tanto resulta un grupo de alta vulnerabilidad.

La población mexicana requiere de instrumentos legales más eficaces y severos que castiguen la falta de cumplimiento del derecho a la protección de la

salud y que deslinden a las propias instituciones prestadoras de los servicios la función de atender las irregularidades que se les imputan.

Las mujeres indígenas, en particular, y las comunidades en general, requieren de gente preparada que los conozca y trabaje en coordinación con la gente de la localidad, para que los mensajes sean aceptados.

Se debe explicar a los pacientes de manera clara su condición de salud, enfermedad y opciones de tratamiento, y no sólo recetar. Además de involucrarlos de manera proactiva en el cuidado de la ciudad y el medio ambiente y no imponer actividades de mejoramiento del entorno.

Los medios de comunicación masiva no son una opción en las comunidades indígenas, es a través de la publicidad “boca a boca” como se dan a conocer las noticias, los hechos, los programas, por lo que debe ser el medio para difundir hábitos de salud y promover la participación en el cuidado familiar.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Bibliográficas

ABRAMOVICH, Víctor y COURTIS, Christian, *Los derechos sociales como derechos exigibles*, Trotta, Madrid, 2002.

ALEXY, Robert, *Teoría de los derechos fundamentales*, trad. De Ernesto Garzón, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1993.

AZURMENDI, Ana, *Derecho de la información*, Eunsa, Pamplona, 1997.

BEL MALLEEN, Ignacio; CORREDOIRA y ALFONSO, Loreto y COUSIDO, Pilar. *Derecho de la Información vol. I. Sujetos y medios*, Madrid, 1992.

BENITO, Ángel, *Fundamentos de teoría general de la información*, Pirámide, Madrid, 1982.

BERNAL DEL CASTILLO, Jesús, *Honor, verdad e información*, Universidad de Oviedo, Oviedo, 1994.

BLANCO, Humberto, *Fundamentos de la Salud Pública*, Tomo I, 2ª ed., Corporación para Investigaciones Biológicas, Bogotá, 2005.

CARBONELL, Miguel, *El derecho a la información*, UNAM - Miguel Ángel Porrúa, México, 1984.

CORREA, Mauricio, *Fundamentos de la teoría de la información*, Instituto Tecnológico Metropolitano, Bogotá, 2008.

CUESTA, Ubaldo; MENÉNDEZ, Tania y UGARTE, Aitor, (coords.), *Comunicación y salud: Nuevos Escenarios y Tendencias*, Madrid, 2011.

DESANTES GUANTER, José María, *La información como derecho*, Editora Nacional, Madrid, 1974.

_____ *Derecho de la información vol. II, Los mensajes informativos*, Colex, Madrid, 1994.

_____ *Derecho a la información. Materiales para un sistema de la Comunicación*, Fundación COSO, Valencia, 2004.

FERRAJOLI, Luigi, *Sobre los derechos fundamentales y sus garantías*, trad. de Miguel Carbonell, Antonio de Cabo y Gerardo Pisarello, CNDH, México, 2006.

FISHER, R. J. et al., *Pobreza y Conservación: paisajes, pueblos y poder*, Unión Mundial para la Naturaleza, San José, 2008.

FOUCAULT, Michel, *La vida de los hombres infames*, Editorial Altamira, Buenos Aires, 1993.

GIOVANELLA, Ligia, FEO, Oscar, FARÍA, Mariana y TOBAR, Sebastián (coords.), *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*, Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Río de Janeiro, 2012.

JUNCO, M. Alicia, *El derecho a la información: de la penumbra a la transparencia*, Porrúa, México, 2003.

LANDEAU, Rebeca, *Elaboración de Trabajo de Investigación*, Alfa, Caracas, 2007.

LARA PONTE, Rodolfo, *Comentario al artículo 4º en Derechos del pueblo mexicano, México a través de sus constituciones*, 4ed., Cámara de Diputados, México, 1994.

LAVIELLE, Briseida, LARA, Gabriel y DÍAZ, Daniela, *Curitas para la Salud: El Mapa de la Inequidad*, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México, 2001.

- MARTÍNEZ, Yolanda, en *Comunicación y salud: Nuevos Escenarios y Tendencias*. Cuesta, Ubaldo; Méndez, Tania; Aitor, Ugarte (coords.) Editorial Complutense, Madrid, 2011.
- OSUNA, Eduardo, *El derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002*, Cuadernos de Bioética, Murcia, 2006.
- PEREA, Rogelia, *Educación para la salud: Reto de nuestro tiempo*, Díaz de Santos, Madrid, 2004.
- _____ *Promoción y educación para la salud*, Díaz de Santos, Madrid, 2009.
- PÉREZ, Mariana, (Coord.) *Cinco Miradas sobre el Derecho a la Salud*, Fundar Centro de Análisis e Investigación, México, 2010
- PISARELLO, Gerardo, *Los derechos sociales en el constitucionalismo democrático*, en Estudios en Homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Protección de la Persona y Derechos Fundamentales, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2006.
- RODRIGO, Miquel, *Teorías de la comunicación: ámbitos, métodos y perspectivas*, Aldea Global, Madrid, 2001.
- SÁNCHEZ, Ma del Pilar (dir.), *Mujer y Salud. Familia, trabajo y sociedad*, Editorial Díaz de Santos, Madrid, 2003.
- SÁNCHEZ, Remedio, *Delimitación de las Libertades Informativas fijación de criterios para la resolución de conflictos en sede jurisdiccional*, Universidad de Valencia, Valencia, 2004.
- SOSA-RUBÍ Sandra; SESMA Sergio y GUIJARRO Maite, *Análisis del Gasto en Salud en México 2008-2009*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México, 2009.
- CIENFUEGOS, David y MACÍAS (coords.), María Carmen *Estudios en Homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Protección de la Persona y Derechos*

Fundamentales El derecho a la Salud, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2006.

VILLANUEVA, Ernesto, *Autorregulación de la prensa: una aproximación ético-jurídica a la a la experiencia comparada*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 2002.

VILLAVARDE, Ignacio, *Estado democrático e información. El derecho a ser informado y la constitución española de 1978*, Oviedo, 1994.

2. Electrónicas

Suprema Corte de Justicia de la Nación:

<http://www.scjn.gob.mx/>

Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo:

<http://hdrstats.undp.org/>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe:

<http://www.eclac.cl>

Organización Mundial de la Salud:

www.who.int/

Academia Mexicana de Derechos Humanos:

www.amdh.org.mx

Sitio de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos:

<http://cidh.org/women/>

Sitio de las Naciones Unidad:

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

Universidad de Antioquía.

<http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/memorias4/ini/d9b.pdf>

Organización Panamericana de la Salud:

<http://www.ops.org.bo>

Asociación Mujeres Aliadas:

<http://mujeresaliadas.mx/reports/>

Sitio de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH):

<http://www.ohchr.org/SP/Pages/WelcomePage.aspx>

Organización de los Estados Americanos

<http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

3. Tesis

Del Valle Montoya Santiago, Carolina: “Perspectiva iusinformativa del mensaje y de la relación sanitaria”. Directora: Pilar Cousido. Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Derecho Constitucional, 2011.

4. Fuentes jurídicas

a) Legislación internacional

Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada el 10 de diciembre de 1948.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado el 16 de diciembre de 1966.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador, del 17 de noviembre de 1988.

Observaciones Generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observación General núm. 14 sobre el derecho a la salud, fechada el 11 de agosto del 2000.

b) Legislación mexicana

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Última reforma publicada DOF 09-02-2012.

Ley General de Salud, Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984; últimas reformas publicadas DOF 27-04-2010.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

Tesis Aislada, P. XIX/2000, Semanario de la Suprema Corte de Justicia y su Gaceta, novena época, pleno, XI, marzo 2000.

Tesis aislada, Materia constitucional, Novena Época, instancia Pleno, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, III, Junio de 1996.

c) *Legislación española*

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE N° 274 de 15 de noviembre de 2002.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE N° 102 de 29 de abril de 1986.

Ley 34/1988, de 11 de Noviembre, general de Publicidad. BOE N° 274, 15 de noviembre de 1988.

ANEXO

ENTREVISTA REALIZADA A MUJERES ADULTAS DE IHUATZIO

Formato de Entrevista

Nombre

Estado civil

Edad

Sabe leer y/o escribir

Escolaridad

Hijos

Ocupación

1. En su casa tiene: televisión _____ radio _____ computadora _____ internet _____
2. ¿Lee periódicos, escucha la radio o ve tele? ¿dónde?
3. ¿Tiene hijos?
4. ¿Dónde nacieron? Clínica _____ casa _____ hospital _____ partera _____ otro _____
5. ¿A cuántas consultas asistió durante el embarazo?
6. ¿Se considera una persona sana?
7. ¿Sabe si tiene alguna enfermedad?
8. ¿Qué hace para mantenerse sana?
9. ¿Existe alguna enfermedad que le preocupe sobre usted o su familia?
10. ¿Sabe qué es el cáncer y la diabetes?
11. ¿Sabe cómo se pueden prevenir?
12. ¿Sabe cómo se pueden detectar?
13. A dónde acude cuando se enferma (clínica local o de la cabecera, consulta privada, curandero)
14. ¿Por qué prefiere acudir a (la respuesta anterior)?
15. ¿Le resuelve todas sus dudas?
16. Cuando alguien tiene una enfermedad o accidente grave, ¿a dónde acude?

17. ¿Además del médico o curandero, pide opinión a algún familiar o amigo antes de tomar medicamento o someterse a algún tratamiento?
18. ¿Sus papás están vivos? ____ En caso de ser negativo, ¿de qué y a qué edad murieron?
19. ¿Padecen o padecieron alguna enfermedad en vida?
20. ¿Usted habla con sus hijos sobre la salud, enfermedades o embarazos?
21. ¿Sabe si en la escuela le hablan a sus hijos sobre la salud?
22. ¿Con que frecuencia asiste a la clínica?
23. ¿De qué temas le hablan?
24. ¿Cómo y dónde se entera de lo que pasa en la comunidad?
25. ¿La comunidad hace campañas para cuidar el medio ambiente?