

# Dignidad y Bienestar. El valor de las técnicas y metodologías médicas en la promoción de los derechos humanos: el caso estudio de México

---

Alicia Ely Yamin<sup>1</sup>

## Resumen

*Utilizando el contexto mexicano como ejemplo, este artículo delinea dos maneras generales en las que las áreas de la salud y de los derechos humanos interactúan y pueden interactuar en los procesos de transformación social. La primera describe la utilidad de las técnicas médicas en el proceso de documentación de las violaciones a los derechos civiles, y la segunda sugiere que otras habilidades médicas serían igualmente útiles en la promoción de los derechos económicos y sociales. La*

## Palabras Clave

Derechos Humanos. México. Técnicas Epidemiológicas. Técnicas Médicas

## Key Words

Human Rights. Mexico. Epidemiologic Methods. Medical Methods

## I. Introducción

Este artículo busca contribuir tanto a la vinculación de las disciplinas de la salud y de los derechos humanos en el trabajo de campo, como al creciente cuerpo de reflexión que elaboran los activistas defensores de los derechos humanos en México y a lo largo del continente en torno a las mayores posibilidades de su área de acción. Utilizando el contexto mexicano como ejemplo, delinea dos maneras generales en las que las áreas de la salud y de los derechos humanos interactúan y pueden interactuar en los procesos de transformación social. Huelga decir que los profesionales de la salud resultan indispensables en el tratamiento de los sobrevivientes de las

1. J.D., M.P.H. Escuela de Salud Pública. Universidad de Columbia, Nueva York.

*primera dimensión tiene que ver con el trabajo cotidiano del defensor de los derechos humanos: recabar evidencia para la defensa de cada uno de los casos, así como recolectar documentación relacionada con las violaciones a la integridad corporal, como son la tortura y la ejecución extrajudicial. En segundo lugar, el artículo sostiene que las técnicas epidemiológicas que los profesionales de la salud pública aplican, en particular, tienen un papel que jugar en la implementación de los derechos económicos y sociales básicos, tales como el derecho a gozar de condiciones de vida saludables y de acceso a servicios de salud primarios, esenciales.*

## Abstract

*Using Mexico as a case study, this article outlines two general ways in which the fields of health and human rights do and might interact in processes of social transformation. The first describes the usefulness of medical skills in ongoing documentation of civil rights violations and the second suggests that other health skills would be equally useful in the promotion of economic and social rights. The first dimension relates to the all-too-familiar daily work of the human rights advocate: gathering evidence for case-by-case advocacy and documentation relating to violations of bodily integrity, such as torture and extra-judicial executions. Second, the article argues that the epidemiologic skills medical and public health professionals possess have a role to play in the implementation of basic economic and social rights, such as the right to essential primary health care.*

2. Los ejemplos y las referencias que elegí pretenden ser ilustrativas; la autora reconoce que hay muchas otras ONG trabajando en temas similares en México, que merecen ser mencionadas. Sin embargo, discutir el trabajo de todas ellas va más allá de los límites de este artículo.

violaciones a los derechos humanos, que en sí mismo es parte integral de la defensa y gestión a favor de estos derechos. Este artículo se centra en la manera en que las técnicas de los profesionales de la salud pueden promover la documentación de los abusos y la defensa de los derechos humanos; cuestión con la que los activistas en ésta área ya están comprometidos. La primera describe la utilidad de las técnicas médicas en el proceso de documentación de las violaciones a los derechos civiles, y la segunda sugiere que otras habilidades médicas serían igualmente útiles en la promoción de los derechos económicos y sociales.

Para presentar ambas interacciones —que no son comprensivas ni exclusivas, sino, es de esperar, sugerentes<sup>2</sup>— el artículo se basa en el trabajo que algunos grupos de derechos humanos nacionales e internacionales realizan en México.<sup>1</sup> La primera dimensión tiene que ver con el trabajo cotidiano del defensor de los derechos humanos: recabar evidencia para la defensa de cada uno de los casos, así como recolectar documentación relacionada con las violaciones a la integridad corporal.

La parte II discute cómo los profesionales médicos —antropólogos y patólogos clínicos o forenses— tienen la capacidad única de aplicar el poder de la ciencia para proveer una evidencia esencialmente irrefutable en la documentación de la tortura o en el examen de los restos humanos y, a su vez, para jugar un papel importante en garantizar el cumplimiento de las leyes internacionales y nacionales. Esto se hace aquí mediante la presentación de un caso de tortura para el que Amnistía Internacional (Amnistía) sirvió de perito, así como con el caso de las ejecuciones extrajudiciales de Morelia, Chiapas.

En segundo lugar, el artículo sostiene que las técnicas epidemiológicas que los profesionales de la salud pública aplican, en particular, tienen un papel que jugar en la implementación de los derechos económicos y sociales básicos, tales como el derecho a gozar de condiciones de vida saludables y de acceso a servicios de salud primarios, esenciales.

La parte III formula, primero, el contexto legal para establecer el derecho a la salud, entre otros derechos económicos y sociales, y posteriormente utiliza

como ejemplo un proyecto desarrollado por la organización *Minnesota Advocates for Human Rights* (Abogados de Minnesota) sobre las disparidades en las tasas de mortalidad de la población menor de cinco años entre comunidades marginadas, urbanas y rurales, en México.

## II. La documentación de los efectos sobre la salud de las violaciones a los derechos civiles

En su labor diaria, muchos trabajadores de los derechos humanos pasan gran parte de su tiempo realizando acciones a favor de las víctimas de las violaciones, ya sea formalmente como abogados, o de manera informal como sus gestores o representantes. Básicamente, estos activistas de los derechos humanos dan voz a quienes no la tienen; cuentan las historias de la gente que sufre violaciones, en versiones que difieren de la historia oficial. Para poder cuestionar la versión oficial de los eventos en un tribunal o en la tribuna de la opinión moral, requieren evidencias. En muchos casos el conocimiento médico puede proveer un diagnóstico y documentación de la tortura más creíbles de lo que puede hacer el testimonio aislado de cualquier otra persona. En su documento *Bases para la Creación de Instituciones Autónomas de Servicios Periciales en las Entidades Federativas*, la CNDH señala que:

*“Dado que los jueces deben resolver con imparcialidad los asuntos que se les plantean, basándose fundamentalmente en la valoración objetiva de los hechos y en la aplicación del derecho al caso concreto, cobra especial importancia la figura del perito (...) [Su conocimiento especial], unido a los criterios de libre apreciación y de sana crítica constituye un elemento de convicción para quien resuelve una controversia o adopta una decisión al permitirle una visión objetiva y precisa de la verdad histórica de los hechos”.*<sup>3</sup>

Del mismo modo que en los casos de tortura donde se cuestiona la versión de los sucesos dada por la víctima, el trabajo de los patólogos y antropólogos forenses puede resultar esen-

cial en la determinación de la causa y las circunstancias de la muerte en aquellos casos en los que las víctimas no sobreviven para relatar sus historias. Así, a través de su entendimiento de los efectos sobre la salud de las violaciones a los derechos humanos, los profesionales médicos pueden ser aliados poderosos en la búsqueda del cumplimiento de la ley.

### A. Diagnóstico y documentación de la tortura

No puede existir una experiencia más denegadora de poder que la tortura, y ninguna que demuestre de manera tan clara la utilidad de las técnicas médicas en la documentación de las violaciones. Desafortunadamente la tortura aún constituye el ejemplo más esencial de cómo trabajan los defensores de los derechos humanos en todo el mundo. Amnistía estima que la tortura se practica en más de 120 países de manera amplia o sistemática. Algunas ONG en México denunciaron, en 1996, que el uso de la tortura por parte de las fuerzas de seguridad gubernamentales estaba en su nivel más alto desde 1968.<sup>3</sup>

En respuesta a tales quejas por parte de los defensores de los derechos humanos, México rutinariamente niega que se lleven a cabo estas prácticas, o que se lleven a cabo sistemáticamente por parte de agentes gubernamentales. La tortura en el discurso gubernamental siempre es algo del pasado. No obstante, resulta demasiado familiar que un nuevo procurador general asuma su cargo y purgue a las fuerzas policiales por sospechas de abuso —sin embargo, sólo en raras ocasiones sujetándolos a un proceso judicial— sólo para que su sucesor, algunos años más tarde, haga lo mismo.

Pese a que los jueces siguen considerando que la primera declaración o confesión ha sido obtenida sin aleccionamiento, en casos concretos de tortura es difícil refutar las pruebas físicas certificadas por médicos independientes. En ocasiones, lo único que se necesita son fotografías de las marcas físicas que dejó la tortura. Sin embargo, todavía hay resoluciones de los jueces que consideran que la evidencia de lesiones de un detenido no prueba que éstas hayan sido provocadas por los agentes para obli-

3. En ese año, por supuesto, hubo una masacre de estudiantes que protestaban en la Plaza de Tlatelolco, en la Ciudad de México, que se recuerda cada 2 de octubre. Además, vale la pena señalar que la Red Nacional de Organismos Civiles de Derechos Humanos marca en su reporte a la CNDH que de las 110 recomendaciones emitidas por la CNDH sobre tortura, la Ley para Prevenir y Sancionar la Tortura debería haberse aplicado en 79 de ellas. Con frecuencia en su lugar se aplica el cargo menor de abuso de poder. Sólo se ejerció acción penal por el crimen de tortura en 13 de los casos mencionados, que involucraban a 31 servidores públicos diferentes. De ellos sólo 3 personas han sido sentenciadas.

garlo a declararse culpable. Además, hay muchas ocasiones en las que es difícil que una persona lega detecte o diagnostique el método de tortura física utilizado. Ni hablar de los casos de tortura psicológica. Es en estos casos que los médicos y patólogos independientes, pueden corroborar por sí mismos las historias de las víctimas.

Por ejemplo, las torturas más comúnmente utilizadas en México son descargas eléctricas; semi-asfixia con bolsas de plástico o por sumersión en agua; falsas ejecuciones; golpizas con objetos punzantes, palos o culatas de rifle; violación y abuso sexual; el ingreso forzado de agua carbonatada, enchilada, por la nariz del detenido (tehuacanazo), y la aplicación de golpes en ambos oídos al mismo tiempo (el teléfono). De estas, las descargas eléctricas, la asfixia, el tehuacanazo y el teléfono pueden no dejar marcas detectables por una persona lega.<sup>4</sup> El tehuacanazo consiste en introducir a la fuerza en las fosas nasales de la víctima agua con gas, frecuentemente mezclada con polvo de chile. Este método provoca una irritación sumamente dolorosa de los conductos nasales, además de problemas respiratorios. Sin embargo, no permanecen marcas detectables por personas sin capacidad diagnóstica médica. De manera similar, la asfixia es otra técnica de tortura que no deja señales. Hay dos variaciones de este método: la “bolsita” o submarino seco, que consiste en poner una bolsa de plástico en la cabeza de la víctima y amarrarla alrededor del cuello, lo cual produce el ahogamiento; y el “posole” o “posoleado”, que normalmente consiste en sumergirle la cabeza a la víctima en agua sucia, frecuentemente, por ejemplo, en un inodoro que contiene heces y orina.

México es parte de varios tratados internacionales que prohíben la tortura y el trato inhumano o degradante, incluyendo el pacto internacional de derechos civiles y políticos (el PIDCP), la convención contra la tortura (la CCT), y la convención americana sobre derechos humanos (Convención Americana).<sup>5</sup> Además, México tiene varias leyes nacionales con la intención de prevenir la tortura. La Constitución prohíbe el uso de la tortura y, en 1993, se aprobó una enmienda constitucional que prohíbe usar como evidencia, en juicios pe-

nales, las declaraciones hechas a la policía, por parte de los detenidos. En consonancia con esa reforma, las declaraciones sólo pueden hacerse a los Ministerios Públicos o frente a un juez.<sup>6</sup> En 1991, el congreso aprobó la Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura.<sup>7</sup> Esta ley prohíbe y sanciona el uso de la tortura y señala que “ninguna confesión o información obtenida mediante tortura puede utilizarse como evidencia”. Más aún, ordena que el abogado del o la detenido/a, o una persona “de su confianza” debe estar presente en todo momento en que se dé una declaración oficial o una confesión.

Estas leyes en efecto otorgan ciertos derechos a los detenidos, pero con frecuencia las leyes no se cumplen. Además, en el caso de la Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura, ésta no prevé que los funcionarios no presionen a los detenidos de antemano, y los amenacen con hacerles daño una vez que la declaración se realice.<sup>8</sup> Por otra parte, un obstáculo tremendo para la prevención de la tortura es que las leyes mexicanas siguen otorgando un mayor peso a las primeras declaraciones dadas por los detenidos mientras están bajo custodia, a menos de que se pueda demostrar el uso de la tortura. Amnistía señaló lo siguiente en un reporte de 1997:

*“Amnistía cree que la práctica de la tortura en México no tiene su origen sólo en la corrupción y falta de recursos en las etapas iniciales de las investigaciones criminales, sino en un sistema jurídico que otorga a las confesiones, sin menoscabo de las circunstancias en las que estas se obtienen, el peso total de la evidencia. Según el derecho mexicano, cuando el acusado no apoya con evidencia sus alegatos de que la declaración inicial fue obtenida bajo coacción, este alegato, por sí mismo, no es suficiente para invalidar su confesión”.*<sup>9</sup>

El gobierno por lo general ocupa al personal médico de las procuradurías, quienes ratifican las aseveraciones de la policía de que no ha habido tortura.

La propia CNDH ha reconocido que hay una necesidad urgente de:

*“Fortalecer la figura del perito mediante la instauración de una institución autónoma que la apoye técnicamente y la respalde moralmente, a la vez que se for-*

4. La falsa ejecución, por supuesto, no deja marca física alguna.

5. Sin embargo, el gobierno Mexicano no ha ratificado el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ni ha reconocido la competencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos o del Comité Contra la Tortura de la ONU. Human Rights Watch/Americas. *Torture and Other Abuses during the 1995 Crackdown on Alleged Zapatistas*. 8 (3), 1996.

*talezcan la seguridad jurídica y el efectivo derecho a la defensa de que debe gozar toda persona. Es aconsejable, además, asegurar la calidad de los servicios periciales y permitir que cualquier persona tenga acceso a ellos, a efecto de que adquieran efectiva vigencia tanto la igualdad procesal de las partes como el derecho a un juicio justo”.*<sup>vii</sup>

En tanto no exista tal entidad independiente en México, hay una fuerte necesidad de apoyar las denuncias de tortura, hechas por las víctimas, mediante exámenes realizados por médicos independientes que puedan corroborar tales testimonios con sus propias evaluaciones clínicas, y que puedan cuestionar las valoraciones de los médicos contratados por las procuradurías. Al comentar este trabajo, el Dr. Robert Kirschner, quien ha dirigido equipos de patólogos en Argentina y Guatemala para la organización Médicos por los Derechos Humanos (*Physicians for Human Rights*—por sus siglas en inglés, PHR—), explica que, hasta que el trabajo médico forense se introdujo, virtualmente todo el trabajo de derechos humanos “involucraba las declaraciones y testimonios de los testigos [los que] aunque tienen fuerza, están sujetos a que otra persona diga ‘no sucedió así’ o ‘esta persona no está diciendo la verdad’. Lo que demostramos (...) es que se puede proveer de evidencia física irrefutable de lo que le ha sucedido a alguien”.<sup>viii</sup> El examen y testimonio de un médico independiente pueden marcar la diferencia para lograr que una declaración obtenida bajo tortura no sea considerada en tribunales.

El caso siguiente demuestra la importancia de la utilidad de los exámenes médicos independientes para garantizar reparación para las víctimas de tortura: El 20 de octubre de 1994, Félix Armando Fernández Estrada y Demetrio Ernesto Hernández Rojas fueron arrestados en la ciudad de México. Ambos fueron torturados para hacerles confesar respecto de la explosión de una bomba el 8 de enero de ese año en el centro de la ciudad de México, por la cual cinco personas resultaron heridas.<sup>6</sup>

Fernández Estrada, un negociante y activista político de 38 años, fue detenido sin orden de aprehensión mientras iba en camino a dejar a su sobrino de 2 años en la guardería. Lo detuvieron tres hombres armados vestidos de civil,

posteriormente identificados como policía judicial de la ciudad de México (PGJDF). Fernández Estrada relató, posteriormente, a Amnistía, que los tres hombres lo despojaron de sus ropas, lo golpearon y patearon; le cubrieron la cabeza con una bolsa de plástico, lo arrastraron por un cuarto sosteniéndolo por los testículos, amenazaron con castigarlo, lo sometieron a descargas eléctricas, y amenazaron con secuestrar y torturar a su familia.

Los hombres armados preguntaron a Fernández Estrada si era miembro del Partido Revolucionario Obrero Clandestino Unión del Pueblo (PROCUP), y lo acusaron de haber tomado parte en una serie de atentados de explosión y en la explosión exitosa que se llevó a cabo el 8 de enero. Fernández Estrada afirmó que, al final del día, llegaron unos oficiales y lo forzaron a firmar una declaración, amenazándolo de muerte si no lo hacía. Más tarde fue acusado por la PGJDF de portar un rifle AK-47. El 21 de octubre de 1994 fue conducido al Reclusorio Preventivo Norte.

Demetrio Ernesto Hernández Rojas, un sindicalista independiente de 38 años que trabaja en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), fue arrestado a las 3:30 del 20 de octubre de 1994. Hernández Rojas relató a Amnistía que una docena de hombres armados, vestidos de civil, lo tomaron en la calle, lo esposaron, lo golpearon, cubrieron su cabeza con un capuchón y lo empujaron dentro de un auto. Hernández Rojas reportó a Amnistía que sus captores lo mojaron, ataron sus pulgares con un cable, y lo sometieron a descargas eléctricas por todo el cuerpo. Lo interrogaron acerca de su participación en el PROCUP y amenazaron con matarlo a él y a su familia. Hernández Rojas declaró que continuaron torturándolo, introduciéndole agua enchilada por la nariz (tehuacanazo), introduciendo su cabeza en el excusado (posole) y golpeando sus dos oídos a la vez con las palmas de sus manos (teléfono). Temprano la mañana del 21 de octubre, Hernández Rojas se colapsó, y lo vistieron y condujeron a una oficina en la que fue examinado por un oficial de la PGJDF, supuestamente un profesional médico. Hernández Rojas dice que explicó al médico que no podía mover

6. Ambos habían sido arrestados y torturados, en 1984, por actividades políticas. Estuvieron presos durante varios meses por cargos falsos. Amnistía Internacional intervino en esa ocasión y fueron liberados. Amnistía Internacional, *México: Retos para los 1990*: 17.

medio cuerpo. Los agentes policiales le quitaron la venda de los ojos, lo fotografiaron, presuntamente para demostrar que no tenía cicatrices visibles, y lo hicieron firmar una declaración. Entonces metieron a Hernández Rojas a una celda, pero se le negó atención médica.

El 22 de octubre, condujeron tanto a Hernández Rojas como a Fernández Estrada ante un juez quien les instruyó sobre sus cargos. Describieron al juez las torturas que soportaron en gran detalle, pero el juez decidió mantenerlos bajo custodia con base en las confesiones firmadas y las aseveraciones de los examinadores médicos de la PGJDF. Los doctores de la PGJDF habían firmado algunos certificados, uno aseverando que no aparecían lesiones en los cuerpos de estas personas, y otro afirmando que las lesiones databan de 48 horas previas al arresto. Se regresó a Hernández Rojas y Fernández Estrada a prisión. Continuaron sin recibir atención médica.

El caso hubiera terminado ahí. Sin señales inmediatamente aparentes que evidenciaran su sufrimiento, lo único con lo que contaban las víctimas eran sus relatos, y el gobierno tenía su propia historia, corroborada por los médicos forenses de la PGJDF. Sin embargo, en enero de 1995, Amnistía llevó una delegación al Reclusorio Preventivo Norte, en la que había dos médicos, incluyendo al profesor Jorgen L. Thomsen, un patólogo forense de reconocimiento internacional por su trabajo de documentación de la tortura. Examinó y entrevistó a ambas víctimas. Los médicos de Amnistía encontraron lesiones en ambos hombres que se correspondían con las torturas denunciadas; en particular señales de las descargas eléctricas a las que sometieron a Hernández. El Dr. Thomsen echó por tierra el reporte de los médicos de la PGJDF:

*“(...) en cuanto a la habilidad de determinar la antigüedad a las lesiones traumáticas, no existen métodos fiables. En lesiones recientes, normalmente es imposible determinar si tienen uno, dos o tres días de antigüedad sin efectuar una biopsia. Por lo tanto, me cuesta creer que los certificados forenses pudieran establecer con certeza que las lesiones que presentaban los dos hombres eran anteriores al 20 de octubre”.<sup>7</sup>*

7. Por supuesto, un fallo a favor no es suficiente para lograr justicia. Los torturadores aún no comparecían ante la corte para septiembre de 1995, y tampoco se había indemnizado a ninguna de las víctimas.

Como resultado del testimonio y reporte de Thomsen, se suprimieron los cargos contra ambos acusados. Se liberó a Hernández Rojas el 26 de abril de 1995, y a Fernández Estrada el 5 de mayo del mismo año.<sup>7</sup>

## **B. El uso de la patología y antropología forenses en la documentación de muertes**

El uso de la pericia médico-legal es quizá aún más útil cuando las víctimas de tortura o de ejecuciones extrajudiciales no sobreviven y quedan sólo sus restos para documentar la historia. Entre 1988 y 1996, se documentaron más de 400 asesinatos políticos no resueltos en México. Según un informe del Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez (PRODH):

*“El incremento de las desapariciones y ejecuciones extrajudiciales del régimen actual [de Ernesto Zedillo] es de gran preocupación. En los medios ha habido un incremento significativo de casos de personas buscando a miembros de sus familias que han desaparecido, así como de un alarmante número de cuerpos con señales de ejecuciones extrajudiciales. La mayoría de estos cuerpos no son identificados ni reclamados y ha habido poca o ninguna investigación judicial”.<sup>8</sup>*

Los especialistas médicos forenses pueden jugar un papel crucial en la identificación de ejecuciones sumarias, proveyendo de evidencias sólidas para fundamentar una denuncia legal de violaciones. El caso de 3 hombres del poblado de Morelia, Chiapas —en el que los especialistas de PHR jugaron un papel crucial— ilustra la importancia de llevar a cabo exámenes forenses precisos tan pronto como sea posible, y la urgente necesidad de proteger la evidencia física de manipulaciones indebidas.

A raíz del levantamiento del EZLN, el 7 de enero de 1994, el ejército mexicano entró a la comunidad de Morelia, Chiapas, municipio de Altamirano, supuestamente en busca de simpatizantes del EZLN. Allanaron las casas de la comunidad y forzaron a los hombres a dirigirse a la iglesia y a la cancha de basketball adyacente a ella, en la que los forzaron a acostarse boca abajo por cerca de diez horas. En este lapso, el personal militar llamó a Severiano Santiz

Gómez, un campesino de 60 años, lo llevó a la sacristía de la iglesia y lo torturó mientras los demás escuchaban. Uno de los testigos dijo que cuando lo sacaron de ahí sus dos muñecas estaban rotas y su cara parecía “coladera”.<sup>xii</sup> El personal militar llamó entonces a Hermelindo Santiz Gómez y a Sebastián Santiz López y lo torturó para obtener información. Por último colocaron a los tres en camillas y se los llevaron en un vehículo militar pintado con una cruz roja lateral. A las esposas se les dijo que los llevaban al hospital, y no se les dio más información. Durante las próximas cinco semanas las viudas y los habitantes del poblado buscaron a los hombres infructuosamente.

El 10 de febrero de 1994, unos campesinos cortaban leña en la terracería que va de Morelia a Altamirano, y se toparon con fragmentos de ropa y restos humanos. Los pobladores notificaron al centro Fray Bartolomé de las Casas para los Derechos Humanos, en San Cristóbal. La mañana del 11 de febrero de 1994, un equipo de este Centro que incluía a Fray Pablo Romo, al representante de PHR, el Dr. Thomas Crane, y al investigador de Human Rights Watch/Americas, Sebastián Brett, fue a investigar el caso.<sup>xiii</sup>

Llevaron al equipo al lugar en que se hallaron los restos, donde registraron las posiciones de la ropa y de los huesos, tomaron fotos y marcaron cuidadosamente el área como escena de un crimen para evitar que la gente alterara los hallazgos. En investigación forense, la validez de la evidencia depende de no estar sujeta a manipulaciones indebidas. La investigación de tumbas requiere de una búsqueda minuciosa y la documentación de elementos pequeños y frágiles tales como fragmentos de las ropas de los cuerpos, o posibles balas. El análisis de los restos de plantas o insectos que se hallen bajo los cuerpos pueden ayudar a establecer el momento de muerte o, al menos, el tiempo que los cuerpos han estado en esa ubicación. De este modo, pese a que los pobladores de Morelia identificaron las ropas como las de los hombres extraviados y el hijo de Sebastián Santiz identificó el trabajo dental y el puente maxilar como los de su padre, se requirió a los antropólogos forenses que proveyeran pruebas irrefutables antes

que se pudieran presentar cargos contra las fuerzas armadas mexicanas por haber realizado una ejecución sumaria, en medio de una situación tan tensa.<sup>xiiii</sup>

Algunos funcionarios de la CNDH y de la PGJ de Chiapas llegaron poco después. Colocaron los restos en tres bolsas de yute, y el oficial de la PGJ, Luis Eusebio Mancilla Trujillo, firmó un acuerdo con los ancianos del poblado diciendo que los restos serían trasladados a Tuxtla Gutiérrez para un examen forense y serían regresados al poblado en 72 horas. Una hora más tarde, algunos soldados en un retén de Altamirano tomaron las 3 bolsas con la evidencia, y las llevaron a la oficina municipal de Altamirano, aseverando posteriormente que los funcionarios de la CNDH no contaban con las condiciones apropiadas para transportar restos humanos. El 12 de febrero, el Dr. Crane se enteró que los huesos no habían sido examinados por especialistas forenses en Tuxtla Gutiérrez, y que nunca habían dejado Altamirano.<sup>8</sup>

En Altamirano, el Dr. Crane encontró que un equipo de especialistas forenses militares, traídos de la ciudad de México, estaban examinando los huesos. Uno de ellos dijo que eran huesos de hombres de 20 años y que habían estado muertos durante más de tres años. Después de un debate considerable entre el mayor y varios funcionarios del ejército y del Estado, los restos se colocaron en una caja y se regresaron a Morelia. Los pobladores accedieron a que el antropólogo forense del PHR, Clyde Snow, examinara los restos.<sup>xv</sup>

El 24 de febrero, el consultor forense principal del PHR, Clyde Snow, dos especialistas médicos forenses de la CNDH, y dos criminólogos de la CNDH llegaron al poblado para realizar un examen a fondo. Para establecer la identidad de los decesos y para determinar el momento, causa, y forma de muerte, los especialistas forenses por lo general utilizan radiografías o placas dentales *antemortem* como medio de identificación de esqueletos. Sin embargo, el reporte conjunto PHR/HRW, *Waiting for Justice in Chiapas*, señala que:

*“si no existe evidencia radiológica suficiente, el antropólogo forense llevará a cabo un estudio antropológico del esqueleto. Dicho estudio incluye la determinación de la edad al momento de*

8. Cuando el Dr. Crane llamó a Mancilla Trujillo, éste negó los hechos y dijo que todo había ocurrido de acuerdo con el plan. Id.: 88.

*la muerte, el sexo, la raza, estatura y si la persona era diestra o zurda. Esta información se compara con las características antemortem del deceso, para ver si hay coincidencia. De manera similar, las enfermedades y heridas viejas con frecuencia dejan sus marcas sobre el esqueleto, lo que proporciona evidencia para una identificación positiva*".<sup>xv</sup>

Tal era el caso con los cuerpos de Morelia, para los que no había registro dental ni radiografías antemortem. Snow encontró que los esqueletos pertenecían a "tres indígenas americanos de sexo masculino de entre cuarenta y setenta años de edad al momento de la muerte".<sup>xvi</sup> Calculó el momento de la muerte entre unas semanas y algunos meses antes de su examen. Algunas fracturas perimortem en los tres cráneos indicaban que se había golpeado a los hombres con objetos duros —posiblemente con culatas o con garrotes— durante o en el momento de la muerte. Después de tomar muestras de sangre de varios parientes del lado materno de las víctimas, y de extraer un diente de cada cráneo para hacer pruebas de DNA,<sup>9</sup> Snow determinó que los hallazgos eran consistentes con las descripciones antemortem de Severiano Santíz Gómez, Hermelindo Santíz Gómez y Sebastián Santíz López.<sup>xvii</sup> Los resultados de las pruebas de DNA en los dientes, que se llevaron a cabo en un laboratorio en los Estados Unidos, también eran consistentes con los hallazgos del Dr. Snow.<sup>xviii</sup>

Algunos grupos mexicanos de derechos humanos, junto con el *Center for Justice and International Law*, presentaron el caso de Morelia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) el 23 de noviembre de 1994.<sup>xix</sup> Los demandantes acusaron al gobierno mexicano de violar el derecho a la vida, la integridad personal, y la libertad personal, así como de privar a las víctimas de las garantías y protección judiciales. El ejército trató de argumentar que no había suficiente evidencia para sostener que los cuerpos eran, de hecho, de los tres hombres, y que no podía asignársele responsabilidad. No obstante, en gran parte con base en la información provista por el Dr. Snow, la CIDH estableció que los cuerpos eran de Severiano Santíz Gómez, Hermelindo Santíz Gómez, Sebastián

Santíz López, y recomendó que el gobierno mexicano procediera a compensar a las víctimas y que se iniciara la investigación penal de acuerdo con los hallazgos.<sup>10</sup>

El 15 de octubre de 1997, la CIDH sometió su reporte al gobierno de México, en el que concluía que "el Estado mexicano no cumplió con su obligación de prevenir, investigar y sancionar a los responsables de los hechos ocurridos en el poblado indígena del ejido Morelia, municipio de Altamirano, Chiapas, el 6 o 7 de enero de 1994".<sup>xx</sup> La CIDH encontró que:

*"Las investigaciones se encuentran estancadas y la voluntad gubernamental para reanudarlas parece débil, ha habido inobservancia en el inicio de los procedimientos judiciales para que los culpables sean imputados de las responsabilidades de los hechos y sean en consecuencia sancionados; y no se ha reparado el daño mediante una indemnización adecuada a los familiares de las víctimas. No son suficientes ni compensatorias a la luz de la propia doctrina de la Comisión y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos"*.<sup>xxi</sup>

En marzo de 1998, en vista de que el gobierno mexicano seguía dándole largas a la implementación de las recomendaciones de la CIDH, esta anunció que publicaría sus hallazgos sobre el caso para conocimiento de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos.

En resumen, la actuación experimentada de PHR resultó decisiva para el curso del caso del ejido Morelia ante la CIDH, del mismo modo que la intervención de Amnistía lo fue ante los propios tribunales mexicanos en el caso de Fernández y Hernández. En general, el trabajo de la organización Acción Cristiana para la Abolición de la Tortura (ACAT), entre otras ONG mexicanas, resulta esperanzador para la colaboración entre profesionales de la salud y defensores de los derechos humanos en la documentación de los efectos sobre la salud de las violaciones a los derechos civiles. ACAT, por ejemplo, mantiene relaciones activas con diversas ONG internacionales que aplican la experiencia médico-legal en el registro y documentación de las violaciones a la integridad corporal. Estos grupos envían delegaciones, tales como las que

9. Snow también quería radiografiar los cráneos para buscar fragmentos de bala, de modo que el equipo salió con los cráneos hacia el hospital del IMSS de Ocosingo donde se encontraba disponible una máquina de rayos X. No se encontró evidencia de fragmentos de bala. Una vez completadas las radiografías, los científicos de la CNDH abandonaron el hospital para regresar los restos al poblado. En el retén militar de Altamirano, algunos soldados tomaron los restos y detuvieron a los especialistas durante casi cinco horas, lapso durante el cual los especialistas forenses militares examinaron ilegalmente los cráneos reconstruidos y escribieron su propio reporte. Id.: 93.

10. En 1996 algunos funcionarios gubernamentales mexicanos se dirigieron informalmente a las familias de los hombres muertos para platicar sobre una solución a la disputa, pero las familias insistieron en que se llevara a cabo una investigación completa y que se diera el castigo adecuado a quienes resultarían responsables. La CNDH ha investigado el caso desde el principio, pero 3 años después aún no había elaborado un reporte y tenía reservas respecto de presionar al ejército mexicano. Human Rights Watch/Americas, *Implausible Deniability, State Responsibility for Rural Violence in Mexico*, Nueva York, Human Rights Watch, 1997.

enviaron Amnistía y PHR a México, en casos urgentes de tortura y ejecución sumaria. No obstante, reconociendo la necesidad de movilizar más gente de manera más eficiente, así como de construir un equipo local de profesionales de la salud comprometidos, ACAT y otras organizaciones se están movilizando para entrenar a médicos patólogos y antropólogos mexicanos independientes, en la documentación de la tortura y ejecuciones extrajudiciales. No obstante, sería lógico que las instituciones de peritos médicos se hicieran más independientes, en lugar de trabajar el tema caso por caso.

La necesidad de que haya peritos médicos independientes e imparciales, así como especialistas médicos forenses, se sustenta en el Proyecto de Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Procedimiento Penal (*Reglas de Mallorca*): “Acorde con ello, la creación de instituciones de servicios periciales, investidas de total autonomía, contribuirá a que las tareas de procuración, administración e impartición de justicia se realicen con eficacia y pleno respeto de las garantías procesales”.<sup>xvii</sup> En 1995, la CNDH propuso la creación de institutos estatales de servicios periciales, que vincularían a los servicios periciales con los servicios médicos forenses en un medio ostensiblemente más independiente que el de las instancias de procuración de justicia. Sin embargo, bajo esa propuesta, los empleados de tales institutos se elegirían del mismo modo que actualmente se utiliza para escoger a los peritos médicos forenses gubernamentales, y aquéllos que ahora trabajan en las procuradurías serían asignados a estos nuevos institutos estatales. Esto cuestiona la posibilidad de real independencia de estos institutos estatales.<sup>xviii</sup>

La comunidad de organizaciones no gubernamentales de derechos humanos de México debe juzgar por sí misma el grado en el que las iniciativas de la CNDH y de otras comisiones locales de derechos humanos garantizan objetividad en los exámenes médicos forenses.<sup>xix</sup> Sin embargo, es claro que contar con exámenes médicos genuinamente independientes no sólo cuando existen alegatos de tortura, sino por opción de cualquier detenido cuando comparece ante un juez, podría ser muy eficaz pa-

ra frenar significativamente la práctica de la tortura en México, que ocurre en su mayor parte para extraer confesiones durante las etapas iniciales de la investigación. Un cambio de este tipo en las leyes de procedimientos penales en México, requeriría de legislación similar a la que se ha puesto en práctica, aparentemente de manera prometedora, en Brasil, además o independientemente de la creación de instituciones diversas para llevar a cabo los exámenes médicos. Claro está que si se encontrara evidencia de tortura por parte de los peritos médicos independientes, se deberían llevar a cabo medidas penales apropiadas, no sólo en contra de la policía, sino del ministerio público, e incluso contra el juez si se demostrara su complicidad.

### III. La documentación de los efectos de las violaciones a los derechos económicos y sociales sobre la salud

En México, los trabajadores de los derechos humanos proveen de voz no sólo a las víctimas individuales o a grupos aislados, sino a las masas de ciudadanos empobrecidos, vulnerables de otra manera. La importancia del discurso de los derechos para tocar los temas de la pobreza y la pérdida de poder económico, se puso de relieve en una declaración presentada por el Comité para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales ante la Conferencia Mundial de Derechos Humanos:

*“Los indicadores estadísticos del nivel de las carencias, o brechas, en el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales se han citado tan frecuentemente que han tendido a perder su impacto. La magnitud, severidad y constancia de esas carencias ha provocado actitudes de resignación, sentimientos de impotencia, y fatiga en la compasión. Tales respuestas apagadas se suscitan en medio de una renuencia para caracterizar los problemas existentes como negaciones crasas e impresionantes de los derechos económicos, sociales y culturales. Sin embargo, es difícil entender cómo puede describirse esta situación de alguna otra manera”.*<sup>11</sup>

En México, el Programa de Desarrollo

11. La declaración continúa:

El hecho de que una quinta parte de la población mundial se vea afectada por la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo y la inseguridad, nos hace concluir que los derechos económicos, sociales y culturales de esas personas se niegan en escala imponente. Sin embargo aún hay sólidos defensores de derechos humanos —individuos, grupos y gobiernos— que excluyen estos fenómenos por completo de su ámbito de preocupación. Tal enfoque resulta inhumano, distorsiona a los derechos humanos, y es incompatible con los estándares internacionales. Es, además, autodestructivo.

Declaración presentada por el comité sobre derechos económicos, sociales y culturales ante la World (Conference?) on Human Rights, reimpresa en Steiner H. y Alston P., eds., *International Human Rights in Context: Politics, Law and Morals*, Oxford, Clarendon Press, 1996: 266-267 [a partir de aquí, Declaración al Mundo de los Derechos Humanos a nombre del Comité para los Derechos, Económicos, Sociales y Culturales].

llo de las Naciones Unidas calculó, en 1997, que más del 20% de la población vive en la pobreza, y que este porcentaje es mucho más alto cuando se trata de la población rural, en su mayor parte indígena.<sup>xv</sup>

No se necesita ser médico para entender que el sufrimiento impuesto por la injusticia económica casi siempre se manifiesta en consecuencias para la salud. De hecho, una declaración hecha por las autoridades mixtas en 1992, en el contexto de la Campaña por la Libertad de los Indígenas Presos y Perseguidos Injustamente, señala, de manera mordaz, que “las luchas y los sufrimientos de los pueblos indios no son papeles; son lágrimas, sudores y sangre, vidas cortas y muertes tempranas, son hambres y privaciones”. Esto es, la injusticia de la pobreza se inscribe en los cuerpos de la gente, del mismo modo que lo hace la injusticia de la tortura. De la misma manera que se pueden diagnosticar y documentar las cicatrices de la tortura, los profesionales de la salud pueden utilizar sus habilidades, por ejemplo, en el diagnóstico de la desnutrición.

Pero debe entenderse que en ciertas maneras sustanciales, la defensa y gestión de las violaciones a los derechos económicos y sociales, difieren de la promoción de las violaciones a los derechos civiles y políticos. En este caso, los relatos de los individuos deben decirse y entenderse en términos de un contexto estructural. Así como la evidencia física resulta crítica en los casos de medicina forense, los datos confiables lo son para la investigación de los derechos económicos, sociales y culturales. La descripción de las violaciones a los derechos económicos y sociales se puede manifestar a través de datos estadísticos. De manera consiguiente, los defensores de los derechos humanos se pueden beneficiar del aprendizaje de algunas de las habilidades básicas de los epidemiólogos, quienes usan la estadística para medir la frecuencia y distribución de la enfermedad y para determinar, a partir de ello, los elementos causales y preventivos.

A diferencia del caso de la medicina forense, que requiere de un proceso largo de estudios médicos así como de la obtención de una licencia para practicar, los conocimientos epidemiológicos

básicos relativos a la interpretación de estadísticas y a la realización de sondeos para tener una idea de la prevalencia de un problema, pueden enseñarse fácilmente, en la práctica, a quienes no son profesionales de la salud. Además, tales calificaciones resultan útiles en la documentación para la defensa de los derechos económicos y sociales en general, y no únicamente en las violaciones relacionadas con la salud. La razón por la que tales habilidades y conocimientos resultan tan necesarios para la documentación de los derechos económicos y sociales es que las causas fundamentales y las maneras en las que se crea o exacerba la pobreza por parte de los gobiernos se encuentran en fuerzas estructurales, profundas, más que en las acciones simples realizadas por los agentes de seguridad o por otros agentes estatales. A través de las políticas fiscales, de comercio y desarrollo, así como de las leyes de impuestos, de trabajo y penales, los gobiernos tales como el mexicano generan los contextos en los que sectores completos de la sociedad se ven privados de decisiones valiosas respecto de sus vidas, y sus intereses se alejan sistemáticamente de la agenda política.

Esta sección trata la manera en que el desarrollo de mecanismos efectivos para registrar violaciones a los derechos económicos y sociales, y la defensa de sus víctimas, requerirá que las ONG mexicanas modifiquen la naturaleza de su trabajo para incluir metodología estadística, para interpretar los relatos individuales en términos de violaciones estructurales a sus derechos. Esto se hará a través del examen del proyecto de supervivencia infantil del grupo Abogados de Minnesota.

## **A. Contexto legal para la documentación de las violaciones a los derechos económicos y sociales**

La salud y el bienestar, por supuesto, no son factores sólo del derecho a la salud por sí mismos, sino que involucran también el derecho a la educación, la vivienda, la alimentación y el trabajo, entre otros derechos económicos y sociales, reconocidos en varios tratados internacionales y regionales que México ha ratificado. El Pacto Internacional de

los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Convención de la Mujer), la Convención de los Derechos del Niño (CDN), y la Convención para los Pueblos Indígenas y Tribales en los Países Independientes, de la Organización Internacional del Trabajo (Convenio 169 de la OIT) se encuentran entre los tratados más importantes con los que México se ha comprometido.<sup>xxvi</sup> En un lenguaje que se hace eco de las medidas para los derechos económicos y sociales en otros tratados, la ICESR obliga a los Estados parte a “*tomar pasos hacia la puesta en práctica progresiva* [de todos los derechos contenidos en la convención] *al nivel máximo disponible conforme a sus recursos*”.<sup>xxvii</sup> Es verdad que la obligación de “tomar pasos... hacia el cabal cumplimiento” o “*tomar todas las medidas apropiadas* [hacia la eliminación de la discriminación]” difiere de la exigencia inmediata y obligatoria de “*respetar y asegurar*” lo que se estipula en el PIDCP. No obstante, como asunto de derecho internacional, los estados signatarios del PIDESC, de la Convención de la Mujer, y de otros tratados con medidas para los derechos económicos y sociales, no están de ninguna manera en libertad para diferir de manera indefinida la ejecución de acciones con respecto a tales derechos.<sup>12</sup>

Bajo el derecho internacional, México tampoco goza de total discreción en la construcción de lo que constituye el nivel de sus “máximos recursos disponibles” que puedan dedicarse a los servicios sociales y la salud.<sup>xxviii</sup> El Comité para los Derechos Económicos, Culturales y Sociales, instancia a cargo del seguimiento de la implementación del PIDESC (el “Comité ESC”) ha afirmado vigorosamente que se dan violaciones al PIDESC cuando un Estado no satisface “la obligación central mínima de asegurar la satisfacción de, cuando menos, “*los niveles esenciales mínimos* de cada uno de los derechos”.<sup>xxix</sup> En 1997, las líneas de acción de Maastricht reiteraron que ciertas obligaciones centrales mínimas “*se aplican sin menoscabo de la disponibilidad de recursos del país en ciernes o de cualesquiera otros factores y dificultades*”.<sup>xxx</sup> Vale la pena notar que los derechos ci-

viles y políticos también requieren de asignación de recursos, y que la escasez de los mismos no exime a México de sus obligaciones bajo la PIDCP o tratados análogos, en el sentido de establecer sistemas judiciales capaces de asegurar juicios justos, sistemas electorales capaces de garantizar elecciones “libres y justas” o sistemas correccionales capaces de garantizar condiciones decentes en las prisiones.

No obstante, pese a la naturaleza real y obligatoria de los derechos económicos y sociales, resulta un perjuicio a la causa de la eliminación de la pobreza no reconocer que, a diferencia de las violaciones clásicas a los derechos civiles que involucran las acciones directas de los actores estatales, el cumplimiento positivo de los derechos sociales y económicos, por lo general, requiere del análisis de las estructuras y políticas gubernamentales y, a su vez, de diferentes instituciones y procedimientos, para hacerlos cumplir.

En primer lugar, las violaciones clásicas a los derechos civiles tales como la tortura y las ejecuciones sumarias pueden básicamente tomarse en cuenta por parte de los organismos de los derechos humanos, y constituyen por sí mismas violaciones a manos del Estado. En cambio, la reparación o el cumplimiento de los derechos económicos y sociales de la gente que vive en condiciones de pobreza, requiere de evaluaciones que incluyan no sólo un numerador —por ejemplo, el número de niños que murieron de una enfermedad propia de la pobreza, prevenible, tal como deshidratación por diarrea— sino también de un denominador —el número total de niños— para tener una idea del grado en que el gobierno ha sido negligente en la prevención y el trato a dicha enfermedad. En síntesis, necesitamos medios para medir los efectos de las políticas estructurales.

La epidemiología, que se define como el estudio de los determinantes y la distribución de las enfermedades en las poblaciones, provee de métodos para medir estadísticamente los efectos en la salud de los programas políticos y económicos que fomentan la desigualdad y la injusticia. Tales métodos incluyen técnicas de muestreo y medición diseñadas con la comprensión de las causas que producen resultados dados en vista

12. Bajo los Principios de Limburg sobre la Implementación de la Convención Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (los “Principios Limburg”), se requiere que los Estados parte se movilicen de la manera más expedita que sea posible hacia el cumplimiento de los derechos: “Todos los estados parte tienen la obligación de comenzar inmediatamente a tomar las medidas necesarias para cumplir con sus obligaciones bajo la convención”. Las Líneas de acción de Maastricht, formuladas diez años después de los principios Limburg, reiteran el punto: “El hecho de que el cumplimiento significativo de la mayor parte de los derechos económicos, sociales y culturales sólo pueda alcanzarse progresivamente, cuestión que de hecho también se aplica a la mayoría de los derechos civiles y políticos, no altera la naturaleza de la obligación legal de los Estados, que requiere que ciertos pasos se tomen inmediatamente y otros tan pronto como sea posible”. Las líneas de acción Maastricht, además, establecen que la obligación de comprobar que se está logrando “un progreso commensurable hacia el cumplimiento cabal de los derechos en cuestión”, reside en cada uno de los Estados parte de la PIDESC. *Limburg Principles On The implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, U.N. Doc. E/CN.4/1987/17, anexo reimpresso en *Human Rights Quarterly*, 9; 1987, pp. 122, 125; *Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights*, Conferencia de Maastricht, Maastricht Holanda (22 al 26 de enero de 1997) en párrafo 8 (archivo de la autora).

de ciertas enfermedades y estados de salud, así como la capacidad más general de las ciencias sociales de poder interpretar información estadística. Es esencial para la legitimidad y el seguimiento de los derechos económicos y sociales a nivel nacional, así como para el desarrollo de este cuerpo de derecho internacional, que se averigüen números válidos y cadenas causales válidas para explicar el sufrimiento de la gente, en el interior de la propaganda política que con frecuencia caracteriza al debate sobre las acciones estatales dirigidas a lograr la justicia social. Los profesionales de la salud pública están conectados de manera única con la necesidad de considerar sesgos en los criterios para elaborar reportes, selecciones y diagnósticos, y para mantener estándares estrictos en las definiciones, para así poder llegar a conclusiones estadísticas válidas.

Además, vale la pena señalar que los mecanismos para hacer cumplir los derechos, también serán distintos de aquellos usados para la defensa de los derechos civiles. Por ejemplo, las reparaciones judiciales tradicionales tendrán menor relevancia porque el poder judicial, apto para arbitrar entre dos actores —por ejemplo, entre el Estado y la víctima— no lo es tanto con respecto a la redefinición de varios aspectos de la responsabilidad gubernamental que pueden suponer moverse simultáneamente entre múltiples actores gubernamentales y privados.

Las legislaturas están mucho mejor equipadas para tomar en consideración una variedad de factores e indicadores sociales en el diseño de una política. Pero como hemos visto en la erosión de los derechos laborales y de pensiones a lo largo del proceso arrollador de privatización masiva que se lleva a cabo en México, los derechos económicos y sociales que no están fundamentados en la constitución, sino que dependen de las políticas de bienestar legisladas en momentos particulares, no son derechos en realidad. Más bien, están sujetos a las vicisitudes de la voluntad política y a las necesidades utilitarias del control social y la productividad. Más aún, las políticas legislativas amplias o los mandatos constitucionales pueden necesitar ser implementados a nivel nacional a través de reglamentaciones ad-

ministrativas o cuasi-administrativas, desarrolladas por instituciones especiales, interdisciplinarias, dedicadas al tratamiento de los problemas de la pobreza como problemas de derechos. Tal colaboración interdisciplinaria es escasa a nivel de las Naciones Unidas, menos aún existe el tipo de instituciones necesarias para lograr esta colaboración en México o, para el caso, en la mayoría de los países.<sup>xxxii</sup> De este modo, la defensa y gestión no sólo se dirigirá a garantizar el cumplimiento de las leyes en vigor, sino al trabajo con otros profesionales, tales como los defensores de la salud pública, para lograr que se aprueben legislaciones y que se planeen nuevas instituciones que den seguimiento efectivo al cumplimiento de las obligaciones internacionales.

## **B. Estudio de caso: Alta mortalidad de niños en zonas rurales y marginadas**

En el primer intento de una importante ONG de derechos humanos estadounidense para operacionalizar el concepto de los derechos económicos y sociales, los Abogados de Minnesota, en 1997, tomaron 3 contextos nacionales concretos —Uganda, México y los Estados Unidos— y examinaron el significado de aseverar que la mortalidad de niños menores de cinco años es asunto de derechos humanos. Se seleccionó la mortalidad infantil de niños menores de 5 años porque éste es un indicador que sigue de cerca el gasto gubernamental en servicios sociales y de salud, y no está sujeto a enmascaramiento o distorsión por los niveles del PNB. Uganda, México y los Estados Unidos fueron seleccionados porque representaban respectivamente países de ingresos bajo, medio y alto, que se encuentran en diferentes niveles de desarrollo y en diferentes niveles de dependencia respecto de instituciones financieras internacionales. Se encontró que algunos de los elementos (por ejemplo los patrones de discriminación) eran similares, en tanto que otros reflejaban las diferencias contextuales, que son muy relevantes. Pero una tesis central del reporte es que los derechos económicos y sociales son tan universales como los derechos civiles y políticos, y se aplican no sólo a los países

ricos. Además existen maneras de medir y dar seguimiento a las obligaciones de todos los países, sin menoscabo de su nivel de desarrollo económico.

La autora fue consultora para la parte de México del estudio de los Abogados de Minnesota, que encontró que los niños pobres de las comunidades rurales (con frecuencia indígenas) tienen el doble del riesgo de morir antes de cumplir los 5 años que los niños de las zonas urbanas, y que las enfermedades infantiles prevenibles aún ocasionan la mayoría de las muertes infantiles, en especial para los niños de los estados rurales empobrecidos. El reporte también documentó que: “*Los niveles de desnutrición en el cinturón sureño de la pobreza son 4 veces mayores que los de los estados urbanizados más ricos. Las muertes infantiles y de bebés debidas a la desnutrición han incrementado en un 23% desde 1980*”.<sup>xxxii</sup>

Con base en una investigación extensiva y una visita de campo a México, los Abogados de Minnesota concluyeron que como caso ejemplar de los programas de ajuste estructural neoliberal del Banco Mundial, México ha adoptado políticas que han exacerbado enormemente el desarrollo desigual que comenzó hace décadas. En segundo lugar, dentro de este contexto político-económico, los temas tales como la mortalidad infantil se interpretan como asuntos externos, y los programas contra la pobreza se diseñan de manera paternalista y asistencialista; alivian el efecto del ajuste pero nunca tocan las causas subyacentes a la mortalidad infantil.<sup>xxxiii</sup>

México está comprometido con la supervivencia infantil por leyes tanto internacionales como nacionales. Por ejemplo, el PIDESC reconoce “el derecho de todos al goce del nivel más alto posible de salud física y mental”.<sup>xxxiv</sup> Como parte del PIDESC, México ha aceptado tomar pasos específicos “hacia el cumplimiento cabal” del derecho a la salud, incluyendo “una reducción de la tasa de mortalidad infantil” y “la creación de condiciones que aseguren acceso a todos los servicios médicos y a atención médica en caso de enfermedad”.<sup>xxxv</sup> La Declaración Americana de los Derechos Humanos (Declaración Americana) proclama el derecho a la preservación de la salud “a través de

medidas sanitarias y sociales con relación a la alimentación, al vestido, la vivienda y los cuidados médicos, al nivel que lo permitan los recursos públicos y comunitarios”.<sup>xxxvi</sup> El artículo 26 de la Convención Americana incorpora los estándares económicos, sociales, educativos, científicos y culturales de la Carta de la OEA,<sup>xxxvii</sup> referencia que ha sido interpretada como incluyente de algunas provisiones relevantes del Protocolo de Buenos Aires, que enmendó la Carta de la OEA.<sup>xxxviii</sup>

El artículo 4 de la Constitución Mexicana también garantiza el derecho a la protección de la salud.<sup>xxxix</sup> Aunque el término *salud* no se define de manera precisa en la Constitución Mexicana, México ha adoptado el concepto más amplio de salud, basado en la doctrina de la OMS, según el cual “la salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la sola ausencia de enfermedad”.<sup>xl</sup> La interpretación más alta de salud implica la obligación gubernamental de adoptar un enfoque básico del cuidado preventivo de la salud, basado en la comunidad, más que vincular a los programas de salud solamente con medidas curativas.<sup>13</sup> La Constitución Mexicana y las leyes locales incluyen elementos de protección de los derechos económicos y sociales que promueven la salud, incluyendo medidas para el abasto de agua potable y la garantía de educación pública. Además, la constitución mexicana prohíbe la discriminación de cualquier tipo en el goce de tales derechos, y reconoce que “todas las personas que vivan en los Estados Unidos Mexicanos gozarán de las garantías incluidas en esta Constitución”.<sup>xli</sup>

No obstante, pese a estas provisiones, su implementación ha escapado a México así como a otros países, por diversas razones, incluyendo el hecho de que la medida de las violaciones requiere del uso de análisis estadísticos que dependen de técnicas y métodos que la comunidad de los derechos humanos, en gran parte fundamentada en trabajo legal, no tiene. El uso de métodos epidemiológicos para documentar la distribución de las enfermedades e identificar grupos de datos inusuales, es particularmente útil para establecer el grado y las circunstancias de la mortalidad infantil como algo más que una

13. Las metas del Sistema Nacional de Salud, planteadas en la Ley General de Salud, apoyan esta conclusión ya que incluyen: la provisión de servicios de salud de calidad para todos, con especial atención a las acciones preventivas; la contribución a un desarrollo demográfico armónico; la colaboración mediante servicios de asistencia social al bienestar económico y social equitativo; y dar ímpetu al desarrollo familiar y comunitario, incluyendo la oferta de servicios de salud a toda la población y el mejoramiento de la calidad de dichos servicios, tomando en cuenta la prioridad de los problemas de salud y los factores que causan daño a la salud, con especial interés a las acciones preventivas. *Ley General de Salud*, Título II, Cap.1, Art. 6, impreso en Ramírez T., *Leyes Fundamentales de México 1808, 1985*, 7ª ed., México, Porrúa, 1985. Ver Abogados de Minnesota, *supra*, nota xxxiii. 148-149.

serie de muertes; más bien como evidencia de un patrón sistemático de violaciones, resultantes de las políticas de salud y de desarrollo mexicanas.

En primer lugar, en tanto que el gobierno federal de México resulta claramente responsable por los abusos de autoridad de su policía y agentes judiciales cuando estos actos se cometen cumpliendo funciones oficiales, la relación causal entre las acciones u omisiones de un gobierno al establecer condiciones o servicios, y la ocurrencia de muertes infantiles, es de naturaleza distinta. Más que actuar de mala fe, intencionalmente, el papel gubernamental en la causalidad en términos de mortalidad infantil, reside en el establecimiento de un marco estructural que excluye ciertas posibilidades, tales como acceso a seguridad alimentaria, condiciones sanitarias y vivienda elementales, así como cuidados de salud primarios. Cuando dichas condiciones existen, el Estado habría utilizado su autoridad para cumplir con el derecho a la salud, incluso si algún niño muriera posteriormente por desnutrición.

Esa evaluación, a su vez, requiere de comprender los denominadores —por ejemplo, la cantidad de niños en riesgo de morir debido a enfermedades prevenibles— así como los numeradores simples, esto es, los niños que mueren. Por ello carece de sentido comparar el número de muertes infantiles a lo largo del territorio nacional o de un período, sin tener una estimación de la cantidad total de nacimientos, razón por la cual las tasas de mortalidad infantiles se reportan, por lo general, en términos de muertes por cada 1000 nacidos vivos; en otras palabras, en términos de tasas de mortalidad, en lugar de utilizar números absolutos de muertes.

Para fines de derechos humanos, el denominador también involucra una evaluación de si México está colocando el grado máximo disponible de sus recursos en la prevención de la mortalidad infantil. El estudio de los Abogados de Minnesota encontró que: “las tasas de mortalidad infantil en (México) como un todo son desproporcionadamente altas para el nivel de desarrollo del país, y comparativamente más altas que aquellas de otros países con niveles de PNB per cápita similares o más bajos”.<sup>xiii</sup> El PNB de México en 1994, fue

de \$4.180,00 dólares estadounidenses per cápita, en tanto que su tasa de mortalidad para la población de cinco años o menos fue de 32 por cada 1000 nacidos vivos.<sup>xiiii</sup> Otros países latinoamericanos de ingresos medios, tales como Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Uruguay y Venezuela, tuvieron una mortalidad infantil menor para el mismo grupo etéreo. Chile, por ejemplo, tuvo un PNB per cápita de \$3.520,00 dólares estadounidenses, pero una tasa de mortalidad infantil de 15/1000; Costa Rica tuvo un PNB per cápita de \$2.470,00, con una tasa de 16/1000, y Cuba, un PNB de \$1.170,00 per cápita, con una tasa de 10/1000. De este modo, queda claro que, debido a los programas políticos y económicos que sigue el gobierno, México no promueve los derechos económicos y sociales al nivel máximo respecto de los recursos con los que dispone.<sup>14</sup>

La siguiente evaluación que hay que hacer con el propósito de responsabilizar al gobierno por violaciones a los derechos económicos y sociales, se hace en el terreno de si México está tomando medidas para reducir la mortalidad infantil sobre una base de no discriminación, lo que requiere de una comparación entre diferentes zonas del país y entre niños y niñas situados en diversas circunstancias. La ciencia de la salud pública, la epidemiología, provee herramientas para elaborar comparaciones entre zonas diferentes del país, y para evaluar el impacto discriminatorio de las políticas de desarrollo sobre la mortalidad infantil. El estudio de los Abogados de Minnesota se basó en estudios epidemiológicos para determinar que los niños rurales —en especial aquellos menores de un año— son mucho más vulnerables a morir a edad temprana, que los niños urbanos mexicanos: “Los bebés de las áreas rurales están casi tres veces más expuestos a morir que los de las zonas urbanas metropolitanas —ocurrieron 79 y 29 muertes por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente, entre 1977 y 1987—. <sup>xv</sup> Estas disparidades entre la mortalidad infantil rural y urbana reflejan que la distancia socioeconómica entre las poblaciones rural y urbana permanece amplia; ochenta por ciento de mexicanos empobrecidos residen en áreas rurales de acuerdo con el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo.”<sup>xvi</sup>

14. Vale la pena señalar que estos otros países también comparten algunas características sociales, incluyendo una tasa más alta de alfabetización femenina, y un acceso a servicios básicos de salud y sociales, que va del 59 al 100 por ciento. UNICEF, *State of the World's Children*, 1997.

La epidemiología se fundamenta en dos suposiciones básicas: la primera es que la enfermedad no ocurre al azar y, la segunda, que la enfermedad incluye factores causales y de prevención que se pueden identificar a través de la investigación sistemática de poblaciones o subgrupos de individuos diferentes, dentro de una población dada, ubicados en lugares o en momentos distintos.<sup>15</sup> Con base en análisis de los factores causales y preventivos de la mortalidad infantil, el reporte de los Abogados de Minnesota señaló que los niños de las zonas urbanas tienen mayores probabilidades de supervivencia que los de las áreas rurales:

*“en gran medida debido a que tienen mayores probabilidades de tener acceso a servicios de salud y sociales tales como hospitales y clínicas, sistemas de drenaje, y agua potable. Las disparidades en el acceso a los servicios básicos entre las zonas rural y urbana no han mejorado desde fines de los ‘80”.*<sup>xlvii</sup>

La situación se agudiza en los estados rurales del sur, en especial en Oaxaca, Chiapas, Puebla y Guerrero.<sup>xlviii</sup> Según UNICEF, estos estados tienen el nivel de pobreza más alto, sufren de la mayor insuficiencia de alimentos, y de una carencia crónica de servicios básicos.<sup>xlviii</sup> Los niños de las comunidades indígenas son particularmente vulnerables a morir antes de cumplir cinco años de edad debido a que tales poblaciones reciben un impacto desproporcionado en el nivel de pobreza, en desigualdades sociales y, en consecuencia, en riesgos a la salud.<sup>xlix</sup>

En tanto que a primera vista puede parecer obvio que la pobreza y la mala salud están relacionadas, las herramientas provistas por la epidemiología pueden utilizarse para interpretar los números y las distribuciones de las muertes infantiles para poder demostrar cuáles son los mecanismos por los que algunas sub-poblaciones en particular se ven sistemáticamente privadas de sus derechos económicos y sociales básicos y, por tanto, sufren altas tasas de mortalidad infantil entre otros resultados adversos a su salud. Se sigue que la disponibilidad de datos confiables es prerequisite para cualquier investigación sistemática de los patrones de incidencia de enfermedades entre poblaciones humanas —ya sea con motivos

de planeación en salud, o con motivos de documentación en el campo de los derechos humanos—. El conocimiento de la *distribución de la enfermedad*, que toma en cuenta cuestiones tales como quién se enferma de algún mal dado al interior de una población, así como dónde y cuándo hay brotes de dicha enfermedad, es esencial para describir los patrones de la enfermedad así como para formular hipótesis respecto de las causas posibles o factores preventivos.<sup>1</sup>

No obstante, en México, el estudio de los Abogados de Minnesota encontró discrepancias significativas en la recolección y el reporte de datos, discrepancias que presentan serias interrogantes para el seguimiento y mejoramiento de las disparidades en la mortalidad infantil, en particular para los niños indígenas, o para aquellos que habitan en áreas rurales y pobres.

Los datos sobre mortalidad infantil en México varían enormemente entre las diversas fuentes, y la confiabilidad no es uniforme. Las discrepancias en la recolección de datos resultan, por lo común, del sub-registro, sesgos en la selección, y errores en la clasificación. Además, la recolección de datos entre las instituciones gubernamentales de México con frecuencia se hace de manera individual, y no coordinada, lo que se suma al potencial de que haya discrepancias entre las fuentes. Por ejemplo, para el estado de Chiapas, la Secretaría de Salud indica una tasa de 15 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos, comparada con 41/1000, reportadas por la Subsecretaría de Planeación/UNICEF.<sup>11</sup>

Las disparidades reales entre comunidades urbanas y rurales probablemente son incluso peores de lo que reflejan las cifras gubernamentales, ya que ni las investigaciones en salud ni el registro civil capturan el estado de salud, o las muertes de los niños indígenas no registrados antes de entrar a la escuela. Por ejemplo, el reporte del Secretario de Salud de 1995 sobre avances en salud materno-infantil, no incluía el reporte del estado de la supervivencia de los niños indígenas, y la encuesta demográfica de salud, nacional, de 1987, excluyó a los municipios en los que el 97% o más de la población no hablan español.<sup>12</sup> Más aún, en términos del cuidado a la salud, los servicios

15. Uno de los diseños de estudio más útiles en el campo de la epidemiología descriptiva para propósitos de seguimiento de derechos económicos y sociales, es la investigación de corte transversal, en la que el *status* de los individuos respecto de la presencia o ausencia tanto de factores de riesgo como de enfermedad, se evalúan en el mismo momento temporal. Usualmente esto se hace mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra representativa de individuos. Se puede examinar y calcular la frecuencia de varias enfermedades y el estado de la salud, en relación con el sexo, la edad, el grupo étnico, la clase socioeconómica, la ubicación, y otros factores de riesgo. Tales datos no son sólo de gran valor para la Secretaría de Salud en la evaluación del estado de salud y las necesidades de cuidado médico de la población en turno, sino que pueden resultar elementales por su utilidad para demostrar las disparidades y, a su vez, la discriminación en términos de derechos económicos y sociales. Ver Hennekens CH y Buring, JE, *Epidemiology in Medicine*, Boston, Little Brown Company, 1987: 3.

y/o centros de salud enumerados por la Secretaría de Salud, con frecuencia no cumplen su cometido debido a que o no cuentan con personal, o no proveen de los servicios que se requieren; se trata de problemas tales como ausencia de médicos o de sangre, necesaria en cirugías.<sup>14</sup>

Ya que los datos confiables resultan tan críticos para la documentación de las violaciones a los derechos económicos y sociales, el Comité ESC ha formulado una serie de requisitos específicos para reportar sobre el Artículo 12, de entre otros artículos del PIDESC, que requieren que México, como estado parte del convenio, provea de datos detallados, desagregados, sobre la salud física y mental de la población.<sup>15</sup> El reporte de los Abogados de Minnesota recomendaba, específicamente, que México “corrigiera las inconsistencias en cuanto a los datos sobre salud infantil, prestando particular atención a la validez y confiabilidad, y que utilizara datos desagregados para las poblaciones vulnerables”.<sup>16</sup> Datos confiables, recabados con criterios objetivos, es el equivalente de las evaluaciones objetivas de la evidencia física en los casos médicos forenses. Por tanto, los defensores de los derechos humanos deben, o ser capaces de colaborar con defensores de la salud pública y otras personas para la interpretación de indicadores estadísticos, o deben familiarizarse ellos y ellas mismas con estas formas de hacer análisis y elaborar reportes de manera que puedan criticar las cifras oficiales.

Por supuesto que la documentación no es el único obstáculo para la defensa y gestoría de los derechos económicos y sociales. A diferencia del caso de muchos derechos civiles y políticos —tales como el “debido proceso legal” o “elecciones libres y justas”—, para los que existe un cuerpo significativo de jurisprudencia y precedentes en el que se puede fundamentar la comunidad de defensa de los derechos humanos, las interrogantes respecto de qué constituyen las condiciones o servicios apropiados, aún deben responderse. Esto es, los elementos del proceso debido mínimo, como por ejemplo, el derecho del acusado de conocer los cargos que se le imputan, el derecho a una defensa efectiva, el derecho a confrontar a quienes acusan,

etc., se han establecido de manera clara en los sistemas legales locales, incluyendo al mexicano. Si las leyes y las reglamentaciones no suplen tales elementos, el gobierno del que se trate debe responsabilizarse por no haber establecido las condiciones estructurales necesarias para que existan. Sin embargo, los elementos análogos que definirían qué condiciones o servicios mínimos se requieren para evitar muertes infantiles, por lo general, no se han inscrito en la legislación ni en la jurisprudencia.

Por ejemplo, la legislación nacional mexicana no define ni provee mecanismos para hacer cumplir el derecho a la protección de la salud. La Ley General de Salud incluye una provisión respecto de las denuncias relativas a la salud.<sup>16</sup> La provisión del artículo 60, sin embargo, funciona, esencialmente, como causa de acción por mala práctica médica o por negligencia, y se aplica en casos ante tribunales o en archivos que revisa la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

No obstante, ciertos programas y políticas pueden ser sujetos de críticas sin necesidad de la provisión descrita. Sobre la base de testimonios personales recabados durante una visita de campo, los Abogados de Minnesota encontraron que dentro del contexto asistencialista de hacer frente a la pobreza, adoptado por el gobierno mexicano, sus programas se utilizan de manera política tanto respecto de las comunidades que reciben ayuda y apoyo en infraestructura como respecto de los tiempos en que la dan y los tiempos electorales.<sup>17</sup> Por ejemplo, los proyectos con frecuencia son de corto plazo y/o los programas de construcción cesan una vez pasadas las elecciones. Asimismo, pese a que los programas se valen de la retórica de la apropiación de poder y participación de la comunidad, en realidad promueven dependencia. Por ejemplo, los programas de alimentación en lo que se denomina “cocina rurales”, proveen de alimentos calientes a niños y niñas durante un período corto, pero no hacen nada para promover la autosuficiencia de sus familias. Además, la participación de la comunidad, en lo esencial, se limita al otorgamiento forzoso de trabajo gratuito sin tener espacio alguno en la toma de decisiones. La muy preconizada co-

16. El artículo 60 dice: “... para denunciar ante las autoridades de salud cada hecho, acto u omisión que represente un riesgo o que pudiera causar un daño a la salud de la población.” Ley General de Salud, título I, capítulo 4, artículo 60.

laboración intersectorial del gobierno, sucede sólo en el papel, o en los niveles centrales de planeación, pero no en las comunidades.

De este modo, gran parte de la defensa y gestión para los derechos económicos y sociales, debe girar en torno al cabildeo para que se reformen los programas, y para que se desarrolle una verdadera colaboración intersectorial así como para implementar una legislación que requiera que el gobierno mexicano cumpla con los derechos económicos y sociales delineados en la Constitución. La historia de los Acuerdos de San Andrés ejemplifica tanto la promesa como las dificultades encerradas en este tipo de proceso de creación de nuevas normas y estructuras.

Pese a estas dificultades, no obstante, hay un valor inherente en la utilización del discurso de los derechos económicos y sociales para abogar por el cambio social, ya que esta perspectiva rechaza el punto de vista de que la pobreza está más allá del control o responsabilidad de nuestros gobiernos y sociedades. El idioma de los derechos exige nuestra constante atención. Aun cuando no sea parte del interés de los detentadores del poder dentro del *status quo* hacerlo, es la obligación de gobierno mexicano ver que sus ciudadanos empobrecidos sean resarcidos por las violaciones a sus derechos. Y esto no por motivos de productividad, o por permitir que el gobierno parezca benevolente, sino porque la gente posee un valor intrínseco simplemente por virtud de ser humanos.

Por supuesto, antes de que la gente pueda realizar acciones de defensa a favor de víctimas individuales, o desarrollar políticas para reparar los daños ocasionados por condiciones de pobreza, se debe contar con el entendimiento de cuándo una condición o evento es una violación. Incluso, quizá de manera más fundamental, entender que una/o misma/o es sujeto de derechos. Así, hay un paso que precede o que es simultáneo a la documentación legal y a la defensa política, ya que las personas deben sentir que sus desgracias económicas no son inevitables o inmutables, sino el producto de la injusticia social. En efecto, la rebelión del EZLN es quizá más notable por haber despertado la conciencia no sólo de los chia-

panecos, sino de muchos otros mexicanos y mexicanas para que entendieran las razones estructurales, económicas y políticas de su pobreza y sufrimiento. Al hacerlo, también cobran conciencia de sus derechos económicos, sociales y culturales, incluyendo la provisión de un acceso decente a cuidados en salud, o a condiciones de vida saludables.

En resumen, la defensa y gestión de los derechos económicos y sociales requiere no menos que volver a pensar qué significan los derechos y cómo puede medirse su cumplimiento. Sólo a través de esfuerzos conjuntos y diálogo entre los defensores de los derechos humanos y los profesionales de la salud, se podrá elaborar documentación precisa sobre el grado y distribución de las violaciones. A su vez, la comunidad no-gubernamental de derechos humanos podrá presentar recomendaciones concretas respecto de las acciones que el gobierno de México necesitaría emprender, incluyendo la formulación de legislaciones, creación de instituciones, y reestructuración de programas para cumplir con sus obligaciones internacionales legales, relativas al cumplimiento de los derechos económicos y sociales que afectan a la salud.

#### IV. Conclusiones

Las ONG mexicanas han cambiado considerablemente a lo largo de los últimos años. Los temas de los derechos y la salud se han integrado a su trabajo de varias maneras. Han surgido una serie de ONG nuevas, de derechos humanos, que dirigen sus esfuerzos hacia diversas poblaciones desatendidas, incluyendo los derechos de los pacientes de los hospitales psiquiátricos. Los grupos que trabajan temas de salud y de desarrollo alternativo —en particular los grupos dedicados a la salud de las mujeres, que se han fortalecido con las conferencias internacionales recientes— cada vez más han utilizado la retórica y el marco de los derechos humanos internacionales para lograr avances en sus causas.<sup>17</sup> Otras ONG tradicionales, de derechos humanos, han ampliado su rango de acción para cubrir áreas que antes se dejaban a los grupos "de intereses especiales" tales como los grupos de derechos de las mujeres o de los niños. Hoy trabajan activamente con problemáticas tales como la de los

17. Por ejemplo, la Red por la Salud de las Mujeres de D.F. es una coalición de grupos que ha utilizado los textos de las declaraciones signadas por México en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.

niños que viven en las calles y las personas que viven con VIH-sida, como parte integral de su trabajo.<sup>18</sup>

En un esfuerzo por contribuir a esa creciente colaboración interdisciplinaria, este artículo ha delineado dos formas de documentación de los derechos humanos que pueden realizarse al aprender de los profesionales de la salud, y en colaboración con ellos. En primer término, los médicos y los especialistas forenses traen consigo la credibilidad de la medicina clínica y de la ciencia forense, para proveer de evidencias irrefutables en casos individuales de tortura, ejecución sumaria y otros abusos. En segundo, los profesionales de la salud pueden ayudar a ampliar el entendimiento de lo que son los derechos humanos, y pueden colaborar con los defensores de los mismos al mostrarles cómo documentar las violaciones a los derechos económicos y sociales fundamentales, tales como contar con condiciones de vida saludables y cuidados primarios, básicos, de salud, que reducen la mortalidad infantil.

Aún más que en las violaciones clásicas de los derechos civiles, tales como la tortura, para la que los defensores de los derechos humanos pueden, por lo general, reducir sus recomendaciones a fórmulas variadas de “simplemente no lo hagan”, la institucionalización de los derechos económicos, sociales y culturales, requerirá de la experiencia proveniente de otros campos, tales como el de la salud, para establecer los pasos concretos necesarios para que los gobiernos cumplan sus obligaciones positivas bajo el derecho internacional de los derechos humanos. En consecuencia, los profesionales de los derechos humanos en México, así como a nivel de las Naciones Unidas, pueden encontrarse cada vez más usando, interpretando y adaptando el trabajo de académicos y practicantes de otras disciplinas y, en particular, de las disciplinas de la salud.

Vale la pena recordar que la salud se define, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de dolencia o enfermedad”.<sup>LVIII</sup> Desde esta perspectiva, la salud es tanto la precondition fundamental para el verdadero disfrute de todos los derechos humanos, como el re-

sultado de su establecimiento. A la inversa, algunas consecuencias para la salud median la violación de los derechos humanos, ya se trate de las cicatrices de la víctima de tortura, o de la muerte de algún(a) niño(a) debido a enfermedades prevenibles o a la pobreza. Si se ve a la salud en esta perspectiva estructural, trabajar a favor de la salud de las personas no puede separarse de los esfuerzos por transformar las instituciones y las relaciones sociales opresivas, que producen dolencias, ni, en su momento, de los movimientos más amplios por los derechos humanos y justicia social.

## Bibliografía

- I. Ver Mann J, Gostin L., Health and Human Rights. *Health and Human Rights*. 1;1993.
- II. Comisión Nacional de Derechos Humanos. *Bases para la Creación de Instituciones Autónomas de Servicios Periciales en las Entidades Federativas*, abril 1995: 6.
- III. *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, United Nations G.A. Res.2200\* (XXI), U.N. GAOR, 21st Sess., Supp.no 16., U.N. Doc A/6316 (1967); *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, adoptada 10 Dic. 1984 (entró en vigor en junio 1987), United Nations G.A. Res. 39/46, reimpreso por Center for the Study of Human Rights. *Twenty-Five Human Rights Documents*. New York, NY: Columbia University, 1994.; *Convención Americana sobre los Derechos Humanos* firmada 22 Nov. 1969 (entró en vigor el 18 de julio 1978), reimpreso por Center for the Study of Human Rights. *Twenty-Five Human Rights Documents*. New York, NY: Columbia University, 1994.
- IV. Human Rights Watch/Américas, *Torture and Other Abuses During the 1995 Crackdown on Alleged Zapatistas* 8 (3): 6, 1996.
- V. Ley para Prevenir y Sancionar la Tortura, Art. 8.
- VI. Amnistía Internacional, *Amnesty International Country Report: Amnesty International's concerns regarding torture and ill treatment in Mexico*. AMR 41/17/97. 30 abril, 1997: 4.
- VII. Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Bases para la Creación de Instituciones Autónomas de Servicios Periciales en las Entidades Federativas*, abril, 1995: 7.
- VIII. Kirschner R, Hannibal K, The application of forensic sciences to human rights investigations. *International Journal of Medicine and Law*, 13: 451-455, 1994.
- IX. Id.: 19.
- X. Reporte del PRODH, *Human Rights Violations in México*. Febrero, 1997, <http://mixcoac.uia.mx/~prodh/default.htm>.
- XI. Physicians for Human Rights & Human Rights Watch/Americas. *Waiting for Justice in Chiapas*, Boston, Physicians for Human Rights, 1994: 84/85.
- XII. Id.: 86.
- XIII. Id.: 87.
- XIV. Id.: 89-90.

18. Por ejemplo, el Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez (PRODH) cuenta con programas como los descritos.

- xv. Id.:91.  
xvi. Id.: 92.  
xvii. Id.: 95  
xviii. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe N° 48/97, caso N° 11.411 México, OEA/SER/L/V/11.97 Doc.31, 16 de octubre, 1997: 10.  
xix. Id.  
xx. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, informe N° 48-97, caso N° 11.411, México, OEA/SER/L/V/11.97 Doc.31 16 de octubre, 1997: 22  
xxi. Id.  
xxii. Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Bases Para la Creación de Instituciones Autónomas de Servicios Periciales en las Entidades Federativas*. Abril, 1995: 7.  
xxiii. Id.  
xxiv. Ver, por ejemplo, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Propuesta para la Reforma del Ministerio Público*, 1995: 66-71.  
xxv. UNDP, *Human Development Report, 1997*, Nueva York: Oxford University Press, 1997: 88.  
xxvi. *Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales*, N° 21 G.A. Res. 2200 (XXI), U.N. GAOR, Sup. (N° 16) 49, U.N. Doc. A (6316) 1966 [a partir de aquí PIDESC]; *Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, adoptada el 18 de diciembre de 1979, G.A. Res.34/180,U.N. GAOR Sup.(N° 46), U.N. Doc./A/34/36 (1978), reimpressa en ILM 33 (1980) (entró en vigor el 3 de septiembre de 1981; *Convención para los Derechos del Niño*, G.A. Res. 44/25, 44 U.N. GAOR, Sup.(N° 49), U.N. Doc. A/44/736 (1989) [a partir de aquí, CRC]; *Convención para los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, de la OIT (Convención 169)*, reimpresso en, Center for the Study of Human Rights, *Twenty-Five Human Rights Documents*, Nueva York, Columbia University, 1994.  
xxvii. PIDESC, *supra* nota xxvi, en 1; Ver también CDN, *supra*, nota xxvi, en art.4; Carta Africana [Banjul] sobre Derechos Humanos y de los Pueblos, adoptada el 27 de junio de 1981, OAU Doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5 21 I.L.M. 58 (1982), entró en vigor el 21 de octubre de 1986; Protocolo Adicional a la *Convención Americana sobre Derechos Humanos en el Area de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales* "Protocolo de San Salvador", OAS Treaty Series N° 69 (1988), firmado el 17 de noviembre de 1988, reimpresso en *Basic Documents Pretending to Human Rights in The Inter-American System*, OEA/Ser.L.V/II.82 Doc. 6 rev. 1 en 67 (1992).  
xxviii. Para una discusión comprehensiva de la discreción de los estados en la determinación de los máximos recursos disponibles y de una propuesta para limitar tal discreción, Ver Robertson R., "Measuring State Compliance with the Obligation to Devote the 'Maximum Available Resources' to Realizing Economic, Social and Cultural Rights, *Human Rights Quarterly*. 16: 694, 1994.  
xxix. Ver Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, comentario general N° 3 (Quinta sesión 1990), U.N.Doc. E/1991/23, anexo III, el párrafo 10.  
xxx. *Maastricht Guidelines*, *supra*, nota al pie 12 en párrafos 9 y 10.  
xxxi. Ver Institutionalizing Economic and Social Rights, session III of Harvard Symposium, impreso en *Economic and Social Rights and the Right to Health*, Cambridge, Harvard Law School Human Rights Program, 1995:43-45.  
xxxii. Minnesota Advocates for Human Rights, *Global Child Survival: A Human Rights Priority*, borrador de noviembre de 1997, p.125. [el reporte final se publicará en 1998] [a partir de aquí se le llamará "reporte de los Abogados de Minnesota"].  
xxxiii. Id.  
xxxiv. PIDESC, *supra*, nota xxvi, art.12 (1).  
xxxv. PIDESC, *supra*, nota xxvi, art.12 (b), (c)-(d) (en las partes pertinentes).  
xxxvi. Declaración Americana, *supra*, nota iii, art. XI.  
xxxvii. Convención Americana, *supra*, nota iii, art.26.  
xxxviii. Protocolo de Buenos Aires, borrador elaborado en 1967, entró en vigor en 1970. Ver, por ejemplo., Buergenthal T. International Human Rights Law and Institutions, en Fuenzalida-Puelma HL y Scholle Connor S eds. *The Right to Health in the Americas: A Comparative Constitutional Study*, Pan American Health Organization Scientific Publication N° 509, 1989. Ver Reporte de los Abogados de Minnesota Advocates, *supra*, nota xxxii, 55.  
xxxix. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* ("Constitución"), Título 1, Capítulo 1, art.4, 13ª. edición, México, Trillas, 1997. Esta versión se adoptó gracias a la enmienda de 1984.  
xl. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (Const. de la OMS) Preámbulo, reimpresso en *World Health Organization, Basic Documents* (39ª ed., 1992). Ver también Fuenzalida-Puelma HL y Scholle Connor S. eds., *The Right to Health in the Americas: A Comparative Constitutional Study*, Panamerican Health Organization Scientific Publication N° 509, 1989.  
xli. Constitución, Título 1, Cap.1, art.1.  
xlii. Reporte de los Abogados de Minnesota, *supra*, nota xxxii: 127-128.  
xliii. Id.  
xliv. Subsecretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud y Dirección General de Planificación Familiar, Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud - México (julio de 1987).  
xlv. UNDP, *supra*, nota xxv: 88.  
xlvi. Reporte de Minnesota Advocates, *supra*, nota xxxii: 133.  
xlvii. Id.:129.  
xlviii. Id.  
xlix. UNDP, *supra*, nota xxv: 88.  
l. Id.  
li. Id.: 132.  
lii. Id.  
liii. Alicia Ely Yamin. Entrevistas de campo en Chiapas, México, agosto de 1997.  
liv. Comentario General N° 3 (1990): The Nature of State Parties Obligations, U.N. ESCOR, 5ta. sesión, suplemento n° 3 en 83, U.N. Doc. E/1991/23,E/C.12/1990/8(1991).  
lv. Reporte de los Abogados de Minnesota, *supra*, nota xxxii: 127.  
lvi. Para tener mayor información sobre la politización del cuidado de la salud, Ver Physicians for Human Rights, *Health Care Held Hostage in Chiapas*, de próxima aparición, 1998.  
lvii. Const. de la OMS, *supra* nota xl.