

SECCIÓN III

LA SALUD COMO POLÍTICA PÚBLICA
EN MÉXICO

CAPÍTULO DECIMOCUARTO

REFLEXIONES SOBRE DOS TEMAS VINCULADOS CON EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO: EL CONCEPTO DE DERECHO A LA SALUD Y LA REGULACIÓN DE LA PROTECCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO BIOLÓGICO

José María SERNA DE LA GARZA*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *¿Derecho a la protección de la salud o derecho a la salud?* III. *Regulación de la protección de los trabajadores de la salud para la prevención del riesgo biológico.* IV. *Conclusión.* V. *Fuentes consultadas.*

I. INTRODUCCIÓN

El presente ensayo tiene por objetivo reflexionar sobre dos temas vinculados con el sistema de salud mexicano. En primer lugar, se examina la posibilidad y conveniencia de reformular el derecho a la protección de la salud como está contemplado en el párrafo cuarto del artículo 4o. de la Constitución general de la República desde 1983. De esta manera, se propone que debido a una serie de cambios que ha habido entre 1983 y 2023, dicha reformulación podría realizarse, lo que a su vez podría sentar las bases para una nueva Ley General de Salud que tenga un enfoque de derechos humanos (y no solamente “orgánico” o de “finalidades”, como se explicará más adelante).

En segundo lugar, se explica en este trabajo que debido al enorme rezago que México tiene en cuanto a la regulación relativa a la evaluación, prevención y gestión del riesgo biológico, es necesario diseñar una mejor regulación de la protección de los trabajadores de la salud, la cual beneficiaría

* Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. josemar@unam.mx. ORCID: 0000-0002-6308-7591.

por igual a éstos y a los pacientes, así como a todos aquellos que por alguna razón tienen contacto con el material que se utiliza y posteriormente sale de las instituciones de salud. Asimismo, se apuntan algunas propuestas para avanzar en el diseño de un nuevo marco regulatorio relativo a este tema.

II. ¿DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD O DERECHO A LA SALUD?

Sin contemplar el derecho a la salud en un sentido genérico, originalmente la Constitución mexicana de 1917 reconoció en su artículo 123 derechos de los trabajadores vinculados con la protección de su salud. Por ejemplo, entre otras cosas, se establecieron deberes de los patrones en relación con el respeto a determinadas normas sobre higiene y seguridad para prevenir accidentes de trabajo en garantía de la salud y la vida de los trabajadores; se establecieron bases para crear lo que sería el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para atender los requerimientos de la salud de los trabajadores (y también para cubrir los seguros de invalidez, de vida y de cesación involuntaria del trabajo), y se definieron normas para la atención y el otorgamiento de descansos para la trabajadora embarazada (para protegerla a ella y al producto de la concepción).

No fue sino hasta 1983 que la Constitución mexicana fue adicionada para incluir en su artículo 4o. el “derecho a la protección de la salud”. En tres párrafos de la Exposición de Motivos de la iniciativa enviada por el Ejecutivo federal al Congreso de la Unión para adicionar dicho artículo, se puede leer la siguiente justificación:

Si bien la garantía social que proponemos vendría a enriquecer el contenido programático de la Constitución de Querétaro, compendio supremo del proyecto nacional, sabemos que no implica que ese derecho sea de cumplimiento automático; pero tampoco su efectividad es propósito ingenuo y por ello inalcanzable. Por el contrario, los recursos que el Estado y la sociedad destinan a la salud; los trabajadores de la salud formados en décadas de política educativa; el equipamiento y la infraestructura de salud acumulada y la madurez de las instituciones públicas que operan en ese campo, muestran que es factible que en el mediano plazo los mexicanos tengan acceso a servicios institucionales que contribuyan a la protección, restauración y mejoramiento de sus niveles de salud.” “Se ha optado por la expresión “Derecho a la Protección de la Salud”, porque tiene el mérito de connotar que la salud es una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados. En particular, debe llamarse la atención de que sin la participa-

ción inteligente, informada, solidaria y activa de los interesados no es posible que se conserve, recupere, incremente y proteja la salud: en este terreno no se puede actuar en contra de la conducta cotidiana de los ciudadanos.

Sin embargo, el carácter social de este derecho impone a los poderes públicos un deber correlativo al que consideramos se puede hacer frente, si existe solidaridad, responsabilidad pública, voluntad política y capacidad de ejecución. El sector público deberá poseer esos atributos para que el reiterado propósito de disponer de un Sistema Nacional de Salud sea una realidad.

La mencionada adición constitucional, publicada en *Diario Oficial de la Federación* el 3 de febrero de 1983, quedó plasmada en lo que en su momento fue el párrafo tercero del artículo 4o. de la Constitución mexicana, que a la letra dice lo siguiente:

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.

La ley a la que se refiere el párrafo citado es lo que a la postre vino a ser la Ley General de Salud (LGS), publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, misma que, como se expresa en su artículo 1o., reglamenta el derecho a la protección de la salud del artículo 4o. constitucional.

Respecto de esta ley, y para los efectos del presente ensayo, es pertinente decir dos cosas. Primero, que su enfoque es sobre todo orgánico, referidos más a las entidades públicas que deben prestar los servicios de salud pública, que a los ciudadanos que son sujetos del referido derecho (Carbonell y Carbonell, 2013, p. 7). Ello se manifiesta en el hecho de que más que descomponer el derecho a la protección de la salud en sus correspondientes “sub-derechos”, se habló en el artículo 2o. de dicha ley de las “finalidades” del derecho a la protección a la salud, a saber: 1. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; 2. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; 3. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; 4. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; 5. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; 6. El conocimiento para

el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y 7. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.¹

En segundo lugar, siguiendo lo que dice la citada disposición del artículo 4o. de la Constitución mexicana, la organización de la salubridad general a cargo del Estado se definió bajo un esquema de facultades concurrentes. Ello significa, en esencia, que la Federación, las entidades federativas y aún los municipios (bajo ciertas condiciones), comparten responsabilidades, atribuciones y facultades en la provisión de dicho servicio, en los términos que establece la LGS, por lo que se trata de un régimen que bien puede calificarse de facultades compartidas. Bajo este esquema, a partir de 1983 comenzó un proceso de descentralización programática y operativa de los servicios de salud pública en nuestro país. Asimismo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha ido definiendo el parámetro normativo en relación con la salubridad general, para efecto de contraste con la normativa federal, estatal y municipal en esta materia. Así, como ha señalado la SCJN en diversos precedentes,² en el mismo procedimiento legislativo que dio origen a la LGS se precisaron los distintos órdenes competenciales en relación con la salubridad, en el siguiente sentido:

[S]e aprecia que en nuestro régimen jurídico existen tres modalidades normativas que deban formar parte de un todo sistemático: la salubridad general que se reserva la Federación y la salubridad general que corresponde, de manera coordinada con aquélla a las entidades federativas, y la salubridad local; esta última regida por la legislación que se expida en las entidades federativas y que abarcará la esfera municipal, según lo prevengan la propia legislación local y los bandos de policía y buen gobierno.³

Sin embargo, dicho proceso de descentralización se ha revertido desde 2018, contrario a la lógica del sistema que se construyó en los últimos casi cuarenta años. Esta circunstancias imponen realizar hoy una reflexión sobre cuáles habrán de ser los términos del nuevo federalismo sanitario en nuestro

¹ Este listado de finalidades del derecho a la protección de la salud corresponde a la redacción original del artículo 2o. de la LGS. Cabe aclarar que después de 1984, dicho artículo ha sido reformado en diversas ocasiones.

² Controversia constitucional 54/2009, p. 76; este criterio también se sintetiza en la acción de inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 y 19/2017, pp. 114 y 115.

³ Exposición de Motivos del 15 de noviembre de 1984. Dato tomado de la sentencia en la Acción de inconstitucionalidad 48/2021, del 14 de febrero de 2022, p. 17.

país, analizando los pros y los contras de tener un sistema más centralizado o más descentralizado.⁴

También vinculado con el tema del federalismo sanitario, pero que va mucho más allá del mismo, podemos citar en esta reflexión las variadas críticas que se dirigieron al Consejo de Salubridad General (CSG) en su actuación en el contexto de la pandemia por COVID-19. En primer lugar, se ha criticado su actuación tardía, pues la evidencia de la crisis que se avecinaba se dio desde inicios de marzo de 2020, y no fue sino hasta fines de ese mes que el Consejo decretó la emergencia. En segundo lugar, se criticó que, a pesar de la estructura colegiada del CSG el cual, sin entrar en detalles, agrupa a servidores públicos de alto nivel (tanto federales como estatales), y a líderes de instituciones académicas (expertos), en la práctica sus determinaciones las toma el titular de la Secretaría de Salud. Queremos enfatizar que el CSG tiene un componente federal en el sentido de que incorpora a secretarios de salud de las entidades federativas en su composición y en su toma de decisiones.⁵ En buena lógica, esta composición del CSG tiene la intención de que en las decisiones de dicho órgano se incorporen las perspectivas y sensibilidades de las entidades federativas en temas de salubridad general. Sin embargo, por la forma poco o nulamente colegiada de la toma de decisiones en el seno del CSG, lo anterior no ocurrió en la práctica durante la pasada pandemia. De hecho, durante esta última, fue notable la

⁴ Un artículo de imprescindible lectura para entender la descentralización del sector salud que se dio en México desde 1983, es el escrito por Soberón, G. y Martínez, G. (1996, pp. 371-378).

⁵ El artículo 4o. del Reglamento Interno del Consejo de Salubridad General dispone que dicho órgano contará con los siguientes vocales: “VII. Los secretarios de salud o su equivalente de las entidades federativas que representen a las cuatro regiones del país, a que se refiere el presente Reglamento; VIII. El secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal”. Asimismo, el artículo 5o. de dicho Reglamento establece lo siguiente: Para efectos de la fracción VII del artículo anterior, las entidades federativas se agruparán en las siguientes regiones:

I. Región noroeste, que se integrará por los estados de: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Nayarit, Sinaloa y Sonora;

II. Región noreste, que se integrará por los estados de: Coahuila, Durango, Nuevo León, Tamaulipas y Veracruz;

III. Región centro, que se integrará por los estados de: Aguascalientes, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala y Zacatecas, y

IV. Región sureste, que se integrará por los estados de: Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.

Antes del término del periodo de cada uno de los representantes de las diversas regiones, quienes deban sustituirlos, deberán ser invitados para asistir al Consejo, con un mes de anticipación.

falta de coordinación entre la Secretaría de Salud (federal) y los gobiernos de las entidades federativas.

En tercer lugar, se ha observado que ni la LGS, ni el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, contemplan un procedimiento que regule la emisión de una declaratoria de emergencia sanitaria, lo cual implica que la forma de emitirla queda a la discreción del titular de la Secretaría de Salud, quien es una persona subordinada al presidente de la República.

Como se puede observar en la Exposición de Motivos arriba transcrita en varios de sus fragmentos, referida a la reforma de 1983 que introdujo el derecho a la protección de la salud en la Constitución mexicana, la idea era que se trataba de una norma programática, es decir, de imposible aplicación inmediata, pero que debía desdoblarse y desarrollarse en leyes secundarias para realizarse y ejecutarse bajo distintos canales administrativos. Bajo la idea imperante en aquella época, el derecho a la protección de la salud, y el resto de los derechos sociales, eran cláusulas programáticas que establecían directivas de acción para los poderes públicos, pero que eran distintas de las cláusulas operativas, entendiéndose por éstas últimas las que sí eran accionables en juicio y exigibles ante los tribunales.

Ahora bien, a pesar de lo anterior, mucho ha cambiado desde entre 1983 y 2023 en relación con el derecho a la protección de la salud en México. Dos de esos cambios tienen que ver, en primer lugar, con la justiciabilidad de ese derecho; y, en segundo lugar, con su internacionalización, como veremos a continuación.

1. *La justiciabilidad del derecho a la salud*

En el tema de la justiciabilidad del derecho a la salud (véase Suárez Ibarrola y Madrazo Lajous Alejandro, 2017), y contra una concepción tradicional que veía los derechos sociales como normas programáticas no justiciables, se ha ido generando una doctrina judicial que ve a la Constitución, en todas sus disposiciones, como una norma jurídica exigible ante los tribunales. Ello se puede apreciar en la siguiente tesis de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN):

Constitución. Su concepción como norma jurídica. Esta Suprema Corte de Justicia de la Nación ha ido construyendo la doctrina de que la Constitución es, ante todo, una norma jurídica. Tal situación implica el reconocimiento de las siguientes premisas: (i) en primer término, todo el contenido de la Consti-

tución tiene un valor normativo inmediato y directo, teniendo la posibilidad de facto de desenvolverse en todo su contenido; (ii) adicionalmente, la Constitución requiere de un esquema idóneo que la proteja frente a actos o disposiciones que la pretendan vulnerar, pues su fuerza normativa radica tanto en su capacidad de adaptarse a los cambios de su contexto, así como en su permanencia, la cual no se refiere a una inmutabilidad, sino a su cabal aplicación; y (iii) la Constitución es el fundamento de validez del resto del ordenamiento jurídico, de lo cual se desprende la posibilidad de llevar a cabo un control de regularidad normativa respecto de aquellas disposiciones que la contraríen (Amparo en revisión 410/2012).

Ahora bien, en relación con el derecho a la protección de la salud, la SCJN ha hecho una distinción entre obligaciones inmediatas y obligaciones de cumplimiento progresivo, como se puede ver en la siguiente tesis:

Salud. Derecho al nivel más alto posible. Éste puede comprender obligaciones inmediatas, como de cumplimiento progresivo. El artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé obligaciones de contenido y de resultado; aquéllas, de carácter inmediato, se refieren a que los derechos se ejerciten sin discriminación y a que el Estado adopte dentro de un plazo breve medidas deliberadas, concretas y orientadas a satisfacer las obligaciones convencionales, mientras que las de resultado o mediatas, se relacionan con el principio de progresividad, el cual debe analizarse a la luz de un dispositivo de flexibilidad que refleje las realidades del mundo y las dificultades que implica para cada país asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales. En esa lógica, teniendo como referente el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental contenido en el artículo 12 del citado Pacto, se impone al Estado Mexicano, por una parte, la obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho a la salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados, hasta el máximo de los recursos de que disponga. De ahí que se configurará una violación directa a las obligaciones del Pacto cuando, entre otras cuestiones, el Estado Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho indicado (SCJN, 2010).

A partir de criterios como los arriba citados, no hay duda de que el derecho a la protección de la salud en México es justiciable (véase Gutiérrez Rivas, 2017), Si bien las obligaciones del Estado en relación con ese derecho habrán de ser definidas según las circunstancias, en cada caso concreto.

2. *La internacionalización del derecho a la protección de la salud*

En el tema de la internacionalización, y como se puede apreciar desde la tesis que acabamos de citar en el apartado anterior, la SCJN ha determinado que el derecho a la salud en México no sólo se integra con el artículo 4o. constitucional (que nos habla del derecho a la protección de la salud), sino principalmente con el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual establece “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, por lo que debe entenderse “incorporado” a nuestro parámetro de control constitucional según los estándares internacionales en la materia, incluidos los jurisprudenciales emitidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Asimismo, y como lo señala el ministro Gutiérrez Ortiz Mena (2017, p. 336), la SCJN ha utilizado la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, principal instrumento interpretativo en la materia, como un genuino referente para interpretar a su vez a la Constitución mexicana.

Lo anterior se puede constatar en la siguiente tesis de la SCJN:

Derecho a la salud. Impone al Estado las obligaciones de garantizar que sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización. Del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, según el cual toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho, y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado. Así, la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, por ejemplo, dispone que el derecho a la salud garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y refiere que los poderes públicos tienen obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él. Algunas de estas obligaciones son de cumplimiento inmediato y otras de progresivo, lo cual otorga relevancia normativa a los avances y retrocesos en el nivel de goce del derecho. Como destacan los párrafos 30 y siguientes de la Observación citada, aunque el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representa la limitación de los recursos disponibles, también impone a los Estados obligaciones de efecto inmediato, como por ejemplo las de garantizar que el derecho a la

salud sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización, que deben ser deliberadas y concretas. Como subraya la Observación, la realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización. Al igual que ocurre con los demás derechos enunciados en el Pacto referido, continúa el párrafo 32 de la Observación citada, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud (SCJN, 2011).

Aunado a lo anterior, hay otros cambios que pueden mencionarse en relación con el derecho que nos ocupa. En primer lugar, el derecho a la protección a la salud como se concibió en 1983 fue la base para construir el sistema de salud que se edificó entre 1984 (año de expedición de la LGS) y 2018, cuya lógica esencial fue la de concurrencia entre Federación y entidades federativas. Sin embargo, a partir de 2018 ese sistema de salud comenzó a ser desmontado.

En segundo lugar, presumiblemente el concepto de salud que se tenía en México en 1983 no es el mismo que se tiene en 2023. De hecho, la original LGS no contempló una definición de lo que habría de entenderse por salud. Posteriormente, por reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de diciembre de 2013, la LGS se adicionó con un artículo 1o. Bis, que estableció la siguiente definición de salud: “Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁶

Además, a partir de la internacionalización del derecho a la salud y su influencia en nuestro país, han surgido diversos instrumentos que contemplan definiciones más actualizadas e integrales acerca de lo que se entiende por salud. Por ejemplo, la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (aprobada el 12 de mayo de 2000) contiene conceptos como los siguientes:⁷

⁶ Esta definición coincide con la de la Organización Mundial de la Salud, según la cual: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

⁷ Esta Observación General se refiere a “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, en relación con el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

3. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

9. El concepto del “más alto nivel posible de salud”, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, 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 necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Asimismo, el punto 12 de la referida Observación General 14 establece que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado parte: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Todo lo anterior nos lleva a proponer lo siguiente:

- 1) Explorar la conveniencia de reformular el derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 4o. de la Constitución general de la República, con un enfoque distinto al que se tenía en 1983.
- 2) Que esa posible reformulación sea la base para una nueva LGS que sí tenga un enfoque de derechos humanos (y no solamente “orgánico” o de “finalidades”).

- 3) Se impone realizar hoy una reflexión sobre cuáles habrán de ser los términos del nuevo federalismo sanitario en nuestro país, analizando los pros y los contras de tener un sistema más centralizado o más descentralizado.
- 4) Es conveniente revisar el Reglamento Interior del Consejo de Salud General, sus reglas y procedimientos de toma de decisiones, para que dicho órgano tenga una operación en verdad colegiada, a fin de que la incorporación de las perspectivas de las secretarías de salud estatales y de expertos se haga una realidad.

III. REGULACIÓN DE LA PROTECCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO BIOLÓGICO

México tiene un enorme rezago en cuanto a la regulación relativa a la evaluación, prevención y gestión del riesgo biológico. Una mejor regulación de la protección de los trabajadores de la salud beneficiaría por igual a éstos y a los pacientes, y a todos aquellos que por alguna razón tienen contacto con el material que se utiliza y posteriormente sale de las instituciones de salud. En realidad, el riesgo de un manejo inadecuado de este material se proyecta hacia la sociedad entera. De ahí la importancia de diseñar y construir un modelo regulatorio que tome en cuenta todas las contingencias posibles que puedan poner en riesgo la seguridad de los pacientes y de los trabajadores que los atienden. En los siguientes párrafos mencionaremos una serie de propuestas para avanzar en este sentido.

Como se desprende de una serie de estudios y debates de un seminario sobre el tema realizado en 2018 (Serna de la Garza, 2018), es necesario generar una base de datos nacional, amplia, detallada e integral sobre los riesgos biológicos a que están expuestos los trabajadores de la salud en México. Otros países, como los Estados Unidos de América y el Reino Unido, cuentan con datos duros y estadísticas que permiten diseñar estrategias de seguridad eficaces y efectivas.

Asimismo, sería conveniente pensar en la posibilidad de redactar y aprobar una regulación en la materia (que siga los estándares internacionales), bajo la tutela de la autoridad sanitaria o laboral, que dé seguridad a los trabajadores de la salud. Vinculado con esta propuesta, podría también ponderarse la posibilidad y conveniencia de crear un Sistema Nacional que termine con la dispersión, la fragmentación y discrecionalidad en la evaluación, prevención y gestión del riesgo biológico, así como en la atención a quienes sufren daño por estar expuestos a dicho riesgo.

Además, es claro que las mismas instituciones del sector salud, públicas y privadas, deben generar sus guías de práctica clínica para la atención del riesgo biológico (siguiendo estándares internacionalmente aceptados en la materia). Adicionalmente, se requiere, por un lado, tener criterios generales para regular el abastecimiento, uso y disposición del material médico de los hospitales; y por otro lado, las instituciones hospitalarias deben contar con el equipo e instrumental médico adecuados que garantice la seguridad a los trabajadores de la salud antes, durante y después de su utilización.

También se requieren normas y directrices nacionales armonizadas para la construcción de hospitales, que definan criterios de seguridad para los trabajadores de la salud y los pacientes en los diversos espacios hospitalarios.⁸ Es preciso introducir el enfoque de la seguridad y prevención del riesgo biológico en la arquitectura y en la ingeniería de los hospitales de México.

Por otro lado, actualizar el esquema regulatorio de la protección de los trabajadores de la salud en nuestro país, requiere de una definición legal clara de derechos y deberes de todos los actores del sector salud expuestos a riesgo biológico: empleadores, empleados, residentes, prestadores de servicios y contratistas que interactúan con las instituciones hospitalarias y sanitarias.

Lo anterior incluye la necesidad de pensar en la posibilidad de que la Ley Federal del Trabajo regule en el apartado sobre “Trabajos especiales” las especificidades de los trabajadores de la salud (particularmente en lo que tiene que ver con el riesgo biológico y la seguridad de los trabajadores). Implica también la revisión de los mecanismos jurídicos para exigir compensación por daños sufridos por los trabajadores de la salud cuando los hospitales incumplen con sus deberes de seguridad en el trabajo. Incluso se podría pensar en la posibilidad de que en México existan disposiciones en ley que aborden de modo específico la seguridad y prevención de accidentes con instrumental médico punzocortante, tal y como existe en muchos otros países.

Por último, es necesario educar y capacitar para generar cambio en las conductas y poder así terminar con prácticas inseguras y de riesgo. Igualmente, es imprescindible pensar cómo revertir el sesgo contrario a la mujer del actual esquema de protección de los trabajadores de la salud.

La agenda de discusión y de cambio normativo e institucional es muy amplia. Para avanzar en relación con la problemática apuntada, será im-

⁸ Por su propia naturaleza jurídica, la Ley General de Salud podría ser el instrumento para sentar las bases de dichas “normas y directrices nacionales armonizadas”.

prescindible organizar una conversación constructiva con todos los actores interesados en mejorar el marco regulatorio de la protección de los trabajadores de la salud en México.

IV. CONCLUSIÓN

En virtud de lo apuntado en el desarrollo del presente ensayo, concluimos lo siguiente:

Es necesario explorar la conveniencia de reformular el derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 4o. de la Constitución general de la República, con un enfoque distinto al que se tenía en 1983.

Esa posible reformulación puede ser la base para una nueva LGS que sí tenga un enfoque de derechos humanos (y no solamente “orgánico” o de “finalidades”).

Se impone realizar hoy una reflexión sobre cuáles habrán de ser los términos del nuevo federalismo sanitario en nuestro país, analizando los pros y los contras de tener un sistema más centralizado o más descentralizado.

Es conveniente revisar el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, sus reglas y procedimientos de toma de decisiones, para que dicho órgano tenga una operación en verdad colegiada, a fin de que la incorporación de las perspectivas de las secretarías de salud estatales y de expertos se haga una realidad.

Es importante diseñar y construir un modelo regulatorio que tome en cuenta todas las contingencias posibles que puedan poner en riesgo la seguridad de los pacientes y de los trabajadores que los atienden, para el efecto de prevenir el riesgo biológico.

V. FUENTES CONSULTADAS

- Carbonell, J. y Carbonell, M. (2013). *El derecho a la salud: una propuesta para México*. UNAM.
- Gutiérrez Ortiz Mena, A. (2017). La justiciabilidad del derecho a la salud en México. *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, Suprema Corte de Justicia de la Nación, núm. 5, julio-diciembre.
- Gutiérrez Rivas, R. (2017). La justiciabilidad del derecho a la salud en México y en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, 5, julio-diciembre.

- SCJN. (2017). *Proceso Legislativo correspondiente a la reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983*.
- SCJN. Tesis aislada P. XVI/2011. *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*. Novena Época, p. 29.
- Serna de la Garza, J. M. (coord.). (2018). *Regulación de la protección de los trabajadores de la salud para la prevención del riesgo biológico*. UNAM.
- Suárez Ibarrola, J. y Madrazo Lajous, A. (2017). El derecho a la salud en México: superando aspiraciones constitucionales mediante su exigibilidad judicial. En Esquivel, G., Ibarra Palafox, F. y P. Salazar Ugarte (coords.). *Cien Ensayos para el Centenario. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Tomo 3: Estudios Económicos y Sociales. UNAM.