

## CAPÍTULO DECIMONOVENO

# ÉTICA, BIOÉTICA Y DERECHO EN EL CONTEXTO DE UNA REFORMA INTEGRAL DEL SISTEMA DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Víctor M. MARTÍNEZ BULLÉ GOYRI\*

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *El sistema de atención de la salud en México*. III. *Derecho y bioética*. IV. *Derechos humanos y salud*. V. *Breve conclusión*. VI. *Fuentes consultadas*.

### I. INTRODUCCIÓN

Nuestro país, como la mayoría de los países en el contexto latinoamericano y con niveles de desarrollo similares en otras regiones, adolecen de contar con sistemas para la atención de la salud de su población con grandes carencias, deficiencias, pobre inversión de recursos públicos y muy mala planeación. Esta situación se mostró con toda su gravedad con la pandemia por COVID-19, con la consecuencia de altas tasas de mortalidad, mucho más allá de las que se presentaron con sistemas de atención de la salud más robustos y preparados. A lo anterior habría que sumar que las decisiones que se adoptaron para enfrentar la pandemia se basaron más en los intereses y necesidades políticas de los gobiernos que en las necesidades de atención de la población y en la información epidemiológica y la experiencia de los países que estaban obteniendo buenos resultados en su control (Basile y Rivera Díaz, 2022). En nuestros países, las malas decisiones de los gobiernos y las carencias de los sistemas de salud son la causa de que murieran muchos miles de personas que en otras condiciones hubieran salvado la vida.

Es una realidad que nuestro país necesita un rediseño del sistema de atención de la salud que se base en la premisa ética del deber del Estado

\* Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. [bullé@unam.mx](mailto:bullé@unam.mx). ORCID: 0000-0002-6783-3141.

de dirigir su actividad para mejorar la calidad de vida de las personas y garantizarle el disfrute pleno de sus derechos humanos, entre ellos como un elemento prioritario el derecho universal a la protección de la salud, y para ello debe desarrollarse un sistema eficaz, que garantice a toda la población el acceso a los servicios de atención de la salud con la calidad necesaria, así como el acceso a los medios y medicamentos necesarios, con independencia de la capacidad económica, lugar de residencia, o cualquier otra causa, debiendo preocuparse en especial por garantizar la atención a la población con menos recursos, menos posibilidades de acceso y por tanto en condición de mayor vulnerabilidad.

## II. EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

En México, nuestro sistema de atención de la salud está basado en el modelo corporativista, desde la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943 y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959, estos son los dos pilares de la atención de la salud y del sistema de seguridad social nacional. Bajo esta concepción sólo tenían derecho a la atención médica los trabajadores y sus familias, mientras que la atención médica de la población no derechohabiente se prestaba bajo la lógica de la asistencia social, mediante instalaciones y servicios dependientes directamente de la Secretaría de Salud, que en sí misma no implicaba una garantía respecto al acceso a la atención y menos aún a la calidad de esta.

Normativamente la situación cambió cuando, como consecuencia de la ratificación por parte de nuestro país del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1981, que incluía en su artículo 12 “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, en 1983 se reformó la Constitución para añadir en un tercer párrafo del artículo 4o. “el derecho a la protección de la salud”, y la ley reglamentaria (Ley General de Salud [LGS]) se expidió al año siguiente.

Sin embargo, si bien se consagró constitucionalmente el derecho a la protección de la salud, que debiera haber implicado un esfuerzo del Estado por llevar la atención médica a toda la población, esto no sucedió así; pues privó la visión de que se trataba de un derecho de cumplimiento progresivo de acuerdo con la capacidad y disponibilidad de recursos, en la lógica de lo que establece el artículo 2.1 del propio PIDESC y se mantuvo la estructura corporativa del sistema:

Cada uno de los Estados Parte en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

Si bien en los años anteriores se hicieron esfuerzos desde el Estado para extender los servicios de salud a la población no asalariada mediante distintos programas fundamentalmente del IMSS (Coplamar, Solidaridad, Progresía, Oportunidades), no fue sino hasta 2004, con la creación del Seguro Popular (SP), que inició un verdadero esfuerzo para hacer llegar la atención de la salud a toda la población, entendiendo la misma no ya como un tema asistencial, sino como un derecho humano fundamental, aunque manteniendo la idea de progresividad.

Vale la pena mencionar que en el 2000, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver un amparo en revisión, dejó claro que la atención de la salud de las personas es un derecho humano que obliga al Estado a brindar por lo menos:

a) la atención médica, que comprende actividades preventivas curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, definiéndose a las actividades curativas como aquellas que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y b) la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, para cuyo efecto habrá un cuadro básico de insumos del sector salud (Castro Ramírez, 1999).

El SP se constituyó como el mecanismo de ejecución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), se trataba de “un esquema de aseguramiento público en salud a través de afiliación voluntaria, dirigido a la población que no contaba con seguridad social vía una relación laboral, con el fin de disminuir sus gastos en salud” (Coneval, s. f.). Se sustentaba en la aportación tripartita de la Federación, los gobiernos estatales y las aportaciones por cuotas de los beneficiarios de acuerdo con sus capacidades económicas. El SP daba acceso a las personas a la atención médica de acuerdo con el catálogo de servicios incluidos; además se creó un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, para atender enfermedades graves que afectaban de forma importante el patrimonio familiar o que incluso eran inatendibles para una alto porcentaje de la población.

Durante su existencia el SP llegó a tener 57 millones de personas afiliadas (en 2014), aumentando paulatinamente de acuerdo con los recursos dis-

ponibles los servicios a los que tenían acceso los beneficiarios. El modelo si bien no era perfecto y mostraba muchas deficiencias y diferencias en cuanto a la calidad entre las entidades federativas, puede calificarse de exitoso y de un paso en la dirección correcta para conseguir brindar servicios salud a la mayoría de la población. En sólo 18 años (de 2000 a 2018) el indicador de carencia de servicio de salud paso del 58.6% al 16.2%, y los beneficiarios fundamentales fueron los más pobres, quienes mejoraron su calidad de vida de manera verdaderamente importante (Coneval, s. f.).

Es de resaltarse, desde el punto de vista jurídico y ético, que el esfuerzo del SP significó que el Estado asumió su responsabilidad de ética política al orientar su actividad en beneficio del bien común, específicamente en beneficio de la población menos favorecida y con más carencias; así como su obligación respecto de la garantía del derecho humano a la protección de la salud, lo que en sí mismo representa una exigencia ética de la actuación del Estado.

En noviembre de 2019, no obstante que como comentamos el SP venía dando resultados en cuanto a la incorporación de personas que no contaban con servicio de salud (para fines de 2018 el SP contaba con 51 millones de afiliados), sin un proyecto claro, sin mayor planeación y ni siquiera con normatividad, la actual administración canceló el SP y lo sustituyó con el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), instancia de la que no vale la pena ni siquiera hablar, pues fue totalmente inoperante y dejó sin atención médica garantizada a las más de 50 millones de personas que atendía el SP.

Para agravar la situación, un par de meses después se declaró la pandemia por COVID-19 en el ámbito mundial, a la que nuestro país se tuvo que enfrentar con un sistema de atención de la salud desmantelado, desarticulado y empobrecido, con las consecuencias que ya todos conocemos en el descontrol para hacer frente a la pandemia y que fue causa directa de que México se encuentre entre los países con mayor número de muertos a causa de la enfermedad.

La justificación que en su momento dio el gobierno para adoptar esa medida pretendía basarse en un fundamento ético, que era terminar con la corrupción imperante en el sistema y el dispendio de recursos que se desviaban a actividades distintas de la atención de la salud. La realidad es que hasta el día de hoy nunca se acreditaron actos de corrupción que justificaran la acción del gobierno, ni se ha sancionado a nadie por hechos de ese tipo; pero lo que sí es una realidad es que el resultado de esa y otras acciones es la destrucción de un sistema de atención de la salud que, con todas las deficiencias que pudiera tener, estaba en operación y atendía a más de

50 millones de personas, además de provocar desabasto de medicamentos y desatención de enfermos con enfermedades crónicas como el cáncer o la diabetes.

Tan mala fue la experiencia y tanta la incapacidad, que el 29 de mayo de 2023 el propio gobierno liquidó el Insabi, para traspasar sus funciones al IMSS-Bienestar, convirtiendo el programa en un órgano público descentralizado, distinto del IMSS, con la pretensión de que asuma los servicios de atención a la salud en todo el país, incluyendo los que venían prestando los estados.

Es claro que lo que deseáramos es que el nuevo sistema realmente fuera exitoso; sin embargo, todo parece indicar que no se trata más que de la transferencia de recursos y funciones de una instancia a otra, sin mayor planeación ni rediseño institucional, lo que nos hace suponer que difícilmente habrá éxito en la finalidad de garantizar a toda la población los servicios de atención de la salud de los que hasta hoy disfruta sólo una parte de la población.

Debo señalar que no deja de sorprenderme que el gobierno no voltee a mirar a una infraestructura de atención de la salud que existe y que el propio gobierno ha autorizado, como son los consultorios médicos anexos a las farmacias, pues se calcula que actualmente hay alrededor de 17 mil en operación en todo el país y que un alto porcentaje de la población, incluidos derechohabientes de los institutos de seguridad, se atienden en ellos ante las deficiencias en la atención en las instituciones públicas. Considero que el diseño de un sistema de atención a la salud que pretenda tener un alcance universal debiera considerar esa infraestructura existente para regularla y garantizar su correcto funcionamiento como un primer contacto en la atención de la salud (Osorio Carranza, 2023).

### III. DERECHO Y BIOÉTICA

El estrecho vínculo entre el derecho y la bioética es hoy día más que evidente, pues por un lado el derecho, que requiere regular en la vida social situaciones y temas que se plantean en la actualidad, ante el desarrollo de la ciencia y la tecnología —muy especialmente el ámbito de las ciencias de la salud y la biotecnología—, que afectan de manera importante la vida de las personas, necesita acceder al conocimiento actualizado sobre esas materias, y el espacio de diálogo interdisciplinario que ofrece la bioética es el medio ideal para ello, pues no sólo aporta el conocimiento científico y técnico, sino también la reflexión ética y moral sobre el mismo.

Entendido como sistema jurídico, el derecho tiene como finalidad definir al Estado, organizar la estructura y funcionamiento de los órganos de gobierno, así como regular la conducta de los individuos en sus relaciones, tanto con la autoridad como entre particulares. Los contenidos de las normas jurídicas son siempre mandatos que constituyen el deber ser, desde un punto de vista jurídico, y su finalidad es proteger, tutelar o promover los bienes jurídicos que ha identificado y reconocido.

Un bien jurídico es un bien o valor, que en una sociedad determinada es considerado con la entidad o importancia suficiente para ser protegido mediante el derecho, que como sistema normativo se diferencia de otros sistemas normativos, como la moral, los usos sociales o las reglas religiosas, esencialmente por la coacción. Esto es, la posibilidad de que sus disposiciones sean impuestas por la autoridad, aun contra la voluntad de los individuos; de exigir el cumplimiento de sus mandatos incluso mediante el uso de la fuerza.

El contenido de las normas jurídicas está determinado en cada sociedad por las posiciones filosóficas, éticas o incluso religiosas, que constituyan la base de los valores vigentes, lo que algunos llaman la moral social (Valenzuela, 2005, p. 63) y el legislador debe cuidar, al elaborar las normas jurídicas, el atender a esos valores vigentes en la sociedad para darles contenido a las normas. Evidentemente, en la identificación de los bienes y valores que el derecho desarrolla como bienes, e incluso como principios jurídicos, tiene una estrecha relación (incluso de dependencia) con la ética.

Como sistema normativo, el derecho es esencialmente una herramienta técnica, no puede por sí mismo determinar qué es lo bueno, lo valioso e incluso lo justo (más allá de la legalidad o lo justo legal), sólo le corresponde su promoción, tutela, protección o incluso imposición en la vida social. Sin una determinación previa de lo valioso y bueno, el derecho no puede dar contenidos a sus normas, así como la ética difícilmente puede institucionalizar sus valores y darles vigencia social, cuando esto es necesario, sin la fuerza del derecho (Valenzuela, 2005, p. 63). Se trata de una relación de mutua dependencia, donde el derecho es la “ética con dientes”, o el “lado cortante de la moral” (Warnock, 2002, p. 89).

Además, a lo largo de la historia el derecho ha venido desarrollando un aparato ético propio, hoy día ineludible en las sociedades modernas, conformado por un conjunto de principios originales expresados en sus normas, que conviven y se complementan con otros principios propios del Estado moderno, provenientes de otras disciplinas, como la ética política, que promueven valores como el respeto a las diferencias y a las minorías, la tolerancia y, por supuesto, la democracia como único medio aceptable para la

formación e integración del gobierno y de la toma de decisiones en la vida social. Podemos afirmar en este contexto que el derecho es el reservorio ético de la historia humana, pues en sus normas se contienen los valores construidos en todo el devenir histórico humano, y si bien algunos de estos valores cambian de acuerdo con la época y las circunstancias, los más importantes se mantienen de generación en generación (Correas, 2005, p. 133).

Por este contenido ético el derecho es en sí mismo valioso, y el respeto a sus normas constituye una obligación moral para los miembros de la sociedad (Hotos, 2002), en tanto que representa una moral mínima, considerada como indispensable para la convivencia social, y por eso mismo exigible por la fuerza de la coacción.

Por otra parte, no menos importantes son los consensos alcanzados en el debate bioético para dotar de contenido ético y moralmente adecuado a las normas jurídicas; pues si bien el derecho y la moral son dos disciplinas y ámbitos independientes y autónomos, no es menos cierto que el derecho requiere que los contenidos de sus normas sean acordes con la moralidad vigente en la sociedad para que sean percibidas socialmente como legítimas. Por eso el derecho debe ser parte de la reflexión y el diálogo de la bioética; pues la bioética no puede prescindir de la riqueza del bagaje ético que hay en derecho, ni éste del aporte que el debate bioético le aporta para permitirle adecuar sus normas a una realidad cada vez más compleja, que para comprender y poder regularla necesita el conocimiento que aportan otras disciplinas. A esto lo hemos denominado como “el derecho en la bioética” (Martínez Bullé Goyri, 2008, pp. 35 y ss.), que implica una nueva actividad para los juristas que los obliga a trabajar de forma interdisciplinaria para con expertos en otras disciplinas. Actividad que al mismo tiempo resulta enriquecedora para el derecho mismo.

La bioética no puede ignorar o hacer de lado ese acervo moral y de valores que representa el sistema jurídico vigente en cada sociedad. Por ello el derecho necesariamente es parte de la bioética a la que aporta ese bagaje moral y deontológico (Hottois, 2002). Por otra parte, es un hecho que los grandes temas de la bioética y sus principales dilemas o ya han sido abordados y resueltos por el derecho, o son fácilmente abordables con el bagaje ético que contiene.

Desde otra perspectiva, el derecho sirve a la bioética como un medio de institucionalización social de los consensos y principios alcanzados por ella, gracias a la coercitividad que lo distingue de otros sistemas normativos (García Máynez, 1978, pp. 21 y 22). Así se han desarrollado declaraciones, pactos y tratados internacionales que han sido fundamentales para el impulso de la bioética en el mundo, y no menos importantes son la multitud

de normas desarrolladas al interior de los países que desarrollan estos consensos y principios bioéticos y los integran como parte del sistema jurídico. A esta función del derecho la hemos denominado “el derecho para la bioética”, que sin duda obliga al jurista a implicarse en campos novedosos e incluso ha llevado al desarrollo del llamado bioderecho (Becerra-Partida, 2014, pp. 46-56), como una nueva rama del conocimiento jurídico.

#### IV. DERECHOS HUMANOS Y SALUD

Si la relación entre el derecho y la bioética es estrecha, esto es aún mucho más claro cuando nos referimos a los derechos humanos, que constituyen el referente ético más acabado y completo no sólo del derecho sino en general del vida política y social, constituyéndose en paradigma ético y principio de legitimidad política en las sociedades contemporáneas. Los derechos humanos son así el punto de contacto natural entre el derecho y la bioética, y las reflexiones y consensos de la bioética habrán de tomarlos en consideración no sólo por su valor jurídico y su obligatoriedad, sino en especial por su contenido ético. Incluso algunos autores han considerado a los derechos humanos como la ética del XX (González Valenzuela, p. 62). En realidad, los derechos humanos son en sí mismos una teoría ética que se inscribe en la corriente del liberalismo individualista y la ética personalista y constituyen el núcleo ético de los sistemas jurídicos contemporáneos.

La fortaleza ética de los derechos humanos reside en su fundamento en la dignidad humana, de la que son su expresión jurídica (Peces Barba, 1987, p. 17), en ellos están contenidos el conjunto de valores fundamentales para el respeto a la dignidad de cada uno y lograr una adecuada convivencia social, constituyendo el paradigma ético de la modernidad y en consecuencia también de la bioética (León Correa, 1997, p. 130).

En este sentido, si bien para Potter sólo se podía pensar en un futuro de la humanidad basado en el uso del conocimiento bajo una sabiduría que tuviera como base la ética (Viesca, 2008, p. 56); desde el derecho podría afirmarse que el futuro de la humanidad y las sociedades necesariamente pasa por la incorporación de los derechos humanos en los sistemas jurídicos y en las prácticas cotidianas de la convivencia social.

Entre los derechos humanos uno de los que sin duda tiene mayor relevancia para la vida cotidiana de las personas es el derecho a la salud, o a la protección de la salud, como lo consagra nuestra Constitución. Desde la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1948, se reconoció como un de-



recho de todas las personas la asistencia médica, el que más adelante, en 1966, fue desarrollado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, señalando expresamente la obligación de los Estados de “crear las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

De manera similar se procedió en los sistemas regionales de protección internacional de los derechos humanos, específicamente en los sistemas europeo e interamericano,<sup>1</sup> con lo que el derecho a la atención médica quedó establecido como un derecho fundamental para todas las personas, y con él la obligación de los gobiernos de desarrollar en cada país los sistemas de asistencia sanitaria y atención médica para toda la población.

El reconocimiento del derecho a la protección de la salud en el derecho internacional se extiende también a otros instrumentos de carácter particular, como la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (artículo 5), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (artículos 11 y 12), la Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24), entre otros.

En paralelo a este desarrollo normativo internacional, las agencias internacionales especializadas, en concreto la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han realizado acciones tendentes a impulsar la actividad de los gobiernos en la extensión de los servicios de salud de la población en general, en especial con su reunión en Alma-Ata a finales de los años setenta, en la que se estableció como meta para los países el tema “Salud para todos en el año 2000”. Lo que fortaleció los procesos de socialización de la atención médica y sanitaria en todo el mundo, y por supuesto obligó a los países a destinar partes importantes de sus presupuestos al desarrollo de la infraestructura sanitaria, así como también a la prevención y a la investigación en el campo de la salud, lo que contribuyó a acelerar aún más el desarrollo científico y tecnológico en este campo (Declaración de Alma-Ata, citada en Özden, 2006, pp. 64-66).

Estos esfuerzos se continuaron y fortalecieron más adelante en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en la Declaración del Milenio, específicamente en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los que tres de los ocho objetivos se refieren directamente a temas de salud (Federación Iberoamericana del Ombudsman, IV Informe sobre Derechos Humanos, 2006, p. 28).

---

<sup>1</sup> Nos referimos específicamente a la Carta Social Europea en su artículo 11 y al Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 10.

Este proceso de socialización o democratización de la atención médica, como contenido básico del derecho a la salud ha tenido, evidentemente, enormes beneficios en la salud y la calidad de vida de las personas, pero al mismo ha generado nuevas problemáticas ante la necesidad de estandarizar y especializar la atención médica para permitir su generalización, abriendo la puerta a dilemas de carácter ético y moral que son el campo propio de la bioética y sobre los que se debate con intensidad tanto en los ámbitos académicos como en los propios servicios de atención a la salud.

Por efecto de lo anterior, se ha dado un cambio importante en la relación médico-paciente, la que se ha tornado más impersonal y distante, afectando a la calidez y calidad en el trato que se da a los usuarios de los servicios de salud, lo que en muchos casos ha resultado en violaciones a la dignidad de las personas; por lo que como respuesta se han desarrollado declaraciones de derechos de los enfermos, con la finalidad de garantizar la dignidad de las personas frente a esta nueva situación de vulnerabilidad.<sup>2</sup>

Como consecuencia de esta atención de la salud generalizada a toda la población, incluyendo el acceso a los más recientes desarrollos e innovaciones de la ciencia y la tecnología de la salud, como son los trasplantes de órganos, desarrollo de medicina preventiva, método y medios de diagnóstico de alta precisión y que permiten un más oportuno y mejor tratamiento de las enfermedades, así como el desarrollo de más y mejores medicamentos — incluso hoy se cuenta con la llamada medicina personalizada— se ha alargado la duración de la vida, modificándose el tipo de patologías que tienen que atender los sistemas de salud.

Hoy hay una incidencia más alta de las enfermedades que son propias de la edad avanzada y que requieren tratamientos más largos, sofisticados y costosos, a los que deben hacer frente las instituciones seguridad social. Aunque esa atención especializada, de alta calidad y el acceso a los más modernos desarrollos tecnológicos en el campo de la salud difícilmente están disponibles para toda la sociedad, ni siquiera para la mayoría, y en

---

<sup>2</sup> Un ejemplo es la Carta de los Derechos de los Pacientes, publicada en 2001 por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud de México que hace la función de un *ombudsman* especializado en salud, y que sintetiza el tema en los siguientes diez derechos: 1. Recibir atención médica; 2. Recibir trato digno y respetuoso; 3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; 4. Decidir libremente sobre su atención; 5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado; 6. Ser tratado con confidencialidad; 7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión; 8. Recibir atención médica en caso de urgencia; 9. Contar con un expediente clínico, y 10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida. Lo relevante de esta Carta es que condensa en ella derechos que están establecidos en distintos cuerpos normativos, a los que difícilmente los pacientes pueden tener acceso.

muy contadas ocasiones para los grupos sociales menos favorecidos (Müller, 2005, p. 213).

Este mismo desarrollo de las ciencias médicas nos enfrenta de manera diferente al fin de la vida, a la muerte; pues hoy es posible, gracias a las nuevas tecnologías, mantener con vida a personas con enfermedades terminales, incluso sin conciencia y sin ninguna posibilidad de recuperación, lo que ha llevado al desarrollo de conceptos como el de “vida digna”, que hace alusión a una vida humana satisfactoria de acuerdo con las propias capacidades humanas, así como el de “muerte digna”, vinculado, más que a la posible práctica de la eutanasia, al respeto a la voluntad y autonomía de las personas respecto al tratamiento de enfermedades terminales y al sostenimiento de la vida por medios extraordinarios o artificiales, contrarios al deseo o voluntad del paciente, que puede previamente, ante la posibilidad de perder la conciencia, haber externado su voluntad mediante lo que se ha denominado el “testamento vital” o “voluntades anticipadas”. Mecanismo jurídico que permite al paciente decidir sobre la atención médica que se le debe o no brindar en caso de que pierda la conciencia o la capacidad para expresar su voluntad.

Con la finalidad de atender al problema de la indeterminación del derecho a la protección de la salud, distintas instancias de Naciones Unidas han emitido documentos que pretenden precisar las obligaciones y características del derecho, así las recomendaciones generales XXVII y XXIX del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, que hacen referencia a la protección de la salud en casos de discriminación; las recomendaciones generales 4, 15, 18 y 24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que hacen referencia a violencia contra la mujer, atención en casos de VIH-SIDA, mujeres con discapacidad y salud de la mujer, y las observaciones generales del Comité de Derechos del Niño sobre VIH-SIDA, salud y desarrollo de adolescentes y primera infancia (observaciones generales 3, 4 y 7).

Especial relevancia tiene la Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (artículo 12), emitida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el 2000, durante su 22 periodo de sesiones, que al delimitar el contenido normativo del derecho lo vincula de entrada con un amplio grupo de derechos que constituyen factores que inciden en las condiciones de salud de la población, como es el caso del derecho al agua potable, al suministro adecuado de alimentos, a la educación, a la vivienda, a condiciones de trabajo o al medio ambiente; con lo que se amplía de forma considerable el ámbito de protección y de acción en relación con el derecho a la protección de la salud, pero que también en cierto modo a dificultar más la precisión del contenido del derecho.

Por otra parte, el Comité establece como elementos esenciales para la satisfacción del derecho a la salud los siguientes elementos: a) disponibilidad; b) accesibilidad, que incluye no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica o asequibilidad y acceso a la información; c) aceptabilidad, y d) calidad.

## V. BREVE CONCLUSIÓN

De lo hasta aquí comentado nos resulta claro, en primer lugar, la ineludible necesidad y urgente necesidad que nuestro país tiene de reformar y replantear su sistema de atención de la salud. Lo que tenemos ahora, y lo que aparentemente se propone para el futuro inmediato, de ninguna manera puede considerarse que cumple mínimamente con los requerimientos necesarios para considerar que se satisface el derecho a la salud de la población. Tenemos un sistema de salud segmentado, basado aún en el corporativismo, ineficiente, depauperado y en consecuencia con servicio de muy baja calidad.

En los esfuerzos que se han realizado en los últimos años no se ha tenido presente que el derecho al acceso a servicios de atención de la salud de la población es una obligación del Estado, tanto en el ámbito ético como en el jurídico de los derechos, y en específico no se ha tenido en cuenta que se trata de una obligación de resultado; esto es, no basta con que se establezcan normas y estructuras si las mismas no son eficientes para dar atención médica generalizada a toda la población, con especial atención a los más necesitados y vulnerables y de acuerdo con los parámetros y estándares establecidos por los organismos internacionales especializados.

Ya es tiempo de que el Estado mexicano asuma sus responsabilidades éticas y jurídicas, que se destinen a la construcción del sistema de atención de la salud los recursos necesarios sin escatimarlos o redireccionarlos a proyectos del interés del gobierno en turno, como ha sucedido en los últimos años. La salud es uno de los bienes más valiosos para cualquier sociedad y la inversión en ella no sólo es una necesidad sino una exigencia de la ética política y social. Después de la vida nada hay más valioso para las personas que la salud.

## VI. FUENTES CONSULTADAS

Basile, G. y Rivera Díaz, M. (Comps.) (2022). *Epidemiología crítica del SARS-COV-2 en América Latina y el Caribe: Determinación, dependencia y descoordinación regional*. FLACSO.

- Becerra-Partida, O. F. (2014). El bioderecho en el contexto mexicano. *Persona y Bioética* (18)1, 46-56.
- Coneval (s. f.). *Sistema de protección social en salud: Seguro Popular y Seguro Médico. Siglo XXI*. [www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro\\_Popular\\_Seguro\\_Medico\\_Siglo\\_XXI.pdf](http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf)
- Federación Iberoamericana del Ombudsman. (2006). *Protección de la Salud. IV Informe sobre Derechos Humanos*. Trama Editorial.
- García Máynez, E. (1978). *Introducción al estudio del derecho* (28a. ed.). Porrúa.
- González Valenzuela, J. (2005). *Genoma humano y dignidad humana*. Anthropos-UNAM.
- Hottois, G. (2002). Bioética y derechos humanos. *Bioética y derechos humanos* (2a. ed.). Ediciones El Bosque.
- León Correa, F. J. (1997). Dignidad humana, libertad y bioética. *Persona y Bioética* (1), 124-147.
- Martínez Bullé Goyri, V. M. (2008). Bioética, derecho y derechos humanos. En J. González Valenzuela (coord.). *Perspectivas de bioética*. UNAM-CNDH-FCE, 90-107.
- Massini Correas, C. I. (2005). Dworkin, Finnis y la única respuesta correcta. *Ars Iuris* (34), 131-161.
- Müller, E. C. (2005). Equidad en los servicios de salud. En I. Brena Sesma (coord.). *Salud y derecho. Memoria del Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados*. UNAM.
- Osorio Carranza, R. M. (2023). Los consultorios anexos a farmacias como primer nivel de atención privada a los padecimientos. *Ichan Tecolotl* (371). <https://ichan.ciesas.edu.mx/los-consultorios-anexos-a-farmacias-como-primer-nivel-de-atencion-privada-a-los-padecimientos/>
- Özden, M. (2006). *El derecho a la salud*. Ginebra. CETIM.
- Peces Barba, G. (1987). *Derechos fundamentales*. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Viesca Treviño, C. (2008). Bioética. Concepto y métodos. En J. González Valenzuela (coord.). *Perspectivas de bioética* (pp. 53-89). UNAM-CNDH-FCE.
- Vinogradoff, P. (1997). *Normas sociales y normas jurídicas*. FCE.
- Warnock, M. (2002). *Guía ética para personas inteligentes*. Turner-Fondo de Cultura Económica.