

Reconstrucción del sistema nacional de salud en México

FERNANDO CANO VALLE



RECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD EN MÉXICO

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

Serie DOCTRINA JURÍDICA, núm. 1023

DIRECTORIO

Dra. Mónica González Contró

Directora

Dr. Mauricio Padrón Innamorato

Secretario Académico

Mtra. Wendy Vanesa Rocha Cacho

Jefa del Departamento de Publicaciones

CRÉDITOS EDITORIALES

Wendy Vanesa Rocha Cacho

Coordinación editorial

Margarita García Castillo

Cuidado de la edición

José Antonio Bautista Sánchez

Formación en computadora

Edith Aguilar Gálvez

Diseño y elaboración de portada

RECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN MÉXICO

FERNANDO CANO VALLE
Coordinador



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS
México, 2024

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Cano Valle, Fernando, editor.

Título: Reconstrucción del sistema nacional de salud en México / Fernando Cano Valle, coordinador.

Descripción: Primera edición | México : Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2024. | Serie: Serie Doctrina jurídica ; núm. 1023.

Identificadores: LIBRUNAM 2237948 (libro electrónico) | ISBN 9786073090506 (libro electrónico).

Temas: Leyes de salud pública -- México. | Servicios nacionales de salud -- México. | Salud pública -- México. | Derechos humanos -- México.

Clasificación: LCC KGF3401 (libro electrónico) | DDC 344.720769—dc23

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

La presente obra ha sido sometida a un proceso de dictaminación basado en el sistema de revisión por pares doble ciego, llevado a cabo por personas académicas independientes a la institución de afiliación de la persona autora, conforme a las Disposiciones Generales para la Actividad Editorial y de Distribución de la UNAM y los Criterios Específicos de Evaluación del Conahcyt.

Primera edición: 27 de mayo de 2024

DR © 2024. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS
Circuito Mario de la Cueva s/n
Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510 Ciudad de México
ISBN (libro electrónico): 978-607-30-9050-6

Hecho en México

CONTENIDO

Presentación	XI
Mónica GONZÁLEZ CONTRÓ	

SECCIÓN I ¿SALUD Y MEDICINA?

CAPÍTULO PRIMERO

APUNTES SOBRE LA SALUD, UN SISTEMA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS	3
Fernando CANO VALLE Jorge Francisco HANSEN Diana Laura PÉREZ MARTÍNEZ	

CAPÍTULO SEGUNDO

LA RECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD. APUNTES SOBRE LA SALUD, UN SISTEMA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS	27
Daniel MÁRQUEZ GÓMEZ	

CAPÍTULO TERCERO

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	45
Alejandro TREVIÑO BECERRA	

CAPÍTULO CUARTO

LA SALUD MATERNO-INFANTIL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS	67
José Antonio MORENO SÁNCHEZ	

CAPÍTULO QUINTO

MÉXICO Y LA SALUD MENTAL POST COVID..... 85

Ricardo Iván NANNI ALVARADO

SECCIÓN II

SALUD Y DERECHOS HUMANOS

CAPÍTULO SEXTO

LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES.
UNA PERSPECTIVA DESDE LOS DERECHOS HUMANOS
EN MÉXICO..... 95Eryka del Carmen URDAPILLETA-HERRER
María Inés VARGAS-ROJAS

CAPÍTULO SÉPTIMO

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES 117

Marco Antonio PEÑA DUQUE

CAPÍTULO OCTAVO

SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS.
REFORMA INTEGRAL..... 133

Juan Antonio LEGASPI VELASCO

CAPÍTULO NOVENO

“UNA SALUD” ALCANZABLE POR MEDIO DE CAMBIOS
ESTRUCTURALES Y OPERATIVOS EN LOS ÁMBITOS
ACADÉMICO Y GUBERNAMENTAL..... 161

Juan GARZA RAMOS

CAPÍTULO DÉCIMO

EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
COMO DERECHO HUMANO 181

Juana ARELLANO MEJÍA

CAPÍTULO DECIMOPRIMERO

- LA EDUCACIÓN ESCOLAR Y LOS SERVICIOS DE SALUD
EN MÉXICO: INGENTE PROBLEMA 197

José de Jesús VILLALPANDO CASAS

CAPÍTULO DECIMOSEGUNDO

- LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN EL SECTOR
SALUD, UN TEMA PENDIENTE..... 215

Rosa María ÁLVAREZ GONZÁLEZ
Cecilia MONDRAGÓN HERRADA

CAPÍTULO DECIMOTERCERO

- RÉGIMEN PENITENCIARIO MEXICANO Y EL DERECHO
A LA SALUD DE LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD .. 229

Patricia Lucila GONZÁLEZ RODRÍGUEZ
Luis Javier PINEDA GONZÁLEZ

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 263

José María SERNA DE LA GARZA

CAPÍTULO DECIMOQUINTO

- TUTELA EFECTIVA DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD
EN INSTANCIA ADMINISTRATIVA..... 277

Carla HUERTA OCHOA
Rogelio ROBLES LÓPEZ

CAPÍTULO DECIMOSEXTO

- EL DERECHO HUMANO A LA SALUD Y AL MEDIO AMBIENTE
SANO, EL GRAN DESAFÍO PARA MÉXICO: HACIA UN SERVICIO
NACIONAL DE SALUD AMBIENTAL 293

María del Carmen Aurora CARMONA LARA

CAPÍTULO DECIMOSÉPTIMO

- FINANCIAMIENTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN
DE LA SALUD EN MÉXICO. IMPORTANCIA PARA
LA MATERIALIZACIÓN DEL DERECHO Y SITUACIÓN
DE FINANCIAMIENTO DEL DERECHO. 311

Pastora MELGAR MANZANILLA

CAPÍTULO DECIMOCTAVO

- ECONOMÍA CIRCULAR Y DERECHO A LA SALUD 329

Jorge WITKER

CAPÍTULO DECIMONOVENO

- ÉTICA, BIOÉTICA Y DERECHO EN EL CONTEXTO
DE UNA REFORMA INTEGRAL DEL SISTEMA DE SALUD
DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS 343

Víctor M. MARTÍNEZ BULLÉ GOYRI

CAPÍTULO VIGÉSIMO

- EDUCACIÓN, BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS
EN EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO 357

Martha Marcela RODRÍGUEZ ALANÍS

CAPÍTULO VIGESIMOPRIMERO

- URGE LEGISLAR, EN EL MARCO DE LAS FLEXIBILIDADES
DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL, EN MATERIA DE
FARMACÉUTICOS CON SENTIDO SOCIAL..... 369

Manuel BECERRA RAMÍREZ

CAPÍTULO VIGESIMOSEGUNDO

LOS NUEVOS RETOS DEL DERECHO GLOBAL DE LA SALUD
DESPUÉS DEL COVID-19. 381

Pedro A. VILLARREAL

PRESENTACIÓN

El derecho a la salud es un *derecho llave*. Este concepto se refiere a que, pese a que los derechos humanos son indivisibles e interdependientes, algunos de éstos constituyen condiciones de posibilidad para el ejercicio de los demás derechos. Es evidente que sin acceso a la salud resultaría difícil ejercer, por ejemplo, el derecho a la libertad de tránsito, el derecho a la educación o al trabajo. Por ello ha sido reconocido tanto en el ámbito internacional como en nuestro país.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, que constituye el gran pacto social del siglo XX, reconoce el derecho a la seguridad social y a la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 22) y a un nivel de vida adecuado que asegure a la persona y a las familias la salud y el bienestar (artículo 25). Por su parte, en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales los estados se comprometen a adoptar las medidas para la plena efectividad de los derechos sin discriminación (artículo 2). Se reconocen también el derecho a la seguridad social (artículo 9), a un nivel de vida adecuado (artículo 11) y el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental (artículo 12). Otros instrumentos del sistema internacional reconocen también el derecho a la salud de grupos específicos, así como obligaciones correlativas de los Estados. Es el caso de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (artículo 11), la Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24), la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (artículo 5), la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (artículos 25 y 45), y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (artículo 25). Así, se reconoce un derecho universal, pero con condiciones específicas para grupos históricamente discriminados.

En el ámbito interamericano la Convención Americana sobre Derechos Humanos obliga a los Estados a respetar los derechos reconocidos en el instrumento y a adoptar disposiciones de derechos interno para la efectividad de los derechos, lo que implica el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 26). La Corte Interamericana de

Derechos Humanos se ha pronunciado sobre algunos aspectos del derecho a la salud: comunidades y personas indígenas privadas de su derecho de propiedad ancestral (Comunidad Indígena Yakye Axa *vs.* Paraguay [2005] y Comunidad Indígena Xákmok Kásek *vs.* Paraguay [2010]); personas privadas de libertad o en instituciones (“Instituto de Reeducción del Menor” *vs.* Paraguay [2004], Ximenes Lopes *vs.* Brasil [2006], Vera Vera y otra *vs.* Ecuador [2011] y Díaz Peña *vs.* Venezuela [2012]); mala praxis médica (Albán Cornejo y otros *vs.* Ecuador [2007], Suárez Peralta *vs.* Ecuador [2013], Gonzales Lluy y otros *vs.* Ecuador [2015] y I.V. *vs.* Bolivia [2016]); personas migrantes (Nadege Dorzema y otros *vs.* República Dominicana [2012]); y prohibición de tratamientos de fertilidad (Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) *vs.* Costa Rica [2012]).

El derecho a la protección de la salud está reconocido también en la Constitución mexicana desde 1983.¹ Si bien hace unas décadas se consideraba un derecho con carácter programático, actualmente es justiciable.

El artículo 4 constitucional reconoce el derecho a la protección de la salud y determina que deberá establecerse las condiciones para el acceso a los servicios de salud por medio de una ley que determine la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas. Contempla también la creación del *sistema de salud para el bienestar con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.*²

El derecho a la salud no se agota en la disposición referida, pues se vincula con otros derechos reconocidos en el mismo artículo y en otras disposiciones constitucionales. En este sentido, la vivienda digna, el medio ambiente sano, la cultura física y el deporte, la alimentación y el agua constituyen elementos indispensables del derecho a la salud. Es así como, por una parte, el derecho a la salud es condición de posibilidad del ejercicio de otros derechos y otros derechos constituyen elementos importantes del derecho a la salud.

El derecho a la protección de la salud es, además, un componente indispensable del derecho a la igualdad. Ninguna sociedad puede considerarse

¹ El artículo 4 constitucional reconocía originalmente la libertad de profesión, industria, comercio y trabajo. En 1983 se adicionó un párrafo para reconocer el derecho a la protección de la salud: *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.* A partir de entonces se fueron incluyendo otros derechos económicos, sociales y culturales en el artículo 4 constitucional.

² El sistema de salud para el bienestar fue incluido mediante una reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 8 de mayo de 2020.

igualitaria si el acceso a la salud está al alcance solamente de quienes pueden costearla. La igualdad de oportunidades sólo es posible si cada persona puede tener las condiciones de bienestar que le permitan el ejercicio de los demás derechos y la realización de su proyecto de vida.

El derecho a la salud y sus garantías requieren de un abordaje interdisciplinario que contemple los aspectos técnicos de las distintas disciplinas de la medicina, su calidad de derecho y la dimensión de política pública que se requiere para la creación de un sistema de salud que garantice el derecho a partir de los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad que contempla la Constitución mexicana.

Si bien el derecho a la salud implica una diversidad de garantías, por lo que debe ser mirado de manera transversal, uno de los pilares fundamentales lo constituye el sistema de salud. Ciertamente los Estados no pueden garantizar la salud, pero sí asegurar las condiciones para su preservación mediante mecanismos de prevención y atención. En este sentido, contar con un sistema de salud que asegure el acceso a los servicios sanitarios constituye una obligación de cualquier Estado que aspire a considerarse legítimo, además de derivar de obligaciones internacionales e internas.

Para abordar los distintos aspectos del derecho a la salud el libro consta de tres secciones integradas por diversos textos. La primera sección aborda temáticas sobre *salud y medicina*, la segunda *salud y derechos humanos* y la tercera *la salud como política pública en México*. En este sentido se plantea la relación entre el derecho a la salud y las ciencias médicas, el enfoque de derechos y su garantía mediante políticas públicas. Otro aspecto destacable de la obra es que no se limita a explorar el derecho humano a la salud, sino que aborda derechos específicos de grupos históricamente discriminados: mujeres, niñas y niños, salud mental, educación, etcétera.

México requiere con urgencia de la reconstrucción del sistema de salud. Las históricas condiciones de desigualdad, sumadas hoy a problemas coyunturales como el cambio climático, las consecuencias de la pandemia, la globalización y las migraciones, hacen de ésta una agenda urgente. Este libro constituye una hoja de ruta que nos permita alcanzar la deuda histórica del acceso universal al derecho a la protección de la salud.

Mónica GONZÁLEZ CONTRÓ*

* Doctora en Derechos Fundamentales por la Universidad Autónoma de Madrid; licenciada en Derecho por el Instituto Tecnológico Autónomo de México; actualmente directora del Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.

SECCIÓN I

¿SALUD Y MEDICINA?

CAPÍTULO PRIMERO

APUNTES SOBRE LA SALUD, UN SISTEMA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Fernando CANO VALLE*
Jorge Francisco HANSEN**
Diana Laura PÉREZ MARTÍNEZ***

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Derecho comparado y la ciencia jurídica en México.* III. *Derechos humanos.* IV. *Reestructuración.* V. *Calidad.* VI. *Financiamiento.* VII. *La pandemia.* VIII. *La Comisión Nacional de Derechos Humanos.* IX. *Educación.* X. *Formación del médico.* XI. *Reestructuración.* XII. *La salud pública.* XIII. *Presupuesto.* XIV. *Seguridad social.* XV. *Medicina privada.* XVI. *Propuestas de colofón.* XVII. *Fuentes de consulta.*

I. INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista de los derechos humanos, la salud es un acervo que poseen las personas, es la capacidad que cada uno tiene para desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de la vida y por ello debe considerarse un derecho fundamental de los ciudadanos, además de tener un valor intrínseco, pues estar sano es una de las principales fuentes de bienestar, la salud tiene un valor instrumental, por ser uno de los determinantes fundamentales del crecimiento económico. Así pues, con base en lo señalado, este libro lleva el propósito esencial de ofrecer información accesible.

Citando a José Vasconcelos (Valero, 2015):

El estado actual de la ciencia es el resultado de la fusión de los productos de muchas épocas. Todas las necesidades sociales han pasado por el periodo de agitación que suscitan cuando se sienten intensamente y se reúnen los re-

* Investigador en el Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. ecavaf@unam.mx.

** Licenciado médico cirujano en la Facultad de Medicina, UNAM.

*** Becaria de investigación en el Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.

sultados obtenidos durante esos periodos en la armonización de los conflictos que hicieron nacer, entonces podrá verse la organización jurídica en el término de su desarrollo y quizá hasta entonces acomodará sus preceptos a las normas del principio natural de justicia y de la ley de distribución de la energía.

En este ejercicio académico se hará un breve relato que lleva como propósito, lo que con frecuencia hemos mencionado con la convicción de ser cierto: el futuro de la medicina se inscribe en el derecho, este concepto, apoyado por Antonio Gómez Robledo (Valero, 2015, p. 110) de la siguiente forma: “¡Si humanismo puede llamarse a todo movimiento o doctrina propugnadora del desarrollo integral del hombre, este es un humanismo de la más pura ley!”. Un humanismo militante, como solía decir Alfonso Reyes: “un humanismo al servicio de la justicia de la libertad y la democracia que se traduce en suma en primera fila. La salud humana”.

II. DERECHO COMPARADO Y LA CIENCIA JURÍDICA EN MÉXICO

El maestro Héctor Fix-Zamudio, al abordar la importancia del derecho comparado y la ciencia jurídica, en torno a los llamados “derechos sociales” menciona que el carácter mixto y en ocasiones contradictorio de nuestras formas fundamentales, hace difícil su aplicación a una realidad social en constante transformación, se podrían alcanzar soluciones más satisfactorias si se acudiera a los principios de la interpretación constitucional, aquí cabe por ejemplo, analizar el concepto y papel del consejo de salubridad general olvidado en los últimos años.

Diego Valadés escribe acerca de los instrumentos de control parlamentario (Valero, 2015, p. 197):

Hoy las experiencias propias y ajenas muestran que para racionalizar el ejercicio del poder se hace necesario que los órganos políticos del Estado desempeñen sus atribuciones de manera responsable y controlada, que sus relaciones obedezcan a un modelo de equilibrio que facilite su desempeño en beneficio de los gobernados, y que la desconcentración de sus funciones se lleve a cabo sin merma de su eficacia.

Lo mismo menciona al respecto José Ramón Cossío (Valero, 2015, p. 214), quien señala que,

en el ámbito de la academia llevamos muchos años reproduciendo lo que dicen los textos jurídicos, pero no hacemos la función social que histórica-

mente se ha hecho con la ciencia jurídica: ordenar las normas, identificarlas, sistematizarlas, explicarlas, pero también generar elementos de restricción al ejercicio del poder público.

Sabias palabras que de haberse aplicado en el terrible periodo de la pandemia COVID-19, no estaríamos lamentando la muerte evitable de cientos de miles de mexicanos. Otto-Raúl González en el libro *Miguel Ángel Asturias. El gran lengua: la voz más clara de Guatemala* ante el ocultamiento describe: “El Señor presidente, la mentira parece ser el arma más eficaz para mantener en pie la dictadura; la verdad no tiene cabida en un régimen despótico en donde los seres humanos son obligados a vivir en un ambiente de terror y depresión. Y cuando alguien se atreve a expresar la verdad se hace merecedor de un tormento desproporcionado, despiadado” (1999, p. 102).

III. DERECHOS HUMANOS

Antonio Carrillo Flores al referirse a los derechos del hombre comenta “empieza ya a hablarse del derecho del enfermo a morir, sin que se prolongue la técnica cuando lo que aquel desea ya es la paz, el reposo. Que interesa tampoco este derecho al habitante de comunidades a quien no han llegado siquiera los servicios sanitarios elementales” (Valero, 2015, p. 138). Brechas de desigualdad ignoradas, en muchas ocasiones, por los mismos gobiernos. Debemos, de manera urgente, deconstruir el conocimiento en materia de derechos humanos, para así, cimentar el camino hacia la transformación.

El derecho a la protección de la salud está vinculado por su origen, al derecho asistencial y al de la seguridad social, al incluirse en la Constitución, el derecho a la protección de la salud adquiere autonomía, incorporándose a la cada vez más larga lista de los derechos sociales; así que es necesario reconocer que los problemas sociales encuentran en la ciencia jurídica el fiel más firme, sin embargo en la realidad, la transformación de la salud y se mantendrá en un *continuum* ante la inaplazable reconstrucción del sistema de atención a la salud de la población de México.

Alfonso Reyes citaba:

En cuanto el hombre se pone en contacto con sus semejantes, sus propios intereses chocan con los de éstos y entonces la adopción de un criterio común, en el establecimiento de la armonía requerida se deberá fijar cierta esfera en la cual cada uno de los intereses divergentes pueda realizarse libremente. Las

normas que limitan en el campo de acción de nuestros intereses particulares son las normas jurídicas (Valero, 2015).

Al refrendar este concepto citamos a Antonio Caso “Las costumbres originan el Derecho, es decir, el Derecho es una diferenciación de las costumbres. La moral como el derecho de ellas procede. La costumbre es un fenómeno social universal corresponde en la vida de las sociedades a la voluntad y la acción en la de los individuos. Así como no hay vida individual sin actos, no existe vida social sin costumbres (Valero, 2015).

Es importante comprender y entender a la salud como un objetivo social universal. La salud es un acervo que poseen las personas, ya que, no es sólo la ausencia de enfermedad, es también la capacidad que cada uno tiene de desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de la vida; por ello, el acceso a servicios básicos de salud debe considerarse un derecho fundamental de los ciudadanos, además, de tener un valor intrínseco, ya que, estar sano es una de las principales fuentes de bienestar; la salud tiene un valor instrumental por ser uno de los determinantes fundamentales del crecimiento económico. Al respecto los instrumentos internacionales que destacan los siguientes puntos: la salud es vista como un derecho humano fundamental ligado al desarrollo histórico de las sociedades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado pertinente en la postpandemia señalar que la salud no es un problema que un país puede resolver por sí mismo, existe una marcada preocupación de qué se trata de un problema y de una meta por alcanzar en forma regional, y en forma más ambiciosa, en el ámbito mundial. Se trata de un problema aún sin solución, sin embargo, algunos representantes del llamado “primer mundo”, han asentado las bases de un sistema de salud más actualizado e incluyente, motivo por el cual, debemos dirigir nuestra atención a intentar replicar dichos esfuerzos.

El derecho a la salud o a la protección de la salud, como se identifica normativamente en México, está contenido en varios instrumentos internacionales y nacionales. En el ámbito internacional, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), reconoce que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. En junio de 1941, Gustavo Arce Cano (1972) relata, que el poder ejecutivo federal expidió el decreto que creó la Comisión Técnica que tenía como objetivo elaborar el proyecto de “Ley de servicios sociales” de este proyecto derivó el concepto “El seguro social”

el cual constituye un servicio público nacional de carácter obligatorio que cubre, dentro de su sistema los siguientes rubros:

1. Accidentes y enfermedades profesionales
2. Enfermedades no profesionales y de maternidad
3. Invalidez, vejez y muerte
4. Cesantía involuntaria en edad avanzada

La encomienda correspondía a un organismo descentralizado, con personalidad jurídica propia, que se denomina “Instituto Mexicano del Seguro Social” se creó en paralelo un seguro voluntario para personas económicamente débiles. Desde su origen y hasta 2023, debió otorgar beneficios suficientes en cuantía y duración. No podrán considerarse suficientes si no satisfacen las necesidades básicas de la vida (Cano, 1972).

De manera similar, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), establece que los Estados “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Podemos observar que el derecho a la salud, desde los instrumentos internacionales, abarca varios factores determinantes de la salud y no sólo el estar sano. El derecho a la salud implica el disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, no se limita a la atención a la salud. Existen pues, dos ámbitos complementarios de la salud, el primero que se circunscribe a la ausencia de enfermedades y el otro que, siguiendo a la OMS, trasciende el aspecto individual para abarcar un estado completo de bienestar físico, mental y social.

En México la seguridad social es un derecho que nace en el cuerpo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, más que un derecho es un principio de justicia social, sin embargo, en forma reciente la deficiente calidad de atención percibida por los derechohabientes en su respectivo centro de salud, así como el poco apoyo a innovaciones, investigaciones científicas y tecnológicas derivadas del reducido financiamiento que recibe el sistema de salud en México ha proyectado una mala imagen del servicio, y un nulo crecimiento de la investigación científica.

Por eso tenemos como objetivo principal, el establecimiento de cimientos fuertes para un futuro sistema de salud, que tenga fines realistas, creado mediante el estudio y la optimización de los recursos con los que se cuenta en este momento. Estamos en un punto de inflexión en cuestión de salud, derivado de las secuelas que la pandemia nos dejó. En este momento, no es suficiente realizar planes y promesas basadas en interpretaciones pasadas

de planes ya conocidos como fallidos. Debemos hacer una reestructuración de nuestro actual sistema, el cual permita la integración de la mayor cantidad de población posible, sin que esto represente, una disminución en la calidad de la atención.

IV. REESTRUCTURACIÓN

En el escenario de un proceso de reestructuración del sistema nacional de salud bajo un esquema de *seguridad social* y de *derechos humanos*, las preguntas que llegan a la mente de todos los que de alguna u otra forma laboran en las instituciones de salud son: ¿Qué pasará con la Secretaría de Salud? ¿Desaparecerá? ¿Cambiará su estructura y su forma de operar?

Para obtener las respuestas a estas interrogantes sólo hay que recordar un poco de la historia de esta institución, que ha realizado logros por la salud de los mexicanos, pero para la época y momento actual, requiere de un proceso de reflexión y análisis que conduzca a una mejora continua en sus procesos de rectoría y de operación. La organización de la Secretaría de Salud para cumplir con una función de coordinación operativa y con una función rectora que le permita garantizar la seguridad social de la población requiere de un análisis y posiblemente de una reestructuración acorde con los determinantes sociales de la salud de la población y cumplir los propósitos establecidos en los objetivos del desarrollo sostenible señalados por la OMS. A los servicios de atención de la salud se recomienda adoptar una modalidad de servicio de asistencia médica financiado con fondos públicos, la atención básica de la salud forma parte de la iniciativa relativa al nivel básico en todo el mundo, la persistente realidad de la pobreza y el trabajo informal exigen que se conciba un nuevo proyecto para el desarrollo de la seguridad social en el siglo XXI, que éste cuente con medios más eficaces para aliviar la pobreza, la propuesta estriba en crear en todo el mundo un piso de seguridad social que se convierta en un puntal.

En México, el derecho a la salud es especialmente relevante debido a los desafíos que enfrenta el sistema de salud, incluyendo la falta de acceso a servicios de calidad, la inequidad en la distribución de recursos y la limitada cobertura en algunas regiones del país.

La población mexicana gasta en promedio 5207 pesos trimestrales en servicios de salud (Soto, 2022, s. p.). La saturación del sistema público de salud y los altos precios de la salud privada han dejado muchos mexicanos en una situación difícil, lo que ha llevado a algunos a describir la situación como “estar en la camachanca”, un fenómeno natural en los Andes que

crea una bruma oscura y espesa que todo lo invade, que impide ver y genera incertidumbre.

Mauricio Merino nos dice que el problema público se selecciona entre muchos otros porque el Estado no puede intervenir en cualquier problema, puesto que, los recursos siempre son limitados. El presupuesto debe alcanzar para cumplir los objetivos, ya que el Estado tiene la obligación de enfrentarlo de manera explícita, razonable, definitiva y este proceso cuesta dinero.

El objetivo de esta propuesta es asegurar que los ajustes al sistema de salud sean apropiados a las necesidades de la población. Para lograrlo, se utilizará información detallada, herramientas e instancias para monitorear las percepciones y necesidades ciudadanas. Sin embargo y en contraste, el gobierno actual no ha especificado medidas concretas para garantizar el derecho a la salud ni ha explicado cómo se determinarán las necesidades de la población. A pesar de que se ha planteado una reconstrucción completa del sistema de salud, no se han justificado las decisiones de desmantelamiento y empezar desde cero. Aunado a ello, implementar este plan requerirá más recursos económicos de los destinados actualmente para brindar el servicio de manera puntual. Es importante recordar que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar los derechos humanos, incluido el acceso a servicios de salud adecuados, y también debe proporcionar la estructura administrativa necesaria para asegurar este derecho esencial para el desarrollo de la vida humana.

V. CALIDAD

El nivel de la calidad de la atención es en general insatisfactorio y altamente variable en términos de los comportamientos diagnósticos y terapéuticos, el contexto referido muestra que las diversas transformaciones no han logrado el goce efectivo del derecho a la salud, la lectura desarticulada de los derechos humanos se traduce en una excesiva regulación y en la fragmentación del sistema de salud, lo cual anula su goce. Es preciso que se fortalezca el empoderamiento de los ciudadanos frente a este derecho, de ahí la importancia que los programas en el cuidado de la salud las personas sean caracterizadas como titulares de derechos y no beneficiarios de programas sociales, en ese sentido, la promoción debe encaminarse a lograr cambios en la conciencia pública, en la percepción, o el entendimiento ya que su objetivo debe estar orientado a proveer a las personas toda la información necesaria para asegurar que sean capaces de disfrutar un estado de bienestar físico y mental óptimo, incluido el conocimiento de los mecanismos de defensa y el ejercicio de

estos. En este sentido, cobra fundamental importancia los esquemas de atención que no requieren la intervención directa de un médico, sino que pueden ser atendidos mediante servicios de enfermería o la llamada medicina tradicional, o bien alternativa como primer nivel debidamente regulado y vigilado tal como lo recomienda la OMS, aquí aparecen las nuevas tecnologías como elementos fundamentales para desarrollar un sistema de salud eficiente.

El respeto al derecho de la salud implica que el Estado debe de abstenerse de incidir en el disfrute del derecho a la salud o de limitarle o poner en peligro este derecho o las condiciones que lo hace imposible, es una obligación tendiente para mantener el goce y su cumplimiento e inmediatamente exigible con el potencial de volver a cambiar el paradigma de seguridad social, concepto de interés mundial en donde la mayor parte de los países se han enfrentado dos problemas cuya solución definitiva no se vislumbra a corto plazo: la insuficiente calidad de los servicios que presta el sistema y el costo galopante de su financiamiento, lo hacen de difícil solución. Para agravar más esta difícil situación en la mayoría de los casos el incremento en la calidad de la atención médica se acompaña de un incremento correlativo de sus costos, por el contrario, los recortes en el financiamiento de salud se ven aparejados en forma más o menos notable con una disminución en la calidad de los servicios.

Si bien es cierto, lo elevado de los costos tiene una relación directamente proporcional con la calidad de atención, es inequívoco que, en muchos escenarios, no estamos discutiendo la falta de recuso económico. Desafortunadamente, en nuestro país, la obsolescencia de tanto personal de salud como administrativo es un componente recurrente que afecta de una forma directa la calidad de atención de los pacientes. En algunos casos muy particulares, la adquisición (y por lo tanto gasto económico directo) de nuevo equipamiento o de mayor cantidad de recursos humanos, no es precisamente la solución que precisamos.

VI. FINANCIAMIENTO

Para determinar la mejor opción financiera es necesario conocer el tamaño de la población por cubrir y su proyección a 10 años. El potencial de los recursos humanos y el costo relativo al financiamiento. Es necesario llevar a cabo programas y proyecciones a futuro de la cobertura más amplia posible, es decir, lo que se conoce como cobertura universal. Se requiere de la experiencia profesional sobre el propósito de obtener los fondos y planear la estructura de contribuyentes y fondos públicos y privados.

Aquellos efectos negativos sobre la organización del sistema de salud y su financiamiento es fácilmente perceptible cuando hacia la inconsistencia de políticas volátiles se llevan a cabo la construcción de escenarios financieros complejos cuyo resultado se ven en el incremento de la morbilidad y mortalidad en personas indigentes, de ahí, el término de la medicina indigente.

VII. LA PANDEMIA

La pandemia recorrió el telón y colocó en evidencia a quien se dañó; jóvenes, niños, desempleados, ancianos, comunidad rural, población de la montaña, población con patología infecciosa y no infecciosa previa, habitantes de valles o zonas desérticas. Todos ellos sufrieron el impacto de larga duración de políticas inconsistentes ante la pandemia en México.

Lo más grave ha sido la forma de racionar la atención a la salud, las consideraciones económicas restrictivas y la múltiple interdependencia con otros factores derivados de políticas de fuerte contenido ideológico; así como los problemas inherentes al desmantelamiento gradual de la organización del sistema de salud, han debido agregarse la pandemia del COVID-19, lo que resultó en el cambio del perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas y las lesiones comenzaron a desplazarse, predominando los problemas infecciosos y agudos como causa principal de muerte; además, el crecimiento de la población y su envejecimiento paralelo han aumentado la demanda de servicios hospitalarios. Capacidad que en la actualidad ha quedado prácticamente rebasado (Kant y Tyagi, 2021).

Al mismo tiempo surge la pregunta si la sociedad está preparada para recibir un número cada vez mayor de ancianos y de personas con algún grado de incapacidad, así como el gran aumento de problemas relacionados con microorganismos previamente conocidos de alta importancia epidemiológica, teniendo como principal referente a la tuberculosis, en donde los diagnósticos de Novo y el seguimiento médico se vieron suspendidos durante las fases más críticas de la pandemia, por lo que se espera un aumento de la mortalidad por TB en hasta 13% en los próximos años (Kant y Tyagi, 2021).

Es imperioso subrayar la existencia no solamente de consecuencias indirectas de la pandemia, sino, de los efectos directos en la salud de los individuos que han experimentado una infección por SARS CoV-2 (sin tomar en cuenta gravedad del cuadro clínico) conocidos como COVID-Long.

VIII. LA COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (CNDH)

Sólo como ejemplo de lo que ha sucedido con anterioridad a la pandemia por COVID-19, vemos los pronunciamientos de la CNDH sobre salud. La presentación de quejas contra las autoridades como responsables de la violación del derecho a la salud ha sido cuantiosa. En el periodo comprendido de enero de 2000 a 2009 se registraron 11,854 quejas y de 2001 a 2017 han sido crecientes.

En 2022, no es posible obtener del análisis temático que el número de quejas de la CNDH haya crecido importantemente ya que aquellas conductas que presentan mayor incidencia en materia de salud se atendieron en el ámbito de la medicina privada. En resumen, la CNDH ha considerado lo siguiente:

¿Cuál es la principal problemática?

A. Saturación del sistema

Nuestro actual sistema no cuenta con la infraestructura necesaria para cubrir la demanda por servicios de salud de la población. Sin embargo, una óptima gestión, podría aminorar los estragos provocados por la falta de recursos. Un abordaje adecuado de los pacientes, con enfoque en la prevención, a largo plazo, puede disminuir la carga de pacientes atendidos en un tercer nivel de atención.

B. Opacidad

La población ignora la calidad de los servicios de salud que está recibiendo. No existen estadísticas suficientes y oportunas sobre el desempeño de los distintos componentes del sistema de salud. Es de desconocimiento general para la mayor parte de la población, los recursos a los que cada individuo tiene acceso y cuál es el algoritmo que seguir para obtener dicho beneficio. En resumen, la falta de gestión operativa en los diferentes niveles de atención de salud se ve reflejado en los elevados tiempos de espera de atención médica.

IX. EDUCACIÓN

Los profesionales de la salud han hecho enormes contribuciones a la salud y al desarrollo socioeconómico durante el siglo pasado, pero no podemos llevar a cabo las reformas de salud del siglo XXI con competencias obsoletas o inadecuadas.

El extraordinario ritmo del cambio global está ampliando los conocimientos, las habilidades y los valores de todas las profesiones de la salud. Por eso, hacemos un llamado a una nueva ronda de adaptación; más ágil y rápida de las competencias básicas basadas en perspectivas transnacionales, multiprofesionales y de largo plazo para atender las necesidades de las personas y las poblaciones.

De esta manera, la educación profesional se convertiría en un componente crucial en el esfuerzo compartido para abordar los abrumadores desafíos de salud de nuestro tiempo y, de esta forma, el mundo se acercaría a una nueva era de acción apasionada y participativa para lograr la aspiración universal de un progreso equitativo en salud.

Necesariamente, tal progreso será alimentado por el conocimiento, otorgando a los profesionales un papel esencial en la realización del valor tan acertadamente expresado por Louis Menand:

La búsqueda, producción, difusión y preservación del conocimiento son las actividades centrales de una civilización. El conocimiento es memoria social, una conexión con el pasado; y es esperanza social, una inversión de futuro. La capacidad de crear conocimiento y ponerlo en uso es la característica adaptativa de los humanos. Es cómo nos reproducimos como seres sociales y cómo cambiamos, cómo mantenemos los pies en el suelo y la cabeza en las nubes (Frenk *et al.*, 2010).

X. FORMACIÓN DEL MÉDICO

El equilibrio de recursos humanos tiene que ver con su disponibilidad numérica y su distribución geográfica (base de análisis cuantitativo), así como su adecuada preparación para el cumplimiento de las tareas (base de análisis cualitativo).

José de Jesús Villalpando menciona que: “La producción de médicos por encima de la capacidad de absorción del sistema no representa necesariamente una sobreoferta, ya que una parte de ellos puede emigrar a otros sistemas; en tanto que si se considera existe desequilibrio por falta de oferta

en ciertas regiones, aunque coexiste con sobreoferta en áreas ya cubiertas o en ciertas especialidades, lo cual es otra forma de desequilibrio”.

Cerca de 70% de los titulados anualmente se quedan en el umbral del Sistema Nacional de Salud al no poder especializarse, de hecho, sólo siendo especialistas pueden incorporarse plenamente como profesionales a la sociedad, y, aun así, no todos son contratados, ni absorbidos, siendo esto, una de las mayores falacias de nuestros tiempos, en la que se tiene la noción de la necesidad imperiosa de especialistas o incluso subespecialistas. Debemos cambiar la visión hacia la necesidad de una mayor cantidad de médicos generales que estén enfocados en la prevención de enfermedades, no así, en la prevención secundaria.

Villalpando ha reiterado el problema de sobreproducción y sobreoferta de médicos en un sistema de salud que prácticamente alcanzó al mismo tiempo sus posibilidades de crecimiento y que, por razones de organización y funcionamiento institucional, requiere mayoritariamente de especialistas para su operación; siendo relegados en la escala de apreciación social aquellos médicos que sólo lograron la licenciatura, por lo que éstos se ven precisados a dedicarse a otras ocupaciones, lo que no solo es causa de su frustración y resentimiento personal y grupal con la sociedad y sus instituciones, si no, de igual forma, como se mencionó con anterioridad, una pérdida de oportunidad de virar hacia una atención preventiva y no una medicina especializada en las patologías que pudieron ser prevenidas desde un primer nivel de atención.

Las circunstancias descritas exigen acciones integrales en el corto, mediano y largo plazo para resolver el problema, recurriendo a la obra conjunta de los sectores educativos y de salud. Es importante para ello reconocer las variables que intervienen en la génesis del “problema”, que pueden inscribirse en el orden político, social, económico, educativo y de la ciencia médica. Una propuesta inicial es el encauzamiento de la educación médica hacia una medicina preventiva, en donde la acción del médico general sea resignificada desde lo general (población) a lo particular (educación del médico) para ser concebido como un agente de alto valor en nuestro sistema de salud y no solamente como un recurso potencial para la sobre especialización.

XI. REESTRUCTURACIÓN

Responsable de la obligación de proteger el derecho a la salud, exige que el Estado impida los abusos de los derechos humanos contra individuos y gru-

pos, esto tiene que ver con el deber del Estado para adoptar leyes, políticas nacionales de salud acompañados de un plan específico para su ejecución y seguimiento o medidas que garanticen el acceso a la atención a la salud. Estamos convencidos que es necesario superar la sobrerregulación con la homologación de las guías médicas, leyes, reglamentos, acuerdos, guías, manuales y normas oficiales para la prevención, el diagnóstico, tratamiento, referencia a especialista y la rehabilitación entre las diferentes dependencias del sistema nacional con verdadera premura.

XII. LA SALUD PÚBLICA

La salud pública, encuentra su camino de acción en la promoción de la salud de cada individuo, mantenimiento de un ambiente sano, la capacidad de frenar las enfermedades y las incapacidades que esta ocasiona y cuenta con tres dominios de interés: promoción de la salud de cada individuo; mantenimiento de un ambiente sano, y la capacidad de enfrentar las enfermedades y las incapacidades que está ocasiona, lo que en conjunto previene el resurgimiento de nuevas enfermedades. Es crucial puntualizar que la salud de la comunidad no es solamente la salud individual sino el equilibrio del estado de todas aquellas estructuras y conformaciones de acción salud de la comunidad inherentes a la salud colectiva.

La aplicación de los planes o programas de salud se traduce en servicios de salud pública los cuales, encuentran organizados con el propósito de conservar y fomentar la salud comunitaria, de modo que, si este principio no se cumple, la medicina se ve imposibilitada de jugar su principal rol en la población: el derecho a la salud.

Si no contamos con recursos financieros, administración eficiente, personal sanitario e infraestructura adecuada de atención hospitalaria y prehospitalaria, es inadmisibles hablar del derecho humano a la salud.

Lo anterior exige discurrir sobre la segmentación financiera y operativa de los servicios de salud de México, cuestión que, por falta de composición institucional, es fuente de desigualdades en los beneficios que reciben la población. Siendo que los presupuestos son distintos entre los diversos prestadores de servicios existen desiguales en la atención y, por lo tanto, en la calidad. Se cuenta con un amplio sector privado lucrativo de los servicios de salud. Se sugiere que la cobertura por seguros puede mejorar los niveles de salud, pero no sería suficiente para reducir la disparidad en dicha cuestión lo que exhorta a inferir que la desigualdad en materia de salud depende de varios factores más allá de la atención médica.

Es de vital importancia recalcar la necesidad de sustentar con evidencia científica la elaboración de políticas públicas y no basadas únicamente en el criterio de quién las elabora. Esto, automáticamente se traduciría en un robustecimiento del modelo de salud dando la oportunidad de ubicar al paciente y sus necesidades como personaje central basándose en un modelo de pruebas estadísticas que amplíe la oportunidad. Regulación sanitaria.

XIII. PRESUPUESTO

México sigue siendo de los países de la OCDE con mayor presencia de gasto de bolsillo y está entre los países de América Latina, con pagos directos superiores al 30%. Independientemente del monto asignado a las instituciones, los presupuestos no se convierten inmediatamente en insumos, por lo que, la eficacia del gasto depende de gran medida que se logren las combinaciones necesarias de personal, insumos, infraestructura, instalaciones, consultas y hospitalizaciones.

Lamentablemente, es frecuente encontrarnos con casos de médicos y enfermeras que no cuentan con insumos mínimos para resolver los problemas de sus pacientes. Es imperioso recalcar que, ningún país por más rico que sea, puede ofrecer todos los servicios e intervenciones posibles a toda su población por lo que es necesario ofrecer los servicios e intervenciones posibles revisar la estructura del financiamiento en sus funciones y enfocar los esfuerzos para financiar aquellas intervenciones que logran los mayores resultados, aspecto en donde México ha experimentado un rezago relacionado a poblaciones vulnerables ya que generan riesgos financieros sin ninguna protección económica.

XIV. SEGURIDAD SOCIAL

A pesar de los esfuerzos para ofrecer protección financiera para todas las poblaciones, en 2018, 14.6% de los hogares de la población, reportaron no tener ningún tipo de seguro. Además, 25,8% de los hogares afirmó que al menos un miembro del hogar no tenía seguro o tenía varios tipos de seguros. El simple hecho de tener un seguro social puede no tener un gran impacto, ni proporcionar una garantía de reducción de los gastos de bolsillo en todos los hogares (García-Díaz, 2022).

El financiamiento de la seguridad social mexicana se encuentra en crisis, particularmente, el tema de las pensiones. Se han mencionado aumentos en la tasa de cotización, ampliación de la base, aumento de la edad de

retiro, disminución de jubilación, mejoras administrativas, etcétera. Y sin duda, los caminos apuntan a la necesaria existencia de un sistema mixto, es decir, la convivencia y una base solidaria que asegure a todo individuo una vez que designa y procura el ahorro individual mediante aportaciones voluntarias, sin embargo, la organización estaría a cargo de un organismo público descentralizado o con personalidad jurídica y patrimonio propio, lo cual, tendría que contar con representantes del sector social.

El promotor de la reforma a la seguridad social es el doctor Alfredo Sánchez Castañeda a quien hemos invitado a ampliar el tema sobre la creación del Instituto Mexicano de Protección Social que permitiría articular la hoy dispersa política social. Su creación habilitaría la comprensión del principio de solidez de solidaridad y sin duda sería un apoyo al IMSS que seguiría con menos saturación y, por otro lado, la transferencia, convenios, portabilidad efectiva y separación de prestaciones de la atención médica y de la cobertura médica son temas obligados.

XV. MEDICINA PRIVADA

Las razones para incurrir en gastos de bolsillo son diversas y van desde reducir los largos tiempos de espera en el sector público hasta evitar el pago de franquicias en los seguros privados. Adicionalmente, los servicios públicos no siempre cuentan con los medicamentos o insumos necesarios para la atención.

Esto ha impulsado un grupo creciente pero heterogéneo de proveedores privados de salud, que van desde clínicas independientes, hospitales, hasta consultorios adyacentes a oficinas de farmacia, afiliadas a grandes cadenas y fundaciones. Estos últimos han surgido como una solución a las necesidades de la población de bajos recursos (Block *et al.*, 2020).

XVI. PROPUESTAS DE COLOFÓN

Un riesgo sanitario es un factor detectable, medible e identificable, que se sabe o se intuye puede causar una condición desfavorable en la salud de la población, que no se daría sin la presencia de este factor (Cano, Márquez, y Melgar, 2014).

Existe la posibilidad de un choque de competencias entre la Secretaría de Salud por medio de algunas unidades administrativas y la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios, como órganos desconcentrados con autonomía funcional y técnica. Lo anterior muestra cierta disfuncionalidad del marco normativo aplicable a la salud en México, en

particular por el diseño de la Cofepris dentro del marco reglamentario aplicable a la Secretaría de Salud. Lo que debe llevarnos a considerar la necesidad de una herramienta administrativa para enfrentar el riesgo sanitario, fuera de la Secretaría de Salud. Así para rediseño futuro de la Cofepris, una experiencia interesante es considerar la estructura de la American Public Health Association (APHA). La APHA Se integra en 25 secciones especializadas y 7 grupos especiales de interés primario.

TABLA 1
 ESTRUCTURA DE LA APH

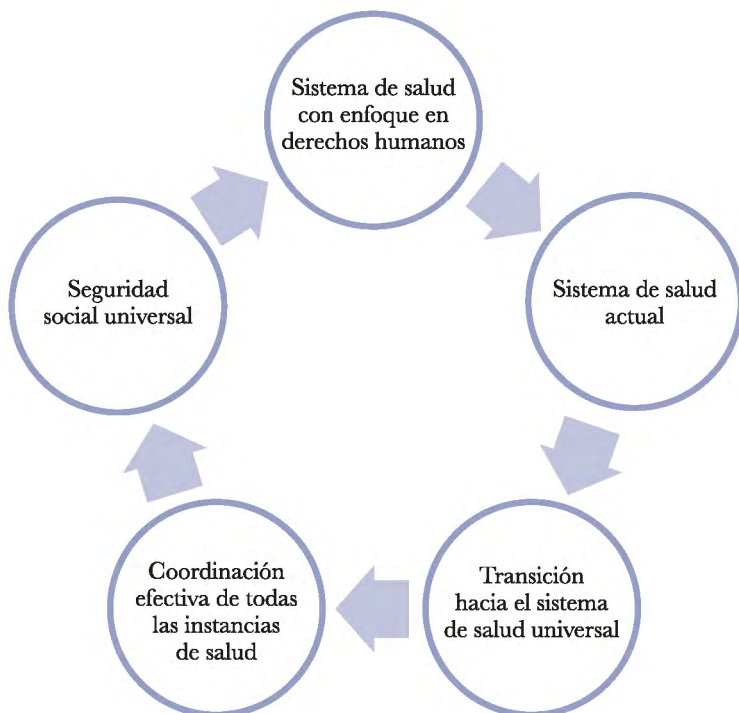
<i>Secciones con base en la especialidad</i>	<i>Grupos especiales de interés primario</i>
Alcohol, tabaco y otras drogas	Prácticas de salud alternativas y completarias
Cuidados quiroprácticos	Trabajadores de salud comunitaria
Planeación de la salud comunitaria y política de desarrollo	Foro de discapacidad
Medio ambiente	Foro ético
Epidemiología	Foro de derecho de la Salud
Comida y nutrición	Salud radiológica
Salud gerontológica	Salud pública veterinaria
Administración de la salud	
Virus de la inmunodeficiencia humana	
Control de lesiones y servicios de salud de emergencia	
Salud internacional	
Laboratorios	
Salud materna e infantil	
Cuidados médicos	
Salud ocupacional y seguridad	
Salud bucal	
Salud podológica	
Población	
Planificación familiar y salud reproductiva	
Educación para la salud pública y promoción de la salud	

<i>Secciones con base en la especialidad</i>	<i>Grupos especiales de interés primario</i>
Enfermería en salud pública	
Educación en salud escolar y servicios	
Trabajo social	
Estadística	
Cuidado de los ojos	

FUENTE: Cano, Márquez y Melgar (2014, 29 y 30).

Como lo hemos asentado desde el punto de vista de los derechos humanos, esto es desde la visión ética que se desprende del apartado dogmático de una constitución y desde la perspectiva de los derechos humanos, no existe problema para otorgar prestaciones universales en salud a todos los habitantes del país (Cano, Márquez, y Melgar, 2014). Lo anterior se puede mostrar en el siguiente gráfico:

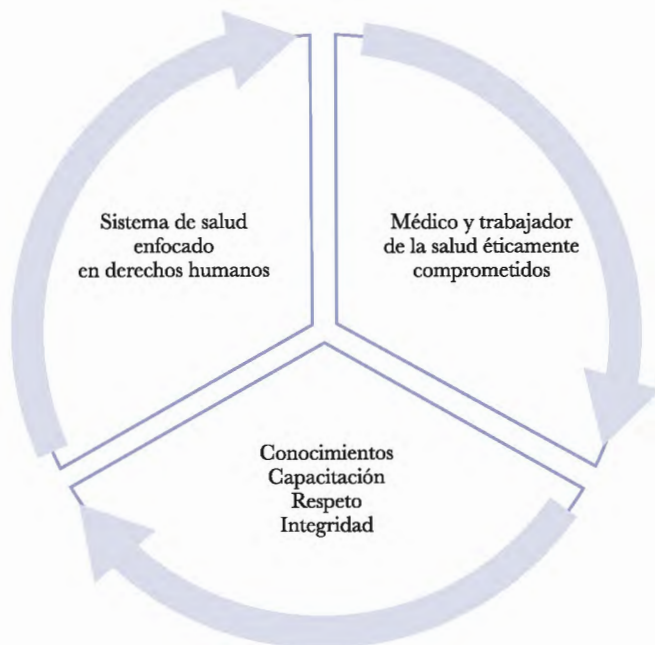
GRÁFICO 1



FUENTE: Cano Valle, Márquez Gómez y Melgar Manzanilla (2014, pp. 29 y 30).

En otro orden de ideas, una de las prioridades de gasto en salud debe ser una capacitación vigorosa en derechos humanos al personal médico y hospitalario y un programa de incentivos de permanencia a todo personal de salud coma como se muestra en el cuadro siguiente.

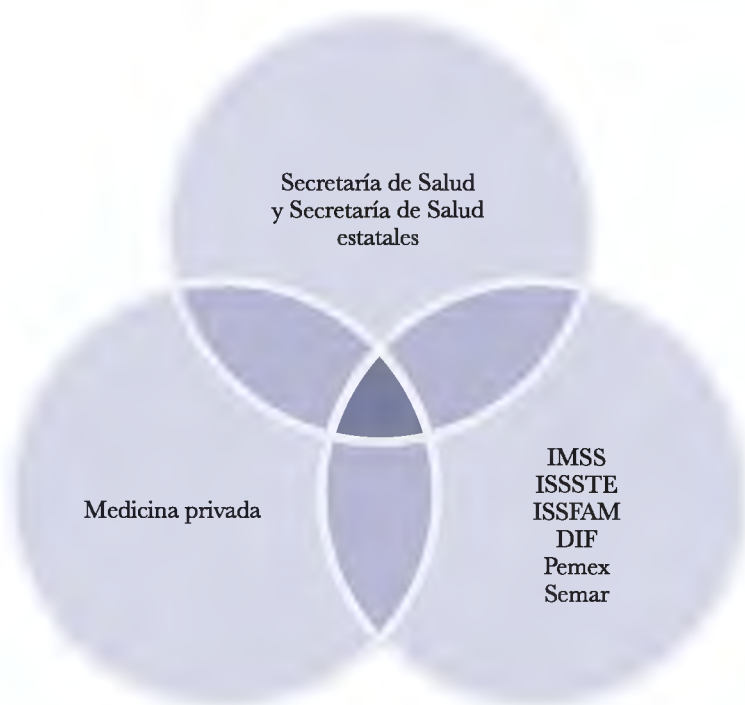
GRÁFICO 2



FUENTE: Cano, Márquez y Melgar (2014, pp. 29 y 30).

La permanencia derivará necesariamente de la interacción entre los elementos del cuadro y una organización administrativa con enfoque también humano (Harmon y Mayer, 2001) también debemos generar una atención médica plural, sinergia pública-privada, lo que implica la interacción global de servicios de salud, tanto los que se presentan en el ámbito público como los que se dan en espacios privados, los programas de consultorios populares deben ser apoyados por la iniciativa privada médica, a precios módicos y cuyas facturas se pagarán por el gobierno federal por medio de la Secretaría de Salud, eso podría hacer una buena respuesta para hacer efectivo el derecho humano a la salud y así mejorar el servicio e impulsar la economía nacional. Una posible estructura de estas interacciones se muestra en el cuadro siguiente.

GRÁFICO 3



FUENTE: Canoe, Márquez y Melgar (2014, p. 333).

Lo que implica que toda la organización administrativa debe volcarse en nuevos procesos que permitan el logro de los objetivos propuestos, de esta forma, en nuestra opinión, el sistema de salud nacional se podría sustentar en una Secretaría de Salud que opere como agente central único, que sea generador de políticas en materias de salud para todo el país (Cano, Márquez y Melgar, 2014).

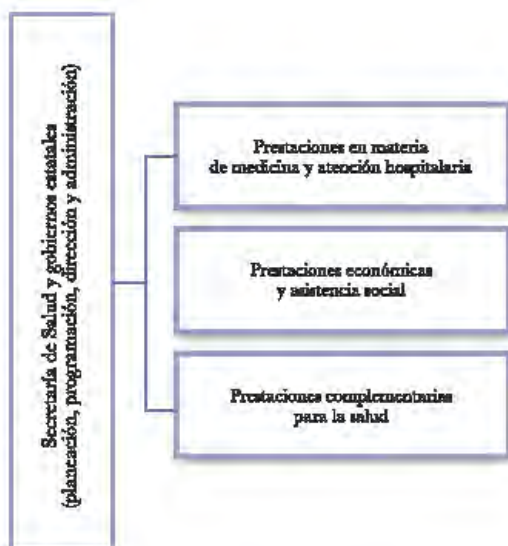
GRÁFICO 4



FUENTE: Cano, Márquez y Melgar (2014, p. 333).

En el núcleo de la Secretaría de Salud quedarían las funciones de dirección, planeación y finanzas. En cada subsecretaría se establecerían los procesos de atención médica de primer, segundo y tercer nivel, otorgando así, el acceso universal a la medicina. Esta estructura puede ser de transición para permitir cambios en el futuro y se muestra en el siguiente cuadro.

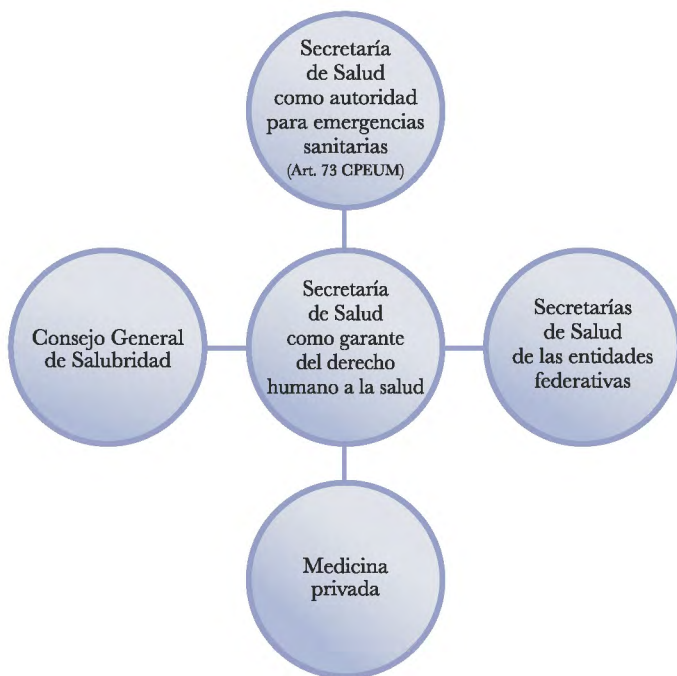
GRÁFICO 5



FUENTE: Cano, Márquez y Melgar (2014, p. 334.)

Una estructura de estas características permite un enfoque integral en materia de salud, en tres ejes: *a)* el cuidado de la salud, *b)* las prestaciones económicas vinculadas a la seguridad social, *c)* las prestaciones complementarias como agua potable, alimentos, etcétera. Lo anterior sentaría las bases de un nuevo modelo de sistema de salud para México, que es ejemplifica en el esquema siguiente y que articula los recursos del país en materia de salud hacia el logro de proteger el bien común, es decir, con un enfoque de derechos humanos.

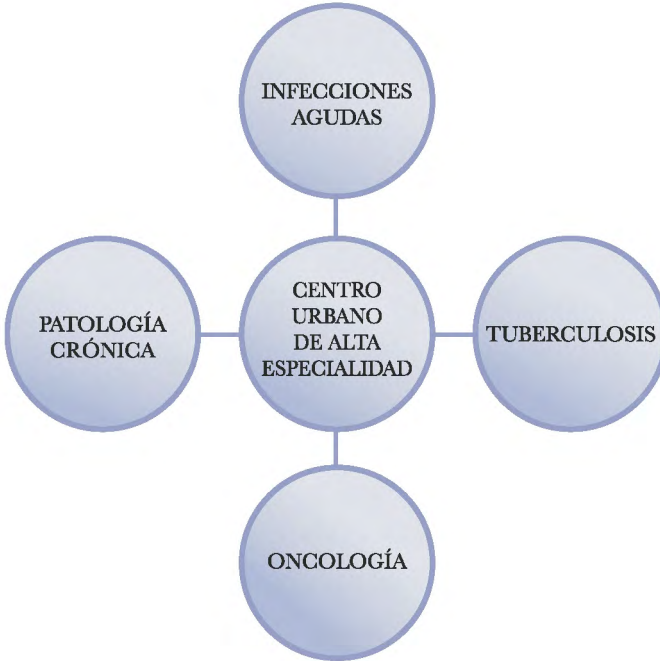
GRÁFICO 6



FUENTE: Cano, Márquez y Melgar (2014, p. 335).

Siendo las enfermedades respiratorias, un tema de interés público derivado de la ya concluida pandemia, y las secuelas médicas que esta trajo para una gran porción de la población, recomendamos la implementación de una sistema de valoración y atención médica de enfermedades respiratorias, basado en el modelo antes mencionado, explicado con mayor claridad en el siguiente cuadro.

GRÁFICO 7
PROGRAMA ENFOCADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RESPIRATORIA CONSTITUIDO POR UNA UNIDAD CENTRAL
Y CUATRO UNIDADES PERIFÉRICAS, CADA UNA DEDICADA
A LA ATENCIÓN A ENFERMEDADES PARTICULARES



FUENTE: Elaboración propia.

Tiene como objetivo la referencia directa de los pacientes con patología respiratoria desde un primer contacto, a unidades satélite, facilitando su seguimiento y logrando un aumento en la calidad de atención.

Con esto, se intenta reducir tiempo entre la identificación de la persona con morbilidad y la atención especializada, así como la pérdida de información mediante el uso de un expediente clínico único y electrónico. Dentro de este proyecto, se considera a la población pediátrica con riesgo de complicaciones respiratorias, así como a paciente con secuelas postCOVID-19. Son: la comunicación digital, el uso de herramientas de internet, el acceso seguro y la protección de datos sensibles del paciente, los pilares fundamentales de este programa.

Objetivos

- Identificación oportuna de enfermedades respiratorias.
 - Reducir el tiempo de primer contacto con especialista.
 - Reducción de morbilidad y mortalidad a largo plazo.
- Creación de expediente clínico único.
 - Mejora en la calidad en atención médica.
- Unidad médica central de valoración inicial (exploración física, estudios de laboratorio, estudios de gabinete y apertura de expediente clínico).
- Generación de líneas de investigación.

XVII. FUENTES DE CONSULTA

- Arce Cano, G. (1972). *De los seguros sociales a la seguridad social*. Porrúa.
- Block, M. Á. G., Reyes, H., Lucero, M., Hurtado, C., Balandrán, A., y Méndez, E. (2020). *Health Systems in Transition Mexico Health system review*. 22(2), 2020. www.healthobservatory.eu
- Cano, F., Márquez, D. y Melgar, P. (2014). *Medicina y estructuras jurídico-administrativas en México. Hacia la reforma Integral del Sistema de Salud Mexicano*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- García-Díaz, R. (2022). Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08417-0>
- González, O. R. (1999). *Miguel Ángel Asturias El Gran Lengua, La voz más clara de Guatemala*. (2a. ed.). Editorial Praxis.
- Harmon Michael, M. y Mayer Richard, T. (2001). *Teoría de la organización para la administración pública*. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública- FCE.
- Kant, S. y Tyagi, R. (2021). The Impact of COVID-19 on Tuberculosis: Challenges and Opportunities. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, 8, pp. 1-7. <https://doi.org/10.1177/20499361211016973>

- Soto, D. (2022, septiembre, 13). *Gasto de bolsillo elevado, la consecuencia de un sistema de salud limitado*. *Expansión*. <https://politica.expansion.mx/mexico/2022/09/13/gasto-de-bolsillo-elevado-la-consecuencia-de-un-sistema-de-salud-limitado>
- Valero Recio Becerra, O. R. (2015). *Pensamiento jurídico en El Colegio Nacional*. Instituto de Investigaciones Jurídicas.

CAPÍTULO SEGUNDO

LA RECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD. APUNTES SOBRE LA SALUD, UN SISTEMA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Daniel MÁRQUEZ GÓMEZ*

SUMARIO: I. *En torno a la idea de “reconstrucción”*. II. *El “viejo” debate en torno a los sistemas sanitarios*. III. *El eje de la “reconstrucción”: el derecho humano a la salud*. IV. *Dinamarca y el nuevo sistema de salud mexicano*. V. *Fuentes de consulta*.

I. EN TORNO A LA IDEA DE “RECONSTRUCCIÓN”

En uno de sus significados, la palabra reconstrucción o “volver a juntar de manera global”, alude a “reparar o volver a construir una cosa destruida, deteriorada o dañada”,¹ lo que es una buena descripción para destacar lo que requiere realizar el Estado mexicano para dar un mínimo de funcionalidad al sistema de salud del país, una vez que concluya el actual gobierno.

Siguiendo la temática a la que se nos convoca, dedicaremos esta reflexión al tema de la reconstrucción del sistema de salud mexicano en clave de derechos humanos. En ese contexto, es necesario partir de unas preguntas básicas: ¿Por qué es necesario hablar de “reconstrucción” del sistema de salud mexicano? ¿Cuáles son los problemas que se advierten en el actual sistema de salud que obliguen a su reconstrucción?

* Doctor en Derecho y licenciado en Filosofía por la UNAM; investigador titular B de tiempo completo y PRIDE C en el Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. ORCID: 0000-0001-7557-4525. daniel6218@hotmail.com.

¹ Oxford Languages. “reconstruir” (marzo 15, 2023). <https://www.google.com/search?q=reconstruir&oq=reconstruir&aqs=chrome..69i57j0i10i131i433i512j0i10i51218>

Para quien le impacte la afirmación relacionada con la necesidad de esperar a que concluya el actual gobierno para iniciar la reconstrucción del sistema de salud mexicano, debemos mencionar que los datos (consultar Chávez, V., 2023, marzo 20 y Nájjar, 2020, abril 14) recientes muestran cómo el gobierno del presidente Andrés Manuel López Obrador, a pesar de que alegó que recibió el sistema de salud en una “situación de desastre”, con malas decisiones, contribuyó a minar las capacidades del Estado mexicano en materia sanitaria. (s.a. *Milenio Digital*, 2023, s. p.) También quedará para el anecdotario su pretensión de crear en México un “sistema de salud como el de Dinamarca” (López Obrador, 2023, s. p.).

Unos pocos datos pueden ayudar a entender la necesidad de la reconstrucción del sistema de salud mexicano: el primero es obvio: su disfuncionalidad durante la pandemia. Con datos del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) se destaca que el sistema de salud mexicano tuvo uno de los índices más elevados de mortalidad durante la pandemia de SARS-Cov-2. De hecho, el Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República, con datos al 30 de noviembre de 2021, destaca que México ocupa el quinto lugar de fallecimientos por COVID-19 con 225 muertes por cada 100,000 habitantes (Torres Ramírez, 2021, p. 5.).

Por su parte, la información oficial alude a 326,097 decesos al 11 de julio de 2022 (INEGI, 2022, s. p.); en cambio en el “Boletín Estadístico sobre el exceso de mortalidad por todas las causas durante la emergencia por COVID-19, 2022, número 39, Semana Epidemiológica 52 del 25 al 31 de diciembre de 2022”, en el rubro: “Exceso de mortalidad por todas las causas en México Período de análisis: Semana epidemiológica 1 de 2020 a 52 de 2022 (29 de diciembre de 2019 al 31 de diciembre de 2022)”, se mencionan dos cifras: 505,746 “Defunciones asociadas a la COVID-19 según actas de defunción” y 331,365 “Defunciones registradas en SISVER con resultado positivo al virus SARS-CoV-2”. Con estos datos se acredita que la emergencia sanitaria por COVID-19 fue, por lo menos, mal gestionada. (INEGI, 2022a, s. p.).

El segundo, se deriva del plano estadístico, con el que se acredita que la mayor cantidad de causas de muerte, más del 90% se relaciona con problemas de salud. En efecto, con datos del INEGI, se puede mencionar que el sistema de salud debe atender a 126,014,024 personas, de los cuales 48.8% son hombres y 51.2% mujeres; con un 47.7% de personas adultas mayores (problema de envejecimiento) por cada 100 niños y jóvenes; en donde 50. se encuentran en situación de dependencia por cada 100 en edad productiva (INEGI, 2023a, s. p.). La estadística de mortalidad destaca que, de las 1,122,249 defunciones registradas durante 2021, 474,689 corresponde a

mujeres, con un 42.3%, y 646,825 a hombres con un 57.6% del total y en 735 casos no se especificó el sexo de la persona (INEGI, 2022b, s. p.). Del total de defunciones, 92.5% fue por enfermedades y problemas relacionados con la salud y 7.5% por causas externas (accidentes, homicidios y suicidios, principalmente). Las tres principales causas de muerte en el ámbito nacional en 2021 fueron: COVID-19 (con 238,772 muertes), enfermedades del corazón (con 225,449 muertes) y diabetes mellitus (con 140,729 muertes). En hombres, los homicidios representaron la sexta causa de muerte (INEGI, 2023b, s. p.).

El tercero se deriva de la inversión en materia sanitaria, asociado al gasto en salud. En efecto, el INEGI destaca que en 2021 el Producto Interno Bruto Ampliado (PIBA) del sector salud en México reportó un monto equivalente a 6.2% del PIB nacional (INEGI, 2022a, s. p.). Según el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, en 2022 México ejercerá sólo el 2.93% de PIB. La población que presenta carencia por acceso a los servicios de salud pasó de 16.2% en 2018 a 28.2% en 2020. Además, 15.1% de la población con afiliación debe pagar por los servicios de salud y 7.2% de la población tarda más de dos horas en llegar a un hospital. En ese sentido, el gasto de bolsillo en salud que en 2019 era de 42.1%, en el 2020 se disparó a 49.4% (CIEP, 2023, s. p.). Lo que muestra la profundidad del problema.

Con esos tres elementos como antecedente, apuntalamos la necesidad de disertar en torno a la reconstrucción del sistema de salud del país, a lo que dedicaremos los apartados siguientes, destacando en primer lugar, el debate en torno a los sistemas sanitarios; para abordar después el derecho humano a la salud como eje de la “reconstrucción”, y por último, un breve estudio del sistema de salud de Dinamarca como referente para las ideas que plasmaremos para la concreción de un “nuevo” sistema de salud mexicano.

II. EL “VIEJO” DEBATE EN TORNO A LOS SISTEMAS SANITARIOS

De los 100 compromisos de gobierno que presentó el presidente Andrés Manuel López Obrador, en el Zócalo de la Ciudad de México, el 1o. de diciembre de 2018, después de asumir el mando como presidente de la República, destacamos en número 13, en donde se comprometió a:

13. Se hará realidad el derecho a la salud. El propósito es garantizar a los mexicanos atención médica y medicamentos gratuitos; comenzaremos en las unidades médicas del Seguro Social ubicadas en las zonas más pobres del país

y poco a poco ser irá ampliando el programa hasta que logremos, a mediados del sexenio, establecer un sistema de salud de primera, como en Canadá o en los países nórdicos (s. a. *El Economista*, 2023, s. p.).

Ya estamos en el quinto año de gobierno y en los términos destacados en el apartado anterior, este compromiso 13 está lejos de cumplirse. Para ejemplificar, mencionaremos que México todavía tiene un sistema de salud en donde confluye el sector público, social y privado. El sector público y social comprende a instituciones como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Secretaría de Marina (Semar), el Instituto de Salud para el Bienestar (ISB), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Bienestar (IMSS-B), entre otros.

Por su parte, el sector privado integra a empresas que brindan servicios de salud u hospitalarios a la población con capacidad de pago, entre ellos: Médica Sur, Centro Médico ABC, el Hospital Español, el Centro Médico Dalinde, el Hospital Ángeles, Hospital Star Médica, entre otros, y todo el segmento de consultorios anexos a farmacias o consultorios, clínicas y hospitales privados que brindan atención a la población que carece de acceso al sector público o social de la salud.

Este modelo público-privado coexiste en el Sistema Nacional de Salud, donde confluyen dependencias, entidades, personas físicas o morales de los sectores social y privado (artículo 5o., Ley General de Salud) y “mecanismos de coordinación de acciones”.

El financiamiento de las instituciones públicas y del sector social proviene de tres fuentes: presupuestales de carácter federal, estatal o municipal; contribuciones gubernamentales, del empleador y de los propios empleados en los casos de seguridad social; y por medio de cuotas de recuperación que los usuarios cubren, así, el financiamiento es público, social y privado; en ciertos casos se asignan cuotas familiares según deciles de ingreso que definen sectores socioeconómicos; por su parte, el sector privado se financia con el pago que hacen los usuarios por los servicios que les brindan y, en algunos casos, con primas de los seguros médicos privados.

En términos de atención, de un total de 92,582,812 de población derechohabiente en 2020, con datos del NEGI, contenido en: *Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución*, se puede establecer que los mexicanos se atienden en los siguientes espacios de salud:

TABLA 1

<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>ISSSTE estatal</i>	<i>Pemex, Defensa o Marina</i>	<i>Instituto de Salud para el Bienestar</i>	<i>IMSS-Bienestar</i>	<i>Institución privada</i>	<i>Otra institución</i>
47,245,909	7,165,164	1,041,534	1,192,255	32,842,765	958,787	2,615,213	1,149,542

FUENTE: INEGI, 2023b, s. p.

Existe una diferencia de 1,628,357 personas entre el total y su desglose por institución, que no se explica en el cuadro estadístico. De las cifras compiladas por el INEGI se pueden extraer las siguientes conclusiones:

TABLA 2

Población total	126,014,024
Mexicanos atendidos en el sector público y social	90,446,414 (incluye IMSS, ISSSTE, ISSSTE Estatal, Pemex, Defensa, Marina, INSABI; e IMSS-bienestar).
Mexicanos atendidos en el sector privado	3,764,755 (aquí se encuentran instituciones privadas y otras instituciones).
Total	94,211,169

FUENTE: INEGI, 2023b, s. p.

Lo que muestra a más de tres millones de mexicanos atendido por el sector privado. Con estos datos podríamos estimar que:

TABLA 3

% de la población atendida por el sector público y social	75%	126,014,024	94,211,169
% de la población atendida por el sector privado.	3%	126,014,024	3,764,755
% de la población que carece de servicios de salud.	22%	126,014,024 – 94,211,169 – 3,764,755	28,038,100

FUENTE: Elaboración propia.

Sin embargo, esta información debe matizarse, porque con datos del propio INEGI se puede destacar que entre los 94 millones atendidos por el sector público o social y los 3 millones atendidos por el sector privado, al relacionarlos con el total de la población, existe una diferencia de 3 millones de personas que, posiblemente, están mal contabilizadas o la información no está debidamente ajustada, así se presentan los datos siguientes:

TABLA 4

			<i>Porcentaje de población</i>
Afiliada	92,582,812		
No afiliada	32,999,713	92,582,812	73%
No especificado	431,499	33,431,212	27%
		126,014,024	100%

FUENTE: Elaboración propia.

Como se advierte con datos oficiales, entre el 22 o 27%, según el dato que se tome, de los mexicanos carece de un servicio de salud o no está afiliado a alguno.

De los modelos o sistemas de atención a la salud que existen: 1) liberal (de pago directo); 2) seguros voluntarios (vía el pago voluntario de una póliza de seguros por parte de la persona que requiere ese servicio); 3) el modelo Semashko (monopolio estatal en el sector sanitario, tiene su origen en 1918); 4) el modelo de William Beveridge (servicio nacional de salud, establecido en 1948), y 5) el modelo de Otto von Bismarck (seguros sociales obligatorios, con antecedentes desde 1883), nuestro país cuenta con tres de ellos: 1) el modelo Beveridge; 2) el modelo Bismarck, y 3) el modelo liberal, sustentado en la medicina gerenciada o administrada mediante el pago de cuotas en seguros voluntarios. Además, como lo destacamos existe un número significativo de mexicanos sin acceso a los servicios de salud (Zurro y Cano, 2003, p. 35).

Así, con los elementos destacados en los párrafos anteriores, se puede concluir que el sistema es disperso, disfuncional y con escaso financiamiento público, graves carencias en materia de personal e infraestructura. Lo anterior significa dispersión de recursos entre los diversos sistemas, duplicidad de funciones —al menos en la gestión del derecho humano a la salud— e infraestructuras hospitalarias y personal dispares.

Al presentar los avances del Plan de Salud para el Bienestar, el presidente de la República destacó: “Queremos garantizar el derecho a la salud en todo el país de manera universal, de calidad y de forma gratuita, que eso es un reto, un desafío que logremos levantar el sistema de salud pública y lo dejemos como uno de los mejores del mundo. Ese es el desafío” (López Obrador, 2023, s. p.). Bien entendido el argumento destacado, nos lleva concluir que la idea para el sistema de salud del país es contar con un “sistema nacional de salud universal gratuito”.

III. EL EJE DE LA “RECONSTRUCCIÓN”: EL DERECHO HUMANO A LA SALUD

Un sistema de salud nacional de carácter universal y gratuito requiere como mínimo estar disponible para toda la población del país y ser financiado con el presupuesto estatal, con base en los impuestos (Zurro y Cano, 2003, p. 35). Este modelo es característico del Reino Unido, Suecia, España, Canadá, Países Bajos y Francia. Las características del modelo son: i) cobertura universal; ii) financiamiento vía impuestos; iii) intervención del Estado en la organización de los servicios, y iv) carácter público de la provisión (Sevilla y Riesgo, 2018, s. p.).

A esas determinaciones nosotros destacaríamos una acotación, ateniendo a nuestra propuesta de reconstruir un sistema de salud con enfoque de derechos humanos, sugeriríamos que el Consejo General de Salubridad —al igual que lo hace en el cuadro básico de medicamentos—, determine un esquema básico prestaciones en materia de medicina preventiva y de emergencia, esquema que se proporcionaría en todos los hospitales del país (públicos o privados) de manera universal, gratuita e indiscriminada a quien lo requiera.

Por supuesto, aceptamos los límites de esta propuesta, porque en general las decisiones sanitarias se supeditan a tres condicionantes: la ciencia médica; la garantía del respeto a la autonomía del paciente y la distribución correcta de recursos (Cabo y Javier, 2014, s. p.).

No obstante, consideramos que el orden jurídico del país puede ser el punto de partida para un esquema de salud de esas características. En efecto, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) reconoció el derecho a la protección de la salud en 1983, en su artículo 4o., que establece el derecho de toda persona a la protección de la salud y prescribe la reserva de ley en torno a las bases y modalidades para el acceso a la salud.

Así, ese derecho humano a la protección de la salud cuenta con dos dimensiones: individual y social. La primera dimensión, implica: “la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona. De lo anterior se advierte un interés constitucional del Estado por procurarle a las personas en lo individual, los medios para un adecuado estado de salud y bienestar” (Tesis: 1a./J.8/2019 (10a.), 2019, p. 486). Por su parte, la dimensión social o pública: “consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como en establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud” (Tesis: 1a./J.8/2019 (10a.), 2019, p. 486).

En este contexto, el Estado tiene el deber de emprender las acciones necesarias para alcanzar los fines de salud en sus dos dimensiones, identificando los problemas que afectan a la salud pública del conglomerado social, o de grupos específicos (tales como los relacionados con grupos vulnerables); asegurar el acceso a los servicios de salud a todos, y el desarrollo de políticas para atender problemas de salud; sin olvidar la asignación del presupuesto o los recursos necesarios.

La propuesta debe alinearse con la reforma constitucional, del 10 de junio de 2011, en materia de derechos humanos; en particular con dos de sus principales modificaciones: la denominación del capítulo I del título primero de “De las garantías individuales” a “De los derechos humanos y sus garantías”, y el parámetro de contenido sustancial de derechos humanos compuesto tanto por los contenidos en la Constitución como el contenido en los tratados internacionales de los que el Estado sea parte. Ello hace necesario tener en cuenta el significado y los alcances del derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos.

El derecho a la salud, en el derecho internacional de los derechos humanos, o el derecho a la protección de la salud en la Constitución federal, debe ser delimitado por lo menos en dos aspectos: el primero, en cuanto a su contenido y, el segundo, en cuanto a sus alcances, que implica las obligaciones que contrae el Estado mexicano, las cuales con la reforma constitucional mencionada se han ampliado.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha señalado que el estudio de los derechos humanos conforme a la reforma constitucional referida y atento al principio *pro homine*, no implica necesariamente que se acuda a lo previsto en instrumentos internacionales si es suficiente la previsión que contenga la CPEUM y, por tanto, basta el estudio que se realice de la

Constitución (Tesis: 2a./J. 172/2012 (10a.), 2023, p. 1049).² La Ley General de Salud establece la forma de concretar el derecho a la protección de la salud por medio de la prestación de servicios. El Octavo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito ha identificado los siguientes artículos: 2o. (finalidades), 23 (servicios de salud), 24, fracción I (servicios de atención médica, salud y asistencia social), 27, fracciones III, IV, VIII y X (servicios básicos de salud), 28 (cuadro básico de insumos), 29, 32 (atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud) y 33 (atención médica preventiva, curativa y rehabilitación) de la Ley General de Salud, como aquellos que prevén el derecho a la protección de la salud, contenido en el artículo 4o., cuarto párrafo, de la CPEUM (Tesis: I.8o.A.6. CS (10a.), 2017, p. 2431).

En suma, según el mismo tribunal colegiado referido, los preceptos señalan como finalidades del derecho a la protección a la salud: el bienestar físico y mental de la persona, así como la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana. Para lo anterior, reconocen el disfrute de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población mediante acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de las personas por medio de la atención médica (la salud pública y la asistencia social), que comprende actividades preventivas, curativas y las relativas a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, así como garantizar la existencia y disponibilidad permanentes de medicamentos y otros insumos esenciales, para la población que los requiera. En consecuencia, para el tribunal colegiado, la tutela del derecho mencionado se encuentra plenamente satisfecha por la normativa nacional citada y, por tanto, es innecesario considerar el contenido de los tratados o instrumentos internacionales al respecto (Tesis: I.8o.A.6. CS, 10a., 2017, p. 2431).

Holmes y Sunstein (2011, p. 33), destacan que para saber qué derechos garantiza una comunidad no hay que mirar sólo a la Constitución de esa comunidad sino, muy especialmente, cuantos recursos se destinan a asegurar su cumplimiento. Por tanto, hay consideraciones presupuestarias que deben observarse para saber qué derechos y a qué grado se garantizan a la comunidad. En el segundo caso, podemos pensar en medidas legislativas, reglamentarias y administrativas concretas para los distintos problemas de salud, por ejemplo, para la atención en los distintos niveles a las enfermedades respiratorias.

² La jurisprudencia se refiere en específico para determinar la constitucionalidad o falta de ella en el acto reclamado, sin embargo, también sirve nuestro análisis.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) establece en su artículo 11 que los Estados partes reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Aunado a ello, que los Estados partes deben tomar medidas apropiadas para asegurar la efectividad de los derechos. Es claro que no basta con el reconocimiento del derecho, sino que, incluso más importante, es hacerlo efectivo.

Conforme al artículo 2 del PIDESC, cada uno de los Estados partes se compromete a adoptar medidas, 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 reconocidos en el PIDESC. Además, que los Estados partes se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Conforme a la Observación General 12, no obstante el principio de la aplicación progresiva de los derechos y el reconocimiento de los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, el PIDESC impone a los Estados partes diversas obligaciones de efecto inmediato respecto del derecho a la salud: la garantía de que el derecho pueda ser ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Además, enfatiza que dichas medidas deben ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud (Observación General 12, párrafo 30). Continuando con las obligaciones, señala la observación que, como en el caso de los demás derechos contenidos en el PIDESC, respecto del derecho a la salud, los Estados partes tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir. La primera se refiere a la obligación de facilitar, proporcionar y promover y exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud; la segunda, de proteger, requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12, y la tercera, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud (Observación General 12, párrafo 30).

Concentrándonos un poco más en la obligación de cumplir, la observación general referida señala que se requiere, en particular, que se reconozca

suficientemente el derecho a la salud en los sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y se adopte una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud:

Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales. Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país. Otras obligaciones incluyen el 11 establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos, el fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/SIDA, la salud sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas. Los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos. Con tal fin, los Estados deben formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación del aire, el agua y el suelo, incluida la contaminación causada por metales pesados tales como el plomo procedente de la gasolina. Asimismo, los Estados Partes deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud (25).

No debemos ignorar que la Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12)” establece:

1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos... 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...

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

IV. DINAMARCA Y EL NUEVO SISTEMA DE SALUD MEXICANO

En una obra previa ya disertamos en torno a los cambios que consideramos necesarios para reorientar el sistema de salud mexicano, en donde analizamos las propuestas de “seguridad social universal; propuesta del presidente del Consejo Técnico de la Confederación Nacional Campesina, Ernesto Enríquez; de Santiago Levy (Empleo productivo, reforma fiscal y seguridad social universal), de la Fundación Mexicana para la Salud, y el apartado de salud en el Pacto por México, destacando, al inicio de nuestra propuesta, que contamos con un sistema de salud complejo, segmentado, caro, con carencia

de personal, y camas, y con atención de emergencia disfuncional (Melgar, Márquez y Cano, 2014, p. 322). Argumentos y propuestas que servirán de base para este apartado.

También, atendiendo a las constantes referencias presidenciales al sistema de salud danés, destacaremos algunos de sus componentes para contrastarlos con nuestra propuesta. En términos generales, Dinamarca es un país pequeño, tiene 43,094 km² y 5,837,213 habitantes. Su forma de gobierno es una Monarquía parlamentaria; el sistema de salud danés se encuadra dentro del modelo de sistemas públicos o “Beveridge”. El sistema de salud lo administra el Ministerio del Interior y de Salud, establecido a partir del 15 de diciembre de 2022 (Indesrigs-Og, 2023, s. p.), y se financia vía impuestos y contribuciones sociales. Territorialmente cuenta con tres ámbitos políticos y administrativos: el Estado, por medio del Ministerio del Interior y de Salud, ejerce la función regulatoria y de supervisión del cuidado de la salud de las personas de la tercera edad; las cinco regiones son responsables de los hospitales, de los médicos generales y de la atención psiquiátrica, y los 98 municipios brindan diversos servicios primarios de salud y la atención a las personas de la tercera edad (Indesrigs-Og, 2023, s. p.). El gobierno federal otorga subvenciones de los ingresos fiscales a las regiones y municipios, además, se puede adquirir un seguro voluntario para cubrir ciertos pagos de medicamentos, atención dental u otros servicios (Denmark, 2023, s. p.). El sistema de salud danés se rige por The Health Act (546, junio 2005).

Atendiendo a sus características de universalidad, gratuidad, integración, calidad y accesibilidad, los hospitales públicos y privados brindan servicios con estándares de igual calidad.

Como se advierte, es un sistema descentralizado, con un regulador que diseña la política, servicios de salud cercanos a la población y servicios de atención de primer nivel concentrada en los municipios.

Ampliando la visión de este sistema de salud, H. A. Eguia, P. Sánchez-Seco Toledano, L. Eshoja, Lægehuset Rudkøbing, Rudkøbing (2019, pp. 552-558), destacan:

Su financiación es principalmente pública procediendo, por tanto, de los impuestos de los ciudadanos y presupuestos estatales. Se destina en torno a un 11% del PIB al gasto exclusivamente sanitario. La esperanza de vida media en el país es de 80,6 años, siendo la de las mujeres (82,9 años) superior a la de los hombres (79 años). Los servicios prestados al ciudadano son gratuitos con excepción de la farmacia (los pacientes pagan el coste total de los medicamentos hasta llegar a un umbral, pasando luego a pagar una tasa decreciente de copago hasta alcanzar un segundo umbral, a partir del cual los costes están totalmente cubiertos), odontología (atención gratuita hasta los 18 años) fisio-

terapia y podología (se abona 2/5 de la factura). Todo ello incluye también a personas que se encuentren temporalmente en el país; las personas que no estén registradas (residentes, inmigrantes indocumentados o visitantes extracomunitarios no cubiertos), pueden acceder al uso de los servicios de salud, pero asumiendo todo el coste de estos.

Actualmente Dinamarca tiene una estrategia de salud digital, denominada: A Coherent and Trustworthy Health Network for All, o sea, “una red de salud coherente y confiable para todos”, que busca que los pacientes experimenten el sistema de salud como una red de salud coherente y confiable en lo digital y personal (Indesrigs-Og, 2023, s. p.).

Como ya destacamos en la obra previa citada, las acciones de medicina preventiva, de salubridad pública y de acceso a los derechos humanos son complementarias, afirmando que es la “respuesta más humana y de solidaridad que la sociedad puede otorgar a otro ser humano”; también aludíamos a un sistema de salud enfocado en derechos humanos, con médicos y trabajadores éticamente comprometidos, porque cuentan con conocimientos, capacitación constante, respeto e integridad (Melgar, Márquez y Cano, 2014, pp. 325-332). Así, entre las propuestas que algunos colegas formulamos se encuentran:

- Separar el gasto de las prestaciones sociales otorgándole una fuente distinta a la de la asistencia médica (en donde se encuentra el derecho humano a la salud).
- La salud pública y los riesgos sanitarios deben operarse desde un organismo rector, que puede ser la Secretaría de Salud.
- Crear un fondo único de financiamiento al sistema de atención a la salud.
- Elevar el gasto en salud al 9% del PIB, porque con datos a 2011 destacábamos que Holanda invierte en salud el 12% de su PIB y Chile el 8% de ese indicador, lo que nos llevaba a considerar que un 9% del PIB era apropiado para México, en términos de estándares internacionales.
- Transición entre los sistemas de financiamiento actuales.
- Capacitación vigorosa en derechos humanos al personal médico y hospitalario, con un programa de incentivos a la permanencia.
- Atención médica plural, sinérgica de los sectores público-privado, integrada en un programa de consultorios populares apoyados por la iniciativa privada, con precios módicos y factura a cargo del fondo de salud.

- Un modelo sustentado en una Secretaría de Salud como agente central único, generador de políticas y comprador universal de insumo para la salud, y pagador único de los servicios relacionados con el sistema nacional de salud con enfoque de derechos humanos. Concentrando las funciones de dirección, planeación y finanzas generales; dividir el país en cuatro regiones, con el nivel de subsecretaría, que se concentrarían en la atención de primer, segundo y tercer niveles de salud; complementada con los centros de salud e instancias similares y los consultorios populares (Melgar, Márquez y Cano, 2014, pp. 325-332).

En ese sentido, para complementar las propuestas destacadas, atendiendo a la necesidad de enfocarnos, como se destacó en la introducción a la reconstrucción del sistema de salud mexicano, se requiere como mínimo para proceso de reconstrucción exitoso:

1. Evaluación de riesgos del sistema de salud.
2. Organización y definición del proceso de cambio (precisar el modelo sanitario al que se desea transitar).
3. Administración del proceso (planificar, programar y operar un proceso exitoso de cambio de modelo en salud en México, en los términos propuestos).
4. Objeto y población objetivo (interactuar con el universo de posibles usuarios del sistema nacional de salud con enfoque en derechos humanos).
5. Capacitación a los responsables (otorgar a los médicos y al personal de apoyo los medios para operar el nuevo sistema).
6. Ejecución (poner en marcha las propuestas de los puntos 3, 4 y 5).
7. Evaluación y retroalimentación,³ (identificando riesgos y problemas y proponiendo soluciones oportunas, para la consecución exitosa de la reconstrucción).

Como se advierte, en algunos aspectos la propuesta coincide con lo que se tiene en Dinamarca, sobre todo en el tema de financiamiento, en la centralización de la regulación y la política y en la construcción de un sistema con tres niveles político-administrativos.

³ Con apoyo en: Montoro, Barbara y Ferradas, Pedro, *Reconstrucción y gestión de riesgos: Una propuesta técnica y metodológica*, Perú, Soluciones Prácticas-Intermediate Technology Development Group (ITDG-Perú), 2005, destacando que su propuesta se enfoca en el manejo de desastres.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Cabo S. y Javiery Bellmont Lerma, M. (2014). *Sistemas sanitarios y reformas sanitarias. Enfoque hacia la calidad*. Fundación Mapfre.
- Cano, R. F., Márquez, D. y Melgar, P. (2014). *Medicina y estructuras jurídico-administrativas en México. Hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Chávez, V. (2020). En plena pandemia, Salud sufre despidos y contrataciones mínimas. Ante la contingencia sanitaria, y aunque variables, las contrataciones han sido mínimas. *El Financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/en-plena-pandemia-salud-sufre-despidos-y-contrataciones-minimas/> (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).
- CIEP. (2022). *Gasto en salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://ciep.mx/gasto-en-salud-y-objetivos-de-desarrollo-sostenible/> (fecha de consulta 29 de marzo de 2023).
- Denmark. (s. f.) *The Commonwealth Fund, International Health Care System Profiles*. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark> (fecha de consulta 29 de marzo de 2023).
- Eguía, H. A., Sánchez-Seco Toledano, P. y Eshoj, L. (2019). La atención primaria en Dinamarca. *Elsevier*, 45(8), pp. 552-558.
- Gobierno de México. (2023). *Exceso de Mortalidad en México*. <https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico/> (fecha de consulta 20 de marzo).
- Grupo Interinstitucional para la estimación del exceso de mortalidad por todas las causas. (2022). *Boletín Estadístico sobre el exceso de mortalidad por todas las causas durante la emergencia por COVID-19, 2022*, (39), *Semana Epidemiológica 52 del 25 al 31 de diciembre de 2022*. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2023/02/Boletin_XXXIX_ExcesoMortalidad_COVID.pdf (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).
- Holmes, S. y Sunstein, C. (2011). *El costo de los derechos. Por qué la libertad depende de los impuestos*. Siglo Veintiuno Editores.
- Indesrigs-Og Sundhedsministeriet (2023). *A Coherent and Trustworthy Health Network for all*. <https://sum.dk/publikationer-sundhed/2018/januar/a-coherent-and-trustworthy-health-network-for-all> (fecha de consulta 27 de marzo de 2023).
- INEGI. (2020). *Población según condición de afiliación a servicios de salud y sexo por entidad federativa*. <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos>

?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_01_3e83e8a1-690d-4cfb-8af0-a1e675979b3e&idrt=143&opc=t (fecha de consulta 23 de marzo de 2023).

INEGI. (2022a). *Comunicado de Prensa Núm. 779/22*, del 14 de diciembre de 2022, 2023. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/CSSS/CSSS2021.pdf> (fecha de consulta 21 de marzo de 2023).

INEGI. (2022b.). *Mortalidad*. <https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/#Tabulados> (fecha de consulta 21 de marzo de 2023).

INEGI. (2023a). *Población*. <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/> (fecha de consulta 21 de marzo de 2023).

INEGI. (2023b). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Consulta de resultados: Tabulados básicos*. <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp> (fecha de consulta 21 de marzo de 2023).

INEGI. (2023b). *Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución*. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_02_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64&idrt=143&opc=t (fecha de consulta 16 de marzo de 2023).

INEGI. (2023c). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp> (fecha de consulta 23 de marzo de 2023).

Johns Hopkins University. (2023). *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE)*. Johns Hopkins University (JHU). <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).

López Obrador, A. M. (2022). Gobierno de México garantizará derecho a la salud por encima de los desafíos, afirma presidente. <https://lopezobrador.org.mx/2022/08/30/gobierno-de-mexico-garantizara-derecho-a-la-salud-por-encima-de-los-desafios-afirma-presidente/> (fecha de consulta 21 de marzo de 2023).

Martín Zurro, A. y Cano Pérez, J. F. (Eds.). (2003). *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. (5a. ed.). Elsevier.

Montoro, B. y Ferradas, P. (2006). *Reconstrucción y gestión de riesgo: Una propuesta técnica y metodológica. Soluciones Prácticas-Intermediate Technology Development Group (ITDG-Perú)*.

Nájar, A. (s. f.). Coronavirus en México: la enorme crisis del sistema de salud que complica al país atender la pandemia de covid-19. *BBC Noticias*.

- <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51923474> (fecha de consulta 29 de marzo de 2023).
- Olivares, E. y Urrutia, A. (2022). A más tardar en un año México tendrá sistema de salud pública como en Dinamarca: AMLO. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2022/12/27/politica/a-mas-tardar-en-un-ano-mexico-tendra-sistema-de-salud-publica-como-en-dinamarca-amlo/> (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).
- S. a. (2018). Los 100 compromisos de Andrés Manuel López Obrador como presidente de México. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/politica/Los-100-compromisos-de-Andres-Manuel-Lopez-Obrador-como-presidente-de-Mexico-20181207-0072.html> (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).
- S. a. (23 de mayo de 2023). Van 10 mil despidos en sector salud: sindicato de burócratas a AMLO. *Milenio Digital*. <https://www.milenio.com/politica/fstse-contradice-amlo-10-mil-despidos-sector-salud> (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).
- Sevilla, Jordi y Riesgo, I. (2018). *Qué está pasando con tu sanidad*. España: Profit.
- Tecnológico de Monterrey. (2021). *Covid-19 en México. Datos Nacionales. Actualizados al 11 de julio de 2022. Mexicovid-19*. <https://mexicovid19.app/covid-19> (fecha de consulta 23 de marzo de 2023).
- Tesis: 1a./J.8/2019 (10a.) (2019). *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*. Décima Época.
- Tesis: 2a./J. 172/2012 (10a.) (2013). *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*. Décima Época. Libro XVII. Tomo 2. p. 1049.
- Tesis: I.8o.A.6. CS (10a) (2017). *Gaceta del Seminario Judicial de la Federación*. Décima Época. Libro 47. Tomo IV. p. 2431.
- Torres Ramírez, C. (2021). Covid-19. Situación a dos años. *Temas Estratégicos*, (99), Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República.
- Villa y Caña, P. (2023). Sigue en pie que en este año, México tendrá un sistema de salud como el de Dinamarca: AMLO. *El Universal*. https://www.eluniversal.com.mx/nacion/amlo-sigue-en-pie-que-en-este-ano-mexico-tendra-un-sistema-de-salud-como-el-de-dinamarca#google_vignette (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).
- WHO. (s. f.). *Covid-19 Americas' Regional Dashboard, Geographic Distribution of Cases and Deaths*. *ArcGIS Dashboards*. <https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/c147788564c148b6950ac7ecf54689a0> (fecha de consulta 23 de marzo de 2023).

CAPÍTULO TERCERO

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Alejandro TREVIÑO BECERRA*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Definición.* III. *El derecho a la salud en México es un derecho humano.* IV. *Terapéutica.* V. *Discusión.* VI. *Normatividad.* VII. *Derechos humanos y enfermedad renal crónica.* VIII. *Conclusiones.* IX. *Fuentes de consulta.* X. *Anexo.*

I. INTRODUCCIÓN

La rectoría del Estado no sólo ha descuidado este problema catastrófico de salud, que es la insuficiencia renal crónica (IRC) y su tratamiento sino que lo ha minimizado, y además ha otorgado su solución con alto costo a compañías privadas que carecen del sentido humanístico y científico para cubrir la terapia renal crónica en México, haciendo de lado la prevención, la detección renal, así como la enseñanza y la investigación (Treviño Becerra, 2004, pp. 3 y 4).

II. DEFINICIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es la presencia persistente mayor a tres meses de marcadores que afectan la estructura y la función renal. Estos cambios son debidos en parte a su etiopatogenia, por la estructura del riñón afectada (glomérulo, vasos, túbulos o intersticio), su severidad y el grado de progresión. Las guías *Kidney Disease Improving Global Outcomes, KDIGO* (2012, s. p.) han confirmado la definición de ERC como la presencia durante más de tres meses de filtrado glomerular (FG) menor de 60mL/min/1.73 m² (tabla 1).

* Nefrólogo con certificación vigente. Academia Nacional de Medicina de México. *atreve16@yahoo.com.mx*.

TABLA 1
ETIOLOGÍA

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	
Diabetes mellitus	40.3%
Hipertensión arterial	27.1%
Glomerulonefritis	12.9%
Enfermedad intersticial	4.2%
Quística/hereditaria/congénita	3.4%
Tumores/neoplasias	1.7%
Otras causas	2.9%
Causas desconocidas	7.5%

FUENTE: *Elaboración propia basado en KDIGO.*

III. EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO ES UN DERECHO HUMANO

En México se reconoce la salud como un derecho humano, fundamental y social. El artículo 4o. reformado de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) (*Diario Oficial de la Federación [DOF]*, 8 de mayo de 2020) establece:

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 definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos).

En México, para proteger este derecho fundamental fue necesario implementarlo tomando en cuenta la Ley General de Salud, la cual creó el Sistema Nacional de Salud.

En el documento elaborado por el doctor Fernando Cano Valle que es la base conceptual para invitarnos a escribir sobre derechos humanos, enfermedades y su planteamiento sanitario, así como para ofrecer recursos terapéuticos que mantengan o devuelvan la salud. Cito: “El derecho a la protección a la salud está vinculado, por su origen, al derecho asistencial y al de la seguridad social. Al incluirse en el texto constitucional el derecho a la protección de la salud adquiere autonomía, incorporándose a la cada vez más larga lista de los derechos sociales” (2018, pp.15-28).

Miembros destacados de la comunidad nefrológica de nuestro país, hemos incursionado en el análisis, planteamiento y oferta de soluciones al severo problema de la atención de las enfermedades renales y su principal exponente la IRC, antes llamada terminal, sin obtener resultados tangibles a las ofertas de solución planteadas, así que la problemática de la atención de esta enfermedad es continuo tema de discusión y avances pendientes.¹

A la luz de los acontecimientos desde que llegó al gobierno la Cuarta Transformación y la incapacidad de los entes gubernamentales para regular este desbordamiento de enfermos y que han creado una regulación excesiva de la hemodiálisis con normas oficiales, con reglamentos, guías de práctica clínica, licitaciones bajo lineamientos; pero persiste el no enfoque a lo primordial: diagnosticar y tratar oportunamente a los sujetos con ERC. Sólo que ahora el problema se acrecienta por el enorme número de enfermos, por el tremendo gasto, por la eliminación del Seguro Popular y la fallida intervención del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), así como la aparición de nuevas compañías de servicios de hemodiálisis subrogada, pero sobre todo por la carencia de políticas públicas referentes no a la ERC, ni a la IRC, sino a la atención nefrológica, en esto deben de involucrarse las asociaciones de especialistas.

Se carece de un organismo federal para la regulación de las unidades de hemodiálisis públicas y privadas que permitan identificar a los enfermos que iniciarán hemodiálisis crónica y establecer y vigilar los controles de calidad y los indicadores de resultados, ello permitirá mejorar la atención, los resultados e influir favorablemente en los procesos mercantiles de este tratamiento (Treviño, 2022, pp. 413-432).

¹ Trabajos relacionados: Hernández, G., Exaire, E., Bordes, J., Dib, A., Tamayo y O., J. (1995). “Algunas reflexiones sobre la insuficiencia renal crónica en México”. *Gaceta Médica de México*. 131(4), pp. 459-463. García, G. G. *et al.* (2013). “Identifying hundred cases of chronic kidney disease in México. Targeting High Risk Populations”. *Archives of Medical Research*, 8, pp. 626 y 627. Amato, D. *et al.* (2005). “Prevalence of chronic kidney disease in an urban Mexican Population”. *Kidney Internat Supplement*, 97, pp. 11-17.

En Estados Unidos de Norteamérica (EUA) se gastan anualmente billones de dólares en diálisis crónica. En México en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es ya el tercer gasto en salud, tan solo debajo de la diabetes mellitus y de la atención perinatal, sin embargo, tener en cuenta que el número de enfermos renales crónicos es menor que la cantidad de los diabéticos o hipertensos que cubre el Seguro Social, de tal manera que el costo de la atención nefrológica por individuo enfermo supera el costo anual de las otras enfermedades crónicas degenerativas. Además representa la segunda causa de internamiento (Treviño, 2013, pp.3-21).

La ERC se presenta aproximadamente en uno de cada 10 individuos, ocupa el tercer lugar en mortalidad en el IMSS y el sexto sitio de prevalencia entre las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, y la segunda enfermedad en el número de años de vida saludables perdidos, además se considera que para el año 2040 será la quinta causa de muerte en el mundo. En la actualidad se ha dividido a la evolución de la ERC en cinco etapas (tabla 2).

TABLA 2
CLASIFICACIÓN

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	
<i>Filtración glomerular</i>	
Grado I	> 90 mL./min. o con hiperfiltración
Grado II	60 a 89 mL./min (subclínica)
Grado III	30 a 59 mL./min (clínica)
Grado IV	15 a 29 mL./min (prediálisis)
Grado V	> de 15 mL./min (Inicio de diálisis o trasplante)

IV. TERAPÉUTICA

La insuficiencia renal es crónica, progresiva, caquetizante, mortal y depriva al entorno social. El estado urémico genera trastornos variados en diferentes territorios del organismo: a saber: digestivos, cardiovasculares, hemopoyéticos, hematológicos, óseos, dermatológicos, hormonales y psicológicos (tabla 3).

Las medidas nutricionales y farmacológicas otorgan protección renal para que el riñón enfermo se le cuide y contrarresten, sus efectos deletéreos

en el paciente y evitar o retardar que lo lleve a los tratamientos substitutivos o a la muerte.

1. *Nutrición*

Los enfermos con ERC que tengan filtración glomerular mayor de 60mL/min (50% de lo normal) no requieren ninguna modificación o restricción alimenticia, salvo las coincidentes con su enfermedad causal.

El apoyo nutricional para los pacientes con IRC se ha practicado por décadas, en la época que no existían los tratamientos de sustitución renal o antes del inicio de la terapia renal de reemplazo los pacientes fueron instruidos a seguir una dieta baja en proteínas, baja en sal, con alto contenido en grasas y carbohidratos, utilizando en ocasiones suplementos alimenticios sin proteína, estos conceptos han evolucionado, pero desafortunadamente en muchos medios se sigue utilizando la llamada dieta para nefrópata (seca, hiposódica estricta y con restricción total de proteína animal) lo cual es perjudicial (Treviño y Venneger, 2022, pp. 413-432; véase en la tabla 4).

TABLA 3
SIGNOS Y SÍNTOMAS

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

- Elevación de la presión arterial
- Inversión del nictámero
- Síntomas digestivos
- Anemia y alteraciones plaquetarias
- Alteraciones cardiopulmonares
- Alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y de los lípidos
- Alteraciones de la esfera sexual
- Alteraciones cutáneas
- Manifestaciones neurológicas (centrales y periféricas)
- Depresión
- Coma urémico

TABLA 4
RECURSOS TERAPÉUTICOS PARA LA IRC

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

- Nutrición renal
- Fármacos
- Diálisis Peritoneal continua (en domicilio del paciente)
- Diálisis Peritoneal mecánica (intra y extrahospitalaria)
- Hemodiálisis hospitalaria (intramuros)
- Hemodiálisis en clínicas (extramuros)
- Hemodiálisis en casa* (no disponible en México)
- Terapias lentas de reemplazo renal
- Trasplante renal de donante cadáver
- Trasplante renal de donante vivo

FUENTE: *Elaboración propia*

2. ¿A quién dializar?

En la literatura especializada y en la práctica se identifican tres situaciones para el inicio de diálisis crónica:

- a) Emergencia cuando el enfermo está muy avanzado o no lleva tratamiento correcto o imprevisiblemente se encuentra con uremia avanzada o ante la presencia de hipercalcemia o edema pulmonar agudo.
- b) Prematura, o inicio temprano con pocos síntomas y con filtración glomerular superior a 10mL/min (10%).
- c) La estándar o adecuada con filtración glomerular entre 5 y 10 mL/minuto y sintomatología.

3. *Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)*

Mediante un catéter permanente en abdomen a través del cual el paciente recibe diariamente de 8 a 12 litros de líquido de diálisis que recambia en intervalos de 4 a 6 horas durante las 24 horas del día, cotidianamente.

En los últimos años se han desarrollado los programas de diálisis peritoneal automática, en que el enfermo o un familiar o ayudante lo realiza en la casa del paciente y se puede recurrir a máquinas semiautomáticas que efectúan este procedimiento. En el IMSS, en 1990, se llegó a la impresionante cifra de 93% de los pacientes en diálisis peritoneal del total de diálisis crónica.

4. *Hemodiálisis*

El otro gran recurso es la hemodiálisis (Hd), mediante el aparato llamado riñón artificial, se extrae la sangre del paciente y extracorpóreamente pasa por un filtro de membrana sintética que elimina, al igual que el peritoneo, líquidos, electrolitos, urea, creatinina, ácido úrico, nutrientes, toxinas urémicas. Con este método el paciente recibe 2 a 3 sesiones a la semana con 3 o 4 horas de duración. En México este tratamiento ha aumentado en número en los últimos 12 años a expensas de clínicas privadas que reciben enfermos subrogados de la seguridad social, pero los resultados dejan que desear (Treviño, 2023, pp. 3-21).

5. *Trasplante renal*

En nuestro país los esfuerzos nacionales han elevado el número anual por arriba de 2500 (casi el 80% en el IMSS), el 70% es de donador vivo relacionado y solamente el 30% de origen cadavérico, cifra opuesta a la experiencia mundial. En México por cada enfermo que se trasplanta están 25 en diálisis crónica y muchos de ellos sin expectativas de llegar al trasplante, la espera del Centro Nacional de Trasplantes (Cenatra) es de 3 a 5 años.

Las terapias mencionadas consumen grandes recursos económicos, materiales y humanos en todo el mundo y se ha considerado que ninguna economía podría sostener estas terapias. En nuestro país el costo directo anual por paciente oscila entre 60 mil a 300 mil pesos.

Por otro lado, la dificultad que encierra el concepto sobre la progresión de la ERC ha hecho que se busquen, con cierta desesperación enfoques o posibles tratamientos alternativos, pero no se puede desviar el conocimiento científico objetivo.

V. DISCUSIÓN

En 1982 el candidato a la Presidencia de la República, Miguel de la Madrid, llamó al doctor Guillermo Soberón, quien había concluido su rectorado en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y le dio dos encargos: 1) hacer una Ley General de Salud, donde se otorgue *el cuidado a la salud* a todos los habitantes de México, cuando se dieron cuenta de que no había recursos suficientes, a la ley se le dio el giro que permanece en la actualidad “protección a la salud”; 2) el otro encargo era diseñar un sistema de atención a la salud universal, fue cuando el líder de la CTM, Fidel Velázquez, sentenció: “el IMSS es solo de los trabajadores” y ese proyecto de unificar en un solo organismo la atención médica en el país quedó en un intento. El doctor Soberón fue designado secretario de Salud.

En esa época la atención nefrológica era muy selectiva sólo para pacientes con enfermedad renal primaria; años más tarde el IMSS se vio obligado a prestar tratamiento de diálisis y trasplante a pacientes con enfermedad renal secundaria como son los diabéticos y los hipertensos lo que ocasionó el crecimiento en número de la atención con los métodos substitutivos de la IRC, ya señalados.

En una sesión de la Academia Nacional de Medicina, en 2018, coordinada por su presidente, el doctor Mansilla, para replantear la atención médica en México (Cano, 2018, pp. 15-28), participé y dije: “La era Soberón está por concluir”, pero nunca imaginé que con el gobierno de López Obrador el fin de esa etapa fuera tan abrupta y desmedida sin tener un respaldo con la cancelación del Seguro Popular y la sustitución por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), que pretende cubrir la atención médica a los pobladores que no cuentan con seguridad social que para 2022 estaba tratando de dar atención a mayor población pero con menos recursos y ha fallado. Así como federalizar nuevamente la prestación de servicios estatales de salud.

“El Insabi es descrito como una institución que brindará atención médica ‘sin restricciones’ al contemplar el acceso universal, mas no es lo mismo ‘acceso’ que ‘cobertura’” (Ilán y Hernández, 2021, pp. 89-94).

En el caso de la atención de la ERC salvo un breve periodo en 2005 mediante la intervención del Comité Permanente de Tratamientos de la Insuficiencia Renal Crónica (Competirc) de la Academia Nacional de Medicina, que coordiné durante 12 años y de la doctora Mercedes Juan, quien era la secretaria del Consejo de Salubridad General se logró que gastos catastróficos del Seguro Popular cubriera a la IRC y a la hemodiálisis, sin embargo

la aplicación en la práctica en tres estados del país sin nefrólogos fue para diálisis peritoneal y se obtuvieron malos resultados, la administración del presidente Calderón lo canceló, argumentó que no habría recursos económicos suficientes que pudieran costear estos tratamientos a la población no derechohabiente.

De tal manera que la ERC en la actualidad es huérfana, no entró a los causes, ni a gastos catastróficos del Seguro Popular, tampoco está cubierta por el Insabi, no cubre trasplante renal, sin embargo, el IMSS si lo otorga y paga por los tratamientos dialíticos aproximadamente a 100 mil derechohabientes en la actualidad.

La incógnita es ¿si la nueva dependencia IMSS-Bienestar incluirá a diálisis crónica y trasplante renal para los no asegurados? De hacerlo el presupuesto a ejercer estará fuera de contención y los resultados serán cuestionables.

EUA en la década de los sesenta del siglo pasado modificó la Ley del Seguro Social, clasificó a los pacientes con nefropatía terminal como discapacitados y autorizó a Medicare el pago de alrededor de 90% del costo de la diálisis en cada enfermo (Iglehart, 1999, pp. 327-332).

VI. NORMATIVIDAD

La primera Norma Oficial Mexicana (NOM) de Hd se concluyó en 1998, fueron documentos sobresalientes porque definió los cuidados y acciones para evitar la propagación de las hepatitis y VIH en las unidades de Hd que ocurrían en el manejo de la sangre y los contagios, de tal manera que se erradicaron esos dos flagelos, el otro gran logro de la NOM es que al regular las nuevas unidades de Hd extrahospitalarias cumpliera con un mínimo de instalación física y sanitaria, pero inició el debate sobre la presencia y acción del médico nefrólogo, como profesional insustituible en el funcionamiento de esas unidades y a cargo de los enfermos (NOM para la práctica de la hemodiálisis. s. f. www.gob.mx).

Guillermo Hernández Llamas hace un análisis a 25 años de distancia de que el Competirc de la Academia Nacional de Medicina, introdujera al Plan Nacional de Salud 2001-2006 siete puntos, a saber: 1) Programas de detección temprana de enfermedades renales (no cumplida). 2) Elaboración del Registro Nacional de IRC (no cumplido). 3) Modificación progresiva del balance de diálisis peritoneal (90%) y hemodiálisis (10%) lo que se ha logrado en la actualidad tenemos aproximadamente 50% Dp y 50% Hd. 4) Se logró que las unidades de Hd estén exclusivamente a cargo de médicos

nefrólogos certificados. 5) No existe un ente responsable y activo sobre la certificación de las unidades de Hd. 6) Se elaboró el proyecto de la NOM de Diálisis Peritoneal, pero fue desechada argumentando que era tratamiento estrictamente domiciliario. 7) Reforzamiento de los programas de formación del nefrólogo si se logró ya que de cinco programas que había entonces creció a más de 25 en los últimos años tanto en la Ciudad de México como en el interior del país. Como se ve hay tareas pendientes, algunas de ellas vigentes, otras irrealizables y otras nuevas que hay que enfrentar (Hernández, 2021, pp. 123-133).

1. *Regulaciones excesivas*

A continuación se listan los documentos regulatorios que deben acatar las unidades de Hd para que se les permita, en teoría, su financiamiento porque esto no se cumple a cabalidad y se producen desregulaciones en la práctica.

1. Norma Oficial Mexicana de Hemodiálisis en su cuarta versión (2017, la quinta está por publicarse).
2. Cédula de Evaluación de las Unidades de Hemodiálisis del Consejo de Salubridad General.
3. Lineamientos para apertura de unidades de hemodiálisis (Cofepris).
4. Guías de prácticas clínicas y protocolo de práctica clínica.
5. Bases de Licitación IMSS para Hemodiálisis Extramuros.
6. Cédulas de evaluación para unidades subrogadas de hemodiálisis.
7. Manuales de procedimientos.
8. Manuales técnicos.
9. Protección civil.
10. Reglamento de bomberos.
11. Cobertura de seguro.
12. Licitaciones y contratos.
13. Copia del manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis, manual de procedimientos técnicos de enfermería.
14. Otros documentos desde protección civil hasta bomberos y seguros.

Con estos indicadores se da una puntuación a las unidades de Hd y el paciente tiene la facultad de escoger o rechazar la unidad para tratarse, dependiendo de la calificación o de la ubicación.

TABLA 5
INDICADORES DE RESULTADOS TERAPÉUTICOS
DE LA HEMODIÁLISIS

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

- Horas semanales de Hd
- Días de internamiento por complicación (anual)
- Duración de la vía vascular de acceso
- Infecciones recurrentes
- Desnutrición
- Número de medicamentos
- Dosis de eritropoyetina
- Edema
- Peso estable
- Hipertensión arterial de difícil control
- Insuficiencia cardíaca
- Incapacidad laboral o discapacidad
- Cambio a trasplante renal
- Abandono
- Defunciones

2. *Indicadores de resultados*

Ninguno de estos documentos tiene en su contenido los *indicadores de resultados* que emplean los países donde se efectúa tratamiento hemodialítico proporcionado por compañías públicas y privadas, para medir la calidad de los tratamientos y la evolución de los enfermos, los que en nuestro país no se toman en cuenta (tabla 5).

Fallas intrínsecas y extrínsecas. Las fallas intrínsecas que acompañan a los errores extrínsecos en la aplicación de los tratamientos sustitutivos renales son circunstanciales, les han encarecido y, por lo tanto, han impedido que puedan llegar a mayor población, sobre todo a los enfermos pobres marginados de países ricos o de los países con menor ingreso económico, ya que los tomadores de decisiones no asimilan esta problemática, aunado a la ausencia de las políticas públicas de la terapia de ERC, todo ello ha servido

para alejar la terapia renal de núcleos poblacionales necesitados (Treviño, 2022, pp.19-26).

Otro sector externo, que ha influido en la nefrología, es la presencia de la industria farmacéutica, además, de los fabricantes y distribuidores de equipos y materiales para hemodiálisis, diálisis peritoneal y terapias lentas de reemplazo renal. Estos entes con sus campañas mercadológicas, con sus metas de ventas y con los “stocks” de sus mercancías influyen día a día, poderosamente, en la conducta y actuación del especialista, modificando las conductas terapéuticas, que no siempre son las más recomendadas y acertadas.

El otro gran componente extrínseco es el sector salud que sólo cumple con cubrir las erogaciones anualmente por el pago de Hd y aparentemente no tiene intensiones o acciones para gestionar cambios con innovaciones y restricciones o modelos nuevos terapéuticos e impulsado la investigación médica, social y operativa.

3. *Propuestas*

Las propuestas para mejorar la atención de la enfermedad renal a la luz de los derechos humanos pueden ser interminables, algunas repetidas con en el paso del tiempo y otras irrealizables, de tal manera que en esta sección las agrupo en cinco.

A. *Prevención*

Se habla mucho de la prevención, pero si en nuestro país como en el resto del mundo del 60 al 70% de los pacientes en diálisis crónica son por diabetes o hipertensión arterial y 7% por causa desconocida: ¿qué podemos hacer los nefrólogos por la prevención en las etapas I y II? Debemos recibir a los pacientes enviados de otros niveles, diagnosticarlos y hacer un plan terapéutico con consultas periódicas y frecuentes en consulta especializada identificada como clínica de uremia. En la etapa III se recomienda vida sana y fármacos diseñados para padecimientos no nefrológicos, y podemos cuidar efectivamente a los pacientes grados III-V para evitar que lleguen prematuramente o en malas condiciones a la etapa V, mediante la protección renal estas son acciones encaminadas a no dañar al riñón ya enfermo y emplear cuidados médicos y nutricionales que requiere que el enfermo sea consultado frecuentemente por el nefrólogo y para ajustar tanto nutrientes como fármacos conforme progresa, con lentitud a la IRC avanzada, con-

trasta con la rapidez de la declinación de la función renal cuando no se otorgan cuidados especializados.

B. *Unidad rectora de tratamiento de diálisis*

Es indispensable crear un ente público o privado que realice las siguientes funciones:

- Censo nacional de pacientes en diálisis.
- “Licenciar” a las unidades de Hd.
- Marcar parámetros obligatorios de su funcionamiento.
- Recabar información obligatoria de los procesos de Hd.
- Hacer eficientes los programas de diálisis.
- Precisar los indicadores de resultados.
- Capacitación a especialistas.
- Capacitación en la nutrición clínica renal.
- Ofertar diálisis de más calidad a menor costo a mayor número de enfermos.
- Evaluar proveedores.

Esta entidad conjuntaría y depuraría las múltiples reglamentaciones de diferente índole y las agruparía para formar una sólida reglamentación, realizable y verificable algo parecido a los centros nacionales y estatales de la transfusión.

C. *Recursos humanos*

- Redefinir la enseñanza de la nefrología tanto en licenciatura como en posgrado.
- Formalizar una “Confederación” que aglutine, para efectos académicos, a las diferentes instancias de representatividad nefrológica (colegio, consejo, sociedades, agrupaciones de la especialidad).
- Impulsar la enseñanza clínica de la nutrición renal.
- Centros de capacitación para enfermeras.
- Uniformar los criterios de atención médica nefrológica. Evitar el acceso precoz o tardío a diálisis crónica.
- Establecer el balance de diálisis extracorpórea y peritoneal para mantener crecimiento armónico de los programas eficientes de diálisis peritoneal o Hd e impulsar los programas de trasplante renal.

D. *ERC y atención primaria a la salud*

Un enfoque en la atención primaria a la salud en la ERC, dirigido al médico general, estudiantes de ciencias de la salud, al pasante de medicina (Treviño, 2022, pp. 101-107), otros especialistas, e incluso al propio nefrólogo, para que se tenga un conocimiento preciso y útil sobre esta enfermedad, lo cual ayudará a la mejor atención del enfermo renal en el primer nivel de atención y a la referencia oportuna y práctica de los departamentos de nefrología del segundo y tercer nivel públicos y privados, así como al envío del enfermo renal crónico del nefrólogo al médico de primer contacto y permita un correcto análisis de los enfermos renales crónicos tanto en las etapas iniciales de la ERC hasta la más avanzada, conocida ahora como “prediálisis”.

E. *Contaminación ambiental y consumo de agua*

La diálisis se encuentra ubicada en los prototipos de alta tecnología aplicada a la salud, considerando que hay más de 4 000 000 de pacientes en hemodiálisis en el mundo, se producen desechos o residuos de no menos de 2kg por tratamiento, lo que lleva a 320kg por paciente al año, lo que da un total de más de un millón de toneladas de material de desecho potencialmente dañino.

¿Es aceptable que un paciente en Hd consuma 80 litros de agua Ld tres veces por semana y un paciente en Dp en su domicilio consuma de 240 a 360 litros de Ld al mes? Estos altos consumos de agua y generación de desechos constituyen otro gran dilema sobre el manejo de los residuos y el consumo de agua en el mundo, porque a veces se carece del líquido, lo que ha generado el nuevo concepto de “diálisis verde”, que está intentando buscar solución al respecto.²

VII. DERECHOS HUMANOS Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Resaltar que dentro del derecho humano a la salud hay situaciones específicas demandantes de los enfermos renales crónicos respecto a sus tratamientos.

² Al respecto se puede consultar: Piccoli, G. B y Mery D. (2017). “Sister Earth, Our Common Home. Toward a sustainable, planet friendly. Approach to Dialysis, a Paradigm of high Technology Medicin”. *Journal of Renal Nutrition*. 27(6), pp. 487-484. Agar, J. W. (2013). “It is Time for “Green dialysis”. *Hemodial*, 17, pp. 474-478.

El enfermo con ERC tiene derecho a:

1. Recibir tratamiento nefrológico oportuno y de calidad desde las etapas iniciales de la enfermedad.
2. En las etapas tempranas de la enfermedad renal tener acceso a las medicinas esenciales.
3. Escoger junto con el médico, el tipo de diálisis.
4. Seleccionar la unidad de diálisis que más le convenga por cercanía y calidad.
5. Conocer los indicadores de resultados que señalan la calidad de la unidad de Hd.
6. Si hay indicaciones médicas, podrá ingresar a la lista de espera para trasplante renal.
7. Deberá conocer las expectativas de sobrevida y rehabilitación de los diferentes tratamientos mencionados.
8. Tendrá derecho a pedir ser retirado de los programas de diálisis crónica y recibir cuidados paliativos.
9. El enfermo renal en diálisis crónica tiene derecho a recibir los medicamentos complementarios del tratamiento, entre otros, eritropoyetina, hierros de última generación, calcimiméticos.
10. El enfermo renal trasplantado tiene derecho a recibir los medicamentos inmunosupresores de calidad comprobada.
11. El enfermo renal trasplantado tiene derecho a reinserción laboral, pero sobre todo, a que la ERC se ubique en el listado de enfermedades crónicas que cubre el Insabi o el programa IMSS-Bienestar.

VIII. CONCLUSIONES

Para la reestructuración del Sistema Nacional de Salud se debe tener muy en cuenta a la ERC, y su máximo exponente que es la IRC, además de las siguientes conclusiones, que no son la solución de todo el proceso complejo de la atención nefrológica, pero que sí señalan acciones que se deben de emprender por la comunidad, las organizaciones nefrológicas y el Estado mismo en un tiempo breve de lo contrario las consecuencias serán irreparables.

1. *Registro*

Se ha solicitado a las autoridades competentes innumerables veces que se establezca un registro nacional único sobre los pacientes en diálisis crónica.

nica o al menos un censo que permita conocer el número real de enfermos en diálisis crónica, su etiología, evolución y resultados y este instrumento ayuden a incluir más pacientes e identificar los costos y presupuestos.

2. *Preceptos ético-médicos vulnerados por la sobrerregulación en Hd*

1. Descuida la atención al enfermo.
2. Limita la libertad profesional del especialista.
3. El cuidado médico se fragmenta.
4. La superposición de reglamentaciones, impiden o retardan la continuidad terapéutica del enfermo.
5. Se pierde la confianza de los familiares y del paciente.
6. Coaptación de la libertad del médico para otorgar el mejor tratamiento.
7. Se limita el compromiso ético con el enfermo para brindarle los mejores cuidados dentro y fuera de la Hd.
8. Al enfermo se le da trato de un procedimiento en un contrato mercantil entre particulares y las instituciones de salud.
9. Resalta el problema ético de la contaminación ambiental por los residuos y el elevado consumo de agua por los tratamientos dialíticos.
10. Se limita la investigación en la enfermedad renal.

3. *Unidad rectora*

Se requiere establecer con premura un organismo federal o de la sociedad civil para reglamentar las unidades de Hd públicas y privadas que conjunte y depure las regulaciones existentes, que permitan identificar oportunamente a los enfermos que iniciarán diálisis crónica, así como establecer los indicadores de resultados y gestione una atención nefrológica oportuna y eficiente. Ello permitirá mejorar la atención, la calidad de vida e influir favorablemente en los procesos mercantiles de este tratamiento de un elevado costo. Además sería la encargada de llevar el registro de pacientes en diálisis crónica.

4. *Formación del médico*

Hago hincapié en que todas las escuelas y facultades de medicina incluyan en los planes de estudio la materia de nefrología con un programa

completo, razonado y preparatorio, no solo para el pasante de medicina sino para el médico general y que les sirva también a los que realicen otras especialidades. Es una antigua y reiterada demanda que hasta la fecha no se ha podido cumplir del todo.

5. *Práctica de la especialidad de nefrología*

Las fallas intrínsecas, extrínsecas y la fragmentación de la nefrología, el encarecimiento de los métodos diagnósticos, la irreversibilidad de los tratamientos substitutivos, además con lo lejano que esta el xenotrasplante y la medicina regenerativa del riñón, con la casi imposible prevención de las enfermedades renales secundarias (diabetes e hipertensión arterial).

Por ello mientras por un lado no haya más recursos económicos para la investigación y falta una efectiva detección de nefrópatas estadios I y II, sin una terapia de protección renal en las etapas III y IV, seguirá la brecha de atención para aquellos que al llegar a la etapa V puedan acceder a tratamientos sustitutivo de calidad y los que no pueden acceder a la atención oportuna, en muchos pacientes su terapia es limitada o de mala calidad.

6. *Salud renal*

En el mundo existen 750 millones de enfermos renales crónicos, una gran parte con poco acceso a servicios de medicina renal. Se recomienda un índice de 23 nefrólogos por millón de habitantes en nuestro país aproximadamente hay 10 nefrólogos por millón de habitantes.

En los pacientes con ERC se debe vigilar cuando aparezca la IRC, procurar que se retarde su progresión y evitar que se complique, es conveniente promover la calidad del uso de la medicación.

7. *Medicinas esenciales*

La Organización Mundial de la Salud ha señalado como medicinas esenciales aquellas que satisfacen las necesidades prioritarias para la salud de la población y mejorar el acceso a lo esencial, de calidad, seguro, efectivo y accesible y marcar políticas para su manejo. La Sociedad Internacional de Nefrología ha señalado, en su caso, como medicamentos esenciales: an-

tihipertensivos, estatinas, para controlar la elevación el potasio, esteroides, fármacos contra la anemia, para el control de la enfermedad metabólica ósea, pero olvidaron el alopurinol, que yo hago énfasis que se debe incluir en el listado.

Para que la nefrología progrese se deben de tener en un futuro nuevos medicamentos con un objetivo terapéutico y análisis de combinación con fármacos e identificación de biomarcadores.

8. *Sistema Nacional de Salud*

En la cada vez más necesaria reestructuración del Sistema Nacional de Salud y de todos sus componentes, no se puede marginar a la nefrología y a sus ejecutores, primordialmente al nefrólogo para que se rencause la atención renal mediante una prevención de las enfermedades renales secundarias y se trate oportuna y eficientemente a las enfermedades renales primarias, y se sigan los cuidados de protección renal activamente, para llegado el momento ofrecer tratamientos de calidad comprobada de diálisis peritoneal, Hd y trasplante a menor costo para que los presupuestos que se asignen sean mejor utilizados y se hagan los tratamientos requeridos a mayor número de pacientes, se mejoren los programas de trasplante renal, se optimice la enseñanza de la especialidad y se impulse la investigación y se esté en buena actitud ante las nuevas corrientes del pensamiento nefrológico y científico.

9. *Otros*

La tendencia en estos últimos años es un mayor uso de la telemedicina y la llamada “diálisis verde” aquella que genere menor cantidad de residuos.

IX. FUENTES DE CONSULTA

Amato, D., Álvarez-Aguilar, C., Castañeda-Limones, R., Rodríguez, E., Avila-Díaz, M., Arreola, F., Gomez, A., Ballesteros, H., Becerril, R. y Paniagua, R. (2005). *Prevalence of chronic kidney disease in an urban Mexican population. Kidney international. Supplement*, (97), 11-17. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1523-1755.2005.09702.x>

- Cárdenas, C. (2021). *Por una democracia progresista. Debatir el presente para un mejor futuro*. Debate.
- Hernández G. (2021). Algunas reflexiones sobre la Enfermedad Renal Crónica en México, veinticinco años después. *Nefrología Mexicana* 42(4), 123-133.
- Iglehart, J. K. (1999). The American Health care System. *Medicare*, 340(4), 327- 332. DOI: 10.1056/NEJM199901283400424.
- Ilan Marcos, E. y Hernández Mier, C. (2021). El derecho a la salud es un derecho humano. *Revista CONAMED*, 26(2), 89-94. DOI:10.35366/100351.
- Martín. M. F. (2019). *El Naufragio de México. 16 ensayos sobre el futuro del país*. Grijalbo.
- Obrador, V. G. (2012). *Guía latinoamericana de práctica clínica sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de los estados 1-5 de la enfermedad renal crónica*. Fundación Mexicana del Riñón.
- Rivero S. O. y Paredes S. R. (eds.). (2006). *La ética en la participación de terceros en medicina. En ética en el ejercicio de la medicina*. Panamericana.
- Schettino., M. (2022). *México en el precipicio. El fracaso económico de la 4T*. Ariel.
- Tamayo, O. J. y Lastiri, Q. H. S. (2017). *La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla*. Academia Nacional de Medicina. Conacyt. Ed. Intersistemas.
- Treviño, B. A. (2022). Pasante de medicina y nefrología. En Rivero, S. O. (Coord.) *Aspectos médicos relevantes, para la buena práctica del médico pasante en servicio social*. 101-107, UNAM.
- Treviño, B. A. (2022). Desorientación intrínseca y extrínseca en la atención nefrológica. *Gaceta Médica de México*, 19-26.
- Treviño, B. A. (2023). *Enfermedad renal crónica y atención primaria a la salud., Integración a la Nefrología*. Ed. Alfil.
- Treviño, B. A. (comp.). (2013). *Hemodiálisis esquemática*. Prado. Ciudad de México.
- Treviño. B. A. (2016). La atención nefrológica en México. Retos y replanteamiento. *Seminario sobre Medicina y Salud*. UNAM.

X. ANEXO

TABLA 1
ETIOLOGÍA

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	
Diabetes mellitus	40.3%
Hipertensión arterial	27.1%
Glomerulonefritis	12.9%
Enfermedad intersticial	4.2%
Quística/hereditaria/congénita	3.4%
Tumores/neoplasias	1.7%
Otras causas	2.9%
Causas desconocidas	7.5%

FUENTE: *Elaboración propia.*

Tabla 2
CLASIFICACIÓN

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	
<i>Filtración glomerular</i>	
Grado I	> 90 mL/min. o con hiperfiltración
Grado II	60 a 89 mL./min (subclínica)
Grado III	30 a 59 mL./min (clínica)
Grado IV	15 A 29 ML./MIN (PRE DIÁLISIS)
Grado V	> de 15 mL/min (inicio de diálisis o trasplante)

FUENTE: *Elaboración propia.*

Tabla 3
SIGNOS Y SÍNTOMAS

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

- Elevación de la presión arterial
- Inversión del nictámero
- Síntomas digestivos
- Anemia y alteraciones plaquetarias
- Alteraciones cardiopulmonares
- Alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y de los lípidos
- Alteraciones de la esfera sexual
- Alteraciones cutáneas
- Manifestaciones neurológicas (centrales y periféricas)
- Depresión
- Coma urémico

FUENTE: *Elaboración propia.*

Tabla 4
RECURSOS TERAPÉUTICOS PARA LA IRC

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

- Nutrición renal
- Fármacos
- Diálisis peritoneal continua (en domicilio del paciente)
- Diálisis peritoneal mecánica (intra y extrahospitalaria)
- Hemodiálisis hospitalaria (intramuros)
- Hemodiálisis en clínicas (extramuros)
- Hemodiálisis en casa* (no disponible en México)
- Terapias lentas de reemplazo renal
- Trasplante renal de donante cadáver
- Trasplante renal de donante vivo

FUENTE: *Elaboración propia.*

TABLA 5
INDICADORES DE RESULTADOS TERAPÉUTICOS
DE LA HEMODIÁLISIS

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

- Horas semanales de Hd
- Días de internamiento por complicación (anual)
- Duración de la vía vascular de acceso
- Infecciones recurrentes
- Desnutrición
- Número de medicamentos
- Dosis de eritropoyetina
- Edema
- Peso estable
- Hipertensión arterial de difícil control
- Insuficiencia cardíaca
- Incapacidad laboral o discapacidad
- Cambio a trasplante renal
- Abandono
- Defunciones

FUENTE: *Elaboración propia.*

CAPÍTULO CUARTO

LA SALUD MATERNO-INFANTIL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

José Antonio MORENO SÁNCHEZ*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *La atención médica deseada.* III. *Derechos sexuales y reproductivos y la salud materna preconcepcional.* IV. *Malos tratos hacia las personas dentro de las unidades médicas.* V. *Violencia y falta de respeto durante el embarazo, parto y puerperio.* VI. *El nacimiento pretérmino.* VII. *La salud neonatal e infantil.* VIII. *Nutrición y desnutrición.* IX. *Hábitos saludables.* X. *Vacunación infantil.* XI. *El maltrato infantil.* XII. *Conclusiones.* XIII. *Fuentes de consulta.*

I. INTRODUCCIÓN

No resulta difícil percatarse de las deficiencias en los servicios de salud materno-infantil, en los que se evidencia el rechazo cotidiano de pacientes en las unidades médicas de cualquier nivel de atención: el acceso diferenciado a sus instalaciones, servicios ineficaces, reiteradas quejas médicas, pérdidas continuas o dispendio de insumos, abuso de los recursos financieros por compras a costos elevados, material de mala calidad, equipo insuficiente, obsoleto, o sin mantenimiento, insatisfacción de los usuarios externos e internos. La conjunción de algunos de estos factores hoy afecta la credibilidad de las instituciones o del sector en su conjunto. Todo lo anterior se agrava cuando los resultados se traducen directa o indirectamente en daños permanentes a la salud o muertes prematuras o injustificadas.

* Médico gineco-obstetra; doctor en Bioética por la Universidad Anáhuac; tutor en la División de Estudios de Posgrado, UNAM. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. ORCID: 0000-0001-7653-7363. drjamoreno@gmail.com.

Constitucionalmente plasmados en el artículo 1o. de la carta magna, se reivindicán las garantías individuales al traspasar la barrera de lo elementalmente jurídico hacia la naturaleza que le da origen y esencia al propio derecho, es decir la defensa del derecho a la vida, a la salud, a la libertad, a la individualidad, a la educación, tal como se expresa a continuación:

Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Por lo anterior, todas las personas tienen el derecho a la protección de la salud y, por ende, a obtener servicios oportunos, profesionales, idóneos y responsables; así el Estado está obligado a garantizar el otorgamiento de estos de acuerdo con lo establecido en la ley (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 28/05/2021, Derecho a la salud).

Una visión diferente de la salud desde los derechos humanos ha tomado una importancia capital en la vida de la sociedad mexicana. No puede hablarse de temas que afecten a las mujeres y sus hijos, sin tomar en cuenta dichos derechos.

II. LA ATENCIÓN MÉDICA DESEADA

Adquirido por mandato de ley, el derecho a la atención médica directa, oportuna y eficaz que deben recibir todas las personas, sin excepción cada vez que la requieran, debiera ser por mucho, el objetivo principal del Sistema Nacional de Salud si pretende cumplir con su responsabilidad social y el compromiso ético, acordes con los derechos humanos.

La atención médica representa el elemento nuclear dentro del contexto de la salud, y los esfuerzos institucionales deben orientarse en priorizar esta trascendente actividad cuyas acciones oportunas, eficaces y con alto grado de satisfacción de los usuarios, reflejan sin duda, el nivel de cumplimiento de su razón de ser.

La enseñanza y educación dentro de las unidades médicas son también fundamentales, frente a una rigurosa y delicada labor que exige un nivel de conocimiento y capacidad de respuesta frente a las enfermedades,

sin embargo se ubican en un plano de jerarquía subordinada frente a las necesidades urgentes de salud; es decir que ningún centro de salud, clínica u hospital tendría razones para priorizarlas en tanto no tenga resuelta la demanda de atención médica, pues aun cuando es esencial contar con un procesos internos de enseñanza-aprendizaje para el desarrollo académico y la capacitación de sus integrantes, no debe significar el descuido en la atención a los pacientes que propicia las malas prácticas, especialmente donde hay personal en formación.

La investigación, tradicionalmente ubicada en la cúspide de las funciones sustantivas en las unidades de tercer nivel de atención, si bien representa una actividad fundamental para el progreso del conocimiento científico y el crecimiento institucional, debe ser cuidadosamente estructurada y monitoreada, cuidando que contribuya a resolver los problemas de salud que afectan más a la población.

También la investigación, implica madurez, seriedad y compromiso, con un alto nivel de preparación de sus investigadores, y es obligado mantener una infraestructura adecuada, equipo y recursos financieros que hagan posible el posicionamiento tanto de la institución como de sus integrantes y al mismo tiempo, que genere conocimiento nuevo, de evidente utilidad para resolver los problemas de salud más importantes que causan enfermedad y muertes prematuras o injustificadas; es de destacarse la importancia que tiene en este rubro evitar conflictos de interés con empresas u organismos dedicados a la comercialización del desarrollo biotecnológico mediante proyectos que promueven fármacos o equipo médico.

Los mecanismos jurídicos establecidos en la Constitución para garantizar los derechos humanos, se vinculan con la obligatoriedad del Estado de tutelar el derecho a la protección de la salud, a partir de acciones que garanticen el acceso a los servicios necesarios sin restricción, no han sido suficientes ya que suceden de manera selectiva, bajo el argumento de la organización por niveles de atención, que si bien ha servido para ordenar el sistema, también ha sido justificación para deslindarse de la atención a una gran cantidad de personas que requieren y demandan servicios de manera urgente, frente a instituciones cuyos criterios y de admisión varían e impiden o afectan el otorgamiento de servicios.

En este contexto, el Sistema Nacional de Salud de México tiene aún grandes carencias y deficiencias en la prestación de servicios médicos que no han sido resueltas a pesar de tener elementos de diagnóstico para la mejora de la gestión, como ejemplo está el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, planteado por la *Joint Commission International*, modelo de evaluación que ha sido adaptado para México y

cuya utilidad aún es cuestionable no tanto por lo que pretende, sino porque está desfazado, toda vez que rebasa en sus exigencias a la realidad imperante en la mayoría de las unidades médicas, logrando no sólo, que no se cumplan los criterios, sino que se distraigan recursos y tiempo para preparar una evaluación externa, que frecuentemente no se aprueba.

Aún más resulta cuestionable la pertinencia de dicho modelo de evaluación que se orienta a mejorar la estructura, procesos y resultados, toda vez que se aplica dentro de ámbitos asistenciales tradicionalmente descuidados, con recursos insuficientes y con una discordancia organizativa entre las diversas instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, SSCDMX, SESA, Pemex, Sedena, Semar y por supuesto, la medicina privada, cuya eficiencia y capacidad resolutive frecuentemente está reducida, lo que genera una gran insatisfacción en los usuarios.

Tradicionalmente gran parte de los resultados se han medido más por la cantidad que por la calidad de los servicios ofertados y se recurre a las estadísticas partiendo de parámetros como: mortalidad, tasas de sobrevivencia, años de vida saludables, frecuencia de reacciones adversas a medicamentos, incidencia de caídas de camillas por mes, semestre o año; tasa de infecciones nosocomiales, por institución o por servicio, número de iatrogenias (Secretaría de Salud, 2012, s. p.).

Por otra parte, se ha hecho rutinario hablar de “calidad y calidez”, como atributos obligados para el otorgamiento de los servicios de salud, conceptos incorporados por una cultura administrativa contemporánea que ha permeado e influenciado todos los ámbitos de atención médica pero que cada uno los entiende diferente ya que frecuentemente es lo que menos perciben los enfermos o sus familiares.

Independientemente de las definiciones, conceptos y teorías sobre calidad, la satisfacción derivada de trámites expeditos y buenos resultados durante todo el proceso de atención seguirá siendo el mejor indicador que distingue si un establecimiento o institución cumple o no con el servicio esperado u ofertado.

Para lograr la satisfacción de los pacientes y su familia respecto a la calidad de los servicios, bajo el contexto de los derechos humanos, se requieren procesos adicionales como supervisión, monitoreo y corrección inmediata, continua con personal responsable; que identifique oportunamente y resuelva de manera prudente y respetuosa los problemas que se presentan en el día a día de la atención.

Con el fin de coadyuvar al buen desempeño en las unidades médicas, es menester conocer la opinión los pacientes y de sus familiares, mediante

una comunicación permanente, accesible, respetuosa y empática; no basta con apreciaciones subjetivas y tardías al finalizar el proceso y mediante empleados no vinculados directamente a la atención médica, más con el fin de cumplir con sus tareas administrativas; en ese sentido se plantean ejemplos de preguntas que permiten detectar algunas deficiencias sentidas:

1. ¿Cuántas veces tuvo que hacer largas filas esperando obtener una consulta o cita médica?
2. ¿Logró el ingreso al hospital cuando lo requirió y no obtuvo negativas o demoras injustificadas?
3. ¿La atención médica o quirúrgica urgente fue oportuna y eficaz para resolver su problema de salud?
4. ¿Le proporcionaron los medicamentos apropiados para calmar el dolor cada vez que los requirió?
5. ¿Cuántas veces recibió el apoyo del personal de salud (médicos, enfermeras, camilleros y afanadores) cuando lo requirió?
6. ¿Conoce usted su problema de salud y le han explicado con claridad y sencillez sobre el pronóstico?
7. ¿Ha recibido usted o sus familiares malos tratos, indiferencia, discriminación o falta de respeto?
8. ¿Está satisfecho hasta el momento, con la atención recibida?
9. ¿Ha obtenido lo que necesitaba para resolver su problema de salud?
10. ¿Fue atendido por alguna autoridad o personal responsable cuando lo solicitó?
11. ¿Recomendaría los servicios de esta unidad médica?

Un hecho frecuente que resulta contradictorio sucede cuando a pesar de que una unidad médica que está certificada o se ostenta como unidad médica de alta especialidad, recibe quejas frecuentes por insatisfacción de las personas usuarias originadas por carencias, deficiencias, malos tratos, falta de espacios dignos para atenderlas, malos resultados o malas prácticas.

La necesidad de contar con un espacio y personal destinado a orientar, resolver dudas o gestionar necesidades de paciente o familiares dentro de las unidades médicas, ha sido una idea despreciada. Si bien algunas instituciones cuentan con módulos u oficinas proyectadas para esos fines, los usuarios de los servicios desconocen de su existencia o su capacidad resolutoria es muy restringida.

Un sistema fragmentado en el que las graves deficiencias administrativas repercuten en la operación de la atención médica a la población, atenta contra los derechos humanos y requiere algo más que declaraciones auto-

complacientes o comparaciones con sistemas de salud otros países. Visto de una manera seria y objetiva, requiere centrar la atención en la persona más que la enfermedad para humanizar la atención y a la vez aplicar los conocimientos científicos buscando mejores resultados, medidos en satisfacción comprobada, así como ampliar las capacidades de quienes trabajan en salud, y reorientar la atención mediante procesos más simples pero contundentes.

La innovación en salud debe tener como eje las necesidades de la población, pues mucho más allá de la modernidad tecnológica, requiere descubrir y crear nuevas maneras de prestar los servicios, potenciar nuevas capacidades laborales, nuevas formas de comunicarse y nuevas relaciones entre todos los involucrados.

Las “buenas ideas”, o “buenas intenciones” de nuevos gerentes o directivos no son suficientes para alcanzar los objetivos institucionales, cuando se adolece de inexperiencia o ignorancia, sumada a restricciones financieras o presupuestales, ya que conducen a las unidades médicas al incumplimiento de su misión de servicio por vicios reflejados en gestión irracional, desorden administrativo, áreas sucias o descuidadas, incompetencia técnica del personal, falta de definición clara de funciones, apropiación personal del cargo, conflictos de interés, o sueldos indecorosos (Sánchez, 2020, pp. 11-19).

Una administración ejemplar evita el desperdicio, contiene costos, genera mejores indicadores de impacto y de desempeño basados en evidencias recolectadas con disciplina y exigencia, obligadamente tiende puentes, no levanta barreras, y se conduce con una visión orientada por el respeto a los derechos humanos (Rincón, 2012, pp. 11-13).

El valor indiscutible pero limitado que tienen las estadísticas básicas que como profesionales de salud y como ciudadanos requerimos, no permite estimar los avances reales alcanzados y consecuentemente, la información resulta limitada y frecuentemente obsoleta y no es raro que provenga de fuentes poco confiables cuyos datos no necesariamente resultan veraces y menos aún comprobables; desafortunadamente la estadística mal usada conlleva el riesgo de hacer afirmaciones falsas.

III. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y LA SALUD MATERNA PRECONCEPCIONAL

Los derechos sexuales y reproductivos están reconocidos en leyes nacionales y documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros aprobados por consenso. Se basan en el reconocimiento del derecho elemental de todas

las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los embarazos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones respecto a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1994, s. p.).

Estos derechos juegan un papel fundamental en el diseño de políticas de salud que benefician a las mujeres antes y durante la gestación, pues es cuando se configura el futuro de las personas por lo que la salud pregestacional es un aspecto que no debe descuidarse a fin de procurar el desarrollo normal de los seres humanos antes de nacer.

Como ejemplo importante podemos mencionar el fenómeno de programación fetal que es un proceso de adaptación mediante el cual, la nutrición y otros factores ambientales pueden alterar las vías de desarrollo durante el periodo de crecimiento prenatal, induciendo con ello cambios biológicos en la nutrición intrauterina y el metabolismo postnatal, todos estos, responsables de los efectos a largo plazo y sus consecuencias para la salud de la descendencia y la susceptibilidad de los adultos a las enfermedades crónicas (Castro, 2020).

Algunos de estos factores resultan más importantes para el desarrollo de un individuo sano, y debieran considerarse prioritarios durante la atención prenatal: la edad materna, la nutrición, la ausencia de infecciones bucales, digestivas, genitales, urinarias, y en general la integridad del aparato reproductor para el buen desarrollo del embarazo y su resolución.

Por lo anterior también el Estado debe asumir su papel rector en favor de la salud de este sector de la población, mediante programas y acciones orientadas a resguardar la mayor cantidad de condiciones favorables para las futuras madres y sus hijos.

IV. MALOS TRATOS HACIA LAS PERSONAS DENTRO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

En cualquier época de la vida la mujer enfrenta tratos irrespetuosos y ofensivos en las unidades médicas; estos se evidencian al recibir una negativa en la atención de urgencia, o en la falta de confidencialidad, el consentimiento informado incompleto, la negativa a proporcionarle sus medicamentos, la falta de privacidad o el realizar procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos, o por retenerlas al egreso por falta de pago. Esto puede acentuarse más en personas vulnerables.

Estos abusos dentro de diversos entornos sanitarios están relacionados frecuentemente con mal comportamiento del personal en clínicas y hospitales, centros de detención, orfanatos, centros de tratamiento para adicciones y de readaptación social, cuando llegan a negar manera injustificable, discriminatoria o arbitraria el tratamiento, o suministran tratamientos basados sólo en las existencias, que no eliminan el dolor o el sufrimiento, o que no tiene un propósito médico fundamentado. Según Amon Joseph (2010) estas acciones —e inacciones— pueden responder a la existencia o la ausencia de políticas médicas oficiales o por estar en contra de ellas, pero cuando ocurren, pueden configurar tortura, trato cruel, inhumano o degradante, en cuyo caso deben responder por sus acciones u omisiones.

V. VIOLENCIA Y FALTA DE RESPETO DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Una sección especial amerita este problema por su impacto sociomédico y biojurídico, y toda vez que las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto se hace indispensable abordar el tema del derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto representan una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales sobre la materia. En particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que cualquier otra persona, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el mejor nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva, por lo que esta anomalía no cabe hoy dentro de las relaciones sociales en nuestra sociedad.

Esta modalidad de violencia contra la mujer, ampliamente discutida pero poco aceptada, en particular por los obstetras, dada la terminología que adoptaron grupos diversos, generalmente no pertenecientes a la comunidad médica, es la mal denominada desde su origen, “violencia obstétrica”, término importado, desafortunado e inapropiado en el contexto de la práctica médica responsable, que tuvo un gran impacto mediático, por su facilidad para recordarse y para encuadrarla en un esquema de formas clasificadas del maltrato hacia las mujeres.

Resultaría paradójico considerar que en un acto médico dirigido a cuidar la salud y prevenir complicaciones, existiera alguna intención violenta implícita, sin embargo, cuando se analiza más a fondo el contenido del con-

cepto, se puede percibir aquella vieja, desatendida y reiterada conducta, que transcurrió en silencio durante décadas: el maltrato y la falta de respeto por parte del personal de las unidades médicas hacia las mujeres antes, durante y después del embarazo, que hoy se enarbola en un contexto por demás ignominioso (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Dado que los servicios de salud en general operan bajo esquemas asistenciales diversos, observamos cómo muchas mujeres sin cobertura de servicios de salud, a punto de parir buscan afanosamente el ingreso a una unidad médica, y cuando son recibidas, se enfrentan a una serie de prácticas —muchas rutinarias— por parte del personal de salud, tendientes más a desahogar el trabajo acumulado, bajo condiciones frecuentemente desfavorables que impiden un buen desempeño profesional y no siempre concordantes con la naturaleza del evento, con la intensidad de la experiencia que enfrentan las pacientes y sus familiares, sobre todo por la esperanza de recibir una atención que las haga sentirse seguras, máxime cuando perciben que este proceso es despersonalizado, bajo un esquema asimétrico donde emerge una diferencia entre quienes padecen la dolencia y los que tienen los medios para su alivio, todo esto agravado por el miedo de agudizar el maltrato por el simple acto de reclamar sus derechos (Castro, 2014, pp. 37-42).

El problema innegablemente es grave y vergonzoso, sin embargo, el tema resultó tan atractivo para varios sectores que aprovecharon el fenómeno ancestral vigente, y cotidiano en las áreas de consulta externa y hospitalización donde se atienden mujeres embarazadas o púerperas, por el ya conocido maltrato, que puso en las agendas emergentes la inequidad en las relaciones de saber/poder que regula la práctica médica dominante en los procesos reproductivos, sin importar si quien lo genera es hombre o mujer, profesional, practicante de salud, empleado administrativo y hasta el personal de vigilancia.

Lo preocupante es que estos comportamientos sigan sucediendo y además que puedan ser vistos como parte del sufrimiento obligado, especialmente por quienes acuden a servicios de salud gratuitos, al considerar que someterse a tratos diferenciados, irrespetuosos o indignos es parte del precio que deben pagar por recibir la atención médica. Estos comportamientos se hicieron parte de lo cotidiano y así, para muchas mujeres todavía les resulta difícil levantar la voz para reclamar el respeto a sus derechos primordiales, peor cuando ni siquiera los conocen. Esta situación es más notoria en los casos de mujeres en condición de pobreza, o por su pertenencia a diferentes etnias y grupos vulnerables.

Si a todo lo anterior, sumamos las dificultades en el acceso a los servicios de salud por la distancia, los gastos de traslado, alimentación, además

de que algunas indicaciones y procedimientos que aunque en su naturaleza no necesariamente implican violencia, sí en muchas ocasiones resultan excesivos, innecesarios o inapropiados (la tricotomía, los tactos vaginales repetidos, la aplicación de enemas, el uso de oxitocina, la amniorrexia, la aplicación de fórceps, la episiotomía y la cesárea), se refuerza la idea popular de agresión o violencia durante el proceso del parto, que aunque pueda resultar de utilidad para algunas personas es denostador para quien ejerce la obstetricia, más cuando trata de proyectar un entorno con bajos niveles de desarrollo moral y dentro de un sistema en el que poca importancia se le da a estos aspectos.

El momento cuando más se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es durante el parto; estas agresiones se manifiestan mediante muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, por medio de diversas formas como la infantilización de la parturienta, la discriminación y los tratos o comentarios humillantes (Belli, 2013, pp. 25-34).

Ante esto, han surgido puntos de vista distintos a la cultura médica dominante, como lo expresado por Feltri y Arakaki (2006):

Las acciones sanitarias, especialmente las intervenciones médicas, no son neutras. En ellas se producen y reproducen relaciones y enfrentamientos de poder, políticos, económicos, de saberes, de culturas, en la extensa variedad que la sociedad genera. Estas relaciones reflejan claramente una asimetría entre los actores formales e institucionalizados de la cultura dominante frente a las personas que se acercan solo porque necesitan ayuda médica.

En este orden de ideas surge la necesidad de refrendar el compromiso del personal de salud con los derechos humanos, toda vez que su actividad para el diagnóstico y tratamiento esté no sólo respaldada en la literatura científica avalada internacionalmente, sino equilibrada con un comportamiento humanizado hacia las mujeres en un momento de alta vulnerabilidad y con conducta empática con los compañeros de trabajo y con la propia institución que no sólo les brinda una fuente de trabajo sino que les demanda un comportamiento a la altura de su profesión.

La ruptura de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, desincentiva el que ellas busquen asistencia médica o que reaccionen negativamente ante ésta, por lo que para lograr mejorar el acercamiento a las unidades médicas resulta indispensable promover y exigir que, durante el embarazo, el parto y el puerperio se elimine el trato denigrante o despótico; aunque para eso se requiere tener en la mente tres

ideas: primera, que todo ser humano tiene dignidad; segunda, que la vulnerabilidad especial de la mujer durante el embarazo, el parto y después de éste requiere ahondar más el cuidado integral hacia ellas, y tercera, que cualquier práctica anómala no sólo generará consecuencias adversas en la salud de la madre y de su hijo sino el desprestigio de la obstetricia como especialidad.

VI. EL NACIMIENTO PRETÉRMINO

Un capítulo relevante en este contexto es el nacimiento prematuro no sólo por su alto impacto en la mortalidad, sino también por la discapacidad derivada de los daños orgánicos transitorios y permanentes principalmente neurológicos. Además de las consecuencias individuales y familiares que condicionan las secuelas —a veces permanentes—, también resulta económicamente grave para los sistemas de salud, debido al costo que implica la asistencia de un bebé prematuro (10 veces más que un bebé de término). (Instituto Nacional de Pediatría. Prematuridad y Retos Prevención y Manejo, 2018, Fascículo INP-CAV).

Desde otra perspectiva y dada la necesidad, tanto de generar conciencia social como de fortalecer la cultura sobre la protección de la salud y el cuidado perinatal, referente al embarazo, el parto y puerperio, se determinó en México, a partir de 2018, conmemorar el 9 de mayo el Día Nacional de la Salud Materna y Perinatal, que entre sus objetivos principales tiene: retomar la importancia de la salud en los primeros mil días de vida de un ser humano (desde el momento de la concepción hasta los dos años de edad), a partir de acciones y directrices orientadas a mejorar el estado nutricional, metabólico y sistémico de los futuros padres, de la gestante, del feto y los primeros dos años de la vida posnatal, por ser el período de mayor plasticidad y vulnerabilidad en el que se establece la seguridad o el riesgo para la salud presente y futura.

Por lo anterior, todo sistema de salud debe considerar en todo momento, varias acciones en beneficio de las mujeres en etapa reproductiva con el fin de disminuir al máximo la mortalidad neonatal y los daños perinatales derivados de una gestación complicada, a saber:

- Educación sobre implicaciones y responsabilidades derivadas del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente durante la adolescencia.
- Estrategias de planificación familiar y anticoncepción.

- Prevención de embarazos y espaciamento de los nacimientos.
- Prevenir, detectar y tratar oportunamente infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Promover la nutrición saludable, incluyendo la suplementación con micronutrientes.
- Promover estilos de vida saludables y evitar adicciones.
- Disminuir riesgos ambientales (contaminación del aire exterior e interior, exposición al “humo de segunda mano” en fumadores pasivos).
- Disminuir los factores que originan estrés materno, violencia intrafamiliar y laboral.

Como puede apreciarse el asunto es muy complejo y sólo puede atacarse por medio de planes de acción donde la corresponsabilidad sea el factor que haga posible lograr disminuir la incidencia de complicaciones.

VII. LA SALUD NEONATAL E INFANTIL

Dado que el recién nacido se configura desde antes de la concepción, es indispensable considerar que tanto la mujer como el varón deberían contar con un estado de salud óptimo antes de buscar el embarazo. La nutrición sana, el consumo de ácido fólico y evitar la exposición a cualquier sustancia nociva al organismo, debiera ser el común denominador durante esa etapa en la que los cambios de crecimiento y maduración son tan rápidos, sobre todo los del cerebro que determinan muchas de las habilidades futuras, por ello es vital apoyar, reforzar, y cuidar estas capacidades en esta etapa en la que se favorecen las oportunidades que ese niño tendrá en la edad adulta.

Tal como lo declara la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud tiene diversas determinantes sociales y la salud de la infancia es quizá el mejor ejemplo, toda vez que “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Estas fuerzas involucran a los sistemas económicos, políticos y sociales. En ese orden de ideas, el nivel de salud de la niñez se debe en gran parte a los avances del desarrollo económico y social de los países, la consolidación de los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el compromiso político de los países para atender las necesidades de salud de sus poblaciones, especialmente en grupos vulnerables (Organización Panamericana de la Salud, s. f.).

Reconociendo que millones de niños del mundo entero no logran desarrollar todo su potencial, invertir en ayudas amplias al desarrollo en la primera infancia, accesibles para todos los niños, es un paso fundamental hacia la consecución de la justicia para la salud durante toda la vida; los gobiernos deben realizar esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad y los obstáculos para el acceso y la utilización oportuna de los servicios de salud integrales. También deberían adoptar mejores medidas intersectoriales para influir en las políticas, los planes, la legislación y los reglamentos que abordan dichos determinantes sociales de la salud, así como en la acción conjunta en este sentido más allá del sector de la salud (Asamblea Mundial de la Salud, 2009).

VIII. NUTRICIÓN Y DESNUTRICIÓN

Los niños, niñas y adolescentes se ven afectados por la doble carga de malnutrición (tanto desnutrición como sobrepeso y obesidad):

- 1 de cada 10 niños y niñas menores de 5 años en México registra desnutrición crónica.
- 1 de cada 3 niños y niñas de 6 a 11 años presenta sobrepeso y obesidad.

Para atender la doble carga de la malnutrición en México, el Sistema Nacional de Salud en un acto de congruencia y sensibilidad hacia el trabajo de grupos de profesionales organizados como UNICEF (2018a) debería no sólo mantener sino fortalecer los mecanismos de detección oportuna de todas las formas de malnutrición, promover la práctica de la lactancia materna y los entornos escolares saludables, así como reducir la ingesta de alimentos ultra procesados y de bebidas azucaradas, sobre todo en las zonas más pobres.

Crecimiento y desarrollo en entornos favorables

El crecimiento y desarrollo son los elementos de mayor utilidad para determinar el estado de salud de los pacientes en edad pediátrica. Sólo por medio de observaciones y mediciones repetidas con intervalos regulares y graficadas en curvas estandarizadas, puede evaluarse el crecimiento, a diferencia del desarrollo que está relacionado con la adquisición de funciones

mediante procesos bioquímicos y fisiológicos progresivamente complejos a través del tiempo, vinculados tanto a la maduración como a la adaptación (UNICEF, 2018a, s. p.).

Al revisar el análisis sobre la situación de la infancia en México, avances y retos para la garantía de sus derechos, UNICEF (2018a) señala lo siguiente:

- Ocho de cada diez niñas y niños de 6o. de primaria no alcanzan los logros esperados en las áreas de lenguaje y comunicación.
- Casi 3 de cada 10 adolescentes de entre 15 y 17 años se encuentran fuera de la escuela.
- 6 de cada 10 niñas y niños de 1 a 14 años han experimentado algún método de disciplina violenta.

Por lo anterior y con la finalidad de aumentar los índices de aprendizaje y calidad educativa en México, es necesario hacer pertinentes los procesos educativos mediante una mayor responsabilidad y compromiso social con una conciencia que respete el derecho humano a la educación y superación por medio del conocimiento universal, sin dogmatismos, tomando en cuenta los contextos en que viven niñas, niños y adolescente; asimismo, fortalecer los sistemas de alerta temprana en todos los niveles para que la información recibida por las autoridades educativas sea aplicada en la prevención del abandono escolar (UNICEF, 2018, s. p.).

IX. HÁBITOS SALUDABLES

Especialmente para los niños, es importante que los gobiernos asuman el gran compromiso que significa el crecimiento y el desarrollo saludables y para ello, tanto en los hogares como en las escuelas se hace necesario inculcar una cultura orientada a cuidar su salud mediante alimentación integral variada y balanceada propiciando que se haga en familia; facilitar el acceso al agua para beber y enseñarlos a evitar las bebidas envasadas; la higiene dental; dormir bien, hacer ejercicio físico; el aseo frecuente de manos; disminuir el uso de pantallas, videojuegos, televisión; fomentar el hábito de la lectura, deportes, manualidades, música o cualquier otra actividad constructiva, que además les permita socializar con otros niños, aprender valores como el respeto, la solidaridad y la tolerancia y a la vez evitar conductas violentas (UNICEF, 2018b, s. p.).

La cultura del orden y la limpieza ayudará a los niños a valorar más lo que tienen, aprenderán también el respeto por el medio ambiente y los animales y desde luego a fomentar los principios y valores universales, deseables en todas las sociedades contemporáneas en un mundo por demás convulsionado por las adicciones, la violencia, la inseguridad y el crimen organizado y la falta de compromiso.

X. VACUNACIÓN INFANTIL

Las vacunas constituyen uno de los avances más importantes en materia de salud y desarrollo en el mundo. Durante más de dos siglos, las vacunas han reducido de manera segura el flagelo de enfermedades como la poliomielitis, el sarampión y la viruela, y han ayudado a los niños a crecer con mucho menor riesgo de enfermar.

Las vacunas se consideran hoy uno de los medios más rentables para promover el bienestar mundial. Funcionan como un escudo protector, pues mantienen a las familias y a las comunidades a salvo de las enfermedades. A pesar de estos beneficios duraderos, los niveles de inmunización siguen siendo bajos.

La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), advirtieron que en todo el mundo se ha producido una alarmante reducción en el número de niños que reciben vacunas para salvar sus vidas. Esto se debe a las interrupciones en la prestación y la asimilación de los servicios de inmunización causadas por la pandemia de COVID-19. Según los nuevos datos de la OMS y UNICEF, estas interrupciones amenazan con revertir los avances logrados con tanto esfuerzo para llegar a un mayor número de niñas, niños y adolescentes con una gama más amplia de vacunas; estos progresos ya habían sufrido los efectos de una década de estancamiento de la cobertura (UNICEF, 2020).

En México no se dispone de información confiable que permita estimar las coberturas reales de vacunación toda vez que las coberturas de vacunación reportadas en diferentes encuestas nacionales y locales ponen de manifiesto una divergencia sustancial. En los reportes oficiales hay una constante sobrestimación de las coberturas que ha creado a una “falsa sensación de seguridad”. Además de limitarse la posibilidad de proteger a toda la población, esto constituye en una barrera que impide el análisis crítico del Programa Universal de Vacunación y sugiere que la cobertura real de vacunación en México podría ser mucho menor que la que se informa oficialmente (Hernández-Ávila, 2020, s. p.).

XI. EL MALTRATO INFANTIL

En México, 6 de cada 10 niñas y niños de 1 a 14 años han experimentado algún método de disciplina violenta y los factores de riesgo para el maltrato infantil existen en los ámbitos individual, familiar, comunitario y social, como mala alimentación que se traduce en: desnutrición, sobrepeso u obesidad; faltar a la escuela con frecuencia, pedir comida o dinero, o bien robarlos; carecer de atención médica o dental (caries, pérdidas de piezas dentales, gingivitis); no tener el esquema de vacunación o estar incompleto para su edad; no tener ropa suficiente para protegerse del clima; oler mal, estar sucio o desaliñado, inclusive con parásitos externos o internos, usa alcohol u otras drogas, presenta mal comportamiento o trastornos conductuales (UNICEF, 2018a).

Todo lo anterior, orienta a la probabilidad de que el maltrato haya ocurrido, ocurra, se repita o cese; como quiera que sea, toda agresión u omisión intencional, física, sexual, psicológica o negligente, contra una persona menor edad, antes o después de nacer, afectará gravemente su integridad biopsicosocial a corto, mediano o largo plazo.

XII. CONCLUSIONES

La salud es un bien supremo, sin el cual difícilmente se pueden ejercer los demás pues si bien “la salud no lo es todo, sin ella todo lo demás es nada” (Schopenhauer).

La salud no se valora lo suficiente ni por las personas a quienes afecta directamente, mucho menos a los gobiernos para los cuales, la salud, junto con la educación nunca han sido redituables para las estructuras del poder.

Para quien reconoce y respeta la dignidad de las personas, es de esperarse que su primera consideración sea siempre la persona misma, el reconocimiento y respeto de su condición humana, por lo que jamás aceptará que en el ámbito médico una mujer o un niño sean ignorados, maltratados, discriminados, humillados o utilizados como medio para obtener un beneficio personal o grupal. Esta postura permea hacia todas las esferas de su vida y defiende la igualdad jurídica, social, familiar, laboral y política.

Los sistemas de salud requieren algo más que asignar un presupuesto suficiente que garantice servicios oportunos y eficaces, es decir que resuelva las necesidades de la gente en el momento en que se puede detener la enfermedad y evitar daños mayores, también debe trabajar sobre el trato digno y respetuoso en todos sus espacios donde tiene trato con el público a quien se debe.

Los profesionales de la salud tienen doble o triple obligación profesional pues no sólo deben conocer de su materia, también deben apegarse al marco jurídico y normatividad vigente y además poseer un marco axiológico que les permita definir no solo sus límites y formas de trabajar y de actuar en situaciones frecuentemente complejas o adversas, sino todas las consideraciones de corte ético y humanístico que pueda brindarle desinteresadamente a toda persona que siente amenazada o tiene afectada su salud.

El mínimo ético para cumplimiento obligado es la ley pero quien no respeta la ley escrita y vinculante, difícilmente respetará la ley moral y carecerá de un marco de principios y valores morales que le ayude a tomar las decisiones menos malas frente a los graves problemas que la pérdida de la salud impone a todos.

A pesar de que pareciera que todos los profesionales de la salud saben cómo comportarse frente a una persona que carga un enorme peso físico y emocional: dolor, cansancio, angustia, incertidumbre, temores, todavía sienta la agresión de quien espera recibir si no solución efectiva para su enfermedad, cuando menos algo de compasión o empatía.

XIII. FUENTES DE CONSULTA

- Amon, J. (2010). Maltrato a los pacientes. La complicidad de los profesionales de la salud en la tortura y el trato cruel, inhumano o degradante. *Human Rights watch*. <https://www.hrw.org/es/world-report/2010/country-chapters/259051#293575>
- Asamblea Mundial de la Salud. (2009). *WHA62.14 Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf
- Belli, L. F. (enero-junio 2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 4, 1 (7), 25-34.
- Castro, M. J. (2020). Programación fetal. *Revista Digital de Postgrado*, 9(2), Universidad Central de Venezuela, DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2020.9.2.e214>
- Castro, R. y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19(1), 37-42.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (CNDH) (s.f.). *Derechos humanos*. <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/derecho-la-salud>
- Diario Oficial de la Federación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (fecha de consulta 28-05-2021).

- Feltri A., Arakaki, J., Justo, F., Maglio, F., Pichún, F., Rosenberg, M., Spinelli, H., Testa, M., Torres, A., Ynoub, R. (2006). Salud reproductiva e interculturalidad. *Salud Colectiva*, 2(3), 293-310.
- Hernández-Ávila M., Palacio-Mejía, L., Hernández-Ávila, J., Charvel, S. (abril 2020). Vacunación en México: coberturas imprecisas y deficiencia en el seguimiento de los niños que no completan el esquema. *Salud pública de México*, 62(2), 215-224 (fecha de consulta 23 de febrero de 2023).
- Instituto Nacional de Pediatría. (2018). *Prematuridad y retos, prevención y manejo. Fascículo INP- CAV*. https://www.pediatría.gov.mx/archivos/fasciculo_prematurez.pdf
- ONU (septiembre,1995) *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, 5-13.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (s. f.). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.
- Rincón Gama S. (2012). Los sistemas de salud y la triple meta en Latinoamérica. *Revista Vía Salud*, 16(3), 11-13.
- Sánchez Canales, A. (2020). ¿Cuánto dura una curva de aprendizaje? *UNAM. Seminario de Educación Superior Campus Milenio*, 876, 11-19.
- Secretaría de Salud (2012). El hexágono de la calidad. Alcántara Balderas, M. (Coord.) *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. Secretaría de Salud.
- Torres Serrano, A. R. (2002) Crecimiento y desarrollo. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 14, 54-57.
- UNICEF México. (julio 2020). *La OMS y UNICEF advierten sobre una reducción en la cobertura de vacunación durante la COVID-19*. <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa>.
- UNICEF.(2018a). *Análisis sobre la situación de la infancia en México. Avances y retos para la garantía de sus derechos*.<https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/analisis-sobre-la-situacion-de-la-infancia-en-mexico>
- UNICEF.(2018b). *Guía para facilitadores y facilitadoras del programa de promoción de hábitos saludables*. <https://www.unicef.org/bolivia/media/251/file/bol-unicef-sesamo-listos-a-jugar-2018.pdf>

CAPÍTULO QUINTO

MÉXICO Y LA SALUD MENTAL POST COVID

Ricardo Iván NANNI ALVARADO*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Desarrollo y discusión.* III. *Conclusiones.*
IV. *Fuentes de consulta.*

I. INTRODUCCIÓN

El presidente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) invita a reflexionar tras la pandemia por COVID-19, sobre el enorme costo que ha supuesto para la salud mental de las personas. Las tasas de trastornos que ya son comunes, como la depresión y la ansiedad, aumentaron en un 25% durante el primer año de la pandemia, sumándose a los casi 1000 millones de personas que ya sufren algún trastorno mental. Al mismo tiempo, es menester observar la fragilidad de los sistemas de salud que intentan atender las necesidades de las personas con trastornos mentales, bien sean de reciente aparición o preexistentes.

Así, el concepto de salud mental va más allá de la pura ausencia de enfermedad: es una parte intrínseca de nuestra salud y bienestar individuales y colectivos. Tal como se muestra en el Informe mundial sobre salud mental de la OMS 2022, donde para alcanzar los objetivos mundiales establecidos en el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 de la OMS* y los objetivos de desarrollo sostenible debemos transformar nuestras actitudes, acciones y enfoques para promover y proteger la salud mental desarrollando

* Psiquiatra adictólogo y administrador de servicios de salud; presidente fundador de la Sociedad de Especialistas en Salud Mental y Adicciones de México, S. C.; miembro de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, A. C. y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Grupo Punto de Partida, A. C. ricardonanni@yahoo.com.mx.

servicios de salud mental de base comunitaria capaces de lograr la cobertura universal de salud para la salud mental, integrando la salud mental en la atención primaria de salud (OMS, 2022).

II. DESARROLLO Y DISCUSIÓN

Las evidencias muestran que alrededor del 30 al 60% de los pacientes con COVID-19 sufrieron manifestaciones a nivel del sistema nervioso central y periférico, incluyendo alteraciones de la conciencia o su pérdida. Los déficits solieran durar entre varios días y alrededor de dos semanas, pero hasta el momento ningún estudio ha informado de daño cerebral transitorio, sin embargo, no todo está dicho. El delirio fue el síndrome neuropsiquiátrico agudo más frecuente, seguido de un estado de desánimo y ansiedad. Una proporción más pequeña de las personas infectadas también presentó psicosis y catatonia. El ánimo depresivo y el síndrome de fatiga también fue descrito en el contexto de COVID persistente o “long COVID”, definido como la persistencia de síntomas durante cuatro semanas o más (Hutler *et al.*, 2020). Se estima que uno de cada cinco pacientes de COVID-19 sufrió síntomas que duraron más de cinco semanas, y algunos pacientes incluso presentaron síntomas transitorios más de seis meses después del inicio de la infección. Algunos de los síntomas descritos son dificultades en la memoria/atención y trastornos del sueño.

La existencia de trastornos neurológicos subyacentes y un historial anterior de trastornos de salud mental aumentan el riesgo de sufrir COVID-19 grave, lo que sugirió una asociación bidireccional potencialmente vinculada a correlatos inflamatorios comunes. Además, sufrir esquizofrenia fue el segundo factor de riesgo (después de la edad) de mortalidad debida a COVID-19, con un riesgo de mortalidad casi del triple de veces más elevado en comparación con los controles. Estas asociaciones alertaron del estrecho vínculo entre los trastornos de salud mental y COVID-19, que puede implicar aspectos tanto de comportamiento como neurobiológicos.

Es posible que las personas que sufren trastornos severos de salud mental y discapacidades asuman comportamientos que les pongan en situaciones de riesgo. También es posible que los procesos patológicos compartidos implicados en los mecanismos proinflamatorios subyazcan en ambos trastornos. La falta de servicios de salud mental a pesar de la cantidad progresivamente mayor de pacientes durante la pandemia de COVID-19 también debería considerarse como una posible explicación (Taquet, Geddes y Harrison, 2020).

El acceso a los sistemas de salud se vio alterado como consecuencia de las adaptaciones que siguieron a las nuevas necesidades provocadas por la pandemia. Esto conllevó alteraciones en los tratamientos y servicios de apoyo para personas con trastornos preexistentes o que esperaban un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad de salud mental. Según un nuevo estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la pandemia por COVID-19 ha alterado o interrumpido servicios críticos de salud mental en 9 de cada 10 países del mundo, al tiempo que la demanda de apoyo en salud mental aumentó. Esto demuestra el impacto devastador de la COVID-19 en el acceso a los servicios de salud mental y subraya la necesidad urgente de aumentar los recursos financieros. Entre este grupo ya vulnerable, estas alteraciones han provocado mayor ansiedad, incertidumbre y desesperanza. La situación también puede conllevar efectos negativos sobre la salud mental en los familiares de los pacientes, por ejemplo en quienes cuidan de adultos mayores o de niños. Tuvieron lugar muchos cambios para facilitar la práctica clínica durante los distintos confinamientos. El diseño de tales servicios debe llevarse a cabo cuidadosamente, sin exacerbar las disparidades existentes entre grupos de población, y debe adaptarse a los grupos vulnerables específicos (Nemani *et al.*, 2021).

La pandemia también provocó profundas alteraciones socioeconómicas, y se espera que resulte especialmente negativa para los países de ingresos bajos y medios (tal como ya se ha documentado en algunos de ellos). Esto aumentará la presión financiera y hará más profundas las desigualdades en salud que ya se observaban antes de la pandemia. La crisis económica está afectando a un número creciente de personas que se enfrentan en su diario vivir a preocupaciones inesperadas sobre las finanzas y el desempleo, lo que provoca sentimientos de desesperanza y desesperación en personas en edad productiva. Este escenario puede tener efectos profundos en la salud mental de los grupos marginados con vulnerabilidades previas a la pandemia, y también sobre el estado mental de las personas en riesgo de exclusión, mostrando un aumento en las tasas de suicidio (OMS, 2020).

Acaso México con lo anteriormente expuesto ¿está en condiciones de limitar la inversión en salud mental o de cerrar los hospitales psiquiátricos? La respuesta es que no y tal como lo expone la OMS, hay tres motivos principales para invertir en salud mental: la salud pública, los derechos humanos y el desarrollo socioeconómico.

Invertir en una salud mental para todos, representa un impulso para la salud pública. Puede reducir en gran medida el sufrimiento y mejorar la salud, la calidad de vida, la forma de desenvolverse y la esperanza de vida de las personas con trastornos mentales. Una mayor cobertura y

una mayor protección financiera son medidas fundamentales para cerrar la enorme brecha que existe en la atención de salud y reducir las desigualdades en la salud mental. Para ello, es vital incluir la salud mental en los conjuntos de servicios esenciales de la cobertura universal de salud. Acorde a lo sugerido por la OMS, también es vital integrar la atención de la salud mental y física, que mejora la accesibilidad y reduce la fragmentación y la duplicación de recursos para satisfacer mejor las necesidades de salud de las personas.

También es necesario invertir en salud mental para poner fin a las violaciones de los derechos humanos. En México como en todo el mundo, las personas con trastornos mentales suelen ser excluidas de la vida comunitaria y se les niega el ejercicio de derechos fundamentales. Por ejemplo, no sólo sufren discriminación en el acceso al empleo, la educación y la vivienda, sino que, además, tampoco gozan de igual reconocimiento como personas ante la ley. Además, frecuentemente son víctimas de abusos contra los derechos humanos por parte de algunos de los servicios de salud que se encargan de su atención. Al aplicar las convenciones de derechos humanos acordadas internacionalmente, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se pueden lograr importantes avances en materia de derechos humanos.

Invertir en salud mental puede permitir el desarrollo social y económico. Una deficiente o carente salud mental frena el desarrollo al reducir la productividad, tensar las relaciones sociales y agravar los ciclos de pobreza y desventaja. Por el contrario, cuando las personas gozan de buena salud mental y viven en entornos favorables, pueden aprender y trabajar bien, así como ayudar a sus comunidades en beneficio de todos.

Por otro lado, ¿qué hacer como país con el conocimiento adquirido y la evidencia acumulada?

Sin duda alguna, la salud mental puede verse afectada en cualquier persona, independientemente de su edad, género o situación económica. Pero ciertos grupos específicos se han visto afectados por la pandemia de distintas maneras, y el impacto sobre su salud mental es especialmente preocupante y debería abordarse por medio del conjunto básico de intervenciones costo/efectivas para los trastornos prioritarios que sean factibles, asequibles y adecuadas para las siguientes poblaciones (Charlson *et al.*, 2019, s. p.):

- Infancia. Cuando crecemos, nuestro cerebro y nuestra salud emocional se benefician de un entorno enriquecido para desarrollarse al máximo de sus capacidades. En el contexto de una pandemia, es esencial garantizar el derecho de los niños y niñas a la educación

- y protegerles de la victimización en el contexto de la violencia doméstica. Centrarse en la familia como objetivo de las estrategias de prevención puede ayudar a aumentar el impacto de las políticas de salud pública.
- Adolescentes y personas jóvenes. El 50% de los síntomas iniciales de los problemas de salud mental aparece antes de los 14 años, y hasta el 75% lo hace antes de los 25 años. Durante la pandemia, este grupo ya de por sí vulnerable ha visto cómo crecían las preocupaciones por el futuro, su familia y sus conexiones sociales, lo que se ha traducido en un aumento de la demanda de tratamientos específicos en salud mental. Las políticas específicas dirigidas a este grupo de edad pueden beneficiarse en gran medida de la perspectiva de salud mental e incluir tanto la educación como aspectos sociales y laborales.
 - Mujeres. Estaban sobrerrepresentadas en los grupos de pacientes con depresión y ansiedad en el contexto prepandémico. Se espera que estas estimaciones aumenten porque las mujeres suelen estar más involucradas en roles y puestos que se vieron especialmente afectados durante la pandemia. Por ejemplo, las personas que desempeñan trabajos esenciales suelen ser mujeres que trabajan en sanidad, educación y servicios de limpieza e higiene. De forma parecida, el aumento de la violencia por parte de la pareja íntima ha afectado más frecuentemente a las mujeres, lo que se suma a unas tasas previas ya elevadas de victimización entre las mujeres. Finalmente, el embarazo en el contexto de la pandemia también puede ejercer un impacto sobre la salud mental de las mujeres. Por consiguiente, es imperativo que las políticas se implementen con una perspectiva de género.
 - Personas mayores y con problemas de salud preexistentes. El miedo y el aislamiento durante la pandemia entre las personas mayores, junto con la reducción de sus actividades físicas y otros factores de riesgo, aumentaron el riesgo de trastornos de salud mental en este grupo de población. Aunque por circunstancias distintas, las personas con problemas de salud preexistentes han experimentado dificultades similares como consecuencia de los obstáculos en el acceso a la atención y a la prevención de comportamientos abusivos en la adversidad. Debería darse prioridad a la protección de los derechos básicos, garantizar el acceso al cuidado de la salud y promover la acción comunitaria que lleve a la cohesión social y reduzca la soledad.

- Inmigrantes y personas refugiadas. Antes del inicio de la pandemia, 1 de cada 5 personas en entornos en conflicto sufría un trastorno de salud mental. La transmisión de la infección por SARS-CoV-2 en tales entornos pudo ser impredecible, como lo son los conflictos interpersonales y el acceso a los servicios de salud. Estas características aumentan el riesgo de los trastornos de salud mental en personas inmigrantes y refugiadas. En estos entornos, las intervenciones de emergencia en salud mental son fundamentales para prevenir posteriores aumentos de los trastornos graves.
- Personas que trabajan en primera línea y en trabajos esenciales. Las y los trabajadores esenciales y en especial los de primera línea de respuesta tuvieron que sobrellevar situaciones extremas, en especial al principio de la pandemia. En muchas ocasiones, se vieron obligados a tomar decisiones difíciles en un contexto de total incertidumbre y falta de control. También sufrieron estigmatización asociada al miedo al contagio, lo que en algunos casos derivó en acoso y en otros tipos de violencia interpersonal. Este grupo de trabajadores puede beneficiarse de interacciones de eficacia probada que ayudan a sobrellevar el estrés y el trauma. El apoyo ofrecido por los centros sanitarios a sus trabajadores debe incluir una perspectiva de primeros auxilios en salud mental, que se fundamenta en gran medida en emergencias y crisis humanitarias anteriores.

Finalmente, señalar que el estigma de la salud mental sigue siendo un factor importante de influencia negativa en la forma en que las personas tratan y perciben las afecciones de salud mental. Algunas investigaciones indican que, en muchos países, aproximadamente del 80 al 90% de las personas con una afección de salud mental experimentan el impacto negativo del estigma.

Las creencias sociales, culturales, regionales, religiosas y familiares, al igual que las representaciones de los medios, pueden influir en el estigma relacionado con las afecciones de salud mental. Estas creencias usualmente se deben a una combinación de ignorancia y mala información, actitudes o prejuicios negativos y discriminación.

III. CONCLUSIONES

México se erige por medio de la propia experiencia acumulada durante la pandemia de SARS-COVID-19, con sus aciertos y desatinos.

La evidencia, la experiencia y los conocimientos técnicos presentado en estas líneas apuntan a tres vías clave de transformación que pueden acelerar los avances. Estas vías se centran en un cambio de actitud con respecto a la salud mental, en la respuesta a los riesgos de nuestro entorno para la salud mental y en el fortalecimiento de los sistemas de atención de salud mental.

En primer lugar, debemos profundizar en el valor y el compromiso que atribuimos a la salud mental, como personas, comunidades y gobiernos; e igualar ese valor con un mayor compromiso, implicación e inversión por parte de todas las partes interesadas, en todos los sectores. En segundo lugar, debemos reorganizar las características físicas, sociales y económicas de los entornos —en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo y la comunidad en general— para proteger mejor la salud mental y prevenir los trastornos mentales. Estos entornos deben ofrecer a todos oportunidades de prosperar y alcanzar el nivel más alto posible de salud mental y bienestar en condiciones de igualdad.

En tercer lugar, debemos reforzar la atención de salud mental para atender todo el espectro de necesidades de salud mental mediante una red comunitaria de servicios y apoyo accesibles, asequibles y de calidad.

Cada vía de transformación es un camino hacia una mejor salud mental para todos. Todas estas vías nos acercarán a un mundo en el que se valore, fomente y proteja la salud mental; en el que todos tengan oportunidades de disfrutar de la salud mental y de ejercer sus derechos humanos en condiciones de igualdad; y en el que todos puedan acceder a la atención de salud mental que necesiten.

Las personas, los gobiernos, los proveedores de atención de salud, las organizaciones no gubernamentales, el mundo académico, los empleadores, la sociedad civil y otras partes interesadas pueden contribuir a dicha transformación. Se necesitarán los esfuerzos combinados de todos nosotros para transformar la salud mental.

IV. FUENTES DE CONSULTA

- Hutler M., Pollak T. A., Rooney A. G., Michael B. D., Nicholson T. R. (2020). Neuropsychiatric Complications of COVID-19. *The BMJ*. DOI:10.1136/bmj.m3871
- Gorna R., MacDermott, N., Rayner, C., O'Hara, M., Evans, S., Agyen, L., Nutland, W., Rogers, N., Hastie, C. (2021). Long COVID Guidelines Need to Reflect Lived Experience. *The Lancet*. 397(10273) DOI:10.1016/S0140-6736(20)32705-7

Nemani K., Li C., Olfson M, Blessing, E., Narges, R., Chen, J., Petkova, E., Donald, C. (enero 2021). Association of Psychiatric Disorders with Mortality among Patients with COVID-19. *JAMA Psychiatry*, 78(4). DOI:10.1001/jamapsychia-try.2020.4442

OMS. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*.

Taquet M., Luciano S., Geddes J. R., Harrison P. J. (2020). Bidirectional Associations Between COVID-19 and Psychiatric Disorder: Retrospective Cohort Studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 1-11.

SECCIÓN II

SALUD Y DERECHOS HUMANOS

CAPÍTULO SEXTO

LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES. UNA PERSPECTIVA DESDE LOS DERECHOS HUMANOS EN MÉXICO

Eryka del Carmen URDAPILLETA-HERRER*
María Inés VARGAS-ROJAS**

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Antecedentes*. III. *Conductas de riesgo en los adolescentes*. IV. *Salud mental*. V. *Consumo de sustancias*. VI. *Trastornos alimenticios*. VII. *Violencia*. VIII. *Infecciones de transmisión sexual*. IX. *Embarazo no planeado*. X. *Conclusiones*. XI. *Perspectivas*. XII. *Fuentes de consulta*.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia se considera un etapa libre de enfermedades y padecimientos diversos por ser la edad en la que las funciones en general se encuentran en su máximo desarrollo. Sin embargo; existen padecimientos descritos en la clasificación internacional de enfermedades (OMS, CIE-11, 2019-2021), y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) que tienen su origen en la adolescencia y que representan un impacto al sistema de salud muy importante, sin contar con el impacto social y familiar que también implican, amenazando la salud y el bienestar del individuo y de su entorno. Es en la adolescencia donde se inician conductas de riesgo y muchas veces trascienden a otras etapas del desarrollo contribuyendo con esto al aumento de la morbi-mortalidad precoz (Corona y Peralta, 2011, pp. 68-75)

* Doctora en Psicología de la Salud por la Universidad Nacional Autónoma de México. erykau@yahoo.com.mx. ORCID: 0000-0002-4981-9047.

** Doctora en Ciencias por Universidad Nacional Autónoma de México, ines.vargas.rojas@cieni.org.mx. ORCID: 0009-0000-7704-988X.

Pese a que el sistema de salud considera algunas estrategias de prevención en los diferentes niveles, parecen no ser suficientes ni estar enfocadas en factores transpersonales que contribuyan a la evitación, disminución o abandono de dichas conductas. Por esto en los últimos años se han sumado acciones fundamentadas en la promoción general de un desarrollo juvenil favorable. Este enfoque orienta a los adolescentes a buscar activamente y a adquirir las fortalezas personales, ambientales y sociales, que les permitan tener un desarrollo óptimo en todos los ámbitos (psicosocial y físico)(Corona y Peralta, 2011, pp. 68-75).

Mucho se dice sobre los derechos de los niños y de las personas en general, como dejando en alguno de los grupos a los adolescentes, sin embargo, es un grupo con condiciones, características y riesgos especiales que merece ser tratado de manera específica y así mismo sus derechos.

Desde esta perspectiva parece que los derechos de los adolescentes están protegidos por las acciones de los profesionales de salud en el marco de las estrategias nacionales para disminuir conductas de riesgo, sin embargo, en una visión más cuidadosa de algunos de sus derechos y de las altas cifras actuales de enfermedades mentales y del comportamiento, así como de conductas de riesgo (consumo de sustancias, embarazo adolescente, suicidio, conducta delictiva y violenta), parece decir lo contrario, desatendiendo los derechos fundamentales de los niños y adolescentes.

Desde el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se recogen algunas de las directrices para dar cumplimiento a los acuerdos de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. El Comité de los Derechos del Niño publicó por ello las directrices sobre el derecho de los niños y los adolescentes al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Asimismo, en 2016 se publicó una Observación general sobre el cumplimiento de los derechos de los niños durante la adolescencia. En dichos documentos se hace énfasis en las obligaciones de los Estados de reconocer los derechos y necesidades de salud y de desarrollo de los adolescentes y las personas jóvenes (OMS, 2022).

Este documento expone datos contenidos en los diferentes artículos disponibles que permiten definir el problema, las consecuencias y la tarea de quienes toman decisiones con la finalidad no sólo de disminuir las cifras sino de transformar los hechos de una sociedad joven enferma a una saludable porque es vista y atendida en sus necesidades reales, ofreciendo protección absoluta a sus derechos.

II. ANTECEDENTES

La adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, la OMS define que va desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud. Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial, esto influye en cómo se sienten, que es lo que piensan, la forma en la que toman decisiones e interactúan con su entorno.

Actualmente, hay más adolescentes que nunca en el mundo: 1200 millones, cifra que representa una sexta parte de la población mundial. Se prevé que este número aumente hasta 2050, particularmente en los países de ingresos bajos y medianos, donde vive cerca de 90% de los que tienen entre 10 y 19 años. Se estima que cada año mueren 1,1 millones de adolescentes, las principales causas son las lesiones por accidentes de tránsito, el suicidio y la violencia interpersonal. Millones de adolescentes también padecen enfermedades y traumatismos. Las causas de mortalidad y morbilidad en los adolescentes difieren según el sexo y la edad, y también por región geográfica.

Entre los 10 y 14 años, los principales riesgos para la salud están relacionados con el agua, la higiene y el saneamiento. Entre los 15 y 19 años, los riesgos están relacionados más a menudo con comportamientos como el consumo de bebidas alcohólicas y las relaciones sexuales sin protección. La mala alimentación y la poca actividad física, al igual que el abuso sexual, son otros riesgos que comienzan en la infancia y la adolescencia. Las adolescentes mayores se ven afectadas de manera desproporcionada por la violencia de pareja. Las complicaciones del embarazo y los abortos peligrosos son las principales causas de muerte entre las chicas de 15 a 19 años (OMS, 2022, s. p.).

En México viven 31.2 millones de personas adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años, de las cuales 10.8 millones son adolescentes (15 a 19 años). Respecto a la ubicación geográfica de las personas adolescentes y jóvenes encontramos que 52.9% de las personas adolescentes y jóvenes en México radican en 8 entidades federativas (Estado de México, Ciudad de México, Jalisco, Veracruz, Puebla, Guanajuato Nuevo León y Chiapas) (INEGI, 2021).

La mayor parte de la mortalidad y la morbilidad de los adolescentes son prevenibles o tratables, pero los miembros de este grupo etario se enfrentan con barreras específicas para acceder a la información y los servicios de salud. Las leyes y políticas restrictivas, el control de los padres o de la pareja, el conocimiento limitado, la distancia, el costo, la ausencia de con-

fidencialidad y los prejuicios del personal sanitario pueden impedir que los adolescentes reciban la atención que necesitan para crecer y desarrollarse sanamente.

Las investigaciones en salud sexual y reproductiva (SSR) de jóvenes y adultos emergentes, como prioridad para las intervenciones en el contexto de la salud pública, se han centrado en los comportamientos sexuales riesgosos, definidos de diversas maneras como las prácticas sexuales vaginales, anales y orales sin protección, relaciones sexuales con parejas casuales o desconocidas, el uso de drogas intravenosas en las relaciones, la promiscuidad y la edad temprana de inicio de vida sexual entre otros. En este tipo de prácticas puede influir el grado de información, prejuicios o ideas erróneas, modelos de crianza, falta de comunicación familiar, restricciones sociales, culturales, religiosas, morales, legales, poca preocupación por su salud y estilos de vida principalmente. Asimismo, se han mencionado modelos para analizar los comportamientos sexuales riesgosos y los factores de riesgo asociados, centrados principalmente en la toma de decisiones. En estos se incluyen aspectos como la edad, el sexo, la etnicidad y la educación; factores intrapersonales como actitudes y personalidad; factores interpersonales como las facetas de la relación; y factores situacionales tales como el uso de sustancias antes del acto sexual (Badillo *et al.*, 2020).

Entre las consecuencias derivadas de conductas o comportamientos sexuales de riesgo se encuentran los embarazos no planeados, las infecciones de transmisión sexual (ITS), enfermedades mentales, suicidios, abortos, afectaciones académicas y laborales. En la población adolescente, estas consecuencias merecen especial atención, sobre todo en el ciclo de su educación, en el que generalmente los embarazos no son planificados, conllevando a abortos mal practicados, en el abandono de la mujer o del hijo configurando así el problema social de la madre soltera, en otros casos ITS que afectan la salud e integridad de las personas, estos aspectos generalmente conducen a la deserción académica. La morbilidad y mortalidad de las ITS, comprometen la calidad de vida e imponen una fuerte presión en los presupuestos tanto de los hogares como de los sistemas de salud nacionales en los países de ingresos medianos y bajos; conducen al aumento de la transmisión del VIH y complicaciones como enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, embarazos ectópicos, abortos espontáneos, muertes fetales, infecciones congénitas; la mortalidad estimada relacionada con ITS incluye 200 mil muertes fetales y neonatales por sífilis gestacional y más de 280 mil muertes por cáncer de cuello uterino debido al VPH en cada año (Badillo *et al.*, 2020).

La prevención es la principal arma para evitar el daño y deterioro en jóvenes adolescentes y que estas conductas repercutan en la vida diaria y de trabajo de nuestros jóvenes o perpetúen padecimientos inicialmente banales hacia la cronicidad. Las estadísticas mundiales apuntan a riesgos elevados socio-conductuales de la salud del adolescente tanto en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo, lo que está estrechamente vinculado con el desarrollo científico y tecnológico, y las condiciones socioeconómicas de cada nación.

III. CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES

Hablar de conductas de riesgo en adolescentes es un concepto que involucra diversos comportamientos tales como consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, conductas violentas o delictivas, sexo sin protección, entre otras. Implica una conciencia clara sobre la etapa de desarrollo en la que si bien su potencial está desarrollándose y alcanza su máximo, es un momento en el que las pautas de comportamiento dirigirán sus acciones y constituirán mucho del marco de salud mental y física en el que se desarrollen en los años futuros.

La OMS (2022) afirma que para crecer y desarrollarse sanamente, los adolescentes necesitan información, educación que integre todos los ámbitos en los que ellos pudieran definir sus acciones y decisiones, esto es, prevención del consumo de sustancias, actividad física, actividad sexual y con ello proteger su salud y la de otras personas o por el contrario, poner en riesgo su salud en ese momento o en el futuro.

Para ello, es importante que tengan oportunidades de participar positivamente en la concepción y la ejecución de intervenciones promuevan una mejor salud. La ampliación de esas oportunidades es fundamental para responder a las necesidades y a los derechos específicos de los adolescentes, y esa es responsabilidad del Estado.

De acuerdo con las directrices de la OMS (2022), es responsabilidad del Estado el desarrollo de las aptitudes socioemocionales de los niños y adolescentes, es decir, del desarrollo de los recursos psicológicos para poder afrontar las exigencias de la vida cotidiana y de las que impone en propio desarrollo. Afirma categóricamente, que es responsabilidad de la escuela y de otros contextos comunitarios promover programas que favorezcan el buen estado de salud y el bienestar emocional. Así como promover los vínculos positivos, en la familia y entre pares, la crianza positiva y fomentar un contexto doméstico de mejor calidad. Una vez detectados, los niños y los

adolescentes deben tener acceso a servicios de salud que ofrezcan la ayuda correspondiente.

De acuerdo con datos de la OMS (2022), tan solo en 2020 murieron más de 1.5 millones de adolescentes y jóvenes adultos de entre 10 y 24 años de edad, lo que supone casi 5000 jóvenes al día, tiene menor riesgo de muerte el grupo entre los 10 y 14 años. Las causas principales son lesiones y traumatismos (incluidos los causados por el tránsito y los ahogamientos), violencia, conductas autolesivas, enfermedades infecciosas como las infecciones respiratorias y las dolencias ligadas a la maternidad. Todas ellas prevenibles. Las ITS son otra de las causas de enfermedades y potencial riesgo de muerte a largo plazo. A este respecto, la OMS estima que si 90% de las niñas del mundo recibiera la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), se podrían salvar más de 40 millones de vidas en el curso del próximo siglo. Pese a ello, en 2019 sólo recibieron la vacuna 15% de las niñas del mundo.

De acuerdo con estas estadísticas (Asociación Mexicana de Psiquiatría, 2014) en 2019 murieron 100 mil adolescentes (de 10 a 19 años) a consecuencia de un accidente de tránsito. Lo más lamentable es que muchos de ellos eran “usuarios vulnerables de las vías de tránsito” (Villavicencio *et al.*, 2022, s. p.) y 40 mil por ahogamiento (OMS, 2022). Las cifras respecto a accidentes por razón de consumo de sustancias no son tampoco alentadoras. Tan solo en México en 2018, el Observatorio Mexicano de Drogas (2019), registró 147 muertes asociadas a trastornos por consumo de sustancias, el alcohol fue la droga con mayor frecuencia (69.7%), seguido por cocaína (7.5%), las anfetaminas (6.7%) y la marihuana con 5.2%. Todos ellos con edad de inicio en el consumo de sustancias en la adolescencia.

La violencia constituye otro motivo por el cual adolescentes mueren, las cifras se ajustan de acuerdo con la región del mundo, concentrándose las mayores cifras en los países de bajos ingresos. La violencia sexual afecta también de manera importante a los jóvenes, siendo 1 de cada 8 jóvenes víctima de abuso (OMS, 2022). Dentro de la violencia encontramos diversas formas de manifestación. Una de ellas es la conducta delinencial.

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018) y con la Encuesta Nacional de Jóvenes en la Justicia Penal (ENASJUP), se estima que, en el país, durante 2017: de los adolescentes en el sistema justicia penal, 59.4% tenía entre 18 y 22 años, 25.5% tenía entre 16 y 17 años; 95.3% sabía leer y escribir, y 75.9% tenía estudios de educación básica.

El 50.5% de los adolescentes en el sistema de justicia penal con medida de sanción tuvo conocimiento de que fue acusado por delitos del fuero

común, mientras que 15.9% sabía que fue acusado por delitos del fuero federal. A 37.8% le fue dictada una medida de sanción por el delito de robo, mientras que 28.8% se encontraba vinculado a proceso por este delito (INEGI, 2018).

IV. SALUD MENTAL

Resulta importante enfatizar que muchos de los trastornos de salud mental se inician antes de los 14 años, pero no son detectados y muchos menos atendidos, lo que aumenta la posibilidad de cronicidad y otros efectos lamentables en la edad adulta.

Según la OMS (2022) en el mundo 1 de cada 7 jóvenes de 10 a 19 años padece algún trastorno mental, lo que supone 13% de la carga mundial de morbilidad en ese grupo poblacional. Las alteraciones emocionales como la ansiedad y la depresión representan uno de los problemas de salud mental y de discapacidad más importantes de acuerdo con esta Organización.

A éstas se asocia el suicidio como la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años.

En México, por ejemplo, los hombres de 15 a 29 años son el grupo con mayor riesgo debido a que ocurren 16.2 suicidios por cada 100 mil hombres entre estas edades.

Según reporte del INEGI (2022), el suicidio en personas de 15 a 29 aumentó en los últimos años.

En 2015 la tasa de muertes por lesiones autoinfligidas fue de 8.1 por cada 100 mil personas de las edades mencionadas. En 2021, la tasa de suicidios para el mismo grupo fue de 10.4 por cada 100 mil personas. En el caso de los hombres de 15 a 29 años, el riesgo de suicidio aumentó de 12.4 en 2015 a 16.2 en 2021 por cada 100 mil en esas edades.

Los fallecimientos por lesiones autoinfligidas son la cuarta causa de muerte en la población de 15 a 29 años, sólo por debajo de las agresiones, accidentes y la COVID-19. En hombres se presenta como la tercera causa, mientras que para las mujeres es la quinta (INEGI, 2022).

A la luz de estos datos las muertes por suicidio siguen en aumento, condición que hace necesaria la atención, pero sobre todo la revisión de las acciones implementadas y el análisis de su efecto. También permiten cuestionar al sistema de salud y conocer que métodos está implementando en la actualidad para prevenir, desde que nivel y hacia que población están dirigidas estas acciones. Parece que incidir en los adolescentes no es suficiente, sino que debemos como sistema, iniciar acciones desde etapas aún más

tempranas que permitan disminuir los factores de riesgo que dan origen a estas conductas y que tanto duelen al sistema social.

Esto nos deja entonces el cuestionamiento, si lo que está sucediendo actualmente en nuestro país es suficiente o estamos no sólo fallando a las directrices, sino afrontando altos costos económicos, sociales e individuales por ello.

V. CONSUMO DE SUSTANCIAS

Como se ha mencionado anteriormente, es en la adolescencia donde la mayor parte de los trastornos de comportamiento se registran, y unos que conlleva quizás los más altos costos y consecuencias en todos los niveles, son los relacionados al consumo de sustancias. La probabilidad de desarrollar una dependencia es mayor cuando han iniciado el consumo tempranamente y es inversamente proporcional al abandono. A este problema se adhieren muchos otros ya sea por consecuencia del consumo o bien como parte de las razones para iniciarse.

Esto es, el consumo de sustancias supone que los efectos causados por las drogas podrían posicionar a los adolescentes en un lugar de alta vulnerabilidad, para la violencia, el abuso de todo tipo (físico, sexual, emocional), accidentes, lesiones, sexo sin protección, ITS, etcétera. Pero, por otro lado, factores como la ansiedad y la depresión se describen como las principales causas de inicio en el consumo de algunas sustancias (Moreno *et al.*, 2009, s. p.).

De acuerdo con los datos de la OMS (2022), más de una cuarta parte de los jóvenes entre 15 y 19 años del mundo (155 millones de adolescentes), son consumidores actuales de alcohol. En 2016, la prevalencia de ingesta episódica de grandes cantidades de alcohol en adolescentes entre 15 y 19 años fue de 13.6%, son los hombres quienes tienen un mayor riesgo.

En el mundo se reporta que es la cannabis la droga más utilizadas por los jóvenes: el 4.7% de las personas de 15 a 16 años lo consumieron al menos una vez en 2018.

El consumo de alcohol y drogas por parte de niños y adolescentes sin duda tendrá repercusiones neuro cognitivas en los años posteriores, pues no debemos de olvidar que los niños y adolescentes al estar en desarrollo, las conexiones neuronales ocasionadas por el consumo de sustancias integran nuevos circuitos que serán lo que se reconozcan como mecanismos naturales de funcionamiento, haciendo funcionar sus SNC bajo el influjo de la sustancia como mecanismo natural. Además como efecto psicológico

lo integran a su personalidad y a su aprendizaje. Todo ello, se convertirá en un factor que impone alta dificultad para el abandono en el abandono del consumo, que más adelante serán generadores de problemas de comportamiento, emocionales, sociales o académicos.

Dice la OMS (2022), que:

La prevención del consumo de alcohol y drogas es un importante ámbito de trabajo en materia de salud pública, labor que puede pasar por estrategias e intervenciones dirigidas a la población y actividades en la escuela, la comunidad, la familia o a nivel individual. Entre las principales fórmulas para reducir el consumo de alcohol en la adolescencia están el establecimiento de una edad mínima para comprar y consumir alcohol y la eliminación de la mercadotecnia y la publicidad dirigidas a los menores.

Sin embargo, por lo menos en nuestro país esto parece no ser una limitación, pues basta ver que todavía en la actualidad, podemos encontrarnos la venta de cigarrillos sueltos en las esquinas sin cuestionar la edad del consumidor. Enorme reto representa, por ello, la atención de estas conductas.

En relación con el tabaco, la evidencia dice que tiene su inicio en la adolescencia y que en gran parte está asociada a otros problemas de salud mental como la ansiedad y depresión. Se trata de una sustancia lícita y tolerada por las personas y también es responsable de múltiples enfermedades agudas y crónicas.

La prohibición de la venta a menores de 18 años, el aumento de precio a todos los productos derivados del tabaco con su correspondiente alza en impuestos, la prohibición de la publicidad y la garantía de espacios libres de humo de tabaco, son las acciones consolidadas en la mayor parte de los países que firman diferentes convenios como el Convenio Marco de la OMS para Control del Tabaco (OMS, 2004-2005). Sin embargo, datos de esta organización afirman que pese a estas acciones al menos 1 de cada 10 adolescentes de entre 13 y 15 años consume tabaco, siendo dudosa la cifra en algunas regiones del mundo.

En México, respecto al consumo de sustancias lícitas encontramos el alcohol y el tabaco. Con la reciente regulación del cannabis sobre su uso lúdico y la portación de 8 gramos se espera que haya un aumento de la prevalencia y a su vez de los daños que ocasiona.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Villatoro *et al.*, 2017). La edad de inicio en el consumo de drogas es de 17.8 años: 17.7 en hombres y de 18.2 para las mujeres. Específicamente en el grupo de edad de interés, adolescentes entre 12 y 17

años, 6.4% ha consumido cualquier droga alguna vez, 3.1% lo ha hecho en el último año (437 mil) y 1.2% en el último mes. El 6.2% ha consumido drogas ilegales alguna vez (6.6% hombres y 5.8% mujeres), lo cual representa un aumento significativo en relación con 2011 en el que el consumo fue de 2.9%. Otro aumento significativo fue el que corresponde a consumo en el último año mientras que en 2011 fue de 1.5, para 2016 se reportó el 2.9% (3.4% hombres y 2.3% mujeres) y mientras que en 2011 el 0.9 reportó haber consumido alguna droga ilegal, en el 2016 lo hizo el 1.2% (1.7% hombres, 0.7% mujeres) manteniéndose estable, según esta encuesta.

El consumo de marihuana también tuvo cambios significativos, mientras que en 2011 fue de 2.4 para “alguna vez”, en 2016 fue de 5.3%, cocaína e inhalables se mantuvieron estables respecto a 2011, para 2016 (0.7 *vs.* 1.1% y 0.9% *vs.* 1.3% respectivamente); en el último año 2.6% ha consumido marihuana presentando un aumento respecto a 2011 (1.3%). En 2016, 0.6% reportó haber consumido cocaína y 0.6% inhalables; en el último mes, 1.1% ha consumido marihuana y 0.2% cocaína.

Dado el aumento significativo que presentó el consumo de sustancias en nuestro país resulta inminente un análisis crítico a las políticas implementadas y un rescate de las acciones y directrices planteadas pues de continuar con esta tendencia se esperan resultados cada vez más desalentadores.

VI. TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Una entidad aparte, que requiere un lugar y observación especial, son los trastornos alimenticios, como muchos otros problemas de salud física y mental tienen mayormente su inicio en la adolescencia. La vulnerabilidad, la presión social y la escasa atención a los indicadores de patología en este sentido, son los principales obstáculos para la detección y tratamiento oportuno de los trastornos alimenticios, pese a que representa un problema de salud pública muy importante.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2018-19) los jóvenes que estaban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria de acuerdo con el cuestionario aplicado fue el 1.3% (1.9% en mujeres y 0.7% en hombres), cifras similares a la prevalencia reportada en Ensanut 2012. Entre los adolescentes de mayor edad (14-19 años) la prevalencia de tener un trastorno es de 1.8%, superior a 0.6% estimado para el grupo de 10-13 años.

De acuerdo con este mismo documento, las mayores preocupaciones de algunos adolescentes no radican en la elección de carrera o económicas, su

preocupación se centra en engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. Tanto en hombres (12.6%) como en mujeres (12.4%) se reportó frecuentemente haber comido demasiado. Menos frecuente fue la práctica del vomito autoinducido y la ingesta de medicamentos u otras sustancias como diuréticos y laxantes. Lo cual podría ayudar a los prestadores de salud a prestar atención a las necesidades y preocupaciones que están siendo dirigidas a su apariencia más que a algún otro factor del bienestar. Estudios realizados entre 1997 y 2015, que incluyeron poblaciones de Guadalajara, Hidalgo y la Ciudad de México, estimaron un rango de prevalencia de 0.4-7.2% en hombres y 1-16.1% en mujeres (Nuño y Unikel, 2019).

VII. VIOLENCIA

La OMS (2022) afirma que sigue siendo una de las principales causas de mortalidad de los jóvenes en el mundo, el porcentaje depende de la región. Por ejemplo, en América la violencia representa la causa de casi un tercio de las muertes de adolescentes hombres. La OMS hace referencia a las cifras ofrecidas por la Encuesta Mundial de Salud Escolar, 2018, en la que se afirma que 42% de los adolescentes varones estaban expuestos a intimidación, mientras que las mujeres adolescentes lo están en 37%. Por otro lado la violencia sexual afecta a 1 de cada 8 adolescentes (OMS, 2022).

Así, la violencia durante la adolescencia es causa de otras lesiones, que incluye: infecciones por VIH o alguna otra de transmisión sexual, embarazo precoz, problemas de salud reproductiva y enfermedades transmisibles y no transmisible. También es causa de problemas de salud mental, afectaciones en el rendimiento y deserción escolar.

Algunas de las propuestas para la prevención son el fomento de la parentalidad y del desarrollo en la primera infancia, la prevención de la intimidación en el medio escolar, programas que promuevan las aptitudes sociales y habilidades para la vida, así como las intervenciones comunitarias para disminuir el acceso y consumo de alcohol y las armas. Señala el documento que la atención eficaz y empática a los adolescentes sobrevivientes de violencia, mediante seguimiento continuo y cercano puede ayudar a afrontar y superar las consecuencias físicas y psicológicas. Sin duda alguna hay un gran quehacer en este sentido, la crianza positiva, la educación para la paz, no debería quedarse en el discurso político, debemos seguir trabajando desde todas las instancias posibles para promover el cumplimiento del derecho máximo, a la vida y a la salud.

En México, durante los últimos años, los programas orientados a prevenir el delito y la delincuencia han cobrado relevancia en el marco de las políticas nacionales. Actualmente, se reconoce que las intervenciones que atienden los factores de riesgo vinculados a la violencia y a la delincuencia, que además fortalecen y promueven los factores de protección en la población, constituyen uno de los principales instrumentos con los que cuenta el Estado para mejorar las condiciones de seguridad pública (INEGI, 2016). Trabajar no sólo de manera coordinada sino integralmente podría beneficiar las acciones.

La violencia se relaciona con consumo de drogas, con sexo sin protección, con embarazo adolescente y con múltiples conductas que no pueden mirarse como entidades independientes sino como parte de los resultados de una crianza carente de sensibilización, educación y pobre acceso a servicios de salud óptimos en tiempo oportuno.

No ocuparse de los trastornos de salud mental de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden a la edad adulta, perjudican la salud física y mental de la persona y restringen sus posibilidades de llevar una vida plena en el futuro y abren la puerta a la exclusión social, discriminación, problemas de estigmatización (que afectan a la disposición a buscar ayuda), dificultades educativas, comportamientos de riesgo, mala salud física y violaciones de derechos humanos. Pero también tiene impacto social y económico para el Estado, restando años de vida productiva, e invirtiendo recursos en las diferentes alternativas de rehabilitación, siendo mayor ese costo que el de la prevención. Por ello, dice la OMS (2022), es crucial atender las necesidades de los adolescentes, detectar oportunamente los problemas de salud mental a fin de evitar la institucionalización y la medicación excesiva, priorizar las soluciones no farmacológicas y respetar los derechos de los niños recogidos en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos de derechos humanos.

La protección de ellos ante la adversidad, la psicoeducación en materia de salud, en bienestar socioemocional y psicológico, así como garantizar el acceso a la atención de salud mental, son factores fundamentales para el desarrollo óptimo de los niños y adolescentes que tendrá un reflejo en la vida adulta saludable.

VIII. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El inicio de la vida sexual es un episodio crucial en la vida de las personas porque tiene grandes implicaciones para su futuro. Cuando las personas ini-

cian su vida sexual, comienza la exposición al riesgo de contraer una ITS o de presentar un embarazo no planeado, no deseado o en condiciones de riesgo.

Más de 30 patógenos se transmiten por vía sexual; se pueden adquirir múltiples infecciones al mismo tiempo. Las ITS a menudo no presentan síntomas o pueden cursar sin síntomas durante largos tiempo, por lo que pueden transmitirse sin saberlo durante las relaciones sexuales o durante el embarazo. Las mujeres y las niñas se ven afectadas de forma desproporcionada por las ITS. Las ITS que no se tratan pueden provocar, en función de las infecciones en cuestión, resultados irreversibles y potencialmente mortales a largo plazo, como dolor pélvico crónico, cáncer, embarazos ectópicos, infertilidad, desenlaces adversos del embarazo, muerte neonatal y anomalías congénitas. Algunas ITS también pueden aumentar el riesgo de contraer el VIH. La estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual no se limita a patógenos específicos, sino que reconoce que las ITS pueden prevenirse, diagnosticarse y tratarse mediante el uso de estrategias integradas del sistema de salud.

De esta forma se consigue centrar los servicios en las personas, atendiendo las necesidades generales de las personas que tienen o corren el riesgo de contraer ITS.

Las y los adolescentes pueden no percibirse en riesgo de contraer una ITS; sin embargo, en 2018, 4 de cada 100 adolescentes reportó haber recibido consulta médica o tratamiento por una ITS en los últimos 12 meses. Por otro lado, la tendencia del VIH en México ha presentado un incremento en el porcentaje de casos nuevos que se producen en jóvenes de 15 a 24 años de edad (Boletín Censida, 2022).

La OMS plantea que los países deben abordar los factores individuales, comunitarios y estructurales que contribuyen a la propagación de las ITS, garantizando que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de alta calidad para prevenir la transmisión de las ITS, así como para tratar y atender a quienes las padecen, sin estigmatización ni discriminación.

Hay tres infecciones de gran importancia mundial: la sífilis (*Treponema pallidum*), la gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*) y la infección por el virus del papiloma humano. Todas ellas son objeto de iniciativas mundiales específicas. Dichas infecciones merecen una atención especial por su gran incidencia y prevalencia, porque tienen resultados adversos graves, porque existen herramientas costo eficaces específicas contra ellas y por la posibilidad de resistencia a los tratamientos. Otras infecciones importantes son la clamidia (*Chlamydia trachomatis*), la tricomoniasis (*Trichomonas vaginalis*), el virus

del herpes simple y el virus linfotrópico humano de los linfocitos T tipo 1 (HTLV-1).

Cada día, más de un millón de personas contraen una ITS. La OMS estima que en 2020 hubo 374 millones de nuevas infecciones de alguna de estas cuatro ITS: clamidiosis (129 millones), gonorrea (82 millones), sífilis (7,1 millones) y tricomoniasis (156 millones). Se calcula que el número de personas con herpes genital superaba los 490 millones en 2016, y que hay 300 millones de mujeres con infección por el VPH, la principal causa de cáncer de cuello uterino y de cáncer anal entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Cerca de 296 millones de personas padecen hepatitis B crónica en todo el mundo. Se estima que más de 500 millones de personas (de 15 a 49 años) tienen una infección genital por el virus del herpes simple (VHS o herpes).

En los últimos años se ha reportado un importante incremento en las ITS, las conductas de riesgo van en aumento, hay más prácticas sexuales grupales, más cambios en el comportamiento sexual de las personas como la introducción de la pastilla del viagra para extender las relaciones sexuales, la influencia de drogas recreacionales (fenómeno chemsex), e inclusive un menor temor de adquirir el VIH debido a los tratamientos exitosos y a la utilización de la píldora PreP (profilaxis preexposición). Por otro lado, existen menos campañas de información sobre salud sexual reproductiva, existen recortes presupuestarios para los servicios de salud sexual y no existe un programa de educación sexual integral para cada etapa de la vida.

Un fenómeno que se notó en el primer año de pandemia por COVID-19 fue la reducción de estas a causa del confinamiento y también del subdiagnóstico que hubo para darle prioridad al coronavirus. Pero todo cambió en 2021. Con la llegada de las vacunas y el fin de las restricciones, los contactos personales y las relaciones sexuales se incrementaron notablemente. Y ya con los datos de ese año, en 2022 se confirmó un aumento sostenido de la mayoría de las ITS en nuestro país y en el mundo.

En México, las ITS se ubican entre las 10 primeras causas de morbilidad en el grupo de edad entre 15 y 44 años, de acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud, entre 2020 y 2021, se registró un crecimiento preocupante en el número de casos de infecciones de transmisión sexual atendidas por el sector salud en todo el territorio nacional. Cada semana, alrededor de 4900 mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años contraen la infección por el VIH. A finales de 2021, había 19.7 millones (17.6-22.4 millones) mujeres adultas (15 años o más) viviendo con VIH. A finales de 2021, el Programa VIH y otras ITS aplicó 1,624,242 pruebas de detección VIH y 1 408 757 de sífilis. Lo que significa un aumento en el total de detecciones de VIH de

35% y una disminución en las pruebas de sífilis de 43%, en comparación con el mismo periodo del año anterior (Boletín Epidemiológico de la Secretaría de Salud, 2019).

De todas las ITS, la atención se ha focalizado en el VIH, pues representa un problema serio y creciente de salud pública, especialmente para adolescentes y jóvenes. En el mundo, la mitad de los nuevos casos de VIH ocurren en población de 15-24 años. En nuestro país, durante 2021, los casos notificados de VIH en niños, niñas y adolescentes (NNA), acorde con el grupo etario y sexo en el periodo 1983-2021, sumaban en total 15,907 casos, siendo mayor la proporción en hombres como en otros grupos de edad. Para el 20 de abril de 2022, se reportó un total de 2,240 casos activos en tratamiento con antirretrovirales, correspondiente al grupo de menores de 18 años.¹

Los estudios sobre epidemiología de las ITS en adolescentes mexicanos son escasos; un estudio con una muestra representativa de jóvenes de zonas semiurbanas marginadas en México muestra una prevalencia de virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) de 9 y 4% en hombres y mujeres, respectivamente, de 15-18 años de edad. Si bien no existen estudios con representatividad nacional sobre la prevalencia por virus del papiloma humano (VPH) en adolescentes, estudios locales con universitarios indican que los jóvenes se encuentran frecuentemente expuestos a este virus (Campero *et al.*, 2013).

Tras años de desatención y de falta de compromiso político y financiamiento, es imperativo revitalizar y replantear la respuesta mundial contra las infecciones de transmisión sexual. Se trata de infecciones que siguen estigmatizadas y ocultas; las contraen 374 millones de personas, pero la mayoría de ellas carece de acceso a los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, cabe destacar algunos avances, como la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis en 15 países en 2020. La vacuna contra el VPH también se está incorporando a los calendarios nacionales de inmunización, pero su cobertura sigue siendo baja.

En muchos países los datos sobre las ITS son escasos. Tampoco se están aprovechando adecuadamente las oportunidades de vincular las respuestas a las ITS con las respuestas al VIH y a otras enfermedades transmisibles. A fin de que las epidemias de ITS dejen de ser problemas de salud pública de aquí a 2030 es preciso reducir sustancialmente las nuevas infecciones, además de redoblar los esfuerzos de prevención primaria, aumentar el acceso a las pruebas de detección, sensibilizar sobre las repercusiones de salud pública de las ITS y recabar una financiación adecuada. Se trata de objetivos

¹ Véase www.paho.org/vih

ambiciosos, para cuya consecución también será necesario aumentar el acceso a una gestión de casos de ITS de alta calidad centrada en las personas y prestada por proveedores de servicios de carácter público, privado y no gubernamental. Además, será preciso aprovechar las sinergias con los servicios de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, salud de los adolescentes y VIH mediante un enfoque de atención primaria de la salud; reforzar la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual y la resistencia a los antimicrobianos; acelerar la investigación de las nuevas vacunas y las pruebas de diagnóstico domiciliarias y en el lugar de consulta, y forjar nuevas alianzas, incluso con el sector privado.

Todas las políticas públicas diseñadas para propiciar la seguridad sexual y reproductiva en adolescentes deben basarse en el marco del respeto a sus derechos; los adolescentes y jóvenes deben ser reconocidos como seres con autonomía capaces de tomar decisiones acertadas sobre su cuerpo y bienestar. Para esto requieren información y habilidades que les permitan apropiarse de sus derechos, para demandar una educación sexual sin prejuicios y acceso a servicios de salud de calidad en un clima de privacidad y confidencialidad. Debe reconocerse la diversidad de orientaciones e identidades sexuales bajo el respeto a las diferencias y rechazando todo tipo de estigma y discriminación.

IX. EMBARAZO NO PLANEADO

El embarazo durante la adolescencia se considera un problema porque afecta de forma negativa distintos aspectos de la vida de quienes lo experimentan. Es muy probable que se abandone la escuela y no se continúe con los estudios (rezago educativo), por consiguiente, las oportunidades de tener empleo y desarrollo se reducen, y aumenta el riesgo de permanecer en condiciones de pobreza y exclusión; así como de sufrir violencia, depresión.

De acuerdo con la OMS, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años en todo el mundo. En México durante 2018, 1 de cada 10 hospitalizaciones de niñas de 10 a 14 años, y 3 de cada 4 hospitalizaciones de adolescentes de 15 a 19 años, se debieron a causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

En el país, más de 1000 niñas y adolescentes dan a luz cada día. La alta tasa de embarazo adolescente coloca a México en primer lugar en ocurrencia de embarazos en mujeres de 15 a 19 años de los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), con

una tasa promedio de 77 nacimientos por cada 1000 adolescentes de esa edad.

Mundialmente, según la OCDE, México lidera el problema de embarazos en adolescentes, de 12 a 17 años de edad. Al día se registran 1252 partos cuyas madres se encuentran en este rango de edad, esta cifra representa que en 1 de cada 5 alumbramientos está implicada una joven, se estima que el total nacional es de 6260 casos. Estos embarazos obligan a las adolescentes a abandonar sus estudios, Según reportes oficiales, el 80% de ellas deserta de la escuela. En Latinoamérica, México ocupa el primer lugar en embarazos no planeados, y en el mundo el segundo, después de EU. Al año nacen 390 mil bebés de mujeres entre 10 y 19 años, y ya hay datos de niñas de 9 años gestando.

México ocupa el primer lugar en Latinoamérica y el segundo en el mundo en tasa de embarazos de niñas y adolescentes causadas por violencia sexual. El embarazo entre los 10 a 14 años frecuentemente es consecuencia de violaciones de parte de parientes o gente cercana y no se denuncian. Se trata del nacimiento de un promedio de 28 bebés al día.

La vida sexual de los adolescentes inicia entre los 12 y 19 años, de estos, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

Los embarazos conocidos como muy tempranos, es decir, en el grupo de edad de 10 a 14 años también van en aumento, con casi 27% de todos los nacimientos. En México, 1 de cada 6 nacimientos, que representa el 48.4% fueron embarazos no deseados.

De acuerdo con Mayorga Delgado (2020), los datos ofrecidos por el INEGI (2019) establecen que el 59% de las adolescentes entre 12 y 19 años con antecedente de embarazo cursó solamente hasta la secundaria y el 33% de las mujeres de 20 a 24 años que fueron madres adolescentes se encuentran en el quintil de mayor pobreza.

El documento señala que México es uno de los países que menos presupuesto destina a planificación familiar, educación y salud reproductiva, cerca del 2.8% del PIB nacional, con respecto a otros países de América Latina; por debajo de Uruguay que dedica el 10%, de Colombia, 9.3%, de Costa Rica 8.7%, y de Chile, 7.5%, o Estados Unidos que designa el 14%.

X. CONCLUSIONES

El sistema educativo y los servicios de salud, en coordinación, deben convertirse en herramienta fundamental para la identificación de los factores

de riesgo y la prevención de toda conducta que represente un riesgo para la salud o la vida de todos los individuos, especialmente para los adolescentes, quienes, como lo hemos visto, cursan por una de las etapas más críticas del desarrollo, para así poder disminuir complicaciones en edades futuras. Se debe promover la formación de recursos humanos en salud integral por medio de equipos multidisciplinarios. La capacitación sobre consumo de sustancias, violencia, salud sexual y reproductiva, alimentación saludable la prevención de ellas, así como la identificación de cualquier comorbilidad de salud mental deben ser con enfoque de género y derechos humanos, y factible de utilizarse para la formación o atención de los adolescentes. Se debe priorizar que aquellos con mayor contacto con esta población estén sensibilizados y capacitados, buscando abatir el prejuicio y la incomodidad que pueden sentir al hablar de estos temas.

La educación para la salud es una necesidad desde temprana edad, educar a los niños y adolescentes sobre los temas de riesgo, les permitirá tener un mejor desarrollo, les ayudará a tomar mejores decisiones, ya que la educación promoverá en niñas, niños y adolescentes el retraso en el inicio de algunas conductas como relaciones sexuales, consumo de algunas sustancias y en el mejor de los casos la evitación del consumo de otras y de ETS. La preparación física, emocional y económica para asumir la responsabilidad y las consecuencias de cada decisión es algo que se promueve con cercanía física y emocional con los jóvenes y con información suficiente y bien sustentada. Por ejemplo, está demostrado que recibir una educación sexual adecuada, no sólo propicia la igualdad de género y las normas sociales equitativas, sino que además influye positivamente sobre la conducta sexual, al hacerla más segura, ya que aplaza el inicio de las relaciones sexuales y aumenta el uso del preservativo.

El neurodesarrollo positivo en la adolescencia viene facilitado por las formas constructivas de asumir riesgos y de aprender y por las experiencias que estimulan las conexiones cerebrales positivas. Para considerar que un adolescente tiene buena salud psicosocial, debe gozar de un sentido positivo de identidad y autoestima, de unas relaciones sólidas con la familia y los compañeros, de la ausencia de violencia y discriminación, de la oportunidad de aprender y ser productivo, de la capacidad de disponer de recursos culturales para potenciar al máximo su desarrollo y de las oportunidades de tomar decisiones, cultivar valores y cimentar las aptitudes sociales y la preocupación por la justicia mediante actividades colectivas.

Los programas de educación para la salud para adolescentes deben partir de un enfoque incluyente, considerando aspectos biológicos, éticos, afectivos, sociales, culturales y de género. Este debe incorporar de manera

temprana la promoción de comportamientos saludables y placenteros, fortalecer la capacidad de negociación asertiva, fomentar decisiones responsables e informadas en relación con el beneficio que conlleva el postergar el inicio de conductas de riesgo como el uso de métodos anticonceptivos, en especial el condón y la anticoncepción de emergencia. La información y provisión de anticonceptivos en parejas no unidas debe hacerse con fines de prevención de embarazo e ITS y no sólo como un método de planificación familiar.

Una estrategia para poder alcanzar los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es trabajar en las conductas de riesgo, que son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas. Son múltiples, y pueden ser bio-psico-sociales y se ha mostrado que son particularmente intensas en la adolescencia. A ello contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que destaca la sensación de invulnerabilidad o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación, la susceptibilidad a influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de trasgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (corteza prefrontal en desarrollo) y, otros como la influencia de la testosterona en hombres, la asincronía de desarrollo tanto en mujeres (pubertad precoz y riesgos en sexualidad), como en hombres (retraso puberal y conductas para validación de pares).

La subestimación de los riesgos es habitual en los adolescentes en diferentes circunstancias. Será más probable, cuando está en juego su imagen, cuando se han habituado a ellos, cuando creen poder controlarlos o tienen expectativas de daños poco significativos, cuando se relacionan con importantes ganancias personales o cuando tienen una actitud fatalista y creen que los riesgos son inevitables.

El sistema educativo es un importante gestor de cambio, es necesario aumentar la conciencia de los adolescentes para desarrollar fortalezas, en pro de su propia salud y bienestar, motivándolos y ayudándolos a tomar esta responsabilidad. La capacidad para detectar factores protectores o fortalezas es una herramienta básica en la prevención de riesgos y la promoción de salud.

De acuerdo con las directrices establecidas por la OMS actualmente en nuestro país queda un camino muy importante por recorrer para lograr los objetivos de prevención y la disminución de enfermedades y conductas de riesgo en la adolescencia.

Al ser una etapa de definición de los individuos que serán quienes tengan en las manos en unos años la toma de decisiones de nuestro país, conviene voltear la mirada a sus necesidades actuales y reales y sustentados en las garantías individuales y en los derechos humanos hacer todo cuanto sea posible desde todas las trincheras de la prevención (educación, sistema de salud, sistema social) para ofrecer mejores alternativas para acceder a una vida saludable.

XI. PERSPECTIVAS

Para cubrir las necesidades específicas y acciones encaminadas a mejorar la salud integral de las y los adolescentes, retomando sugerencias de organismos nacionales e internacionales, la estrategia sería trabajar en dos escenarios diferentes de forma conjunta:

1. *Propuestas enfocadas en prevención*

- Diseñar e implementar programas efectivos de educación para la salud (involucrando a padres de familia o tutores, maestros y personal de salud).
- Uso de tecnologías y medios de comunicación para el diseño de estrategias de prevención (uso de redes sociales para la promoción de comportamientos saludables y provisión de información útil basada en evidencia científica).
- Monitorización de los beneficios ofrecidos por los programas de prevención.

2. *Propuestas enfocadas al acceso y calidad de los servicios de salud*

- Campañas de promoción de los servicios de salud que el Estado ofrece a los adolescentes, por medio de redes y diversos medios de comunicación que estén al alcance y en el lenguaje propio de este grupo poblacional que le permita hacer conciencia de los servicios.
- Sensibilización e incluso reeducación al personal de salud de los servicios de atención de primer contacto y primer nivel sobre necesidades específicas para la atención del paciente adolescente.
- Revisar la normativa sobre la necesidad de requerir obligatoriamente el acompañamiento de un familiar o tutor responsable cuando se solicita atención preventiva de conductas de riesgo (información

sobre daños a la salud por consumo de sustancias, métodos de planificación familiar, riesgos de enfermedades de transmisión sexual, señales de violencia de cualquier tipo y estilo de vida saludable). Y en aquellas situaciones en las que la toma de decisiones no involucre riesgo mayor al adolescente.

XII. FUENTES DE CONSULTA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5a. ed). Asociación Americana de Psiquiatría.
- Badillo-Viloria, M., Mendoza Sánchez, X., Barreto Vásquez, M., Díaz-Pérez, A. (2020). Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla. Colombia. *Enferm. Glob.*19(59).
- Boletín DAI Censida tercer trimestre. (2022). 8(3)
- Boletín Epidemiológico de la Secretaría de Salud.* (2019). <https://www.infobae.com/america/mexico/2019/04/06/las-enfermedades-de-transmision-sexual-mascomunes-en-mexico/>
- Campero Cuenca, L. et al. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, (149), 299-307.
- Corona, H. F. y Peralta, V. E. (2011). “Prevención de conductas de riesgo”. *Rev. Med. Clin. Condes*, 22(1), 68-75.
- INEGI. (2022). *Comunicado de prensa núm. 503/22. 8 de septiembre de 2022* https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf
- INEGI. (2016). *Factores de riesgo y conductas antisociales en jóvenes de áreas urbanas de México.*
- INEGI. (2018). *Comunicado de prensa núm. 398/18. Resultados de la Primera Encuesta Nacional de Adolescentes en el Sistema de Justicia Penal (ENASJUP) 2017.* <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSegPub/ENASJUP2017.pdf>
- INEGI. (agosto de 2021). “Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud”. *COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 451/21*, 1-5.
- Liu L., Villavicencio F., Yeung D., Perin, J., Lopez, G., Strong, K., National, regional, and global causes of mortality in 5-19-year-olds from 2000 to

- 2019: a systematic analysis. *The Lancet. Global Health*, 10(3), 337-347.
- Moreno Coutño A. *et al.* (2009). Association between smoking and minimal-mild depressive symptomatology in heavy smokers. *Salud Mental* 32, pp. 199-204.
- Observatorio Mexicano de Drogas. (2019) con información del Servicio Médico Forense (SEMEFO)/ Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones (SISVEA).
- OMS. (2019-2021). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión*. <https://icd.who.int/browse11>
- OMS. (agosto de 2022). *Salud del adolescente y el joven adulto*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- OMS. (2004-2005). *Convenio Marco para el Control del Tabaco* (fecha de consulta 25/04/2023). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=79C40D4DD95B5ABA23DBEB766A8B3EEB?sequence=1>
- Shamah-Levy, T. *et al.* (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2018-2019*.
- Unikel C., Bojorquez I., Carreño S. (2004). “Validation of a brief questionnaire for the assessment of risky eating behaviors. *Salud Pública Mex*, 46, 509-515.
- Villatoro-Velázquez, J. A. *et al.* (2017). *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*.

CAPÍTULO SÉPTIMO

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Marco Antonio PEÑA DUQUE*

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Aterosclerosis y enfermedad arterial coronaria*. III. *Síndrome isquémico agudo (SICA)*. IV. *Angioplastia primaria. Aspectos técnicos, protocolos, escenarios*. V. *Trombólisis y estrategia fármaco invasiva*. VI. *Situación en México. Recomendaciones*. VII. *Propuesta de reperfusión en México*. VIII. *Síndrome isquémico agudo (SICA) sin elevación del ST*. IX. *Tratamiento invasivo*. X. *¿En qué momento se lleva coronariografía?* XI. *Tipo de revascularización*. XII. *Tratamiento antiplaquetario aceptado*. XIII. *Impacto del COVID-19 en la atención del infarto en la Ciudad de México*. XIV. *Estenosis aórtica*. XV. *Diagnóstico y evaluación*. XVI. *Opciones terapéuticas*. XVII. *Consideraciones en México*. XVIII. *Bibliografía*.

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en el mundo y México no es la excepción. En un reporte del INEGI (2020) de las principales causas de muerte en nuestro país, las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar y, si sumamos las muertes por diabetes mellitus que es un factor de riesgo establecido para enfermedad cardiovascular, y, además agregamos las muertes por enfermedad vascular cerebral, resulta que más de 40% de las muertes en México son provocadas por patología cardiovascular.

A pesar de los esfuerzos por disminuir factores de riesgo cardiovascular como tabaquismo, hipertensión arterial y obesidad, la carga de la enfermedad cardiovascular se va a incrementar en los siguientes años. En un reporte

* Cardiólogo intervencionista; jefe de Cardiología del Hospital Médica Sur. marcopduque@gmail.com.

reciente (Mohebi *et al.*, 2022), se hace una proyección a varios años que muestra un aumento de enfermedad isquémica cardíaca en 30.3%, insuficiencia cardíaca en 33.4%, infarto agudo de miocardio en 16.4% y enfermedad vascular cerebral en 33.8%. Esta proyección, que refleja el aumento de estas patologías en Estados Unidos, no tendría por qué ser muy diferente a lo que se va a observar en nuestro país en los siguientes lustros, por lo que el siguiente gobierno que tomará posesión en 2024, tiene una enorme responsabilidad para hacer frente a esta carga aumentada de enfermedades cardiovasculares.

Dentro de la patología cardiovascular más frecuente, mencionaremos al síndrome isquémico coronario agudo, específicamente al infarto con elevación del ST, así como infarto sin elevación del ST, COVID-19 e infarto, y, finalmente, estenosis aórtica calcificada como un problema de salud.

II. ATEROSCLEROSIS Y ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

La disfunción endotelial es sin duda la alteración inicial en el desarrollo de aterosclerosis y se caracteriza por una disminución en la disponibilidad de óxido nítrico. Existen también otros factores aterogénicos como diabetes, hipertensión, tabaquismo, hiperlipidemia, así como factores bioquímicos y hemodinámicos que favorecen la progresión de la placa de aterosclerosis (Gutiérrez *et al.*, 2013). Con relación a la hiperlipidemia, las lipoproteínas plasmáticas se componen de varias moléculas que incluyen apolipoproteínas, ésteres de colesterol y triglicéridos. La apolipoproteína (apo) B, es la determinante primaria de las lipoproteínas aterogénicas, incluyendo la lipoproteína de baja densidad (LDL), y la apo A-1 es la determinante primaria de la lipoproteína de alta densidad (HDL).

El riesgo de un individuo de desarrollar enfermedad arterial coronaria (EAC) está relacionado con factores de estilo de vida y factores genéticos. De acuerdo con lo anterior, el término epigenética juega un papel fundamental, este término, define cambios temporales y hereditarios en la expresión genética. Estos factores epigenéticos se ven afectados por el medio ambiente y pueden modular la expresión genética (Rizzavosa *et al.*, 2019). El papel de la epigenética en la fisiopatología de la aterosclerosis está llamando mucho la atención en los últimos años. El desarrollo de la placa de aterosclerosis involucra cambios epigenéticos que afectan a las células endoteliales, así como a otros actores de la placa como macrófagos y células de músculo liso (Ibáñez *et al.*, 2018).

En síntesis, la aterosclerosis es una enfermedad compleja causada por múltiples factores genéticos y ambientales y con gran interacción entre ambos. Los mecanismos moleculares son una red compleja en la que participan, el metabolismo de los lípidos, señalizaciones inflamatorias, así como interacciones complejas con el sistema vascular y factores que favorecen la trombosis. Si bien el daño inicial es disfunción endotelial, el mecanismo básico incluye la acumulación de lípidos y la activación inmune en la pared vascular.

La progresión de aterosclerosis coronaria hacia una placa vulnerable incluye microcalcificaciones, alteraciones de la matriz extracelular, hemorragia dentro de la placa, degradación de la capa fibrosa, erosión de placa y finalmente la ruptura de esta, que provoca la aparición de un síndrome isquémico coronario agudo.

III. SÍNDROME ISQUÉMICO AGUDO (SICA) CON ELEVACIÓN DEL ST (STEMI)

El término infarto agudo de miocardio se usa cuando hay evidencia de daño miocárdico, evidenciado por aumento de troponinas, cuadro clínico sugestivo, es decir, dolor torácico, así como elevación del segmento ST en el electrocardiograma ≥ 2.5 mm en al menos dos derivaciones contiguas (Ibáñez, 2018).

En presencia de bloqueo completo de rama izquierda del haz de His, el diagnóstico de infarto es difícil, sin embargo se sospecha si tiene alteraciones marcadas del segmento ST. La mayoría de los pacientes con SICA con elevación del ST se clasifican como infartos tipo I, es decir, con evidencia de trombo coronaria, existen pacientes con SICA con elevación del ST que no tienen enfermedad obstructiva coronaria en la angiografía y se les denomina infarto de miocardio sin enfermedad obstructiva coronaria (MINOCA). Este tipo de infarto no se va a discutir en este capítulo.

Mundialmente, la enfermedad cardíaca isquémica es la causa más común de muerte y su frecuencia se está incrementando como se ha descrito en la introducción de este capítulo. En la mortalidad influyen factores como la edad del paciente, la gravedad del cuadro clínico (clasificación de Killip), el retraso en el tratamiento, es decir, el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas hasta su llegada a un hospital, y otros factores como historia de infarto previo, diabetes mellitus, nefropatía, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo y la carga de aterosclerosis que se identifica en la coronariografía.

En Europa la mortalidad intrahospitalaria de pacientes no seleccionados varía entre 4% y 12% (Kristensen *et al.*, 2014). En México la mortalidad, en 2015, en instituciones públicas (principalmente IMSS, ISSSTE), se registró en 24 defunciones por cada 100 egresos en 30 días de estancia hospitalaria (Mohebi *et al.*, 2022). Como puede observarse existe una gran disparidad entre lo observado en países europeos y lo que sucede en México, lo cual refleja una carencia de una política pública en salud con respecto a este grave problema que representa la primera causa de muerte en nuestro país.

Las recomendaciones de las guías clínicas son claras en cuanto al diagnóstico inicial, se debe tomar un electrocardiograma de 12 derivaciones e interpretarlo en no más de 10 minutos, así como muestra de sangre para marcadores séricos de necrosis (troponinas). El segundo paso para seguir es dar un tratamiento de perfusión durante las primeras 12 horas de evolución de los síntomas (de manera óptima dentro de las primeras 6 horas), es decir, tratar de abrir la arteria responsable del infarto mediante técnicas mecánicas de cateterismo cardíaco (angioplastia primaria) o mediante la administración intravenosa de agentes fibrinolíticos. Si el paciente llega a un centro hospitalario sin facilidades para angioplastia y el tiempo estimado entre el diagnóstico de STEMI y el cruzar una lesión coronaria con una guía de angioplastia es menor a 120 minutos, se traslada a un centro con sala de hemodinámica para angioplastia primaria. Si el paciente llega a un centro con facilidades para angioplastia, el procedimiento debe ser efectuado en menos de 60 minutos. Si el tiempo estimado es mayor a 120 minutos, se debe empezar de inmediato con la administración de trombolíticos para posteriormente trasladar al paciente a un hospital con facilidades de angioplastia, es decir con instalaciones que cuenten con una sala de hemodinámica y, abrir la arteria responsable en un periodo de 2 a 24 horas posteriores a la trombólisis.

El reducir el tiempo en que el paciente es llevado a una sala de hemodinámica reduce la mortalidad (Nallamoth *et al.*, 2015).

IV. ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

ASPECTOS TÉCNICOS, PROTOCOLOS, ESCENARIOS

La angioplastia primaria es el tratamiento de perfusión preferida en pacientes con infarto agudo con elevación del segmento ST durante las primeras 12 horas de evolución, si es que se puede hacer durante los primeros 120 minutos del diagnóstico (Ibáñez *et al.*, 2018) (Clase IA de acuerdo con las guías). Estudios clínicos aleatorios han mostrado de manera consistente que

la angioplastia primaria, en cualquier escenario, es superior a la trombólisis con respecto a mortalidad, reinfarto y evento vascular cerebral (Keely *et al.*, 2003), sin embargo, en muchas ocasiones y especialmente en nuestro país en donde no se tienen suficientes centros con capacidad para angioplastia, la opción es trombólisis inmediata, sin perder tiempo, para después trasladar al paciente a un centro con esas facilidades.

El procedimiento debe iniciar mediante acceso radial en lugar de acceso femoral, esta conducta quedó demostrada en el estudio MATRIX, que mostró una disminución de sangrado, complicaciones vasculares, necesidad de transfusión y de manera importante una disminución en mortalidad comparado con el acceso femoral (Valgimigli *et al.*, 2015).

En el protocolo diagnóstico angiográfico, se empieza por la arteria no responsable del infarto y posteriormente por la arteria responsable. Una vez localizada la lesión por angiografía, se introduce una guía de angioplastia 0.014” para cruzar la lesión y, el procedimiento se termina implantando stents medicados, que, comparados con stents no medicados, han demostrado menor riesgo de trombosis, reinfarto y restenosis.

La aspiración rutinaria de trombo intracoronario con catéteres dedicados no se recomienda, sin embargo, en casos especiales de una gran carga de trombo a pesar de la guía y del balón de angioplastia, la trombo aspiración puede ser de utilidad (Jolly *et al.*, 2017).

Un tema importante en la estrategia de manejo de estos pacientes es, qué hacer cuando encontramos lesiones obstructivas en las arterias no responsables del infarto. Es ampliamente conocido que aproximadamente 50% de los pacientes con infarto, tienen enfermedad multivascular (Dziewierz *et al.*, 2010). La pregunta es, ¿realizar una revascularización completa o sólo la arteria culpable?, y si se opta por revascularización completa, cuándo hacerla, durante el procedimiento de angioplastia o durante la estancia hospitalaria. En 2019 se publicaron los resultados del estudio COMPLETE (Complete revascularization with multivessel PCI for myocardial infarction) que mostró una superioridad en términos de muerte cardíaca y de infarto del miocardio con la estrategia de revascularización completa que aquella que solo trata la lesión culpable.

La terapia antiplaquetaria y anticoagulante durante el procedimiento de angioplastia primaria y posterior al procedimiento incluye Prasugrel, ticagrelor o clopidogrel, así como aspirina que deben mantenerse al menos durante un año. Estos medicamentos son una recomendación clase I. Durante el procedimiento, se debe utilizar heparina no fraccionada (clase I) y en caso de trombocitopenia inducida por heparina, la bivalirudina es el medicamento de elección.

V. TROMBÓLISIS Y ESTRATEGIA FÁRMACO INVASIVA

Sin duda la terapia trombolítica es una estrategia valiosa siempre que no pueda implementarse una angioplastia primaria. Cuando se administra durante las primeras 6 horas de la evolución de los síntomas, previene 30 muertes por cada 1000 pacientes tratados. El mayor beneficio se obtiene en pacientes de alto riesgo y cuando el tratamiento se aplica durante las primeras 2 horas de inicio de los síntomas (Ibáñez *et al.*, 2018).

Los agentes trombolíticos recomendados clase I, son alteplasa, tenecteplasa y reteplasa. En pacientes de 75 años o mayores, la recomendación es la mitad de la dosis de tenecteplasa (recomendación IIa). La terapia concomitante antiplaquetaria es con aspirina y clopidogrel (recomendación clase I) durante un año si después de la trombólisis el paciente va a una angioplastia primaria con stent. Asimismo, la terapia anticoagulante concomitante es con enoxaparina (clase I) hasta que el paciente vaya a angioplastia. Las dosis recomendadas de trombolíticos son las siguientes: a) Alteplasa (tPA): 15 mg en bolo IV, seguidos de 0.75 mg/Kg (hasta 50 mg) en un lapso de 30 minutos y otros 0.5 mg/kg (hasta 35 mg) en 60 minutos. b) Reteplasa (rPA): Bolo IV de 10 mgs+bolo IV de 10m mg en un intervalo de 30 minutos. c) Tenecteplasa: Bolo simple IV de acuerdo con el peso del paciente, tomando en cuenta que en pacientes de 75 años o mayores se recomienda la mitad de la dosis.

Después de la trombólisis, es indispensable transferir a todos los pacientes a un centro con capacidad para realizar angioplastia. Esta recomendación es clase I de acuerdo con las guías de práctica clínica.

En la estrategia fármaco invasiva una vez administrada la trombólisis, el paciente es trasladado siempre a un centro con facilidades para angioplastia y se realiza la angiografía entre las 2 y las 24 horas después de la trombólisis con angioplastia del vaso responsable si está indicada. Esta conducta está fundamentada en varios estudios aleatorios, así como metaanálisis en donde se ha observado una disminución en reinfarcto y en isquemia recurrente, comparados con aquellos pacientes en donde solo se hace la angiografía post-trombólisis, cuando el paciente tiene datos de isquemia o disfunción ventricular (D'Souza *et al.*, 2011).

VI. SITUACIÓN EN MÉXICO. RECOMENDACIONES

Como se ha comentado, la mortalidad en México por infarto de miocardio en instituciones públicas de salud es alrededor del 24%, cuando en la Unión

Europea va del 4% al 12%, sin embargo, existen estadísticas de centros en México como el Instituto Nacional de Cardiología en donde la mortalidad en infarto agudo de miocardio con elevación del ST es de alrededor de 7.2% cuando estos pacientes se les ofrece un tratamiento de reperfusión. Precisamente este mismo grupo de la unidad coronaria del Instituto, publicó en 2023 un estudio retrospectivo de 2005 al 2020 en donde se identificaron 2442 pacientes con infarto de miocardio que no fueron reperfundidos por angioplastia primaria o por trombólisis, y en este grupo la mortalidad intrahospitalaria fue de 12.7% comparada con 7.2% de aquellos que recibieron tratamiento de reperfusión (Gopar-Nieto *et al.*, 2023). La razón principal por los que estos pacientes no recibieron un tratamiento adecuado fue el retraso en la atención médica en un 96.1% de los casos. Estos resultados reflejan que la gran mayoría de los pacientes en México con infarto de miocardio no reciben un tratamiento de reperfusión durante las primeras 12 horas de evolución, evidenciando la falta de una verdadera política pública en salud con programas específicos a nivel nacional de atención del infarto agudo de miocardio.

VII. PROPUESTA DE REPERFUSIÓN EN MÉXICO

La propuesta es muy clara, una política pública con un programa específico que se aplique en territorio nacional, la estrategia es ofrecer una terapia de reperfusión durante las primeras 12 horas de evolución de un infarto de miocardio con elevación del ST. Si bien el tratamiento de elección es la angioplastia primaria con implante de stent medicado en la arteria responsable, esto sólo es posible en aquellos centros que cuentan con una sala de hemodinámica que funcione las 24 horas del día los 7 días de la semana. Tomando en cuenta que aproximadamente existen en el país 350 salas de hemodinámica, y que la gran mayoría de ellas están localizadas en las grandes ciudades del país, no es posible tratar a todos los pacientes con infarto. La estrategia de reperfusión que se puede adaptar es la terapia fármaco invasiva. Se puede implementar un programa de diagnóstico rápido mediante la toma de un electrocardiograma en clínicas y hospitales de primer contacto, enviar el electrocardiograma a un centro de diagnóstico mediante medios digitales (programa en teléfonos celulares), hacer el diagnóstico de infarto en evolución, aplicar el trombolítico en el centro de primer contacto o enviar al paciente a otro centro que cuente con ese recurso y una vez realizada la trombólisis, trasladarlo lo más pronto posible, a un hospital que tenga facilidades para angioplastia coronaria. Esta estrategia ha funcionado en otras partes del mundo y en México se puede establecer para que la mayoría de los pacientes tengan

la oportunidad de ser tratados con reperfusión durante las primeras 12 horas de evolución y así bajar la mortalidad a estándares internacionales, es decir, menor al 10%.

VIII. SÍNDROME ISQUÉMICO AGUDO (SICA) SIN ELEVACIÓN DEL ST

Se define como aquellos pacientes con dolor torácico que tienen cambios en el electrocardiograma como elevación transitoria del segmento ST, depresión transitoria o permanente del segmento ST, inversión de la onda T, pseudo-normalización de la onda T, ondas T planas, o incluso el electrocardiograma puede ser normal, la condición patológica para que pueda considerarse síndrome isquémico agudo sin elevación del ST, es que exista evidencia de necrosis miocárdica. Cuando existe dolor, cambios de isquemia en el electrocardiograma pero no hay daño celular, se denomina angina inestable (Collet *et al.*, 2021).

La proporción de pacientes con SICA sin elevación del ST en relación con pacientes con SICA con elevación del ST ha aumentado en los últimos años. La estrategia de llevar de manera temprana a coronariografía a estos pacientes aumentó de 98% en 1995 a 60% en 2015, y esta conducta ha disminuido la mortalidad a 6 meses de 17.2% a 6.3% (Puymirat *et al.*, 2017). El diagnóstico inicial se basa en el cuadro clínico, el electrocardiograma de 12 derivaciones y los biomarcadores séricos de daño miocárdico. La determinación de troponinas cardíacas de alta sensibilidad es obligada en el diagnóstico de SICA sin elevación del ST. Si el cuadro clínico es compatible, una elevación de las troponinas cardíacas por arriba del percentil 99 de individuos sanos, indica infarto del miocardio.

La ecocardiografía aporta datos valiosos en la evaluación de pacientes con sospecha de SICA sin elevación, ya que puede detectar anomalías sugestivas de isquemia miocárdica o de necrosis (hipocinesia segmentaria, acinesia). Puede también ser útil en el diagnóstico diferencial de dolor torácico al detectar disección aórtica, derrame pericárdico, estenosis aórtica, cardiomiopatía hipertrófica, prolapso de válvula mitral o dilatación de cavidades derechas en embolia pulmonar.

En relación con los biomarcadores, la troponina de alta sensibilidad T₁ tiene mayor valor pronóstico que la troponina I. Niveles altos de troponina de alta sensibilidad T₁ implica mayor riesgo de muerte (Thygesen *et al.*, 2012). La determinación de péptidos natriuréticos (BNP y NT-proBNP) agrega valor pronóstico en relación con el riesgo de muerte y de insuficien-

cia cardíaca. Se han desarrollado diferentes modelos que predicen el riesgo de muerte en estos pacientes, el que tiene mejor desempeño es el score de riesgo GRACE (Gale *et al.*, 2009).

IX. TRATAMIENTO INVASIVO

En general, se consideran dos tipos de estrategias en este síndrome isquémico agudo. La estrategia invasiva rutinaria, es decir, llevar a todos los pacientes con sospecha de SICA a sala de angiografía para hacer el diagnóstico anatómico con la coronariografía y también, evaluando placas intermedias con ultrasonido o con flujo de reserva fraccional (FFR), que nos traduce el significado fisiológico de la lesión, y la otra estrategia que es la selectiva invasiva, sólo se lleva a angiografía a los pacientes que tienen síntomas recurrentes o con datos objetivos de isquemia inducible.

X. ¿EN QUÉ MOMENTO SE LLEVA A CORONARIOGRAFÍA?

Existe un acuerdo general en que los pacientes de muy alto riesgo como los que tienen inestabilidad hemodinámica, choque cardiogénico, dolor persistente intenso, depresión del ST persistente y arritmias ventriculares deben ser llevados lo antes posible a sala de cateterismo, de preferencia en menos de dos horas de su llegada a urgencias. El resto de los pacientes pueden ser tratados con una estrategia invasiva temprana, es decir, realizar la coronariografía durante las primeras 24 horas de la hospitalización (Metha *et al.*, 2009). Los beneficios de esta estrategia se asocian al perfil de riesgo del paciente, por ejemplo se obtienen más beneficios en los pacientes con score de riesgo GRACE >140.

XI. TIPO DE REVASCULARIZACIÓN

La gran mayoría de los pacientes reciben revascularización con angioplastia y stent. Existe gran debate de que si se encuentra una afectación multivascular coronaria se deben tratar todas las lesiones obstructivas en el mismo procedimiento o hacer la angioplastia en dos tiempos. La evidencia actual no apoya realizar una angioplastia multivazo en este contexto (Thiele *et al.*, 2018), sin embargo, se debe tomar en cuenta los factores propios del paciente y una evaluación más objetiva de las lesiones coronarias utilizando en sala he-

ramientas como ultrasonido intravascular, tomografía de coherencia óptica y flujo fraccional de reserva.

La cirugía de revascularización coronaria se utiliza en el 5 y 10% de los pacientes con SICA sin elevación (Ranasinghe *et al.*, 2011). El momento de llevarlos a quirófano depende de factores clínicos del paciente, estado de coagulación, factores de riesgo, y debe ser tomada individualmente, no existe un consenso al respecto. Es importante recalcar que a la fecha no existen estudios aleatorizados que comparen angioplastia coronaria vs cirugía de revascularización en estos pacientes.

XII. TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO ACEPTADO

De acuerdo con los resultados de los estudios PLATO y TRITON TIMI -38, la terapia dual con aspirina y un potente inhibidor (ticagrelor o Prasugrel), es el tratamiento estándar recomendado en estos pacientes (Wallentin *et al.*, 2009). Clopidogrel se debe utilizar cuando existe contraindicación con los dos anteriores o cuando existe un alto riesgo de sangrado. Sin embargo, basado en la experiencia disponible, no se recomienda administrar un inhibidor P2Y12 antes de conocer la anatomía coronaria cuando se escoge la estrategia invasiva temprana (Shupke *et al.*, 2019). Con relación al tratamiento anticoagulante durante el procedimiento de angiografía, la heparina no fraccionada es el tratamiento aceptado y de elección. El tratamiento post-procedimiento incluye la terapia dual (aspirina o Prasugrel o ticagrelor) por un año independientemente del stent utilizado. Este esquema puede modificarse (extender o acortar la terapia) dependiendo del riesgo trombótico y el riesgo de sangrado del paciente.

XIII. IMPACTO DEL COVID-19 EN LA ATENCIÓN DEL INFARTO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

De manera interesante salió publicada una carta al editor en la revista *Salud Pública de México* mostrando la atención en urgencias en el Instituto Nacional de Cardiología de pacientes con infarto agudo durante la pandemia de COVID-19 (Arias-Mendoza, González Pacheco y Araiza, 2021). Se comparó el número y el manejo de los pacientes que ingresaron con SICA con elevación del ST y SICA sin elevación del ST de marzo a mayo de 2020 con un periodo similar entre enero y marzo de 2020 y de marzo a mayo de 2019. Los resultados fueron los siguientes: Se atendieron un total de 513 pacientes con

infarto agudo, comparando con periodos prepandemia hubo una disminución en los ingresos de 42.5%, la proporción de pacientes con infarto que no recibieron terapia de reperfusión fue mayor y la angioplastia coronaria primaria disminuyó significativamente (47.2% durante la pandemia *vs.* 92.8% pre-pandemia y 96% en 2019). La administración de trombolíticos aumentó considerablemente (52.8% *vs.* 7.2% y 4% respectivamente). Como puede observarse en la experiencia de un solo centro, un gran número de pacientes no tuvieron una atención adecuada y seguramente estos hallazgos se repitieron en toda la República.

XIV. ESTENOSIS AÓRTICA

La estenosis aórtica es actualmente la lesión valvular primaria más común en Europa y Norteamérica y su prevalencia va en ascenso debido principalmente al envejecimiento de la población (Vahamian *et al.*, 2021).

XV. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

El diagnóstico de Estenosis aórtica (EA) se hace clínicamente, sin embargo, es clave realizar un ecocardiograma que no sólo confirma el diagnóstico, sino que evalúa la severidad de la estenosis, la calcificación valvular, la función del ventrículo izquierdo, el grosor de la pared puede detectar otras alteraciones valvulares, aórticas y proporciona información pronóstica. Los parámetros importantes en la evaluación ecocardiográfica son: gradiente medio de presión, la velocidad pico transvalvular o V_{max} y el área valvular.

Cuatro categorías de estenosis aórtica se pueden definir de acuerdo con parámetros objetivos:

- a) EA de gradiente alto: gradiente medio ≥ 40 mmHg, velocidad pico ≥ 4.0 m/s y área valvular ≤ 1 cm² (o ≤ 0.6 cm²/m²).
- b) EA de bajo flujo y bajo gradiente con fracción de expulsión disminuída: Gradiente medio < 40 mmHg, área valvular ≤ 1 cm², fracción de expulsión $< 50\%$, $SV_i \leq 35$ mL/m².
- c) EA de bajo gradiente, bajo flujo con fracción de expulsión conservada: Gradiente medio < 40 MMhG, área valvular \leq a 1 cm², fracción de expulsión $\geq 50\%$, $SV_i \leq 35$ mL/m².
- d) EA bajo gradiente, flujo normal con fracción de expulsión conservada: Gradiente medio < 40 mmHg, área valvular \leq a 1 cm², fracción de expulsión $\geq 50\%$, $SV_i > 35$ mL/m².

XVI. OPCIONES TERAPÉUTICAS

Hasta hace algunos años, el tratamiento único para esta patología era quirúrgico, con reemplazo de la válvula aórtica, sin embargo en 2002, el doctor Alain Cribier, en Francia, realizó el primer implante de una válvula aórtica por cateterismo en un paciente con múltiples comorbilidades, demostrando que era posible implementar dicha estrategia terapéutica menos invasiva, que ahora conocemos como TAVI.

Desde esa fecha, la evolución de la técnica, la tecnología de la válvula en sí y numerosos estudios aleatorizados evaluando las dos modalidades de tratamiento, han permitido que se haya incrementado el número de pacientes que reciben tratamiento quirúrgico o percutáneo en la última década (Capoll *et al.*, 2020). Los dos grandes desarrollos tecnológicos son los modelos de válvula autoexpandible de Medtronic (Evolut R y Evolut Pro) y expandible con balón de Edwards (Sapiens). Los estudios aleatorios que utilizan estos dispositivos percutáneos y basados en el riesgo quirúrgico de los pacientes han demostrado que TAVI es superior al tratamiento médico en pacientes inoperables y no es inferior a la cirugía en pacientes de riesgo alto y riesgo intermedio. Las publicaciones más recientes como el PARTNER 3 y el Evolut Low Risk, demostraron que la TAVI no es inferior a la cirugía en pacientes con riesgo bajo (Mack *et al.*, 2019).¹

De acuerdo con las últimas guías europeas (Vahamian *et al.*, 2021) y a manera de resumen, la cirugía está indicada en pacientes menores de 75 años con un STS-PROM/EuroSCORE II < 4 o en pacientes que son operables y no son candidatos a TAVI por vía transfemoral. La TAVI está recomendada en pacientes ≥ 75 años o en aquellos que son de alto riesgo (STS-PROM/EuroSCORE II > 8) o en aquellos que no son operables. Cirugía o TAVI se recomiendan para el resto de los pacientes dependiendo de sus características clínicas y anatómicas.

XVII. CONSIDERACIONES EN MÉXICO

Las primeras válvulas percutáneas en nuestro país se implantaron en mayo de 2012 en tres centros cardiológicos: El IMSS, Centro Médico Siglo XXI, el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez y el TEC de Monterrey.

¹ Para saber más, consulte: Popma, J. J.; Deeb, G. M.; Yakubov, S. J.; Mumtaz, M.; Goda, H. (2019). “Evolut low risk trial investigators. Transcatheter aortic valve replacement with a self-expanding valve in low -risk patients”. *N Engl J Med.* 380, pp. 1706-1715.

Desde esa fecha, el procedimiento se ha popularizado y actualmente varios centros hospitalarios y grupos de intervencionistas entrenados realizan implantes de válvulas percutáneas. Sin embargo es un procedimiento costoso y que no está al alcance de la mayoría de los pacientes.

Es importante hablar de EA porque con el aumento en la esperanza de vida en nuestro país cada vez es más frecuente encontrar pacientes con esta patología. Se requiere nuevamente una política pública de salud para hacer frente a este problema que va en aumento y que, cuando se diagnostica, y no se da un tratamiento adecuado, la mortalidad puede alcanzar el 50% en dos o tres años.

XVIII. BIBLIOGRAFÍA

- Arias-Mendoza, A. *et al.* (2021). "Acute myocardial infarction during the covid-19 outbreak in México City: What to expect in the future in developing countries?" *Salud Pública de México*. 63(2), 163-165.
- Capoll J. G. *et al.* (2020). STS-ACC TVT Registry of transcatheter aortic valve replacement. *J Am Coll Cardiol*, (76), 2492-2516.
- Collet, J. P. *et al.* (2020). ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes inpatients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. (42), 1289-1367.
- D'Souza, S. P. *et al.* (2011). Routine early coronary angiography versus ischemia-guided angiography after thrombolysis in acute ST-elevation myocardial infarction: a metaanalysis. *Eur Heart J* 2011, 32(8), 972-982.
- Dziewierz, A. *et al.* (2010). Impact of multivessel coronary artery disease and non-infarct-related artery revascularization on outcome of patient with ST-elevation myocardial infarction transferred for primary percutaneous coronary intervention (from the EUROTRANSFER Registry). *Am J Cardiol*. 106(3), 342-347.
- Gale, C. *et al.* (2009). Evaluation of risk scores for risk stratification of acute coronary syndromes in the myocardial infarction national audit project (MINAP) database. *Heart* (95), 221-227.
- Gopar-Nieto, R. *et al.* (2023). Non-reperfused ST-elevation myocardial infarction: notions from a low-to-middle-income country. *Arch Cardiol Mex*. 93(1), 4-12.
- Gutiérrez, E. *et al.* (2013). Endothelial dysfunction over the course of coronary artery disease. *Eur Heart J*. (34), 3175-3181.

- Ibáñez, B. *et al.* (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J.* (39), 119-177.
- INEGI. (septiembre de 2020). “Programa Estratégico de Salud para el Bienestar”. *Diario Oficial de la Federación.*
- Jolly, S. S. *et al.* (2017). Thrombus aspiration in ST-segment-elevation myocardial infarction. An individual patient meta-analysis: thrombectomy tria- list collaboration. *Circulation*, 135(2), 143-152.
- Keely, E. C. *et al.* (2003). Primary angioplasty versus intravenous thrombo- lytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet*, 361(9351), 13-20.
- Kristensen, S. D. *et al.* (2014). European Association for Percutaneous Cardio- vascular Interventions. Reperfusion therapy for ST elevation acute myo- cardial infarction 2010/2011: current states in 37 ESC countries. *Eur Heart J.* 35(29), 1957-1970.
- Mack, M. J. *et al.* (2019). Partner 3 investigators. Transcatheter aorti-vaalve replacement with balloon-expandable valve in low- risk patients. *N Engl J Med.* (380), 1695-1705.
- Metha, S. *et al.* (2019). Complete revascularization with multivessel PCI for myocardial infarctio. *N Engl J Med.* (381), 1411-1421.
- Metha, S. R. *et al.* (2009). Investigators TIMACS. Eary Versus Delayed Inva- sive Intervention in Cite Coronary Syndromes. *N Eng J Med.* (360), 2165- 2175.
- Mohebi, R. *et al.* (2022). Cardiovascular disease projections in the United States based on 2020 census estimates. *J Am Coll Cardiol.* 80(6), 565-578.
- Nallamoth, B. K. *et al.* (2015). Relation between door-to-balloon times and mortality after primary percutaneous coronary interventions over time: a retrospective study. *Lancet.* 385(9973), 1114-1122.
- Popma, J. J. *et al.* (2019). Evolut low risk trial investigators. Transcatheter aortic valve replacement with a self-expanding valve in low -risk patients. *N Engl J Med.* (380), 1706-1715.
- Puymirat, E. *et al.* (2017). Acute myocardial infarction :changes in patients characteristics, management, and 6-month aoutcomes over a period of 20 years in the FAST-MI program (French registry of acute ST-elevation or no-ST elevation myocardial infarction) 1995 to 2015. *Circulation.* 136, 1908-1919.
- Ranasinghe, I. *et al.* (2011). Risk stratification in the setting of non-ST elevation acute coronary syndromes 1999-2007. *Am J Cardiol 2011*, (108) 617-624.

- Rizzavosa, B. *et al.* (2019). Epigenetic modification in coronary atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol.* (74), 1352-1365.
- Shupke, S. *et al.* (2019). Ticagrelor versus prasugrel in patients with acute coronary syndrome. *N Engl J Med.* (381), 1524-1534.
- Thiele, H. *et al.* (2018). Investigators CULPRIT-SHOCK. One year outcomes after PCI strategies in cardiogenic shock. *N Engl J Med.* (379), 1699-1710.
- Thygesen, K. *et al.* (2012). Study group on biomarkers in Cardiology of ESC Working Group on acute cardiovascular. How to use high-sensitivity cardiac troponins in acute cardiac care. *Eur Heart J.* 33, 2252-2257.
- Vahamian, A.; Beyersdorf, F.; Praz, F., Milosevic, M. (2022). “021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J.* 43, 561-632.
- Valgimigli, M. *et al.* (2015). Radial versus femoral Access inpatients with acute coronary syndromes undergoing invasive management: a randomized multicentre trial. *Lancet.* 385(9986), 2465-2476.
- Wallentin, L. *et al.* (2009). “Ticagrelor vs clopidogrel in patients with acute coronary syndromes”. *N Engl J Med.* (361), 1045-1057.
- Wiviott, S. D. *et al.* (2007). Prasugrel vs clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med.* (357), 2001-2015.

CAPÍTULO OCTAVO

SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS. REFORMA INTEGRAL

Juan Antonio LEGASPI VELASCO*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Elementos conceptuales y legislativos.* III. *Aplicación en el ámbito internacional.* IV. *Campo de aplicación de la Secretaría de Salud (SSA) y de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS).* V. *Propuestas legales y conceptuales.* VI. *Reformas legislativas.* Cuadro anexo. VII. *Fuentes de consulta.*

I. INTRODUCCIÓN

En el texto constitucional el derecho a la protección de la salud adquiere autonomía, es un derecho fundamental en el entorno laboral de los trabajadores y de los ciudadanos. Además de tener un valor intrínseco —ya que estar sano es una de las principales fuentes de bienestar—, la salud tiene un valor instrumental por ser uno de los determinantes fundamentales del crecimiento económico. La salud es vista como un derecho humano fundamental ligado al desarrollo histórico social de las sociedades.

Los recortes en el financiamiento en salud se ven aparejados, en forma más o menos notable, con una disminución en la calidad de los servicios, así como en los programas de promoción y prevención de la salud.

La promoción y la prevención son la base de la gran pirámide del sistema de salud y son un derecho que todos los habitantes afiliados al sistema de salud tenemos para que se nos instruya, guíe y fomente hacia acciones que nos lleven a prevenir la enfermedad y mantenernos sanos. Esto se logra mediante acciones de autocuidado y de protección frente a riesgos específicos,

* Facultad de Medicina de la UNAM. jav25@hotmail.com.

que pudieran aparecer en los diferentes momentos de la vida personal y laboral, entre estos los riesgos de trabajo, para detectar tempranamente alteraciones para mitigar o evitar la probabilidad del daño a la persona.

¿En qué se diferencia la promoción de la prevención?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la promoción de la salud es definida como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud”. Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos: como en las organizaciones laborales, gubernamentales, en empresas y en las instituciones empresariales, que colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos.

Ante lo anterior, podemos concluir que la promoción son todas las acciones que realizan los actores de la salud para fomentar e impulsar el uso de las acciones que promuevan la salud.

Por otra parte, la prevención son todas esas acciones que, de forma anticipada, en leyes, reglamentos, programas, etcétera, se realizan para la identificación de riesgos, con el fin de mitigar o evitar el daño, en este caso secuelas, mayores costos o eventualmente la muerte a causa de accidentes o enfermedades prevenibles.

El rubro de promoción cabe mencionar, es preciso que se evidencie por medio de la acción del empoderamiento de los ciudadanos frente a este derecho, de ahí la importancia que, en los programas de prevención en el cuidado de la salud, las personas sean caracterizadas como titulares de derechos y no beneficiarios de programas sociales. En este sentido, la promoción debe encaminarse a lograr cambios en la conciencia pública, en la percepción o el entendimiento de las problemáticas de salud, su objetivo debe estar orientado a proveer a las personas toda la información necesaria para asegurar que sean capaces de disfrutar un estado de bienestar físico y mental óptimo, incluido el conocimiento de los mecanismos de defensa y el ejercicio de estos.

Las actividades de promoción y prevención son necesarias para que los individuos, sus familias y comunidades puedan ejercer el autocuidado por medio de acciones específicas con las cuales puedan protegerse de riesgos en algún momento de la vida o, por otra parte, ayuden a detectar a tiempo alteraciones para evitar o minimizar el daño que éstas puedan ocasionar.

Adicionalmente, según la ruta integral de promoción y mantenimiento, estas actividades contribuyen al desarrollo integral socioeconómico de las actividades empresariales, de la sociedad en su conjunto, de las personas y

al seguimiento del estado de salud en cada uno de los momentos de curso de vida; a la identificación oportuna de vulnerabilidades, factores de riesgo, en la vida personal y laboral, riesgos acumulados y alteraciones; al desarrollo de capacidades, habilidades y prácticas de autocuidado, y a la afectación de los entornos para que sean protectores y potenciadores de la salud y el desarrollo.

Enfocarse en modelos de salud en el trabajo, que prioricen la promoción y la prevención, contribuyen al desarrollo integral socioeconómico del país, de las empresas y de la sociedad en conjunto, al tener individuos más sanos, sin secuelas de riesgos, menos costos y pensiones por riesgos de trabajo.

En este sentido, cobran fundamental importancia los esquemas de atención que no requieren la intervención directa de un sistema de salud, clínicas, hospitales, sino que pueden ser atendidos por medio de servicios directos en el medio laboral por un médico y servicio de enfermería, como un primer nivel de atención, una unidad con capacidad de resolución en casos de urgencia médica, y promocional y preventiva, debidamente regulada y vigilada, por las autoridades de salud, y en su caso laboral, mediante guías médicas, leyes, reglamentos, así como normas oficiales para la acciones de prevención, del diagnóstico en salud, su tratamiento y la rehabilitación consecutiva en su caso, con la participación entre sí de las diferentes dependencias del sistema nacional de salud y laboral.

En el escenario de un proceso de reestructuración del Sistema Nacional de Salud bajo un esquema de seguridad social, con la participación del derecho laboral y de derechos humanos, para la época y momento actual, se requiere de un proceso de reflexión y análisis que conduzca a una mejora continua en sus procesos de rectoría y operación, en un campo poco abordado por él, aunque tiene un vasto campo, la salud en el trabajo, mal llamada en la ley de salud, salud ocupacional.

Con una función rectora que le permita garantizar en el ámbito de la salud y seguridad en el trabajo, los campos en la seguridad social y laboral, lo que se requiere de un análisis de estos, que son determinantes sociales de la salud de la población trabajadora y, para cumplir los propósitos establecidos en los objetivos del desarrollo sostenible.

II. ELEMENTOS CONCEPTUALES Y LEGISLATIVOS

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 en su artículo 123, fracción XV, establecía, desde entonces, un principio constitucional sobre la prevención de la salud de los trabajadores, al señalar que el

patrón estará obligado a observar en la instalación de sus establecimientos, los preceptos legales sobre higiene y salubridad.

Este concepto incluía dos términos importantes, por un lado, la palabra higiene vocablo que se define, según el *Diccionario de la Lengua Española* de la Real Academia, “la parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades” muy acorde hoy al concepto de salud en el trabajo y concordante con lo señalado al final de la fracción XV del artículo 123 señalado, relativo a la salud y la vida de los trabajadores.

El segundo término, salubridad, es sustituido en 1964 por el de seguridad, término que se conserva actualmente y que se define como “cualidad de seguro, libre y exento de todo peligro, daño o riesgo”.

Los dos conceptos mencionados, tuvieron una aplicación dual por medio de dos ordenamientos jurídicos reglamentarios, el Código Sanitario y la Ley Federal del Trabajo, de vigilancia por dos autoridades que deberían de haberse complementado, lo que no sucedió, la sanitaria y la del trabajo, ya que dichos ordenamientos establecían dos ámbitos, por un lado la vigilancia de la salud de los trabajadores de competencia de salud y, por el otro, la vigilancia de la maquinaria y equipo en los centros fabriles y de servicios de competencia de trabajo.

La historia, demuestra que la Secretaría de Salud, desde el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, que se publica en el *Diario Oficial* el 31 de agosto de 1934, con un capitulado importante en la promoción de la salud de los trabajadores, y posteriormente en la Ley General de Salud, de 1984, aun con el término salud ocupacional, ha tenido injerencia importante en las cuestiones de la salud de los trabajadores, e incluso a pesar de que su actual ley señalada, le confiere una amplia cobertura de acciones mediante las disposiciones jurídicas correspondientes.

Lo expuesto, permite señalar que la salud en el trabajo, tenía, y tiene, un nicho muy importante en la Secretaría de Salud, y que sus actividades estuvieron dirigidas a la salud los trabajadores, estableciendo en sus diferentes disposiciones jurídicas y delimitando con la autoridad laboral sus campos de acción, actualmente no fortalecido o en su caso omiso.

Asimismo que la terminología desde el principio se enfocó a la salud en el trabajo y no ocupacional. Además, considerando en el texto constitucional mexicano, el derecho a la protección de la salud adquiere autonomía, incorporándose a la cada vez más larga lista de los derechos sociales.

La salud es un acervo que poseen las personas, es un *derecho humano*, y en el ámbito de trabajo debe considerarse un derecho fundamental de los ciudadanos. Además de tener un valor intrínseco —ya que estar sano es

una de las principales fuentes de bienestar—, la salud tiene un valor instrumental por ser uno de los determinantes fundamentales del crecimiento económico.

La salud y seguridad en el trabajo, en un ambiente de trabajo saludable son los más grandes valores que pueden tener los individuos, las comunidades y los países. La salud en el trabajo, aunada a la seguridad, es una importante estrategia, no únicamente para garantizar la salud del trabajador, sino también para contribuir positivamente a la productividad, calidad de productos, motivación de trabajo, la satisfacción del empleo, y de esta manera implementar la calidad de vida de los individuos y la sociedad.

Es por lo tanto un componente del derecho humano.

Las actividades económicas son necesarias para el desarrollo de la sociedad que frecuentemente implican condiciones de trabajo que conllevan riesgos y pueden afectar la integridad física, el bienestar y la salud de los trabajadores. Estos riesgos se presentan, en mayor o menor proporción, durante el desarrollo de procesos y operaciones, así como durante el uso de equipos y materiales, existe una exposición a agentes físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, laborales (psicosociales) primordialmente.

La exposición de los trabajadores a las condiciones descritas causa un número importante de accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo en estos procesos, por lo que resulta necesario incrementar la atención a estos temas, a fin de desarrollar una cultura de prevención integral que ayude a disminuir los índices de accidentes y las enfermedades de trabajo en el territorio nacional.

En este sentido, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera que los temas de prevención y promoción de la seguridad y salud en el trabajo deben adquirir mayor relevancia ya que el no aplicar medidas preventivas da lugar a que las condiciones de trabajo peligrosas y la exposición a riesgos incidan negativamente sobre el bienestar, la calidad de vida y de salud de los trabajadores. Un lugar de trabajo limpio, seguro y saludable.

Si bien existen disposiciones internacionales y nacionales, leyes, reglamentos y normas que exigen su cumplimiento, el marco legal y sus implicaciones son poco conocidos o ignorados por empleadores, gobiernos y trabajadores. En México, las autoridades laborales no realizan las acciones de verificación necesarias y la de salud, no existen. Esto se debe, sobre todo, al reducido número de inspecciones de trabajo y en su caso al escaso interés para implementar acciones para la prevención de riesgos de trabajo.

Para la OIT la seguridad y salud en el trabajo (SST) es una disciplina que trata de la prevención de los accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo, y para la protección y promoción de la salud de los trabajadores.

Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo. Además de mantener el más alto grado de bienestar, la salud en el trabajo conlleva la promoción y el mantenimiento del más alto grado de salud física y mental y de bienestar de los trabajadores en todas las ocupaciones.

Es una multidisciplina que se enfoca en identificar, evaluar y controlar los factores de riesgo presentes en las operaciones que realizan los trabajadores, con el propósito de prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo.

Actualmente, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, es la que emite normas oficiales mexicanas en seguridad y salud en el trabajo, y con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), promueven su cumplimiento mediante programas de promoción y prevención, aunque limitadas, en cuanto a su difusión y ejecución en las empresas afiliadas a estos dos órganos.

Con relación a lo anterior, la Secretaría de Salud no contempla acciones en materia de salud en el trabajo, que le señala su propia ley, con el término salud ocupacional, concepto no existente en los ordenamientos legales internacionales.

III. APLICACIÓN EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

Una sólida base para el trabajo en el ámbito nacional con el fin de desarrollar y perfeccionar los servicios y la práctica de la salud en el trabajo en México, la constituye los convenios y recomendaciones de la OIT sobre salud y seguridad en el trabajo, los planteamientos y normas que en ellos se establecen y las estrategias y resoluciones de la OMS y los programas internacionales de ambas organizaciones.

En 1950 el Comité Mixto OIT/OMS sobre Medicina del Trabajo definió el ámbito de dicha disciplina señalando sus objetivos, los que fueron adoptados con dicho denominación hasta 1985 cuando se amplía su concepto y campo pero con el nombre actual, salud en el trabajo, dicho Comité estableció que:

La salud en el trabajo debe orientarse hacia la promoción y mantenimiento del más alto grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones; la prevención de la pérdida de la salud de los trabajadores por causa de sus condiciones de trabajo, la protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de factores nocivos para la salud en su puesto de trabajo; la colocación y mantenimiento de los trabajadores

en un medio ambiente de trabajo adaptado a sus capacidades físicas y psicológicas y, en resumen, la adaptación del trabajo al hombre y del hombre a su trabajo.

El mismo Comité planteó que la salud en el trabajo se centra principalmente en tres objetivos: primero, el mantenimiento y la promoción de la salud y la capacidad de trabajo de los trabajadores; el segundo, la mejora del trabajo y el medio ambiente de trabajo para que favorezcan la salud y la seguridad de los trabajadores, y el tercero, el desarrollo de formas organizativas y culturas de trabajo que favorezcan la salud y la seguridad en el trabajo y, en consecuencia, que promuevan un clima social positivo y un funcionamiento eficiente y mejoren la productividad de la empresa.

La salud ocupacional, hoy salud en el trabajo, es un concepto que tanto la OMS como la OIT han definido y conceptualizado su campo de acción desde 1984 con los Convenios de la OIT 155 y 161, relativos a la seguridad y salud en el trabajo que incluyen disciplinas tales como la medicina y seguridad del trabajo, higiene industrial, psicología, enfermería, señalan que sus funciones están encaminadas al fomento y la promoción de la salud de los trabajadores, en la mejora del trabajo y su medio ambiente y en el desarrollo de formas organizativas y culturas de trabajo para que favorezcan la salud y la seguridad de los trabajadores y en consecuencia, que promuevan un clima social positivo y mejoren la productividad de las empresas.

Hay que resaltar, de igual manera, lo señalado por el Grupo de Trabajo OMS/Europa para la Evaluación de los Servicios de Salud en el Trabajo e Higiene Industrial que en 1980 definió el fin último de estos servicios y el amplio estudio sobre los servicios de salud en el trabajo en los 32 países de la región europea realizado en 1985 por la Oficina Regional para Europa de la OMS.

Dichos estudios promovieron el que en 1985 la OIT aprobara el Convenio 161 sobre los Servicios de Salud en el Trabajo y la Recomendación 171, que definen a los servicios de salud en el trabajo como titulares de funciones básicamente preventivas y del asesoramiento al empleador, a los trabajadores y a sus representantes en la empresa acerca de, entre otros, de los requisitos necesarios para establecer y conservar un medio ambiente de trabajo seguro y sano que favorezca una salud física y mental óptima en relación con el trabajo.

En el medio ambiente laboral los accidentes y enfermedades de trabajo tienen dos campos definidos, por un lado, están los procesos laborales con sus diversos elementos, maquinaria, productos, equipos, organización, etcétera, y por otro el entorno del trabajador expuesto a agentes de este, como

físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, y psico sociales, que al estar interrelacionados pueden dar lugar a efectos en la salud de los trabajadores.

Las directrices de la OMS y OIT en seguridad y salud en el trabajo se centran en el fomento y la promoción de la salud de los trabajadores, la mejora del trabajo y su medio ambiente y el desarrollo de formas organizativas y culturas de trabajo.

Con relación al concepto salud en el trabajo, ambos organismos tienen diferencias en su integración como tal pero con un objetivo común, el bienestar de los trabajadores mediante el mejoramiento de las condiciones de trabajo.

Es así como la OMS enmarca en el concepto salud en el trabajo a la seguridad e higiene, señalando que esta se considera orientada a la prevención de las enfermedades, en tanto que la seguridad se contempla como la disciplina relativa a la prevención de las lesiones físicas por accidente.

Por su parte la OIT establece que la salud y seguridad en el trabajo, es una disciplina orientada a la prevención de enfermedades como accidentes de trabajo y a la mejora de las condiciones y del medio ambiente de trabajo.

Con base en lo anterior la seguridad en el trabajo está más directamente relacionada con la prevención primaria en la tecnología empleada, el proceso de producción y la administración diaria, así como el estudio de los factores ergonómicos de los puestos de trabajo y, que la salud en el trabajo, se enfoca a la prevención secundaria por medio del conocimiento de la relación del trabajo y sus efectos, mediante la vigilancia del ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores. En sí ambas son incluyentes, ya que sus acciones se entrecruzan.

En lo general los dos términos que se utilizan son para reconocer la participación de diversos profesionales en los campos de medicina del trabajo, higiene industrial, ingeniería en seguridad, ergonomía y del estrés, ingenieros, médicos, enfermeras, higienistas y el hecho de que la organización de la salud y seguridad en el trabajo a escala de la empresa suele comprender diversos servicios y comités de salud y seguridad.

En directrices señaladas sobre la SST plantean, además, la necesidad de la creación y mantenimiento de una cultura de prevención tanto de enfermedades como accidentes de trabajo, así como la introducción de un enfoque de sistemas de gestión de la administración en SST en los ámbitos nacional y empresarial, elementos que constituyen el fundamento de una estrategia global en la materia.

De igual manera señalan la necesidad de contar con legislaciones nacionales sólidas en SST, vigilar su cumplimiento, otorgar más y mejor edu-

cación en la materia y principalmente que las partes involucradas asuman el compromiso de establecer una “cultura de prevención en los centros de trabajo”. Lo anterior de competencia de la Secretaría de Salud.

En dichos documentos el término es salud en el trabajo, no salud ocupacional.

Por lo anterior, habría que tener en cuenta las directrices de la OIT/OMS señaladas al principio, así como el que la SSA, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) y el IMSS involucren sus esfuerzos con base al artículo 72 de la Ley del Seguro Social, habría que considerar al ISSSTE en este esquema, para fortalecer la prevención en las empresas y la salud de los trabajadores y en consecuencia promuevan un clima social positivo y mejoren la productividad de ellas.

IV. CAMPO DE APLICACIÓN DE LA SSA Y DE LA STPS

Existe en la legislación mexicana, varios componentes internacionales, los convenios de la OIT 155 y 161 relativos a la seguridad y salud en el trabajo y lo señalado en el tratado entre México-Estados Unidos y Canadá (T-MEC), que señalaba, que los países promoverían la protección y observancia de los derechos laborales, el mejoramiento de las condiciones de trabajo, y en su artículo 23.3, cada parte adoptará y mantendrá leyes y regulaciones, y prácticas que deriven de éstas, que regulen condiciones aceptables de trabajo respecto a salarios mínimos, horas de trabajo, y *seguridad y salud en el trabajo*. No conocemos si estos señalamientos se ajustaron en el nuevo tratado acordado desde 2022.

En el ámbito nacional, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala en su artículo 123: fracción XIV, la responsabilidad de los empresarios de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten, y en su fracción XV: que el patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene (parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades..), y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas.

Lo anterior señala la importancia de la salud y seguridad en el trabajo, pero que aún no existe la debida atención de ella por el gobierno federal

por medio de dos instituciones rectoras en este campo: la Secretaría de Salud y la STPS, y dos organismos de seguridad social, el IMSS con mayor amplitud ya que rige a los trabajadores inscritos en su ley, y el ISSSTE, que atiende a los trabajadores al servicio del gobierno federal.

Lo señalado, es uno de los asuntos que hay que analizar en este planteamiento y proponer una reforma integral en el sistema de salud, que es la que debiera tener la rectoría de la salud y seguridad en el trabajo como componente de los derechos humanos, teniendo en cuenta lo que indica lo anterior.

Al respecto hay que considerar que se deberá reformar el término higiene, por el de salud en el trabajo, y el de enfermedades profesionales, por el enfermedades de trabajo, acorde a los principios actuales señalado en convenios internacionales de la OIT y en leyes y regulaciones nacionales. Partiendo del principio constitucional, en la Ley Federal del Trabajo, existen disposiciones en materia de seguridad, higiene, salud en el trabajo y enfermedades de trabajo, como en su artículo 2o., señala... seguridad e higiene para prevenir riesgos de trabajo; en el artículo 3o. se manifiesta que el trabajo es un derecho y un deber social y que debe efectuarse en condiciones que aseguren la vida digna y la salud para las y los trabajadores; el artículo 132 señala que son obligaciones de los patrones, entre otras, fracción XVI, instalar y operar las fábricas, talleres, oficinas, locales y demás lugares en que deban ejecutarse las labores, de acuerdo con las disposiciones establecidas en el reglamento y las normas oficiales mexicanas en materia de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo, a efecto de prevenir accidentes y enfermedades laborales que implica su cumplimiento.

La fracción XVII de dicho artículo, indica que el patrón debe fijar visiblemente y difundir en los lugares donde se preste el trabajo, las disposiciones conducentes de los reglamentos y las normas oficiales mexicanas en materia de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo.... Se deberá difundir a los trabajadores la información sobre los riesgos y peligros a los que están expuestos.

En el artículo 153-A. se indica que los patrones tienen la obligación de proporcionar a todos los trabajadores, y éstos a recibir, la capacitación o el adiestramiento en su trabajo que le permita elevar su nivel de vida, su competencia laboral y su productividad, conforme a los planes y programas formulados... el adiestramiento tendrá por objeto:

...II. Hacer del conocimiento de los trabajadores sobre los riesgos y peligros a que están expuestos durante el desempeño de sus labores, así como las disposiciones contenidas en el reglamento y las normas oficiales mexicanas en

materia de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo que les son aplicables, para prevenir riesgos de trabajo (artículo 153-C, de la Ley Federal del Trabajo).

El artículo 475 Bis, es concluyente en la materia, al señalar que el patrón es responsable de la seguridad e higiene y de la prevención de los riesgos en el trabajo, conforme a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas oficiales mexicanas aplicables.

El artículo 513 es la tabla de enfermedades de trabajo (no profesionales).

Lo anteriormente señalado, en las responsabilidades, se mezclan en el ámbito federal laboral, cuestiones de seguridad e higiene en el trabajo y señalamientos de salud y medio ambiente de trabajo, sin interrelación con las autoridades de salud, quiénes debieran ser la autoridad rectora en el campo de la salud en el trabajo, y coadyuvante en lo correspondiente a la seguridad en el trabajo ante lo señalado en la Ley General de Salud, y que deben de tener claridad al considerar los principios constitucionales de la Salud en el ámbito general de la sociedad y específica en el campo laboral.

Es así como la Ley General de Salud, en su artículo 1o., reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos... y en el artículo 3o. señala que es materia de salubridad general: fracción XIV: La salud ocupacional y el saneamiento básico. El artículo 7o. indica que la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

I. Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal;

II. Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen...

Lo señalado anteriormente indica que los programas de salud en el trabajo primordialmente deberían de ser parte integral de las acciones de este sector en coordinación con dependencias afines al tema, Secretaría del Trabajo, IMSS, ISSSTE y Pemex.

Al respecto, el artículo 17 bis señala que

la Secretaría de Salud ejercerá las atribuciones de regulación, control y fomento sanitarios que, conforme a la presente Ley, a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y los demás ordenamientos aplicables le co-

rresponden a dicha dependencia en las materias a que se refiere el artículo 3o. de esta Ley a través de un órgano desconcentrado que se denominará Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Para efectos de lo dispuesto en el párrafo anterior le compete a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris):

...XI. Ejercer las atribuciones que la presente Ley, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y los demás ordenamientos aplicables le confieren a la Secretaría de Salud en materia de efectos del ambiente en la salud, la salud ocupacional, residuos peligrosos, saneamiento básico y accidentes que involucren sustancias tóxicas, peligrosas o radiaciones.

Lo anterior, aunque se usa el término salud ocupacional, que habría que modificar por el término actual como lo comentamos anteriormente de Salud en el Trabajo, no existe un programa específico al respecto atendiendo lo que señala la ley de referencia, en su título séptimo: la promoción de la salud, en cuyo artículo 111, señala que la promoción de la salud comprende entre otros aspectos (fracción IV) a la salud ocupacional, y en el artículo 112, que la educación para la salud tiene por objeto, en su fracción III, orientar y capacitar a la población preferentemente en la materia de salud ocupacional.

Existe una disposición concreta sobre el tema en su capítulo V denominado, salud ocupacional, cuyos artículos sustentan la obligatoriedad de programas y acciones concretas en dicho campo, estos nos indican los campos legales a ejercer, el artículo 128 es muy enunciativo: “El trabajo o las actividades sean comerciales, industriales, profesionales o de otra índole, se ajustarán, por lo que a la protección de la salud se refiere, a las normas que al efecto dicten las autoridades sanitarias, de conformidad con esta Ley y demás disposiciones legales sobre salud ocupacional”.

Cuando dicho trabajo y actividades se realicen en centros de trabajo cuyas relaciones laborales estén sujetas al apartado “A” del artículo 123 constitucional, las autoridades sanitarias se coordinarán con las laborales para la expedición de las normas respectivas. Además de los artículos siguientes del 128 al 133 y del 162 al 166, estos le confieren a la Cofepris, atribuciones en materia de salud ocupacional y riesgos de trabajo.

Al respecto, en las NOM relativas a la salud emitidas por la STPS que establecen señalamientos en materia de salud en el trabajo, la SSA no ha emitido las correspondientes regulaciones señaladas en ellas para normar la vigilancia de la salud de los trabajadores, las que se indican de manera precisa como ejemplo, en las NOM 008, 010, 011, 015, 024, 027 y 032:

El patrón debe llevar a cabo exámenes médicos específicos por cada contaminante a cada trabajador expuesto, según lo que establezcan las normas oficiales mexicanas que al respecto emita la Secretaría de Salud, así como realizar la vigilancia a la salud que en esas normas se establezcan...

Someter a exámenes médicos específicos a los trabajadores que realicen actividades de soldadura y corte, según lo establezcan las normas oficiales mexicanas que al respecto emita la Secretaría de Salud, al respecto emita la Secretaría de Salud, así como llevar la vigilancia a la salud...

Vigilar la salud de los trabajadores expuestos a ruido...

Documentar la vigilancia a la salud de los trabajadores a través de exámenes médicos iniciales, periódicos y específicos, de conformidad con lo establecido en las normas oficiales mexicanas que al respecto emita la Secretaría de Salud, así como seguir las recomendaciones médicas que en esas normas se establezcan.

Lo anterior nos indica que, aunque existe un sustento legislativo, que nos indica que la salud en el trabajo es un derecho Humano, no señalado como tal, este no está atendido actualmente por la SSA, ni coordinadamente con la STPS, y que la situación actual en el campo de la salud en el trabajo sustentada en el articulado de la Ley General de Salud, de apoyo con la Ley Federal del Trabajo y disposiciones constitucionales y convenios internacionales no tiene connotaciones específicas para la vigilancia de la salud de los trabajadores, en cuanto a disposiciones normativas que lo señalen y en cuanto acciones a desarrollar, además de que se confrontan disposiciones similares o imbricadas

Al respecto la Ley Federal del Trabajo le señala a la STPS aspectos sanitarios dentro de sus funciones generándose limitaciones en la claridad e interpretación en las acciones de salud en el trabajo, responsabilidad de la SSA, a quien la Ley General de Salud le indica acciones de identificación y evaluación de riesgos para la salud laboral, establecimiento de criterios para el manejo de agentes nocivos para la salud laboral y determinación de límites de exposición de los trabajadores a contaminantes, indicando que las actividades laborales se ajusten a las normas que dicten, coordinándose para tal efecto con las autoridades laborales.

Lo anterior nos señala, que la SSA tiene atribuciones puntuales en salud ocupacional hoy salud en el trabajo, en la Ley General de Salud, ya que indica acciones de identificación y evaluación de riesgos para la salud laboral, el establecimiento de criterios para el manejo de agentes nocivos para la salud laboral y determinación de límites de exposición de los trabajadores a contaminantes.

Las acciones normativas y de ejecución tendientes a la prevención y manejo médico y legal de los daños a la salud de los trabajadores han sido muy limitadas por parte de la SSA, por ello es necesario establecer diversas líneas de acción, tomando como punto de partida la reestructuración de la normatividad de SST, la concientización a todos niveles acerca de SST y el apoyo directo a las empresas.

Sean cuales sean los mecanismos de organización y la terminología empleada, los profesionales de la salud y la seguridad en el trabajo deben actuar en equipo mediante una correcta aplicación de sus funciones, coordinándose y cooperando en los programas que se establezcan en los centros de trabajo y cumpliendo la normatividad correspondiente, de salud y de trabajo, complementarias entre sí.

En este proceso, el IMSS y el ISSSTE, como instituciones de seguridad social, deben ser proactivos en la salud en el trabajo, sus servicios actuales deben ser preventivos, dirigidos a las empresas, impulsando los sistemas de gestión y administración que se señala en el artículo 72 de la Ley del Seguro Social, como elemento de productividad y disminución de costos directos e indirectos.

Al respecto, estimativamente acorde con los datos de las sociedades médicas alusivas al área, unos 5,000 médicos realizan acciones en la materia en múltiples establecimientos, sin normatividad actual, los que deberían estar bajo el control normativo de la Secretaría de Salud por medio de la Cofepris, en cuanto a su preparación, funciones y obligaciones.

V. PROPUESTAS LEGALES Y CONCEPTUALES

En atención a los señalamientos referidos y considerando al respecto que hoy la Ley General de Salud tiene un peso significativo en salud ocupacional (salud en el trabajo), no reflejado formalmente en su organización y en sus normas, se hace necesario modificar los ordenamientos legislativos de la SSA en el campo de la salud ocupacional, y en la Ley Federal del Trabajo, para reordenar atribuciones, que implicará, además, modificar la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal que les da atribuciones iguales en el área de higiene industrial.

Los cambios en el ámbito constitucional y las leyes respectivas tienden a señalar explícitamente, que la salud en el trabajo es un derecho humano, no una prestación social, que los trabajadores tienen el derecho a que se les dé y otorgue.

Ante lo anterior sugerimos los cambios jurídicos que se señalan posteriormente en un cuadro explicativo, en los artículos de la Ley General de Salud que le confieren a la SSA responsabilidades no atendidas aún en salud en el trabajo y en riesgos de trabajo, ordenamientos que, al expedirse la Ley de Salud en 1983, sustentaron la existencia de un área de salud ocupacional en la estructura orgánica de la SSA, la que desapareció hace 15 años. Además, que anteriormente en el código sanitario existente, se contemplaba un capítulo sobre la vigilancia de la salud de los trabajadores, como un derecho a ejercer.

Actualmente la Cofepris la contempla sólo en sus líneas de acción como salud ocupacional, sin que existan normatividad integral al respecto en la Ley General de Salud, sólo directrices enunciativas, lo que impide formalmente tener en esa instancia, un área administrativa para tal fin, para el cumplimiento de los postulados constitucionales, internacionales y legislativos, reformas que permitirían establecer directrices para los servicios de salud en el trabajo en los establecimientos y, en su caso, elaborar los elementos normativos de fomento, prevención, de atención y rehabilitación, educativos en general, de especialización, en educación médica continua y de investigación, funciones acordes a los convenios de la OIT ratificados por México, el 155 relativo a Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente y el 161 Servicios de Salud en el trabajo, con sus respectivas recomendaciones, y en atención a la Ley del Seguro Social, incorporar en su artículo 72, lo concerniente a la norma internacional sobre sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo, ISO 45001, de beneficio para las empresa cualquiera que sea su actividad, a fin de promover ambientes laborales saludables, que permitan incrementar la salud de los trabajadores y la productividad de las empresas y por consiguiente menores costos integrales del seguro de riesgos de trabajo del IMSS y en sus casos del ISSSTE y Pemex.

Con relación al IMSS, ISSSTE y PEMEX, la SSA debe coordinar también sus acciones en lo concerniente a los servicios de salud que proporcionan con motivo de los riesgos de trabajo, en cuanto a fortalecer esquemas preventivos y considerar directrices para la atención de ellos, que redunden en menores inconformidades, juicios laborales y problemas legales tal como se indica en el artículo 3o. de la Ley General de Salud, vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34.

Lo anterior señala la necesidad de establecer políticas en el campo de la salud en el trabajo, para promover cambios legislativos para fortalecer sus acciones en este campo, y establecer lineamientos normativos en los centros de trabajo, para la vigilancia y prevención de daños a la salud de los traba-

jadores expuestos, en los medios ambientes laborales a agentes químicos, físico, biológicos, ergonómicos y psicosociales, con el fin de promover y mejorar la salud de los trabajadores, coordinando esfuerzos con las instituciones de seguridad social, la STPS en lo laboral y los gobiernos de los estados.

Acorde a los sustentos legales de la Cofepris, se debe de elaborar el marco normativo en materia de salud en el trabajo, para la vigilancia de la salud de los trabajadores por medio de los servicios médicos en las empresas o centros de trabajo, vinculándolo con otras áreas de la SSA y dependencias requeridas.

Por lo anterior, se propone la revisión conjunta con la STPS para las adecuaciones pertinentes en las normas oficiales mexicanas para promulgar la NOM Vigilancia de la Salud de los Trabajadores expuestos en los centros de trabajo a agentes químicos, físicos, ergonómicos, biológicos y psicosociales. Se acota a estos agentes para enlazar esta con las de las STPS y con la NOM 047 de la SSA relativa a sustancias químicas.

Con base en el artículo 166 de la Ley General de Salud, presentar un proyecto de norma para los servicios de salud que proporcionen las instituciones de seguridad social con motivo de riesgos de trabajo, tomando en cuenta la NOM-030 de la STPS y el Convenio 161 de la OIT.

Esto tendría beneficios en lo social y económico, ya que los accidentes y las enfermedades de trabajo pueden influir de manera positiva en la productividad y competitividad de las empresas, o de forma negativa generando altos costos sociales y económicos.

Las acciones legislativas y la estructuración de la normatividad de la SST, por medio de la Cofepris de la SSA, para el fomento y la vigilancia de la salud de los trabajadores, permitiría regular además las actividades de los servicios médicos con relación a la vigilancia de la salud de los trabajadores en cualquier centro de trabajo, y favorecería a las empresas en la prevención de los riesgos de trabajo.

La coordinación de estas acciones, normativas, preventivas, de enfoque proactivo, educativas y de investigación, se podría lograr mediante la elaboración y establecimiento de un Código Federal de Salud en el Trabajo, integrado por las dependencias involucradas en las materias, que permitiría además tener un solo instrumento normativo, legislativo e integrador.

Además, el clarificar la denominación de salud en el trabajo y los campos jurídicos y normativos para la SSA y la STPS en beneficio de las empresas y trabajadores permitiría disminuir costos directos e indirectos de los riesgos de trabajo; mejorar la productividad de las empresas; contar con un registro nominal de los accidentes y enfermedades de trabajo. Se considera

necesario promover contar con un área normativa en la SSA que permita dirigir acciones en la materia y con otras dependencias.

En este marco hay que considerar que la sobrevivencia de una empresa dimana de la utilidad social de los productos y servicios que suministra, y que las organizaciones de trabajadores deben su posición negociadora a unas estructuras democráticas que les permiten reflejar los puntos de vista de los afiliados. Ambas deben mantener su presencia mediante una relación dinámica e interactiva con los trabajadores y su relación con el ambiente de trabajo.

Es probable que la creciente globalización de la economía traiga una política de coordinación cada vez mayor entre todas las facetas de la salud y seguridad en el trabajo, con especial atención a unas normas generalmente aceptadas sobre prevención, indemnización, formación profesional y supervisión.

Se puede postular que, en términos globales, el derecho humano a un lugar de trabajo saludable es una norma aceptada de derecho internacional.

La Ley General de Salud, en vigor a partir del 1o. de julio de 1984, derogó el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de marzo de 1973. Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Se aplica en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Su artículo 2o. contempla que el derecho a la protección de la salud, tiene entre sus finalidades el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, y en el artículo 3o. indica que es materia de salubridad general, entre otras consideraciones: la prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre; la salud ocupacional y el saneamiento básico, y la prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes.

Señala en su artículo 4o. que son autoridades sanitarias el presidente de la República; el Consejo de Salubridad General; la SSA y los gobiernos de las entidades federativas.

Le corresponde a la SSA, entre otras disposiciones, impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud y dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento.

En esta materia le compete al Consejo de Salubridad General analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas, atribución que estaría en concordancia con la antigua atribución que le otorgaba el Código Sanitario de 1934 relativa a que formularía o modificaría, en su caso, la lista de las enfermedades profesionales, contenidas hoy en el artículo 513 de la Ley Federal del Trabajo.

En materia de servicios de salud, y en estos estarían los que existen en las empresas, el 7 de mayo de 1997 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* que le corresponde a la SSA vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud, así como fijar las normas oficiales mexicanas a las que deberán sujetarse.

Con esta disposición la normatividad que en materia de servicios de medicina del trabajo se indica en el Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo (RFSHMAL), le competaría a la SSA expedirla. Lo anterior en virtud de que la STPS por cerca de cinco años ha tratado de emitirla en coordinación con la SSA sin que esta dependencia la haga suya.

En relación con lo anterior, consideramos que se deben de modificar y ampliar diversos artículos de la Ley General de Salud, para unificar los términos señalados de salud ocupacional a los de salud en el trabajo, considerando en este, el concepto de seguridad en el trabajo.

VI. REFORMAS LEGISLATIVAS.

CUADRO ANEXO

Los artículos para cambios jurídicos serían los siguientes: 3o., fracción XIV; 17 bis, fracciones II, XI y XII; 34, 96, fracción IV, 111, 112, 128, 129, 130, 133, 165 y 166, a fin de adecuar la ley con los principios de la salud en el trabajo, fortalecer las acciones normativas, programáticas, de promoción de la salud y prevención de enfermedades relacionadas con el trabajo y acciones no regulatorias, cambios que describimos a continuación en el cuadro que anexamos:

CUADRO
 REFORMAS LEGISLATIVAS

<p><i>Título primero</i> <i>Disposiciones generales</i> <i>Capítulo único</i></p>	<p><i>Nuevo texto propuesto</i></p>	<p><i>Observaciones</i></p>
<p>Artículo 3o. En los términos de esta ley, es materia de salubridad general: ...XIV. La salud ocupacional y el saneamiento básico;... XXVIII. Las demás materias que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. constitucional.</p>	<p>XIV. La salud en el trabajo, derecho humano (el término lleva implícito el concepto de seguridad en el trabajo)</p>	<p>Se suprime el concepto de <i>saneamiento básico</i> ya que está implícito en las atribuciones en la fracción XV, en lo general, y por lo tanto es un esquema conceptual diferente al concepto internacional de salud en el trabajo. Dos convenios de la OIT ratificados por México conceptualizan este término: “Salud en el trabajo”, convenios 155 y 161.</p>
<p>Título segundo Sistema Nacional de Salud Capítulo II Distribución de competencias Artículo 17 bis... II. Proponer al secretario de Salud la política nacional de protección contra riesgos sanitarios, así como su instrumentación en materia de: establecimientos de salud; medicamentos y otros insumos para la salud; disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes; alimentos y bebidas, productos de perfumería, belleza y aseo; tabaco, plaguicidas, nutrientes vegetales, sustancias tóxicas o peligrosas para la salud; productos biotecnológicos.</p>	<p>II. Salud en el trabajo</p>	<p>Modificación conceptual</p>

<p>lógicos, suplementos alimenticios, materias primas y aditivos que intervengan en la elaboración de los productos anteriores; así como de prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre, <i>salud ocupacional</i> y saneamiento básico;...</p> <p>XI. Ejercer las atribuciones que la presente Ley, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y los demás ordenamientos aplicables le confieren a la Secretaría de Salud en materia de efectos del ambiente en la salud, <i>salud ocupacional</i>, residuos peligrosos, saneamiento básico y accidentes que involucren sustancias tóxicas, peligrosas o radiaciones;</p> <p>XII. Participar, en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, en la instrumentación de las acciones de prevención y <i>control de enfermedades</i>, así como de vigilancia epidemiológica, especialmente cuando éstas se relacionen con los riesgos sanitarios derivados de los productos, actividades o establecimientos materia de su competencia</p>	<p>XI. Salud en el trabajo,...</p> <p>XII. Y control de enfermedades incluidas las de trabajo, así como...</p>	<p>Modificación conceptual</p> <p>Congruente con las atribuciones de la Cofepris en materia de salud en el trabajo</p>
---	--	--

<p>Artículo 34. “Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en: ...III. Servicios sociales y privados, <i>incluidos los de salud en el trabajo en los establecimientos</i>, sea cual fuere la forma en que se contraten; y</p>	<p>Se incorpora; incluidos los de salud en el trabajo en los establecimientos,</p>	<p>Congruente con las modificaciones y atribuciones de la Cofepris</p>
<p>Artículo 96, fracción IV... de los efectos nocivos del ambiente en la salud, <i>incluyendo el laboral</i>.</p>	<p>Se incorpora incluyendo <i>el laboral</i></p>	<p>Congruente con el ámbito de acción de Cofepris</p>
<p>Artículo 111. La promoción de la salud comprende: IV. Salud ocupacional; y</p>	<p>IV. Salud en el trabajo</p>	
<p>Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto: II. ...y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, <i>incluyendo el laboral</i>; y III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de... <i>salud ocupacional</i></p>	<p>Se incorpora el término <i>laboral</i> III. ...De salud en el trabajo</p>	<p>Se adecuan los términos en el ámbito de salud en el trabajo y con las atribuciones de Cofepris Modificación conceptual</p>
<p>Capítulo V <i>Salud ocupacional</i> Artículo 128. El trabajo o las actividades sean comerciales, industriales, profesionales o de otra índole, se ajustarán, por lo que a la protección de la salud se refiere, a las normas que al efecto dicten las autoridades sanitarias, de conformidad con esta Ley y demás disposiciones legales sobre salud ocupacional.</p>	<p>Salud en el trabajo Segundo párrafo. Suprimirlo o incorporar el término “Deberán coordinarse...”</p>	<p>Modificación conceptual Modificación conceptual</p>

<p>Cuando dicho trabajo y actividades se realicen en centros de trabajo cuyas relaciones laborales estén sujetas al apartado A del artículo 123 constitucional, las autoridades sanitarias se coordinarán con las laborales para la expedición de las normas respectivas.</p> <p>Artículo 129. Para los efectos del artículo anterior, la Secretaría de Salud tendrá a su cargo: para el uso y manejo de sustancias, maquinaria, equipos y aparatos, con objeto de reducir los riesgos a la salud del personal ocupacionalmente expuesto, poniendo particular énfasis en el manejo de sustancias radiactivas y fuentes de radiación.</p> <p>II. Determinar los límites máximos permisibles de exposición de un trabajador a contaminantes , y coordinar y realizar <i>estudios de toxicología</i> al respecto, y</p>	<p>Artículo 129. La Secretaría de Salud tendrá a su cargo: elaborar y emitir normas oficiales mexicanas en salud en el trabajo, para la vigilancia de la salud de la población ocupacionalmente expuesta, que aseguren la vida y la salud de los trabajadores en el uso y manejo de agentes químicos, físicos, biológicos, psicosociales, y ergonómicos con objeto de reducir los riesgos a la salud de los trabajadores ocupacionalmente expuestos.</p> <p>Se incorpora: estudios de análisis de factores de riesgo y de toxicología al respecto, y</p> <p>III. Actividades laborales, y los reglamentos y normas respectivos...</p>	<p>A fin de hacerlo congruente con el artículo 17 bis de la LGS, fracción III</p> <p>La modificación contempla un principio constitucional en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 123, fracción XV, y al incluir los diversos agentes, términos común en salud, que son causantes de enfermedades de trabajo, es un esquema de mayor amplitud, además permitiría especificar por enfermedades acciones de fomento y prevención en los centros de trabajo. lo anterior aclararía la dualidad existente con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, ya que la Secretaría de Salud estaría a dictar normas oficiales para la vigilancia de la salud de los trabajadores y no como ahora que se incluye en este artículo lo concerniente a maquinaria, equipos y aparatos, de competencia del ámbito de seguridad industrial que lo tiene la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.</p>
--	---	---

<p>III. Ejercer junto con los gobiernos de las entidades federativas, el control sanitario sobre los establecimientos en los que se desarrollen actividades <i>ocupacionales</i>, para el cumplimiento de los requisitos que en cada caso deban reunir, de conformidad con lo que establezcan los <i>reglamentos</i> respectivos.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Fracciones nuevas</i></p> <p>IV. En materia de fomento, prevención y control de enfermedades y accidentes de trabajo la Secretaría de Salud, sin perjuicio de lo que disponga la ley laboral, dictará las normas oficiales mexicanas en materia de salud en el trabajo. Las normas que expida la Secretaría de Salud, con base en las atribuciones de esta ley, especificará las atribuciones y obligaciones correspondientes del personal de salud que intervenga en la vigilancia de la salud de los trabajadores así como la calificación del personal y su certificación conforme a lo señalado en el artículo 81 de la Ley General de Salud.</p> <p>V. Promoverá que los establecimientos cuenten con servicios de salud en el trabajo, con recursos propios o externos, acorde a la normatividad que para tal fin expida la SSA por medio de la Cofepris.</p> <p>VI. Promoverá con los sectores empresariales y sindicales, la vigilancia de la salud de los trabajadores en los centros de trabajo a través de la normatividad correspondiente y promoverá la vigilancia conjunta con los gobiernos de las entidades federativas.</p>	<p>En el ámbito de salud en el trabajo o ambiental, el análisis de factores de riesgos es un principio importante para determinar los riesgos y peligros de los contaminantes.</p> <p>Modificación conceptual y se agrega la parte normativa.</p> <p>No existen estos conceptos en el capitulado de la Ley General de Salud actual permitiría a la SSA por medio de Cofepris promover la operación de los servicios de salud en el trabajo en los diversos establecimientos y, establecer esquemas con la Instituciones de Seguridad Social para un mejor control de dichos y programas conjuntos. Tiene su sustento en el convenio 161, artículo 3, inciso 1, de la OIT, que señala el compromiso de los países miembros de establecer progresivamente servicios de salud en el trabajo. México al ratificarlo le obliga a su cumplimiento. La calificación profesional del personal debe ser congruente con la Ley General de Salud.</p>
---	--	--

	<p>VII. La autoridad sanitaria propiciará con las Instituciones de Seguridad Social, la coordinación de acciones en materia de salud en el trabajo.</p> <p>VIII. Los servicios de salud en el trabajo que proporcionen las instituciones de seguridad social con motivo de riesgos de trabajo, se regirán por sus propias leyes y las demás disposiciones legales aplicables y se ajustarán a las normas oficiales mexicanas en materia de salud.</p> <p>IX. Promover y lograr la aplicación de Sistemas de Administración de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en las empresas, con el fin de proteger la salud de los trabajadores y la productividad laboral. En las empresas con más de 100 trabajadores deberán contar con un esquema acreditado de administración en seguridad y salud en el trabajo que permita mecanismos de regulación voluntaria, los que se determinarán en la norma respectiva.</p> <p>X. Promover con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social la elaboración de una norma oficial mexicana que enliste las enfermedades de trabajo actuales y su publicación y participar permanentemente en su actualización,</p>	<p>Se considera conveniente su inclusión para las actividades de promoción y fomento y la verificación de los centros de trabajo específicamente en el campo de la salud en el trabajo. Es secuencial con las fracciones anteriores.</p> <p>La STPS tiene una norma en proceso, debe ser conjunta con la SSA.</p> <p>Otorgar una mayor participación de la SSA con los diversos sectores a fin de promover una mejor cultura de salud en el trabajo, y menores costos de administración en materia del seguro de riesgos de trabajo.</p> <p>Se reubico es el actual artículo 166 modificado, al ser servicios de salud con motivo de riesgos de trabajo, materia de salud en el trabajo. Daría pauta a un mejor control.</p> <p>Al respecto las directrices de la organización mundial de la salud y de la organización internacional del trabajo, señalan las ventajas de que los gobiernos promuevan la incorporación de un sistema de administración y de gestión de la seguridad y salud en el trabajo en las empresas, esquema establecido en el convenio 187 de la OIT, cuyos beneficios son el mejoramiento de la salud de los trabajadores, en la productividad, la organización y en los costos integrales. Existe la disposición de ISO 45001 gestión de la salud y seguridad en el trabajo.</p>
--	--	--

	<p>normativa que deberá contener los criterios y procedimientos para su calificación la cual será actualizada permanentemente. Se tomarán en cuenta lineamientos Internacionales.</p> <p>XI. Promover la instalación de un Comité de Arbitraje Médico en Medicina del Trabajo con el concurso de la Academia Nacional de Medicina. En dicho cuerpo colegiado participaran representantes de la autoridad laboral, de los Institutos Nacionales de Salud, de los organismos de Seguridad Social y otros que considere conveniente la autoridad sanitaria y en su caso la laboral, a fin de dirimir las controversias en la aplicación de los criterios procesales en materia de Enfermedades y accidentes del trabajo. Los dictámenes que emita el Comité de Arbitraje Médico en Medicina del trabajo tendrán valor probatorio pleno.</p>	<p>Actualmente no existen disposiciones expresas de que la SSA participe en este esquema, antes de 1983 lo tenía el Consejo de Salubridad, por lo que es conveniente ya que se trata de esquemas de salud en el trabajo y la Cofepris contempla la normatividad para la vigilancia de la salud de los trabajadores</p> <p>Se establece la creación de un cuerpo colegiado en el ámbito de salud en el trabajo, con el fin de transparentar los aspectos procesales que señala la Ley Federal del Trabajo. El Comité otorgaría la tercería en las demandas con lo que apoyaría el proceso similar al que tiene la Comisión de Arbitraje Médico. La creación de un comité permitirá dar transparencia en su caso a los reclamos de los trabajadores y de las empresas en la Juntas así como ante el IMSS, para clarificar los procesos laborales, y evitar que la STPS y el IMSS sean juez y parte. Asimismo evitaría la participación tanto del IMSS, como de la autoridad laboral como juez y parte en los litigios, lo que ocurre actualmente. Lo anterior al ser la salud en el trabajo obligación de la secretaria de Salud su atención, como se indica en su Ley.</p>
--	--	---

<p>Artículo 130. La Secretaría de Salud, en coordinación con las autoridades laborales y las instituciones públicas de seguridad social, y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, promoverán, desarrollarán y <i>difundirán</i> Investigación multidisciplinaria que permita prevenir y controlar las <i>enfermedades y accidentes</i>, y estudios para adecuar los instrumentos y equipos de trabajo a las características del hombre.</p>	<p>Artículo 130. ...difundirán los resultados de la investigación multidisciplinaria que permita prevenir y controlar las enfermedades y accidentes de trabajo</p>	<p>Modificación que incluye el término trabajo para enfatizar el ámbito de salud en el trabajo.</p>
<p>Artículo 132. Nuevo párrafo</p>	<p>Las empresas llevarán registros de los accidentes y enfermedades de trabajo que permita una efectiva vigilancia de la salud en el trabajo y las investigaciones pertinentes, a fin de consolidar un sistema de información en la materia con las instituciones de seguridad social, conforme a lo señalado en el artículo 166 de la ley general de salud.</p>	<p>El sistema de vigilancia epidemiológica incluiría estos aspectos que permita establecer acciones congruentes con la problemática de salud en el trabajo.</p>
<p>Artículo 133. <i>En materia de prevención y control de enfermedades y accidentes</i>, y sin perjuicio de lo que dispongan las leyes laborales y de seguridad social en materia de riesgos de trabajo, corresponde a la secretaria de Salud:</p>	<p>Artículo 133. En materia de prevención y control de enfermedades y accidentes <i>corresponde a la secretaria de salud:</i></p>	<p>Estos aspectos tienen que ver con las enfermedades y accidentes comunes, lo de trabajo es materia de salud en el trabajo, por lo que es conveniente la modificación</p>

<p>Artículo 165. La Secretaría de Salud dictará, en el ámbito de su competencia, y sin perjuicio de las facultades de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, <i>de conformidad con las leyes que rijan los riesgos de trabajo</i>, las normas oficiales mexicanas para la prevención de accidentes, y promoverá la coordinación con el sector público y la concertación e inducción, en su caso, con los sectores social y privado para su aplicación.</p>	<p>Se considera conveniente suprimir... “de conformidad con las leyes que rijan los riesgos de trabajo” para quedar como:</p> <p>Artículo 165. La Secretaría de Salud dictará, en el ámbito de su competencia, y sin perjuicio de las facultades de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, las normas oficiales mexicanas para la prevención de accidentes, y promoverá la coordinación con el sector público y la concertación e inducción, en su caso, con los sectores social y privado para su aplicación.</p>	<p>Es conveniente por ser materia, la de riesgos de trabajo, señalada en los artículos 128, 130 y 131 y que plantea problemas de competencia con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social en materia de riesgos de trabajo.</p>
<p>Artículo 166. Los servicios de salud que proporcionen las instituciones de seguridad social con motivo de riesgos de trabajo...</p>	<p>Modificar artículo 166. Las autoridades sanitarias propiciarán con las Instituciones de Seguridad Social la coordinación de acciones en materia de prevención de accidentes y enfermedades de trabajo.</p>	<p>Se reubico al artículo 129, fracción VIII lo relativo a servicios de salud que proporcionen las instituciones de seguridad social con motivo de riesgos de trabajo, materia del capítulo V, de la salud en el trabajo.</p>

VII. FUENTES DE CONSULTA

Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf> (fecha de consulta 29 de noviembre de 2023).

Ley Federal del Trabajo. Nueva Ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 1o. de febrero de 1970. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf> (fecha de consulta 29 de noviembre de 2023).

CAPÍTULO NOVENO

“UNA SALUD” ALCANZABLE POR MEDIO DE CAMBIOS ESTRUCTURALES Y OPERATIVOS EN LOS ÁMBITOS ACADÉMICO Y GUBERNAMENTAL

Juan GARZA RAMOS*

SUMARIO: I. Globalización, cambio climático y su impacto en los sistemas de salud. II. Preparar a la organizaciones para el cambio. III. Aplicación de nuevas tecnologías. IV. Misma película diferentes versiones. V. Estructuras de gobierno y de la academia. VI. La Agenda 2030. VII. Vigilancia epidemiológica activa. VIII. Fuentes de consulta.

I. GLOBALIZACIÓN, CAMBIO CLIMÁTICO Y SU IMPACTO EN LOS SISTEMAS DE SALUD

El mundo crecientemente globalizado en el que cualquier bien y servicio viaja libremente a cualquier parte del mundo permitió el crecimiento económico de diversas naciones, sin embargo, este proceso impactó otros ámbitos, la migración de poblaciones (la movilidad por miedo a la violencia o por destrucción de áreas provocadas por fenómenos meteorológicos) en busca de nuevas oportunidades lo que llevó a su concentración en determinadas regiones del planeta.

El crecimiento mundial de la población, la urbanización acelerada, produjo un aumento en el consumo de alimentos, así como modificaciones en la dieta, lo que conlleva la necesidad de incrementar la producción y variedad de los alimentos generando mucha presión sobre los sistemas agroalimentarios impactando de forma negativa en la seguridad e inocuidad alimentaria, en la salud humana, ambiental y animal, aumentando el riesgo de transmisión de enfermedades (Global Risk Report, 2023).

* Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Nacional Autónoma de México. jgarza@unam.mx. ORCID:0009-6667-4380.

1. *Crisis que ha trastocado el comercio internacional de mercancías*

Las variaciones en el clima provocan inundaciones, sequías, incendios, catástrofes que imposibilitan en forma apropiada la producción distribución y suministro de alimentos y servicios.

2. *El enfoque de una salud*

“Una salud” es un enfoque unificador integrado que procura equilibrar y optimizar de manera sostenible la salud de las personas, los animales y los ecosistemas. El enfoque reconoce que la salud de las personas, los animales domésticos y salvajes, las plantas y el medio ambiente en general (incluidos los ecosistemas) están estrechamente relacionados y son interdependientes.¹

La repercusión mundial de la pandemia de la enfermedad de coronavirus (COVID-19), una crisis sanitaria causada por un virus transmitido de animales a personas, y la respuesta de esta crisis pone en relieve la necesidad de una acción coordinada entre los diferentes sectores con miras a proteger la salud y prevenir perturbaciones en los sistemas alimentarios.

Por medio de decisiones adecuadas de vigilancia, prevención y control, los servicios veterinarios reducen el impacto de las enfermedades animales en la salud humana, los medios de subsistencia, los ecosistemas y la seguridad alimentaria.

Es fundamental abordar la problemática desde el enfoque de “una salud” dando un mayor énfasis a la protección de la biodiversidad, el uso eficiente de los recursos naturales, la inocuidad de las cadenas de suministro alimentario especialmente en las zonas afectadas por la pobreza (Crocker *et al.*, 2021).

Se requiere establecer políticas públicas sustentables, con acciones estratégicas coordinadas con el sector privado, integrando equipos de trabajo multidisciplinarios e interdisciplinarios que permitan implementar el enfoque de “una salud”, mejorando proactivamente la gestión sanitaria y ecosistémica global.

En México no hay una distribución equitativa en la población de los insumos básicos, educación, salud, alimentos, vivienda, avances científicos, desarrollo tecnológico, desarrollo industrial, producto de las bondades de la globalización.

¹ Para más información consulte: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2023). Una sola salud. <https://www.fao.org/one-health/es/>

Es inadmisibles que a pesar de los avances científicos y tecnológicos no se haya resuelto la polarización social. En el medio rural está uno de los espacios más apropiados para atender esta problemática.

II. PREPARAR LAS ORGANIZACIONES PARA EL CAMBIO

Las organizaciones modernas tienen que estar preparadas para el cambio, para la innovación, tienen que saber dirigir y evaluar estos cambios para que sean positivos, para que induzcan desarrollo para todos y no solamente crecimiento para unos cuantos y beneficien a toda la sociedad. Se debe resolver la tensión que provoca la necesidad de las organizaciones para modernizarse y la necesidad de estabilidad que existe entre las comunidades.

El sector productivo rural por su bajo nivel educativo y organización no permite incorporar con facilidad los avances científicos y tecnológicos. El desarrollo de los sectores vulnerables es *moralmente deseable*, pero social y *presupuestalmente complejo*.

El crecimiento poblacional requiere un apropiado abasto de alimentos, salud pública, atención apropiada, pero la demanda por los recursos propicia la pérdida de la biodiversidad, la contaminación del agua, el aire, el cambio climático. El proceso de enseñanza no vislumbra cambios a corto plazo. Por ello se debe privilegiar el desarrollo de capacidades para: aprender a aprender, transmitir conocimiento, crear, gestionar el conocimiento, y cuando sea necesario para no caer en lo obsoleto, aprender a desaprender.

Una amplia coordinación se requiere para atender la problemática en donde existe la mayor marginación, bajos índices de educación, desnutrición, deficiente saneamiento básico y de alimentos, y mayor convivencia con animales que promueven las zoonosis.

Se requieren programas especiales que permitan romper círculos viciosos mediante la comprensión integral de los problemas (social, económico, sanitario, ambiental) con un enfoque necesariamente interdisciplinario. Así como identificar modalidades de evaluación y medición mediante diferentes indicadores, además de la rentabilidad financiera. Sería muy útil construir e implementar indicadores complementarios a los existentes para analizar la rentabilidad sanitaria, ambiental, educativa, nutricional, laboral, social.

El modelo de desarrollo vigente provoca costos elevados sobre los sistemas naturales y sociales pues busca maximizar ganancias económicas a corto plazo. La ciencia proporciona amplias oportunidades de trabajo (estudios epidemiológicos, medios de diagnóstico y acciones de prevención) ya que la salud animal y humana son afines en agentes causales. El mosaico produc-

tivo tan dispar del país requiere del conocimiento del riesgo de aplicación de los sistemas tradicionales. Se requiere analizar la articulación público-privada, el desarrollo y aplicación de normas, la inspección de sistemas, el manejo de riesgos (Garza Ramos, 2021a).

III. APLICACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

La globalización presenta muchos asuntos por atender, el comercio internacional, la certificación, la acreditación, armonización, regionalización, equivalencias, trazabilidad, etiquetado de productos, biotecnología, organismos modificados genéticamente, xenotrasplantes, modelos animales, animales productores de fármacos y productos biológicos requieren ser analizados a mayor profundidad preferiblemente en el marco de programas multidisciplinarios.

La biotecnología, ingeniería genética, medicina genómica provocan una complejidad de dilemas con sentido económico, social y sanitario de carácter moral que incluyen: acceso inequitativo a los resultados, propiedad intelectual, transferencia tecnológica, riesgo ambiental que impactan a la salud y al bienestar.

La explotación ganadera representa un mosaico altamente polarizado, actualmente existe un desarrollo tecnológico con sistemas de producción integrados altamente sofisticados, coexistiendo con otros modelos de producción obsoletos, ineficientes, y sin posibilidades de participar en la economía crecientemente competitiva.

Con el crecimiento del comercio internacional la industria ha puesto de manifiesto su deficiente estructura, sus dificultades para cumplir con normas sanitarias internacionales, su dependencia de insumos extranjeros, su baja capacidad de respuesta y su vulnerabilidad.

Tenemos adelantos científicos que tienen una aplicabilidad hacia desarrollos tecnológicos, pero deben difundirse para que permitan disminuir las diferencias sociales y que podamos ir disminuyendo los riesgos de la polarización social. El punto es que, si el avance científico y tecnológico es muy acelerado, el avance normativo y ético y de aplicación será muy dispar. Frecuentemente nos damos cuenta de que las poblaciones avanzadas cada vez se alejan más de las poblaciones en rezago, y lo deseable es que las poblaciones en rezago avancen a un ritmo tal que permiten un equilibrio y un bienestar para toda la sociedad en lo social, productivo, económico, político, cultural y ambiental.

Los modelos de investigación deben estar orientados hacia la creación de políticas públicas. Es muy importante generar conocimiento, pero tanto

o más importante es la solución de los problemas y desarrollar competencias. En el caso particular de “una salud” lo deseable es dirigir esfuerzos para que los sistemas de salud animal y salud pública en ambientes sanos se conviertan en un objeto de atención, que sean interactivos, con tácticas y estrategias, una mejor operación con recursos apropiados, y que las políticas públicas permitan un mejor bienestar de las comunidades que se encuentran en esos ecosistemas. No olvidar como principios básicos a la bioética con equidad, con sus principios: beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, solidaridad o protección (Garza Ramos, 2021b).

En las instituciones en las que trabajamos se requiere ahora cooperar para mejorar las condiciones de vida en este espacio de “una salud”, deben dejar de trabajar de forma aislada y diseñar mejores formas de colaboración, cooperación, complementación para alcanzar los logros que permitan alcanzar un mayor bienestar, dejar de competir y empezar a colaborar.

IV. MISMA PELÍCULA DIFERENTES VERSIONES

Durante la pandemia, el desequilibrio provocado nos acercó al caos, algunas interpretaciones resultaron racistas, tal como: “la pandemia es más letal para los indígenas” y es una visión desviada, pues no es la población indígena se trata de una población abandonada que no tiene buena alimentación, no tiene educación, no tiene agua potable, no tiene servicios de salud; entonces no es que sean indígenas es que carecen de los determinantes sociales de la salud, son grupos vulnerables que ante esta pandemia les es más letal. Nuestra responsabilidad es atender estos rezagos sociales para evitar que se queden atrás núcleos de la sociedad que después se van a convertir en problemas más severos. Antes de la pandemia ya había problemas, pero un manejo torpe los agudizó.

El modelo económico ha profundizado el abismo entre pobres y ricos que repercute en los indicadores de salud y enfermedad, lo que genera la necesidad de nuevos modelos de abordaje epidemiológico integrados en el concepto de “una salud”, así como nuevas formas de vigilancia y respuestas sociales a la salud.

Es necesario conceptualizar mejor los temas relativos a las estructuras administrativas y de operación, tanto en el ámbito académico como en lo gubernamental y social, los alimentos, la salud, la educación, el ambiente, la ciencia, la tecnología e innovación con ética y por supuesto para buscar un mayor bienestar con equidad (Garza Ramos, 2021a).

Hay temas que durante la pandemia no identificamos pero que resultan vitales para el desarrollo de nuestro país: como son los temas de pobreza, de educación, de salud, de empleo, de desarrollo social, la crisis climática, todos confluyen para lograr un bienestar proponer una mayor y mejor colaboración entre las diversas instituciones y disciplinas para lograr una mejor organización institucional y estimular las actividades concurrentes entre gobiernos, productores, industria pecuaria, sector académico, los comerciantes y consumidores para alcanzar “una salud”.

Los problemas graves, pobreza, alimentación, cambio climático, salud, requieren de nuevas formas de abordaje, los atendemos de manera fragmentada, y el problema es que se atienden de forma única, lo sanitario no es suficiente, hay que verlo en forma transversal, en forma interdisciplinaria, transdisciplinaria, sistémica, lo ambiental, lo económico, lo que es promoción de la salud, lo que es gobernanza, lo que es social y además meterle el componente bioético para la mejor toma de decisiones, si no lo vemos en forma integral no vamos a avanzar al ritmo que nos exige la problemática. Aparte hay una tendencia entre los investigadores por la búsqueda de utilizar lo complejo de la tecnología de los conocimientos científicos y entonces buscamos encontrar la parte de ingeniería genética y de biotecnología profunda, pero estamos olvidando las causas de las causas. Tenemos que cubrir este déficit que nos han alcanzado.

Hay factores predisponentes, particularmente el comportamiento social y colectivo, hay mucho que hacer en educación para la salud, impulsar el agua potable, evitar el hacinamiento, fortalecer la regulación sanitaria débil, evitar las condiciones insalubres y los alimentos no inocuos (Garza Ramos, 2021a).

Hay un silencio respecto a los determinantes sociales de la salud y no digamos respecto al ambiente, con la pandemia hay una serie de elementos que se han identificado como indispensables para poder atender mejor la problemática actual y dentro de ellos la bioética.

La bioética no puede mantenerse sorda, necesita levantar la voz, necesitamos atender a esta población del rezago de los grupos vulnerables. Muchos de los problemas los estamos tratando de disminuir a partir de un maquillaje que es absolutamente inaceptable desde el punto de vista bioético. Debemos tener una forma de trabajar más contundente y para ello podemos utilizar el esfuerzo que se ha impulsado para el desarrollo sustentable (Garza Ramos, 2021a).

1. *¿Qué estructuras deberían estar aplicando la bioética?*

Pues todas las instituciones de la sociedad, las que corresponden a los tres ámbitos del gobierno, al sector académico, a las esferas de lo privado de lo social, por ejemplo, las estructuras como las hemos visto; en el plano internacional está la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO); la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), pero lo mismo hay ministerios en el gobierno: las secretarías federales, las estatales, municipales, y las visiones académicas, esto es muy administrativo, nos permite identificar donde se ponen los recursos, el presupuesto, el personal, pero cómo se organiza la operación integral de estos grupos no está definido, está muy complicado entender que espacio ocupa cada uno de nosotros para poder cooperar con los temas de bioética y tenemos que pasar de grupos aislados, como estamos ahora, a equipos que tengan la capacidad de desarrollar un desempeño colectivo, formar redes y esto es en donde la bioética nos tiene que impulsar y tenemos como apoyo las ciencias de la complejidad porque no se trata de que la bioética sea del ministerio de salud o que la alimentación esté en la Secretaría de Agricultura o en la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (Semarnat no), son temas complejos donde casi todas las dependencias coparticipan. Estos sistemas complejos trascienden a la salud pública del sector agropecuario y entonces tenemos que impulsar que trabajen todos los sectores en forma armónica y los temas críticos como la pobreza, la alimentación, el cambio climático, la salud, requieren de nuevas formas para ser abordados y es donde deberíamos de estar construyendo nuevos espacios, la bioética hay que verla en forma integral, no solamente desde la visión de uno de sus componentes y la visión transdisciplinaria se dificulta a los especialistas que siempre piensan en si son filósofos o abogados o médicos o biólogos, tenemos que verla en forma integral, transversal, holística, sistémica, entonces hay que incluir otros profesionales que contribuyen a la salud, a la bioética, incluyendo por supuesto a los que casi nunca se invita, a los economistas, a los abogados, sociólogos, antropólogos, urbanistas, etcétera.

Tenemos que aprovechar para lograr servir a la sociedad y que se nos reconozca un liderazgo como coparticipes de una solución a la problemática actual.

Esta pandemia es un incidente que bien puede repetirse por eso existe el riesgo o la seguridad de que van a surgir nuevos virus potencialmente pan-

démicos causados por esta invasión que estamos haciendo en los ecosistemas en donde hacemos una destrucción de la biodiversidad, invadimos zonas con fauna silvestre y encontramos las oportunidades de contagio, entonces esta interacción con otros agentes infecciosos da origen a este riesgo que puede presentarse como una pandemia. Esta época se puede denominar como de una emergencia social, o ambiental, o sanitaria, o todas ellas, necesitamos tener una manera más dinámica, efectiva para atender la nueva complejidad.

2. *¿Qué es lo que ha provocado la pandemia?*

Pues todas las tendencias disruptivas las ha evidenciado, hemos tenido una gran cantidad de problemas sociales y ya nos dimos cuenta de que una solución de carácter simplista e ingenua no permite resolver la problemática. Hay que revisar las estructuras político-administrativas que hay para atender los temas que requiere la sociedad para alcanzar su bienestar, necesitamos nuevos modelos, una nueva reorganización, cambios institucionales, tenemos la necesidad de hacer cambios legales y estructurales. Este espacio académico del Instituto de Investigaciones Jurídicas otorga la oportunidad de discutir y construir de manera colectiva estos nuevos espacios, necesitamos una nueva cultura de armonización entre el gobierno, la administración, la academia, la operación, toda la sociedad.

Cada institución, cada profesión, tiene una aportación que dar a la sociedad, el problema es que en la pandemia nos hemos dado cuenta de que cada quién anda por su lado de manera aislada e independiente, pero la problemática es compleja, es inédita, necesitamos reorganizarnos; la problemática exige respuestas rápidas y eficaces y cada disciplina tiene un marco histórico que determina el espacio que le corresponde. Cada uno de nosotros tiene una disciplina y lamentablemente estamos acostumbrados a ver todo desde la óptica de la carrera, del espacio que hemos escogido como parte de nuestra calidad académica, profesional, cotidiana, pero no estamos acostumbrados a ver de manera amplia, interdisciplinaria, de manera transdisciplinaria, entonces las profesiones que tienen espacios exclusivos, también nos hemos dado cuenta de que hay espacios concurrentes que deben ser atendidos por varias profesiones de varias instituciones de manera conjunta, en nuestra sociedad lamentablemente no han podido realizarse con eficacia para atender los temas complejos.

La biomasa del mundo animal, tenemos una organización para los humanos la Secretaría de Salud, los gobiernos del mundo, tenemos otra área que son los campos de la salud animal que ve fundamentalmente la parte

del ganado, tenemos el tema de salud desde la perspectiva de la fauna silvestre que normalmente no está ni en la Secretaría de Salud ni en la Secretaría de Agricultura, sino está en la Semarnat, pero en realidad la masa del mundo animal se encuentra en los insectos en los artrópodos que constituyen 42% de toda la masa orgánica y en los peces que tienen el 29%, entonces 70% está en peces y en artrópodos y el resto está en otras especies animales, pero lo que estamos atendiendo realmente la profesión médica, la profesión médico veterinaria, los responsables de la fauna silvestre, los biólogos, ecólogos, es un segmento del gran todo por lo que tenemos que ampliar nuestro espacio y atender el problema de manera integral (Mas-Ponte, 2022).

Tenemos que reorganizar la forma de cómo hemos venido trabajando de manera individual. Necesitamos la participación de varios profesionales, de instituciones que cooperen, que colaboren, que ya no compitan, estamos diseñados para competir, nos gusta ser jefes, nadie quiere supeditarse a otro, pero en el momento actual, la pandemia nos ha enseñado que la solución es trabajar en equipo, urgen nuevas formas de organización, no estamos diseñados para trabajar de manera distinta. Si tomamos el ejemplo de “una salud” nos daremos cuenta de que aquí tenemos la oportunidad inédita de un abordaje transdisciplinario porque “una salud” es la integración de la salud humana, de la salud animal, de la salud ambiental y no puede haber salud humana si no hay salud animal, y no puede haber salud humana ni animal si no hay salud ambiental, entonces esta visión de que los unos dependemos de los demás nos obliga a impulsar actividades de cooperación.

3. *¿A quiénes les toca participar de esta cooperación?*

Pues a varias profesiones, a varias instituciones, a varios sectores; desde el punto de vista de Naciones Unidas: la FAO, la OMS, la OPS, la Organización Mundial de Salud Animal antes conocida como OIE, organismos como el PNUMA. Además el Instituto Interamericano para la Cooperación para la Agricultura (IICA), la Organización Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA), el punto es que tenemos que hacer que estos organismos confluyan en sus esfuerzos y en sus intereses para poder combatir un tema tan complejo como el de la pandemia actual, lo que ocurre es que desde que se fundó la OMS, el concepto de “una salud” es de un completo estado de bienestar físico mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad, pero este concepto ya quedó obsoleto, es un concepto estático, excluye a lo social, es pasivo, excluye a lo económico, excluye a lo ambiental, ya no solamente sería parte la salud de la OMS, ahora hay espa-

cio para otros organismos de Naciones Unidas como la FAO, UNICEF, la UNESCO, la OIT, como el PNUMA, la CEPAL y otros organismos como la OCDE, IICA, OIRSA entre otros.²

4. *¿Cómo se ha intentado impulsar una reorganización dentro de Naciones Unidas propuesta para los países?*

Por medio de la Agenda 2030 y los 17 objetivos de desarrollo sostenible que se ha impulsado para que en el 2030 ya podamos cumplir con estos 17 temas que no corresponden solamente a una profesión, a una institución y que solamente se pueden abordar cuando confluyen varios de estos esfuerzos de manera conjunta, entonces tenemos que impulsar un trabajo transdisciplinario intersectorial, multiinstitucional de una alta complejidad para el que no estamos o no estábamos preparados. Es muy fácil desde el punto de vista académico o administrativo pensar en salud animal, salud humana y salud ambiental, pensando que son tres universos distintos entonces esta es una forma, un modelo como algunos de los investigadores identifican esos tres temas, el punto es que los agentes infecciosos fluyen de un sector a otro sin pedirle permiso a nadie, la cuestión administrativa queda definitivamente muy rezagada y entonces necesitamos encontrar nuevos esquemas, pero son modelos que no incluyen el todo y que además no son fáciles de operar, por ello esta cuestión de carácter conceptual para acercarnos a “una salud” requiere todavía de afinarse de una mejor manera integral para atender los temas de carácter transdisciplinario, multisectorial y multiinstitucional, en donde la mirada transfronteriza es indispensable porque las enfermedades fluyen de un país a otro con una rapidez impresionante. Recordemos que en escasos cuatro meses desde que surgió la alerta en China ya nuestro país era uno de los varios decenas de países que tenían el problema del COVID-19, entonces tenemos que fortalecer los determinantes sociales de la salud y para eso es indispensable que se atiendan de manera regular y alcancemos bienestar, uno de estos determinantes, por ejemplo, es la dieta, la nutrición, otro es el agua potable, la educación, los servicios de salud, pero si nos damos cuenta en países como México lamentablemente lo que se está impulsando son cuestiones alejadas a sus necesidades para alcanzar el bienestar. El día mundial del agua evidenció que hay un

² Más información relacionada: FAO; UNEP; WHO y WOA. (2022). *One Health Joint Plan of Action (2022-2026). Working together for the health of humans, animals, plants and the environment.* <https://doi.org/10.4060/cc2289en>

porcentaje muy elevado de nuestra población que no tiene acceso al agua potable, eso es en cuanto a los humanos y en cuanto al área agropecuaria pues tenemos las buenas prácticas y estas buenas prácticas ocurren y se necesitan para la producción de alimentos de origen animal, pero también hay buenas prácticas no solamente ganaderas sino también agrícolas, forestales, buenas prácticas de tenencia de animales, buenas prácticas de transporte de alimentos y de personas, de bienes como alimentos, buenas prácticas de procesamiento de estos alimentos, buenas prácticas de consumo, buenas prácticas de enseñanza para el tema académico, buenas prácticas de investigación, desarrollo tecnológico e innovación, buenas prácticas de extensión (Global Risk Report, 2023).

V. ESTRUCTURAS DE GOBIERNO Y DE LA ACADEMIA

Para llevar a cabo todas estas acciones quienes participan son las estructuras de gobierno, en el caso particular de México la Secretaría de Salud, la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural, la Semarnat, la Secretaría de Educación, la de Bienestar, la Secretaría de Desarrollo Agrario Territorial y Urbano, pero también la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, la Secretaría de Hacienda y otras. Por ejemplo, la Secretaría de la Defensa Nacional, cuando se trata de una tragedia, de un problema mayor entra con el Plan DN-III para contender con los desastres que se presenten en nuestro país entonces todas estas secretarías participan, pero cada una de ellas tiene cotidianamente una independencia y una falta de cooperación que han quedado evidentes por la pandemia.

Cada una de esas secretarías tiene una procuraduría, la Secretaría de Salud tiene a Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (Cofepris), la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural tiene al Servicio Nacional de Sanidad e Inocuidad Agroalimentaria (Senasica), la Semarnat tiene a la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente (Profepa), la Secretaría del Bienestar tiene a la Procuraduría Federal del Consumidor (Profeco), pero cada una de estas procuradurías tiene una vida propia, independiente, prioridades que no incluyen la cooperación entre todas ellas, entonces ocurren ocasiones en donde una procuraduría emite una disposición en un sentido y otras lo hacen de forma independiente en sentido contrario, necesitamos reorganizarnos y esto todavía no nos queda claro entonces ojalá que de este seminario puedan surgir recomendaciones para que estas estructuras gubernamentales trabajen mejor (Garza Ramos, 2015).

Nuestro país desde el siglo antepasado cuenta con el Consejo de Salubridad General que es un organismo que tiene rango constitucional. En la Constitución está establecido, pero lamentablemente por razones políticas en esta pandemia el Consejo no ha trabajado integrando, lo que desde el punto de vista legal le corresponde, que es incorporar los esfuerzos dispersos para impulsar los temas de salud. Una asignatura pendiente es una iniciativa del trabajo emanado del Instituto de Investigaciones Jurídicas en un grupo transdisciplinario dentro de la UNAM puede dar algunas directrices para que esto se subsane (Garza Ramos, 2013).

La UNAM tiene un espacio potencial para el trabajo interdisciplinario, los *consejos académicos de área*, necesitamos definir con claridad las responsabilidades de cada quien, las competencias de cada institución, de cada disciplina, de cada sector, la intersectorialidad; está el sector salud, está el sector agropecuario, está el sector de servicios, está el sector de comercio, pero nadie ve que estos sectores trabajen de manera conjunta y tenemos también que impulsar los temas de concurrencia, de corresponsabilidad para alcanzar sinergia y lograr algo que se nos ha olvidado que es trabajar en redes, en equipo.

Cada uno quiere trabajar desde su perspectiva individual y deberíamos de estar impulsando un mecanismo que es el que está impulsando el de las ciencias de la complejidad. Actualmente en la Universidad todavía están incluidas solamente en el Centro de Ciencias de la Complejidad y necesitamos que esto se disperse, se amplíe y se establezca ya como una actividad de rutina en todos nuestros entornos. En las Ciencias de la Complejidad participan muchas instituciones que confluyen hacia temas puntuales pero cada uno de nosotros no los puede resolver de manera integral es indispensable el concurso de los demás, construir consensos y aprender a trabajar en equipo (CAABYS-UNAM, 1992-1993).

VI. LA AGENDA 2030

Tenemos el ejemplo del desarrollo sustentable que en la Cumbre de Río, en 1990, se diseñó bajo el modelo de que había tres instancias dentro de nuestro entorno, la económica, el medio ambiente, la sociedad y que estas tres acciones sean atendidas nos permitirían alcanzar el desarrollo sustentable, el tema es que los empresarios y la sociedad empezaron a tomar decisiones desde el punto de vista económico pensando que el impulso a la economía nos iba a llevar a mejorar el ambiente y a la sociedad y nos dimos cuenta de que esto fue una falla terrible. Se hizo un análisis más profundo y conclui-

mos que el ambiente es el todo, la sociedad es un componente del ambiente y la economía es un componente de la sociedad, entonces no podemos tomar decisiones desde el punto de vista económico para beneficiar al todo, se hizo una reunión en Río +20 en 2010 y ahí el modelo que se construyó atiende lo social, lo económico, lo ambiental y la armonía entre todos estos elementos, da como consecuencia la salud y además da oportunidad a todos los temas de alimentación, de agua, de desastres, de océanos, de energía, de que confluyan para impulsar este tema de “una salud”, si regresamos al tema administrativo, para la distribución de personal, y la distribución de presupuestos se utilizan organigramas, para la operación pues se establecen diagramas de lo que le corresponde a cada uno de los puestos y se establecen también como debe de operar cada uno de estos elementos, el punto es que si conjuntamos estos organigramas y queremos que haya una cooperación entre quienes están en el cuadrado de abajo a la izquierda con el que se encuentra en otro cuadrado del lado derecho a la mitad pues no es fácil esta conjunción porque físicamente se encuentran muy alejados entonces estamos proponiendo una visión distinta para reorganizar a las estructuras ya sean gubernamentales o académicas.

Tener nuevos espacios de cooperación, de organización los factores predisponentes de esta problemática incluyen al factor demográfico, incluyendo la edad y el tamaño de los grupos poblacionales, otro es el problema de movilización, el comportamiento social-colectivo, también la movilización de animales, la movilización de alimentos, la movilización inclusive de la fauna silvestre que por medio de las aves migratorias y mediante los murciélagos ha favorecido la dispersión de muchas enfermedades, también otro factor predisponente es la invasión de nosotros los humanos de las zonas selváticas, el daño ambiental, el daño al agua, el aire, la urbanización, el hacinamiento, es otro tema que tiene que ver con el desarrollo de estas pandemias, la regulación sanitaria, que puede ser débil o inexistente, tenemos una gran cantidad de miembros de la sociedad viviendo en condiciones insalubres consumiendo alimentos no inocuos y otro problema que es el de la globalización porque el comercio internacional, transporte y los viajes favorecen la diseminación de las enfermedades, el punto es que se regula el comercio internacional de una manera tan estricta que, por ejemplo, el Senasica lleva a cabo el control de todos los alimentos que se exportan y el control sanitario de todos los alimentos que se consumen en nuestro país lo hace Cofepris y lo hace con mucha laxitud. No puede haber dobles estándares, es muy importante identificar y resolver estos factores predisponentes (Gómez Márquez, 2023).

1. *¿Cómo trabajamos antes y actualmente?*

En grupos, nos reuníamos de vez en vez, pero ahora nos tenemos que transformar de grupos de intereses comunes en equipos de trabajo, identificar los objetivos, alcanzar sinergia, una mayor responsabilidad y un desempeño colectivo armónico, trabajamos en forma segmentada, teníamos grupos que funcionaban, pero cada uno independiente del otro, se supone que en esta etapa de reorganización social, académica, gubernamental, a consecuencia de la pandemia, deberíamos de estar buscando mejores niveles de atención, servicios que incluyan a todos los actores para lograr la articulación de todos los esfuerzos para tener una oferta de servicios con una armonía que no hemos alcanzado, eso sería lo que deberíamos de estar impulsando y me temo que muchos todavía no están buscando este tipo de respuesta a la problemática (Garza Ramos, 2011).

2. *¿Qué es lo que tiene que buscar el sector salud?*

Pues de una manera muy cruda yo diría que debería de enfocarse primordialmente en mantener sanos a los sanos y ya no desgastarse, solamente en curar a los enfermos, el médico no es el que cura a los enfermos, el verdadero médico, el ideal en los temas de salud es quien ayuda a que los individuos nunca se enfermen. En salud se han privilegiado los temas médicos, los temas clínicos, la curación a los enfermos, las acciones reactivas, pero se ha descuidado a las acciones preventivas, se ha descuidado a la salud pública y la atención de los determinantes sociales de la salud y del ambiente no han tenido la atención ideal y el resultado es que tenemos una gran cantidad de enfermedades transmitidas de los animales al hombre que son las zoonosis, por ejemplo, 60% de las enfermedades infecciosas que afectan a los humanos son de origen zoonótico, 75% de los patógenos que producen enfermedades emergentes en los humanos son de origen animal como el SARS, como el Ébola, como el VIH o la Influenza y cada año surgen cinco nuevas enfermedades infecciosas en humanos, pero tres de ellas son de origen animal y esto da como consecuencia que haya más enfermedades y peor aún si creemos que ya estamos en un mundo en paz, Rusia con la invasión a Ucrania nos acaba de recordar que el belicismo sigue siendo una orientación incorrecta de la humanidad, bueno pues 80% de los agentes infecciosos zoonóticos pueden ser utilizados en bioterrorismo, cuáles son las enfermedades que han surgido recientemente, está el problema de los Priones, la Encefalopatía Espongiforme transmisible o de las vacas locas,

eso ocurrió hacia 1990 después se han presentado el del virus del Hendra o Nipah transmitidos por murciélagos o el Marburg que existe en regiones de África y que también se aloja en fauna silvestre y se transmite por murciélagos, el virus del SARS, las bacterias *Salmonella suis* que de repente empieza con algunas cepas a surgir y a dispersarse, la Influenza H5N1, la Influenza H1N1 en donde México tuvo un sufrimiento importante ambos provenientes de animales cerdos y aves, el virus del Ébola que se aloja en la fauna selvática de África y que con cierta frecuencia pasa a otros sectores de la sociedad o el virus del MERS que es muy parecido es otro coronavirus parecido al del SARS o el del Zika o el caso que nos ocupa con la pandemia por COVID-19, o sea estas enfermedades van a seguir ocurriendo y van a surgir otras nuevas y tenemos que tener una nueva organización para que no tengamos un empantanamiento como el que provocó esta pandemia.

VII. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA

Hay confusión, si alguien está atendiendo a animales o a personas y quiere reportar el caso de la identificación de un agente infeccioso emergente pues lo puede hacer ante la OMS, lo puede hacer ante la Organización Mundial de Salud Animal, lo puede hacer ante organismos como la Alianza para la Rabia, lo puede hacer ante la FAO, pero no hay un mecanismo único para cómo proceder y llevar a cabo esta vigilancia epidemiológica internacionalmente, estos temas complejos definitivamente ya estamos viendo que trascienden a la salud pública y al sector agropecuario. En esto participan muchos ministerios del gobierno: federal, estatal y municipal que tradicionalmente son dejados al margen de estas decisiones y también dejamos fuera las necesidades que tenemos de coparticipación de los sectores privado, social, los industriales, los productores, los comerciantes, los profesionales, los académicos, los consumidores.

La Organización de Naciones Unidas ONU publicó una Guía tripartita para atender, dar respuesta a las enfermedades zoonóticas, los suscribían la OMS, la FAO, el PNUMA, la Organización Mundial de Salud Animal, no es suficiente porque la definición de salud también requiere del concurso de otras instituciones no nada más de estas cuatro y curiosamente, finalmente después de tres años de pandemia los cuatro organismos de Naciones Unidas tardaron ellos mucho pero los organismos académicos, las profesiones y nosotros como país debemos de aprender de su lentitud y tratar de compensarla con una respuesta mucho más rápida que seguramente este grupo de trabajo alojado en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM puede ayudar a construir (FAO, 2023).

Las cinco guías que impulsan este grupo tripartito incluyen las que corresponden al panel del cambio climático en donde nos damos cuenta de que cada vez se están dispersando más las enfermedades transmitidas por vectores, por insectos, cada vez el agua y la alimentación sana son más difíciles de proporcionar y entonces hay mala nutrición y menores condiciones de salud, la calidad del aire es baja, esto provoca costo en vidas, hay temas de migración, estas cuestiones no son ajenas, las estamos sufriendo día con día y el cambio climático inclusive se ha identificado que afecta la salud mental por lo tanto se requiere incorporar a otros profesionales de la salud además de los médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos, trabajadores sociales, químicos pues en los temas de “una salud” también tienen que participar los médicos veterinarios, biólogos, ecólogos, agrónomos, quienes hacen administración agropecuaria, economistas, abogados, sociólogos, antropólogos, quienes se encargan de ingeniería sanitaria, hay muchos temas que requieren de la confluencia de muchos profesionales y no solamente la visión aislada de que una sola profesión, una sola institución puede con el todo, entonces necesitamos una visión transversal, una visión transdisciplinaria, una visión intersectorial, interinstitucional que este alejada de la visión estrecha de los especialistas que sea una visión universitaria en el sentido de universalidad, creo que el hecho de que todos los miembros de la UNAM estemos en espacios como Ciudad Universitaria o en las FES o en conglomerados académicos nos da oportunidad de una cooperación interdisciplinaria que no hemos aprovechado del todo. Este seminario debería señalar una propuesta, una recomendación de que se aprovechen mejor esas capacidades de cooperación. Se han intentado construir modelos con representaciones gráficas pero el concepto de “una salud” no es fácil de alojar. Hay que encontrar la estructura apropiada, el gurú de estos temas Peter Drucker establece que: “una buena estructura no garantiza buenos resultados, pero la mala estructura asegura el fracaso” entonces tenemos que encontrar una mejor estructura que las actuales. Las nuevas concepciones. Quiero presentarles de manera preliminar una propuesta sobre como integrar los temas de “una salud”, de zoonosis, inocuidad de alimentos, resistencia antimicrobiana, cambio climático, buscando como integrar las dimensiones ambiental, la dimensión económica, la dimensión biológico sanitaria, la dimensión de promoción de la salud, de gobernanza, la dimensión social, la dimensión de bioética, la dimensión económica, en un modelo multidimensional en donde en un cubo se pongan estos elementos de tal manera que cuando queremos que confluyan el traslado de un alimento de un país a otro y tiene que pasar del control de agricultura al de salud y

al de la parte de hacienda por lo del pago de impuestos, los aranceles pues no tengamos que estar buscando en los organigramas en donde está la cooperación entre los diferentes actores, la idea es con estos modelos, con estos esfuerzos, alcanzar esta visión universitaria, esta visión transversal y poder contender mejor con las amenazas que enfrenta la humanidad, aquí están algunas de ellas, por ejemplo están los temas de obesidad, de desnutrición, de cambio climático, de salud ecológica y de bienestar, las enfermedades emergentes, esta visión sindémica global la tenemos que construir porque ya no hablamos de pandemias, hablamos de varios temas conjuntos que están afectando a nuestro modo de vida por eso hablamos de sindemias. Podríamos ir construyendo recomendaciones para avanzar en esta dirección (Global Risk Report, 2023).

¿Qué se propone?

- Un enfoque interdisciplinario, multiinstitucional.
- Vigilancia epidemiológica activa a lo largo de las cadenas productivas y alimentaria.
- Impulso a la producción sustentable que no dañe a los ecosistemas.
- Evitar destrucción de hábitats y proteger a la biodiversidad.
- Tener a la bioseguridad como eje de las buenas prácticas de producción y de vida.
- Impulso a la investigación sobre zoonosis y enfermedades que pueden alcanzar riesgos de ser zoonóticas y pandémicas.
- Construir un análisis del costo beneficio del impacto social.
- Incrementar la conciencia social y no pensar solamente en nosotros.

Por ejemplo, hace una semana se celebró el Día Mundial de la Tuberculosis, la mortalidad por tuberculosis en los tres años que lleva la pandemia fue mayor a los muertos de la pandemia pero como los muertos de la tuberculosis, todos ellos son pobres, no se les toma en cuenta, lo consideramos como normales y cuando surge una pandemia que mata a sectores de la sociedad en donde esto no es habitual, si nos llama la atención entonces por eso este incremento a la conciencia social es indispensable.

El Proyecto de Reconstrucción del Sistema de Salud, coloca tres puntos: uno seriedad de lo que se ha planteado, de los grandes conceptos, no es hacer declaraciones estridentes.

El mundo está cambiando, la sociedad debe evolucionar y hay una voz de alerta actual y es que nuestra sociedad está provocando más cambios en

los ecosistemas de los que estamos dispuestos a reconocer y es tiempo de actuar para sobrevivir, estamos en una etapa de información, deberíamos brincar a una etapa de cooperación que espero este seminario impulse a que surjan acciones de coordinación para que logremos que nuestra sociedad aprenda a trabajar de manera integrada.

Hay límites planetarios que no debemos de olvidar, los límites planetarios nos obligan a pensar en crisis climática, antes hablábamos de cambio climático, ahora hablamos de crisis climática y si nos descuidamos vamos a hablar de caos climático y entonces hay que atender estos límites planetarios, evitar estos problemas. Hay derechos sociales, derechos sanitarios, derechos a un ambiente sano pero no solamente en el papel, necesitamos que haya acciones no solamente declaraciones, y que cada uno de nosotros identifique a que se va a comprometer desde el punto de vista institucional, disciplinario o individual, hay muchos grupos de trabajo que han trabajado estos temas.

Hay muchos tipos de investigación, está la investigación descriptiva, que es la que casi todo mundo hace, tenemos que pasar a etapas más profundas, una investigación cuantitativa, cualitativa, conceptual, fundamental, estratégica, aplicada, analítica y que todas estas investigaciones en conjunto nos lleven no sólo a identificar los problemas sino a buscar y encontrar su solución, que no se nos olvide que así como buscamos la excelencia y la modernidad hay sectores de la sociedad como los mercados en cualquier pequeño pueblo de las sierras aisladas y abandonadas de nuestro país en donde conviven basura, animales como perros echando la siesta, venta de animales vivos, venta de alimentos sin control sanitario, problemas de suciedad, falta de agua potable, de saneamiento básico, falta de vacunación, son temas que no deben de olvidarse en un grupo de trabajo como el que se está integrando, y que no se nos olviden las 5 “c” que Tom Peter definió como básicas para potenciar la colaboración y el trabajo en equipo, pasemos de la competencia a la colaboración y para ello busquemos el compromiso, la confianza, la complementariedad, la coordinación y la comunicación, espero que esto abra la oportunidad de que estas propuestas logren encontrar mejores soluciones.

VIII. FUENTES DE CONSULTA

Consejo Académico del Área de Ciencias Biológicas y de la Salud. UNAM. (1992-1996). *Contribución a la reforma académica*. CAABYS-UNAM.

- Crocker, R. *et al.* (2021). La crisis en el abordaje epidemiológico a escala planetaria con énfasis en México. *Educación médica en un mundo en crisis*, 29-46.
- Garza Ramos, J. (2011). Un mundo, Una salud. Lecciones aprendidas durante la epidemia de Influenza A(H1n1). *Una salud. El caso de la Influenza*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 17-20.
- Garza Ramos, J. (2013). Emergencias sanitarias por zoonosis. Aspectos intersectoriales. En I. Brena Sesma (Coord.). *Emergencias sanitarias*. México UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 159-171. <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=3257>
- Garza Ramos, J. (2021b). Una salud y la bioética. *Revista de Enfermedades Infecciosas Emergentes*, (16), 73-74.
- Garza Ramos, J. (7 de octubre de 2021a). *Una salud: enfoque multidimensional para avanzar contra las zoonosis. 29a. Reunión Anual CONASA. Salud Animal, Elemento Estratégico en la Seguridad Alimentaria* [video]. <https://www.youtube.com/watch?v=BVngv0YYh8U>
- Garza Ramos, J., (2006). Prevención y control de zoonosis mediante factores de riesgo. En Cacchione A., Durlach R., Larghi O. y P. Martino (coords.). *Temas de zoonosis. III Asociación Argentina de Zoonosis*, 408-415.
- Gómez Márquez, J. (2023). A New Definition and Three Categories for Classifying Ecosystems, *Academia Biology*. DOI: <https://doi.org/10.20935/AcadBiol6072>
- Mas Ponte, D. (2022). *The biomass distribution of the animal kingdom*. <https://davidmasp.substack.com/p/the-biomass-distribution-of-the-animal>
- FAO. (2023). *Una sola salud*. <https://www.fao.org/one-health/es/>
- WHO (2021). Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases, 2021–2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>
- World Economic Forum. (2023). *Global Risk Report 2023*. Global Risks Report 2023 | Foro Económico Mundial. [weforum.org](https://www.weforum.org)
- XNOX FAO; UNEP; WHO y WOA. (2022). *One Health Joint Plan of Action (2022-2026)*. *Working together for the health of humans, animals, plants and the environment*. <https://doi.org/10.4060/cc2289en>

CAPÍTULO DÉCIMO

EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO COMO DERECHO HUMANO

Juana ARELLANO MEJÍA*

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Desarrollo*. III. *El acceso a la información en salud, recomendaciones en materia de derechos humanos 2016-2023*. IV. *El acceso a datos personales del expediente clínico*. V. *Conclusiones*. VI. *Fuentes de consulta*.

I. INTRODUCCIÓN

El expediente clínico se constituye en la fuente primordial de información en salud tanto para el paciente como para las instituciones de salud, es la expresión documental de una trayectoria en el razonamiento clínico que concluye, la mayoría de las ocasiones en un diagnóstico contundente y en un pronóstico a veces tímido por parte del gremio médico, en virtud de que pocas enfermedades tienen una escala para determinarlo (Arellano y Sánchez, 2017, p. 119).

Desde la vista de los derechos humanos es el derecho personalísimo de acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad (ARCOP) de sus datos personales, y deriva de una larga entraña que tiene su origen en el acceso a la información, uno de los derechos largamente pugnados por la humanidad que aunque no ha alcanzado su posicionamiento mundial, resulta ser uno de los derechos humanos basados en la libertad de expresión y para el caso del acceso al expediente clínico, se reconoce como un derecho de acceso a la información en salud insoslayable para las instituciones de salud.

* Actualmente presta servicios profesionales en la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. *jam.dgpsmu@gmail.com*.

En distintos momentos se ha destacado la importancia de la debida conformación del expediente clínico, no sólo por corresponder a un estricto cumplimiento normativo establecido para el Sistema Nacional de Salud en la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico; sino porque es el documento que evidencia la gestión hospitalaria y la atención médica, además es el documento que conforma la participación de más de 20 personas para su conformación, sino también porque es al que se recurre en caso de un caso controvertido en materia clínica o legal, pero no sólo eso, de igual forma es el instrumento que se evalúa en procesos de acreditación, certificación, o auditorías.

Actualmente el acceso a éste, es conocido por la cada vez más informada participación de los pacientes, por la difusión del ejercicio del derecho, por medio del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales en medios de comunicación, pero también por interés propio, que va desde “saber cuál es su enfermedad” o “cuál es su pronóstico”, hasta poder ejercitar con el acceso a otros servicios de salud en otra localidad o apoyos de tipo económico, entre otros.

II. DESARROLLO

La protección de la información personal y la vida privada son derechos consagrados en los instrumentos internacionales suscritos por México a la luz del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos del que forma parte, a saber;

La Declaración Universal de los Derechos del Hombre (1948) señala: “Artículo 12. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su *vida privada*, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques” (las cursivas son mías).

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) dicta:

Artículo 17.

1. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su *vida privada*, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación. 2. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques (las cursivas son mías).

La Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (2004), por su parte, señala:

Artículo 10...

a) La instauración de procedimientos o reglamentaciones que permitan al público en general obtener, cuando proceda, información sobre la organización, el funcionamiento y los procesos de adopción de decisiones de su administración pública y, *con el debido respeto a la protección de la intimidad y de los datos personales, sobre las decisiones y actos jurídicos que incumban al público...* (las cursivas son mías).

La Convención Americana (1969) por su parte indica:

Artículo 11. Protección de la Honra y de la Dignidad

1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad.

2. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación.

De esta larga entraña emanada de la protección a la vida privada, la privacidad, del derecho a ser dejado solo, deriva el derecho a la protección de los datos personales, clasificados en México desde 2002 como información confidencial, con el apartado en materia de Protección de Datos Personales, en la entonces Ley Federal de Transparencia, Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG, 2023), al tenor de la amplia definición que se tenía en el entonces ordenamiento:

Artículo 3...

II. Datos personales: La información concerniente a una persona física, identificada o identificable, entre otra, la relativa a su origen étnico o racial, o que esté referida a las características físicas, morales o emocionales, a su vida afectiva y familiar, domicilio, número telefónico, patrimonio, ideología y opiniones políticas, creencias o convicciones religiosas o filosóficas, los estados de salud físicos o mentales, las preferencias sexuales, u otras análogas que afecten su intimidad...

En el ámbito nacional, el acceso a los datos personales tomó su lugar en la LFTAIP desde 2022 y en la Constitución Política de los Estados Unidos México es hasta cuando queda expresado en el texto, tanto en la expresión de protección a la vida privada, como en el marco del ejercicio del derecho de acceso a la información, insertando cuatro acepciones del ejercicio (derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición a los datos personales).

Artículo 16. Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento.

Toda persona tiene derecho a la protección de sus datos personales, al acceso, rectificación y cancelación de los mismos, así como a manifestar su oposición, en los términos que fije la ley, la cual establecerá los supuestos de excepción a los principios que rijan el tratamiento de datos, por razones de seguridad nacional, disposiciones de orden público, seguridad y salud públicas o para proteger los derechos de terceros.

No podrá librarse orden de aprehensión sino por la autoridad judicial y sin que proceda denuncia o querrela de un hecho que la ley señale como delito, sancionado con pena privativa de libertad y obren datos que establezcan que se ha cometido ese hecho y que exista la probabilidad de que el indiciado lo cometió o participó en su comisión (énfasis añadido).

En el artículo 6o., se hace énfasis del límite¹ del derecho de acceso a la información público, siendo éste el del derecho de terceros y la protección a su vida privada,

Artículo 6o.

... Toda la información en posesión de cualquier autoridad, entidad, órgano y organismo de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, órganos autónomos, partidos políticos, fideicomisos y fondos públicos, así como de cualquier persona física, moral o sindicato que reciba y ejerza recursos públicos o realice actos de autoridad en el ámbito federal, estatal y municipal, es pública y sólo podrá ser reservada temporalmente por razones de interés público y seguridad nacional, en los términos que fijen las leyes. En la interpretación de este derecho deberá prevalecer el principio de máxima publicidad. Los sujetos obligados deberán documentar todo acto que derive del *ejercicio de sus facultades, competencias o funciones, la ley determinará los supuestos específicos bajo los cuales procederá la declaración de inexistencia de la información.*

II. La información *que se refiere a la vida privada y los datos personales será protegida en los términos y con las excepciones que fijen las leyes...* (énfasis añadido).

Es conveniente señalar que adicionalmente a consecuencia de la reforma en materia de derechos humanos en 2011, se modifica la denominación del capítulo I, del título, quedando como: “De los derechos humanos y sus garantías” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [CPEUM], artículo 16).

¹ “La creciente complejidad de la vida social, el término de la práctica meramente abstencionista del Estado y la extensión de los derechos a la mayoría ha venido a modificar el contenido de esta regulación, y a significar la idea de que los derechos están sujetos a límites” (Suárez, 2000, p. 104).

A la luz de lo expuesto, los instrumentos que regulan el acceso a la información confidencial concerniente a los datos personales en México son, en orden de aparición, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, emitida el 5 de julio de 2010 y la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; emitida el 26 de enero de 2017, así como en las 32 leyes de cada entidad federativa armonizadas con la ley general.

En este orden de ideas, uno de los capítulos que ocupa el marco normativo en referencia es el correspondiente al procedimiento de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos personales, en el cual se establece ese derecho personalísimo a este tipo de datos que obren en poder de los sujetos obligados, en este apartado se establecen los requisitos, plazos y el trámites que habrán de observar las unidades de transparencia de los sujetos obligados o los responsables en las empresas, para satisfacer el acceso a los multirreferidos datos personales.

Para el caso del acceso a los datos personales en posesión de sujetos obligados en el marco de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y la correspondiente ley estatal se instrumenta en la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT), en la cual se registran las solicitudes, una vez cubiertos los requisitos del ejercicio tanto para titulares como para personas en vínculo consanguíneo, o un interés jurídico o legítimo, procede o no el ejercicio.

En el caso de datos personales en posesión de particulares queda registrado en su correspondiente documento de seguridad que establece en apego a la normatividad que le es aplicable los requisitos, plazos y procedimientos que le aplican y el lugar, oficina y horarios en los cuales se puede realizar la solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales.

Un tema pendiente tanto en el ámbito legislativo como en la modificación de la Plataforma Nacional de Transparencia es la instrumentación del derecho de portabilidad, aun cuando desde 2018, se emitieron los Lineamientos que establecen los parámetros, modalidades y procedimientos para la portabilidad de datos personales, aunque sólo para el ámbito federal, y que, aunque, si bien señalan los requisitos y formalidades que habrá de observar el usuario para portar sus datos personales, no se inserta como opción en la PNT, y también establece en el artículo 15, como requisito, “la explicación general de la situación de emergencia en la que se encuentra el titular, a efecto de que los plazos de respuesta sobre la procedencia o improcedencia de su solicitud y, en su caso, para hacer efectiva la portabilidad” (*Diario Oficial de la Federación [DOF]*, del 12 de febrero de 2018), cuando se trata de

un derecho personalísimo que no debía ser sujeto a este tipo de restricción o limitantes, el derecho de portabilidad debía permear en cualquier situación, no solo para una situación de emergencia.

Por último, en lo que hace al derecho de portabilidad de datos personales, no se localiza en ninguno de los estados que conforman la Federación de nuestro país, una normatividad adicional a ésta, aun cuando, para el caso del expediente clínico, 27 de los 32 servicios estatales de salud (SES) reportan 40 sistemas diferentes en uso, y es común que los SES reporten más de un sistema de expediente clínico electrónico (SECE) (Meunier, 2019, p. 84) o, el panorama para los 22 institutos nacionales, hospitales federales de referencia y hospitales de referencia de alta especialidad, no es muy diferente, ya que 15 reportan el uso SECE, aun cuando sólo se trate de algunos módulos.

El caso de las 34 unidades hospitalarias que conforman la Red de Hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, es excepcional y de avanzada, toda vez que desde 2017 cuenta con el Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria (SAMIH) de expedientes clínicos totalmente electrónicos, uno de los proyectos más importante en materia de salud digital (Secretaría de Salud, 16 de mayo de 2017) de la Ciudad de México, encontrándose en desarrollo la fase de interoperabilidad entre hospitales de la Red de Hospitales de la Secretaría de Salud, retomando la experiencia del Reino Unido para la mejora de la asistencia (Instituto Roche, 2013).

El expediente clínico (EC)

Dicho lo anterior, el EC es a consideración personal, el instrumento más importante en toda unidad hospitalaria, es un documento administrativo-jurídico desde la vista de los archivos, es un sistema de datos personales, desde la vista del acceso a la información, es un documento que da cuenta del tramo total de atención a la salud de una persona que recibió la prestación de servicios de salud, es la evidencia científica y formativa en la formación de recursos humanos en salud, es el medio de defensa en controversias médico-legales, es el elemento fundamental para la investigación en salud, es el instrumento que da cuenta de la responsabilidad profesional de más de veinte personas en la conformación de cada uno de ellos, representan la situación específica de una persona, en las esferas más íntimas de su vida: su estado de salud físico o mental, en el que por cierto, en distintos momento puede llegar a ser el elemento que relata la intervención o participación de terceros en la patología presente, en la evolución de la misma, o incluso, en su desenlace.

Por lo expuesto anteriormente, el expediente clínico es el elemento clave de la calidad ofrecida, que existe en las unidades hospitalarias, así como en las unidades de primer nivel de atención a la salud que permite no sólo dar cuenta del ejercicio de funciones sea en el ámbito privado o público, es el instrumento madre para la localización de los hallazgos más relevantes en el proceso de atención a la salud de una persona, se define por la Norma Oficial Mexicana 004-SSA-2012 (*DOF*, 2012) como:

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, *mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente*; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo (énfasis añadido).

Pero no basta con señalar la importancia que tiene este documento, es oportuno reiterar (Arellano Mejía, 2017, p. 635) que, de su correcto manejo, conformación e integración, depende no sólo la adecuada atención durante el proceso clínico, sino también del adecuado acceso a la información en salud, al que toda persona tiene el derecho humano de acceder: no sólo para hacer efectivo el derecho *per se*, sino también, se insiste, para el ejercicio de otros derechos instrumentales.

Así resulta indispensable destacar la importancia de la oportuna y adecuada integración de todos y cada uno de los formatos que conforman el EC y que se precisan en la norma citada, cumplir cada uno de ellos con todos los elementos que se señalan (nombre completo del paciente, edad, sexo, número de cama, número de expediente clínico, nombre y firma del médico tratante que realiza la nota, fecha), más que representar momentos administrativos repetitivos u ociosos, constituyen el elemento clave de seguridad para el paciente (Helm, 2019), es indispensable atender rigurosamente cada elemento que se requiere en cada uno de los formatos que lo conforman, pues la omisión de estos es el origen de problemas serios de impacto de atención a la salud, con consecuencias fatídicas para él, (los) paciente(s) (CNDH, 2018), es preciso prever cómo una nota de evolución, el resultado incompleto de un estudio, el retraso del resultado de un estudio de gabinete o incluso una letra ilegible tienen consecuencias en la esfera jurídica del paciente, del personal de salud y de las instituciones de salud (CNDH, 2018).

III. EL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN SALUD, RECOMENDACIONES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS 2016 -2023

Para ilustrar lo señalado en el apartado anterior, se muestra la información que se encuentra a disposición en la página de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) para el periodo 2016-2023, en relación con las quejas en materia de derechos humanos que han derivado en recomendaciones en materia de atención médica y acceso a la información en salud, indica que ascienden a 70² en el ámbito nacional, de éstas, 38 son específicamente relacionadas con el acceso a la información en salud vinculadas con la deficiente conformación del expediente clínico, destacando rubros como la inadecuada atención médica y negligencia médica, aspectos que ya han sido reportados para otros periodos con impacto en:

- a) El bien jurídico superior, la vida
- b) El interés superior de la niñez
- c) Violencia obstétrica
- d) Afectación al proyecto de vida
- e) Integridad personal
- f) Derechos reproductivos
- g) Afectación a adultos mayores
- h) Afectación relacionada a género u origen étnico
- i) Trato digno

² Datos a la fecha de consulta: 20 de marzo de 2023.

Para mejor referencia véase la siguiente tabla.

TABLA
 PANORAMA ACTUAL PARA EL PERIODO 2016-2023

<i>Institución</i>	<i>Estado</i>	<i>Núm.</i>	<i>Vida</i>	<i>Interes sup. niñez</i>	<i>Violencia obstetrica</i>	<i>Adulto mayor</i>	<i>Persona migrante</i>	<i>Proyecto de vida</i>	<i>Integ personal</i>	<i>Otra</i>
IMSS	Sonora	4	3	1	1				1	Inobservancia médico admin.
HG Dr. Manuel Gea González	Federal CDMX	1				1			1	
IMSS	Estado de México	5			2	3				
ISSSTE	Guerrero	1		1						
ISSSTE	Federal CDMX	2				1		1		
ISSSTE	Baja California Sur	2	2		1					
IMSS	Chihuahua	3	1	1		2	1			
IMSS	Federal CDMX	3	1			2				
IMSS	Quintana Roo	3	2	1		1		1		
ISSSTE	Yucatan	1	1							
IMSS	San Luis Potosí	2			2					
ISSSTE	Chihuahua	1				1				
IMSS	Baja California Sur	4	2	2	1					
IMSS	Chiapas	1		1						
ISSSTE	Nuevo León	1	1							
SSALUD	Yucatan	1	1							
IMSS	Sinaloa	1								14 RN fallecido
IMSS	Durango	1		1	1					
ISSSTE	Guerrero	1	1							
Total		38	15	8	8	11	1	2	3	

FUENTE: *Elaboración propia*. La queja puede contabilizar en más de una variable.

En este punto es preciso reflexionar sobre la importancia no sólo de la adecuada integración del expediente clínico, sino también sobre la disponibilidad de éste, su correcto almacenamiento y oportunidad de localización (A. A., 2014, s. p.), lo cual nos acerca a destacar la relevancia de las prácticas en materia de archivos implantadas para su resguardo, manejo, custodia, disponibilidad (Montañez, Montenegro y Vázquez, 2015, p. 812) y localización del documento.

Cumplir de forma oportuna y con veracidad cada uno de los formatos que conforman el EC, con el rigor que exige la norma en la materia, ya que como se ha observado en múltiples casos de las quejas en materia de derechos humanos relacionadas con el acceso a la información contenida en el expediente clínico guardan relación con la omisión de notas en los términos que se establecen para las mejores prácticas en las guías clínicas, así como en materia de seguridad del paciente, para ejemplificar están los asentamientos ilegibles que dan lugar a dispraxis (Cano Valle, Cáceres Nieto y Díaz Aranda, 2012), e incluso toma de decisiones clínicas desfasadas; pero también destaca la oportunidad para la toma de decisiones en el ámbito judicial como en el caso destacado de la Recomendación 61/2018 emitida por la CNDH para el Hospital Regional 1 General IMSS Culiacán Sinaloa, en el cual por estar incompleto el expediente clínico deriva la observación de obstrucción a la justicia.

IV. EL ACCESO A DATOS PERSONALES DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

El acceso al expediente clínico es un tema recurrente en las instituciones de salud, así lo demuestra el panorama de los últimos diez años en el ámbito federal, son cinco las instituciones con el mayor número de solicitudes de acceso a datos personales: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los institutos nacionales de salud: Cardiología, Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (Arellano y Sánchez, 2017).

Durante 2022, el sujeto obligado con el mayor número de solicitudes de acceso a datos personales fue el IMSS, con un total de 313,480 de las cuales 200 mil atienden el tema del expediente médico, ello representa más de 50% del total de sus solicitudes, específicamente el 63.8%, seguido en quinto lugar del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca datos personales que atiende cerca de 70% (INAI, 2022) de sus solicitudes de

acceso a datos personales con el mismo tópico, en el caso del IMSS no resulta extraño cuando se trata de una de las instituciones de salud en México con el mayor número de derecho habientes aunado al panorama actual en materia de recomendaciones en materia de derechos humanos relacionadas con el acceso a la información en salud.

El acceso a datos personales en la Ciudad de México, es un tema que tiene ocupado de entre los sujetos obligados de esta Ciudad de México, principalmente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, que, de acuerdo a los informes de labores publicados por el Instituto de Transparencia, Acceso a la información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México desde hace poco más de una década, ocupa el primer lugar de las instituciones con el mayor número de solicitudes de acceso a datos personales en la Ciudad de México y que, para 2021 (INAI, 2021), atendió cerca de 50% del total de solicitudes de acceso a datos personales, con 4518/6675/, representando un 66.48% del total del derecho objeto de solicitudes ARCO, de las cuales no se reporta la especificidad de acceso al expediente clínico.

Sólo de forma de categoría como acceso a datos de salud; no obstante de acuerdo al informe de la Unidad de Transparencia al Comité de Transparencia, en su Primera Sesión Ordinaria 2023, de la atención de solicitudes brindadas en 2022, más de la mitad del total de solicitudes de información corresponden a datos personales (2733 de 4214 solicitudes), de las cuales cerca de 60% corresponden al EC, con un total de 1633 solicitudes para la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias en el tema de datos personales, concerniente a alguna de las 34 unidades hospitalarias que pertenecen a la Red de Hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, artículo 121).

Con ello se confirma que el acceso al EC continúa siendo uno de los temas centrales que ocupa a las instituciones de salud del país, situación que hace necesario observar este documento de manera particular, por tratarse no de un documento administrativo más, sino como un sistema de datos personales regulado de forma específica desde diversas ópticas y al que vale la pena invertir tanto en capacitación como en recursos de tipo administrativo, financiero y normativo.

V. CONCLUSIONES

Los datos sistematizados que conforman el expediente clínico son la unidad de información que se transforman en el conocimiento elemental para la

toma de decisiones en salud, la toma de conciencia, capacitación, voluntad de líderes e inversión será la fórmula para atender la apremiante necesidad de transformación en comunicación de información en salud que el país requiere, para que deje de ser un anhelo, o una excelente iniciativa.

Reconocer la importancia de las implicaciones medicolegales de la indebida conformación y manejo del EC, y tomar acciones al respecto, implicará, entre otras, para el sistema de salud, atender las directrices mínimas establecidas por la CNDH en la Recomendación 29/2017, volver efectivo el compromiso de proporcionar recursos administrativos, técnicos, jurídicos y financieros al tema del EC.

Las medidas no necesariamente implicarían un gasto excesivo, se ha reiterado en diversos foros que las mejores prácticas en salud no implican un gasto excesivo, implican creatividad, liderazgo y conocimiento podrán ser simples, por ejemplo, la capacitación y sensibilización del personal de salud y el compromiso institucional de los líderes de las instituciones de salud para establecer el EC como el eje principal de funcionamiento de toda unidad hospitalaria, desde el punto de vista de la ética y la calidad de la atención en salud, teniendo a la vista que es el EC el instrumento en el que se documenta la participación de más de 20 personas del personal de salud, que da cuenta de la gestión hospitalaria y que de su correcta integración y manejo depende desde el acceso a otros derechos hasta el curso de la salud o incluso la vida de las personas.

Aun cuando considero que la transformación sustantiva a la que se debe apuntalar no tendría que ser tímida, mejor dicho, debía ser determinante en un contexto como el actual, en el que impera la necesidad de una transformación digital, sentando las bases en lo que ya ocurre en la tecnología en salud y en otras partes del mundo, acceso al EC en aplicaciones de software como la ofrecida por la compañía de Apple en Canadá, Estados Unidos y Reino Unido, el intercambio de información clínica entre países, servicios de salud en tiempo real, acceso a información de inteligencia artificial como Chat GPT o Bard, informática acelerada, el aprendizaje automático o la ciencia de datos.

Luego entonces considerar la interfaz o interoperabilidad del EC a los sectores público, privado y social, a fin de regular otros temas concatenados al acceso a la información en salud, como estadísticas reales de morbilidad y mortalidad de pacientes, acceso a programas sociales, acceso a seguros de vida con sumas aseguradas cuantiosas, se convierten en temas no sólo relevantes en materia de salud pública, sino en una imperiosa necesidad de información en salud para distintos sectores, previniendo posibles daños

con el resguardo de la información con las condiciones que prevalecen de no hacerlo, como se ha observado en otras latitud

La puesta en marcha de un Sistema de Expediente Electrónico Único visto como un elemento de inversión en el rubro de salud requeriría de los ajustes necesarios para su regulación en tanto soporte de datos personales específico y los tramos de interoperabilidad con otros sectores, incluyendo al sistema de justicia para la anhelada puesta en marcha de la portabilidad de los datos personales clínicos de los pacientes.

Con ello, el ajuste con la actualización correspondiente de la Plataforma Nacional de Transparencia que hoy sólo permite en su aplicación el ejercicio de dos derechos en materia de acceso a datos personales: acceso y rectificación, incluyendo la puesta en marcha de los derechos ARCO en el sector privado o social.

La atención al EC desde la vista de los archivos no es un tema menor, tratése de su soporte físico o electrónico, tendría que dirigirse hacia permitir la debida conformación de una memoria histórica para la ciencia, la educación y la tecnología, con la debida salvaguarda de información confidencial. La regulación específica acerca de las medidas de seguridad del documento en forma independiente, y la regulación acerca de su localización o vigencia documental.

VI. FUENTES DE CONSULTA

- A. A. (23 de marzo de 2014). ¿Qué ocurre cuando una historia clínica no aparece? *El Diario Vasco*. <https://www.diariovasco.com/20140323/local/ocurre-cuando-historia-clinica-201403231132.html> (consultado el 08 de abril de 2023).
- Arellano Mejía, J. (2017). *XI, T. Estudios sobre el cumplimiento e impacto de las recomendaciones generales, informes especiales y pronunciamientos de la CNDH 2001-2017: Derecho a la Protección a la Salud: Recomendación General*.
- Arellano M. J. y Sánchez M., C. A. (abril-junio 2017). ¿El expediente clínico debe ser clasificado como confidencial y reservado? *NCT: Neumología y Cirugía de Tórax*. 76(2), 111-122.
- Cano Valle, F., Cáceres Nieto, E. y Díaz Aranda, E. (coords.) (2012). *Dispraxia*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- CNDH. (2018). *Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y pérdida de la vida de 14 personas recién nacidas, así como al acceso a la información en materia de salud de sus representantes legales, como de 9 personas más,*

por omisiones en el personal médico y una inadecuada atención sanitaria en el Hospital General Regional No. 1 del IMSS, en Culiacán, Sinaloa. Instituto Mexicano del Seguro Social. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/CNDH/Rec_2018_061.pdf (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM). <https://datos-personales.scjn.gob.mx/sites/default/files/normativa-materia/Articulo-16-Constitucional-parrafos-primero-y-segundo.pdf>

Convención Americana sobre Derechos Humanos. (1969).

Declaración Universal de Derechos Humanos. (1948).

DOF. (12 de febrero de 2018). *Lineamientos que establecen los parámetros, modalidades y procedimientos para la portabilidad de datos personales.*

DOF. (29 de junio de 2012). *Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico.*

Fundación Instituto Roche, Legal y Bioético. (2013). *Archivo unificado de historias clínicas: mejora de la asistencia y disponibilidad para la investigación. La iniciativa en el Reino Unido.* https://www.instituto-roche.es/legalactualidad/103/archivo_unificado_de_historias_clinicas_mejora_de_la_asistencia_y_disponibilidad_para_la_investigacion_la_iniciativa_en_el_reino_unido (fecha de consulta 01 de abril de 2023)

Helm, T. (7 diciembre de 2019). Patient data from GP surgeries sold to US companies. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/politics/2019/dec/07/nhs-medical-data-sales-american-pharma-lack-transparency> (consultado el 08 de abril de 2023). Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. (2021). *Reporte Anual de Actividades 2021.* https://www.infocdmx.org.mx/images/biblioteca/2022/Informe_INFO_CDMX_2021_VF_20220524.pdf (fecha de consulta 28 de marzo de 2023).

Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, *Informe de Labores 2022.* <https://micrositios.inai.org.mx/informesinai/>

Ley Federal de Transparencia. (2002). *Acceso a la Información Pública Gubernamental.* https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/lftaipg/LFTAI_PG_orig_11jun02.pdf

Meunier Neme S. (2019). A 20 años de la implementación del expediente clínico electrónico en México. *Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Boletín Especial.* 5, 1-18.

- Montañez-Valverde, R. A.; Montenegro-Idrogo, J. J. y Vásquez-Alva, R. (2015). Pérdida de información en historias clínicas: Más allá de la calidad en el registro. *Revista Médica de Chile*, 143(6), 812.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2004). *Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción*. Naciones Unidas.
- Organización de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>
- Organización de las Naciones Unidas. *Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción*. https://www.unodc.org/pdf/corruption/publications_unodc_convention-s.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *57 Consejo Directivo. 71a Sesión Regional del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51621/CD57-12-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (consultado 06 de abril de 2023).
- Portal de Transparencia de la Ciudad de México (enero-marzo 2023). Artículo 121. Fracción XLIII. *Obligaciones de Transparencia de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México*. Plataforma Nacional de Transparencia.
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México (16 mayo de 2017). *Cerca de 2 millones de pacientes se han atendido por medio del sistema de administración médica e información hospitalaria*. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/cerca-de-2-millones-de-pacientes-se-han-atendido-por-medio-del-sistema-de-administracion-medica-e-informacion-hospitalariasamih#:~:text=Con%20este%20programa%2C%20la%20Ciudad,los%20365%20d%C3%ADas%20del%20a%C3%B1o.> (fecha de consulta 30 de marzo de 2023).
- Sistema de Información Legislativa (20 de enero de 2020). LXV Legislatura, Cámara de Diputados, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2020/09/asun_4078758_20200929_1601397299.pdf (fecha de consulta 06 de abril de 2023).

CAPÍTULO DECIMOPRIMERO

LA EDUCACIÓN ESCOLAR Y LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO: INGENTE PROBLEMA

José de Jesús VILLALPANDO CASAS*

SUMARIO: I. *Planteamiento*. II. *Contexto*. III. *Expectativas*. IV. *Premisas*. V. *Modelo de análisis*. VI. *Taxonomía etaria*. VII. *Diagnóstico situacional*. VIII. *Propuestas*. IX. *Colofón*. X. *Fuentes de consulta*.

I. PLANTEAMIENTO

En 2023 la población de la República mexicana vivió las consecuencias de la deconstrucción gubernamental de instituciones y sistemas entre otros puntales de la vida nacional, en aras de una transformación social orgánica y funcional, propuesta vaga de la administración, confusa de explicar y difícil de entender. El gobierno presentó un Plan Nacional de Desarrollo con objetivos imprecisos, carente de metas para medir y evaluar entre otros defectos técnicos (*Diario Oficial de la Federación [DOF]*, 2019). En esta circunstancia destaca lo ocurrido a los sistemas educativos y de salud, por el retroceso manifiesto en la operación y calidad de sus servicios, y de manera destacada, el severo daño ocasionado a la salud y el bienestar de la población, que entre otras consecuencias sufre la reducción de su esperanza de vida al nivel de 1992, es decir 30 años atrás, en tanto que el rezago en la preparación de las nuevas generaciones tardará en manifestarse por el impacto que causará a la sociedad.

Tales eventualidades y contingencias son causa de alarma para la población, a excepción de algunas capas ciudadanas ideologizadas y mal informadas por la narrativa oficial y que por igual son motivadas con algunas “dádivas”; y así soslayan los fracasos y soportan las carencias con la

* Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina en México. jjvillalpando@gmail.com.

esperanza de grandes cambios sociales; aunque, muchos de los seguidores del proyecto denominado “Cuarta Transformación” que postula el actual gobierno les causa desilusión por los exiguos resultados de la gestión gubernamental, sin embargo, frente a la cotidiana y retórica narrativa oficial construyen su visión del México de hoy, misma que está distorsionada y despegada de la realidad y que sólo resulta comprobable en 5.6% de su contenido (Article 19-MX., 2022), contabilizándose además otras informaciones que al igual de numerosas: 56 181 —en tres años— son imprecisas o inciertas, siendo su irónico promedio de 88 datos falsos por conferencia (SPIN taller de comunicación política, 2022), por ejemplo: “ya haber desaparecido la corrupción en el gobierno”; o bien “acabado con la violencia social” o tener “servicios de salud como en Dinamarca”, etcétera.

Es pertinente señalar que las políticas y decisiones en asuntos de salud y educación al mismo tiempo de temperamentales son erráticas y con efectos lesivos a las personas en su bienestar, dañar sus derechos humanos, muestran claro desprecio a los relativos a la niñez. Lo mismo ocurre con las severas discrepancias entre el discurso político prevalente y los deberes del marco jurídico vigente, cuyas directrices no se cumplen en diversos campos e inclusive se promueve desatender: “no me vengan con ese cuento de que la ley es la ley” según se espetó a la Suprema Corte de Justicia de la Nación (AMLO, 2022).

Así sucede con las políticas públicas del régimen equivocadas en su planteamiento y fallidas en sus estrategias, como sucede con el desmantelamiento del Sistema Nacional de Salud al reducir su presupuesto de operación y desabastecerlo de insumos; como también restringir sus recursos humanos y disminuir sus actividades de investigación y docencia. Con ello se afectaron de manera importante los derechos humanos de usuarios y prestadores de servicio y se provocaron daños irremediables a la salud de la población y al desarrollo sanitario, como se verá más adelante.

Restricciones y dislates similares ocurren en el sector educativo que impactan tanto a estudiantes como a docentes y son causa de deterioro en la formación de las personas en una sociedad de por sí rezagada en conocimientos y experiencias, a las que, sin embargo, se les trata de inculcar en la ideología de la “Cuarta Transformación”. Circunstancias agravadas por el enfrentamiento oficial y oficioso con la investigación y con quienes a ello se dedican, reprochándoles de trabajar para la “ciencia neoliberal y los grupos de poder” —lo cual también es lesivo a los derechos humanos— ya que priva a la sociedad de los beneficios que concurren con la investigación y a los investigadores, les limita su autonomía. Con ello se busca desaparecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) sin reparar en

que: “sin ciencia básica” no pueden resolverse los problemas complejos de la ciencia aplicada y traslacional; en tanto se propone una ley que hace diferencia entre quienes si son aceptables y los que no cubren los criterios de los órganos encargados de la susodicha transformación, según propone la iniciativa de Ley General en Materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación, actualmente en discusión.

Por ello la plausible decisión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM de proponer desde la perspectiva de los derechos humanos la *Reforma integral del Sistema Nacional de Salud* reviste gran importancia, al abrir una visión de la que se esperan propuestas valiosas derivadas del razonamiento de expertos e interesados en el tema, quienes recurren a la experiencia lograda en sus campos específicos y transdisciplinarios y a la investigación tendente a reencauzar al país en la búsqueda de nuevos horizontes para avanzar en el bienestar y desarrollo de la sociedad y el país.

II. CONTEXTO

El país transcurre por una severa crisis asistencial en asuntos de salud y de educación como consecuencia de la implantación de políticas públicas erráticas y decisiones impositivas equivocadas tomadas por la administración actual, escudándose en la “falaz austeridad republicana” que se proclama, junto a pretender desconocer lo que ya se había alcanzado. Esto junto al afán “de transformar todo”, en realidad, “erosionaron o demolieron todo”, sin alternativas de restauración o fundación que superaran las deficiencias encontradas a su juicio.

En efecto, ya existía descontento general de la población por no ver cumplidas, de tiempo atrás, sus aspiraciones y demandas de salud y educación. Ciertamente los derechohabientes de instituciones oficiales de salud y seguridad social protestaban de diversas formas por el considerable retraso y el diferimiento en la atención médico-quirúrgica institucional; como también por la insuficiente provisión de medicamentos, lo que motivaban el cuestionamiento de la calidad de los servicios del sistema de salud.

Así las cosas, las personas se vieron precisadas a buscar mejor atención de sus requerimientos de salud y, quienes tenían mayores recursos optaron por el pago directo de servicios particulares o acogerse a esquemas de seguros de gastos médicos; en tanto las familias de menor capacidad económica se volcaron a la atención medica ofrecida en consultorios adyacentes a cadenas de farmacias, con servicios de incierta de calidad. Por consecuencia las familias de todos los estratos sociales incrementaron el “gasto de bolsillo”

con esa finalidad entre el 40 y el 68.3% según el decil de sus ingresos (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria [CIEP], 2022), hecho que prevalece y se recrudece dada la desaparición de servicios y el desabasto de medicamentos como es caso extremo de los medicamentos oncológicos que exigían de diversas formas la dotación de tales fármacos, lo que enojó a las autoridades y con ligereza los acusaron de “golpistas”.¹

Es importante enfatizar el daño social provocado, y en particular a la población enferma, por las decisiones temperamentales de política sanitaria como la cancelación de la “compra consolidada de medicamentos e insumos médicos” y la desaparición de las “redes de distribución” por la sospecha —infundada— de la existencia de un “cartel de medicamentos”.

Especial mención debe hacerse del devenir del maltrecho sistema nacional de salud cuando desapareció el Sistema Nacional de Protección Social en Salud fundado en 2003 y conocido como “Seguro Popular” para ser sustituido por el Instituto de Salud y Bienestar (Insabi) del actual régimen, que pronto fracasó, y es reemplazado por el Programa IMSS Bienestar a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social con antecedentes que datan de 1976 cuando se le responsabiliza del cuidado médico de la población no de-rechahabiente del Instituto, como parte de la coordinación para la atención de las zonas rurales y grupos rezagados en la figura del Programa IMSS Coplamar que luego se convirtió en IMSS Solidaridad, mismo que se extinguió con la descentralización de los servicios asistenciales a los estados de la Federación al crearse la Secretaría de Salud y, ahora, de nueva cuenta regresa al IMSS para la cobertura de la población abierta (*DOF*, 26 diciembre de 2022) y se ofrece, también en el discurso: atención médica integral que se quiere comparar indebidamente con los servicios de salud de Dinamarca que la Cuarta Transformación había ofrecido proporcionar. Esta decisión regresa a la centralización de los servicios de salud y deja el cuestionamiento de cómo se va a financiar y operar, ya que el IMSS es un organismo ya rebasado con sus compromisos y se financia con las cuotas obrero-patronales y en mínima proporción de aportación federal.

Mientras tanto surgió también la demanda social de no afectar la educación de sus hijos por lo que buscaron escuelas particulares aunque fueran de dudosa calidad y elevado costo; circunstancia que se vio agravada por el obligado confinamiento debido a la pandemia de COVID 19 cuando en 2020 dejaron de “asistir a las escuelas más de 4 000 000 de niños, niñas y adolescentes y 600 000 estaban en riesgo de dejarla por diversos factores

¹ Canal 22 de televisión, Programa Chamuco TV, el 29 de junio de 2021 y múltiples columnas y editoriales de medios de comunicación masiva.

como la falta de recursos, la lejanía de las escuelas y la violencia” (UNICEF, s. f.); durante la pandemia se intentó el uso de tecnologías electrónicas para continuar los programas educativos de la niñez, lo cual fracasó por diversas razones.

Por otra parte es necesario anotar que el contexto nacional en la educación escolar se ve perturbado por políticas públicas que afectaron el programa de “Libros de Texto Gratuito” de nivel primaria, que desde 1960 se vienen utilizando en el país, con los que por sus característica y cualidades se busca alfabetizar a la población y que esta adquiera los conocimientos y destrezas básicas para la vida. Empero, ahora una comisión específica de la Secretaría de Educación Pública trata de imponer un sesgo de orientación ideológica ajena a la idiosincrasia nacional que preocupa a diversas asociaciones de padres de familia porque “limitan al niño a su circunstancia adversa agrandando la gran desigualdad social, cultural, económica, educativa que padecemos”. Hechos que han motivado el rechazo general; a lo qué hay que agregar que son pocos los contenidos de los susodichos libros en materia de salud, lo cual no abona para efectos de bienestar.

III. EXPECTATIVAS

Ante la posibilidad de conseguir mejor gobernanza y elevar los niveles de calidad de vida de la población en general, se espera de la administración que inicia en 2024 comprometa y cumpla una plataforma eficaz y eficiente que gestione el mejor uso de los recursos nacionales; asimismo, que administre y resuelva con transparencia, honestidad y, con sentido humanista y ético, contribuyan a resolver los grandes problemas nacionales, de manera que se pueda:

1. Cumplir con los postulados del marco jurídico nacional y los compromisos internacionales, con pleno respeto a los derechos humanos en particular de la niñez y ciudadanía.
2. Formular el obligado Plan Nacional de Desarrollo con rigor metodológico y dar a conocer sus propósitos, objetivos y metas que lo conformen y se sujete a principios de factibilidad, transparencia, equidad y justicia distributiva.
3. Financiar debidamente los programas generales y específicos que se requieran atendiendo en especial a la salud integral de la población y a su educación para la vida y el trabajo y, que estos se sujeten al escrutinio público y retroalimentación.

IV. PREMISAS

Se trata de una serie de reflexiones derivadas del conocimiento general y experiencias acerca de los siguientes temas, a saber:

1. La legítima aspiración de las personas por satisfacer sus necesidades primarias esenciales para vivir y, asimismo las secundarias para alcanzar el bienestar, entre otras: el acceso a los servicios de salud y de educación; como también las que conlleva la autorrealización y el afecto.
2. El ámbito de las antedichas necesidades está inmerso en los *derechos humanos* inscritos en el cuerpo de las leyes, normas, códigos, reglamentos vigentes a partir de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos al igual que de los compromisos internacionales asumidos.
3. El deber de propiciar la construcción de las condiciones sociales para incrementar la calidad de vida de la población sin distinción alguna, al tiempo que se utilizan al máximo los recursos económicos y humanos y los naturales renovables y no renovables de la nación.
4. Desarrollar la doctrina sobre la influencia de los *Determinantes Sociales de la Salud* (OPS/OMS, s. f.), que comprende las circunstancias y condiciones en que las personas cursan su ciclo de vida desde que se gestan y nacen; sean protegidas en su crecimiento y desarrollo; se alimenten y nutran y tengan vivienda digna.
5. Como igual debe suceder con su desarrollo y seguridad personal y comunitaria, como con su educación y formación para la vida y el trabajo. Empero si esas circunstancias, complejas de por sí son desfavorables, las personas enferman o no son productivas y la sociedad sufre en su conjunto y desarrollo.
6. La *desiderata* de gozar del mayor bienestar físico, mental y social posible e idealmente con un desarrollo ausente de enfermedad, violencia o accidente y contar con educación plena para la vida y el trabajo.
7. La exigencia popular de que los gobiernos sean eficientes y ejecuten acciones que miren por el bienestar presente y el futuro de la población.
8. Que los funcionarios de los gobiernos al tomar posesión de su cargo protestan “cumplir y hacer cumplir la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes que ella emanen” lo hagan con responsabilidad, conscientes de que “de no hacerlo la nación se los demandará” como estipula la protesta.

9. Que las instituciones y sistemas que hayan sido deconstruidos se recuperen y modifiquen en cuanto sea necesario o se construyan nuevas instancias para lograr el objetivo último de servir al bien común de la nación.
10. Reconocer la interdependencia y complementariedad de los sectores oficial, social y privados especialmente en asuntos de educación y salud. Así como, de exigencia de responsabilidad y rendición de cuentas de los funcionarios y demás trabajadores al servicio de la sociedad.
11. Cumplir el acceso universal a los servicios de educación y salud conforme a la normatividad aplicable y sin distinción alguna, lo que debe otorgarse con equidad y justicia distributiva al mejor nivel de calidad posible y acorde al *estado del arte* del conocimiento, la técnica y la ciencia. Sin omitir considerar los éxitos y los fracasos ocurridos.
12. Programar los presupuestos indispensables para fondear de manera suficiente y oportuna los programas generales y específicos que contemple el Plan Nacional de Desarrollo y en particular los concernientes a la educación y la salud.
13. Conceder la prelación y prioridad para aplicar los presupuesto suficientes y oportunos en su entrega para la formación de las personas y la atención de su salud indispensables para el desarrollo y equilibrio de la sociedad.
14. Demandar que las legislaturas consideren la voluntad democrática ciudadana y cumplan las funciones y tareas institucionales que les corresponde asumir como servidores públicos.

V. MODELO DE ANÁLISIS

Habida cuenta que los seres humanos desde que nacen son objetos de aprendizaje y sujetos de enseñanza, primero de sus progenitores y demás custodios de sus derechos, e inclusive de sus pares y después de sus profesores y maestros, quienes deben educarlos y preparar para la vida y el trabajo, lo cual es un derecho y deber inherente a su calidad humana.

En ese devenir se distinguen con visión pedagógica diversos grupos sociales, los que para caracterizarlos y estudiarlos se recurre al criterio de *taxonomía cronológica* en sus diversas etapas escolares y de ahí se construye un modelo teórico conceptual que concita el desarrollo biopsicosocial como campo de estudio y relación con la salud y educación y, asimismo, se plantean sus implicaciones.

Importa aclarar que las circunstancias de interrelación sanitaria de la población con su educación ocurren conforme a las etapas del ciclo de vida que enseguida se anotan y aclara que no son excluyentes, aunque suelen traslaparse debido a las diferencias que normalmente manifiestan las personas según su madurez (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023):

- Primera infancia de 0 a 5 años
- Infancia de 6 a 11 años
- Adolescencia de 12 a 18 años
- Juventud entre los 14 y 26 años
- Adulthood de 27 a 59 años
- Persona mayor de 60 años o más
- Envejecimiento y vejez

VI. TAXONOMÍA ETARIA

En consideración al tema de *Educación en salud escolar y servicios de salud* sólo se tratarán las primeras cuatro etapas en cuanto a la descripción de sus límites y el contexto en que se desenvuelven para desprender las implicaciones que ocurren, particularmente en detrimento de los derechos humanos y el bienestar de las personas, a saber:

Primera infancia. Durante esta etapa los niños y las niñas deben recibir los mejores cuidados y atenciones posibles para su protección y nutrición, así como las diversas medidas de prevención sanitaria y los esquemas de vacunación que los protejan de las enfermedades infecciosas transmisibles, acorde al conocimiento prevalente y el avance de la ciencia y la tecnología aplicables (Centro Virtual de Aprendizaje, s. f.). Aunado a los cuidados parentales y de los guardianes de su crianza y bienestar el Estado debe ocuparse de que su formación sea óptima y prepare a los menores para continuar su educación, en consonancia con las obligaciones marcadas en la ley.

En este periodo los padres y demás responsables deben cumplir una función primordial para la vida de los niños y niñas que consiste en el cobijo que se les dé a su evolución psicosexual y dinámica identitaria de género, factores importantes para su comportamiento social.

Cabe mencionar que los estilos de educación parental son determinantes en el comportamiento de la persona, tal sucede con la calidez en el hogar, expresada con actos de amor, afecto y cercanía entre sus miembros. Espacio doméstico donde además se le brinde apoyo y aprobación al com-

portamiento de los menores, lo cual favorece su desarrollo positivo y sano y se convierte en un valioso referente de su conducta presente y futura.

Cuando los responsables de la crianza actúan idealmente lo hacen equilibrando las demandas e inquietudes de los niños y las niñas con respuestas maduras y sensibles. Pero si la crianza es indulgente y permisiva y justo autoritaria o distante e indiferente, o se tratan con hostilidad e intransigencia o violencia las relaciones internas de la familia y además se menosprecia a los hijos, son hechos que pueden resultar en factores nocivos para la conducta de los menores y lesionar gravemente su desarrollo y ser causa de infelicidad y desarreglo de su salud.

Lo antes dicho trata acerca de una grande responsabilidad de los actores que participan en el proceso, principalmente los padres, quienes pueden pasar desapercibida las consecuencias de sus actos. También en este proceso de crianza el papel de los educadores profesionales y los prestadores de servicios de salud es de gran importancia pues entre todos puede encontrarse resolución a numerosos problemas y dificultades encontradas en el hogar y la escuela.

Aspectos biopsicosociales de la primera infancia. Siendo obligatoria la educación preescolar la niñez debe tener los espacios y facilidades para desarrollar sus capacidades y lograr experiencias de aprendizaje significativo que les permita ampliar su visión del mundo, que socialicen con sus pares y adquieran seguridad en sí mismos y se vuelvan seres autónomos, creativos y participativos. En esta etapa infantil se generan habilidades cognitivas y psicomotoras, como también afectivas y sociales y se fortalecen además aspectos biológicos relacionados con el crecimiento como el inicio de la presentación de caracteres sexuales secundarios y prosigue su diferenciación psicofuncional.²

También en esta época se asimila la lengua nacional y la vernácula si la hubiera. Los niños y niñas deben además ser informados en los hogares y las escuelas de la importancia de ser vacunados, de tener higiene corporal y dental y buena nutrición para la conservación de su salud. Siendo esto indispensable para su formación integral.

Implicaciones nocivas. Un hecho grave para la salud pública de México, y en lo individual para las personas, resulta del abatimiento del Programa de Vacunación Universal instaurado en 1992 mismo que alcanzó proporciones ejemplares con el 90 a 95%, la cual se desplomó en esta administración a 30-35%, riegos innecesarios de brotes de enfermedades que ya habían sido controladas o erradicadas (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y

² Desarrollo biopsicosocial del niño: <https://prezi.com>

Adolescencia, 2023). En 2022 no se aplicaron vacunas básicas a 23 millones de niños, de los que 74% no recibió vacuna alguna, lo que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) es atribuible a la deficiente atención sanitaria, a las carencias presupuestales y de abasto, como también a la marginalidad y el acceso limitado a los servicios de salud en el país. Abundando en el tema, en 2019 no se vacunó a 348 mil niños registrados y en 2020 a 454 mil y se desconoce lo ocurrido en los años siguientes, lo que preocupa sobremanera y obliga a señalar responsabilidades.

Otro ejemplo negativo de política y gestión de salud en México es la obesidad, cuando actualmente el 5% de los menores de 5 años tiene sobrepeso mayor; proporción que se eleva a 33% entre los 6 a 19 años, lo que a la larga favorece la presentación de diabetes mellitus e hipertensión arterial, padecimientos que provocan serios problemas de salud individual y pública aumentando la morbilidad y la mortalidad con el consecuente agobio económico del Estado para atender ese problema (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2020).

Hay que destacar que la buena crianza de la niñez es una responsabilidad compartida entre la familia y el Estado, ya que se trata de una sociedad ciudadana donde las personas tributan directa o indirectamente para solventar de antemano la entrega de diversos bienes y servicios que la población tiene derecho a recibir, por lo que no deben ser considerados dádivas del Estado y mucho menos una concesión unipersonal como es habitual escuchar en el discurso y narrativa gubernamental actual. Sirvan de ejemplo negativo la desaparición de los programas de “guarderías para los hijos de las trabajadoras” y el de “escuelas de tiempo completo” aduciendo corrupción en su gestión, por lo que había que cancelarlos; desviación que nunca se comprobó; en cambio esas clausuras perturban de manera severa la crianza y el desarrollo de los niños, especialmente de familias vulnerables.

El problema suscitado pretendió resolverse por medio de programas de apoyo entregando dinero a los padres para cubrir los gastos del cuidado y alimentación de los hijos durante su jornada laboral, encargando a los abuelos, familiares u otros durante su ausencia, sin considerar las capacidades necesarias para esas tareas transitorias. De ese recurso, vale aclarar, no se tiene noticia veraz de su monto ni aplicación para lo que pretendía, al no contar con controles ni supervisión, de esa manera el Estado al abdicar tan importante cometido ha dañado los derechos de la niñez y alterado la vida de los padres.

Etapas de infancia. En el lapso de los 6 a los 11 años se comprende la educación primaria de la niñez (Secretaría de Educación Pública, s. f.)³ para que adquieran variados conocimientos que fijen en su memoria y que junto a los valores que van desarrollando y conforme a las normas de convivencia social se preparen para la ciudadanía, la pluralidad y el respeto a los derechos de los demás, propios de las sociedades democráticas.

Es la etapa donde los niños y niñas conocen más de su cultura y saben de la existencia de otras. Que utilicen, asimismo, la lengua nacional y apliquen competencias de matemáticas básicas, proporciones, cálculo elemental y geometría; que entiendan las ciencias sociales al igual que de geografía, historia y cultura general, e igualmente ejerciten algún deporte y tengan expresiones artísticas diversas; que alientan su creatividad y que valoren adecuadamente la higiene y la salud personal, y que acepten su propio cuerpo, que respeten las diferencias y se conduzcan con igualdad de derechos de género y se alejen de la violencia y las adicciones que a esas edades empiezan a hacer mella.

Aspectos biopsicosociales. Los menores necesitan de amor y comprensión para el desarrollo armonioso de su personalidad y en todas circunstancias deben figurar entre los primeros que reciban protección y socorro de sus padres, tutores y custodios de sus derechos, tal como lo proclama la Declaración de los Derechos del Niño (1989), que compromete a las naciones firmantes en las que se encuentra México *a brindar una protección especial, oportunidades y servicios para que puedan desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable, así como en condiciones de libertad y dignidad y, que deberán crecer al amparo y bajo la responsabilidad de los padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material.*

Un aspecto común pero muy importante de considerar es la estrecha relación en que radica el desarrollo y madurez de las estructuras neurológicas y las endócrinas con la salud. Siendo que la madurez de la corteza cerebral se alcanza hasta la edad adulta, y que en la zona prefrontal se alojan las capacidades para la autonomía de la expresión individual, tan necesarias en la toma de decisiones importantes y que estas no son sincrónicas con la madurez sexual; entendida esta como la capacidad reproductiva de las personas y desarrollado las características sexuales secundarias.

Desde la psicología es oportuno mencionar que en este rango de edad transcurren las fases psicosexuales freudianas (Centro Europeo de Posgrado, s. f.): oral, anal y fálica, seguidas de un periodo de latencia hasta la presenta-

³ Información relacionada en: Mundo Primaria. Portal educativo gratuito (s. f.). <https://www.mundoprimary.com>

ción de la fase genital ya en la adolescencia. La superación de estas fases es necesaria para el tránsito de la niñez hacia la adolescencia, aunque pueden traslaparse aspectos infantiles que van madurando con los del adolescente.

Debe considerarse que desde la postura social expresada por variados usos y costumbres se ubican referentes de naturaleza jurídica, como sucede con diversas leyes y demás normas aplicables. Los que manejados inadecuadamente se vuelven propicios para que ocurran imposiciones autoritarias que afectan por igual a niños y niñas y los confrontan con los postulados de la Declaración de Derechos de los Niños postulados por el UNICEF en medio de contradicciones e inconsistencias éticas y morales; lo que además es causa de desconcierto e inclusive pueden favorecer comportamientos inapropiados como son: la rebeldía extrema, la intolerancia y la violencia, que son conductas que repercuten en la salud mental y la educación del menor.

Otro asunto de gran importancia para el desarrollo de la niñez radica en aprender a respetar a los demás y a sí mismos como seres sexuados con dignidad propia. La educación sexual debiera ser un referente para crecer sin miedos ni tapujos, que los menores entiendan los mecanismos de la reproducción y obtengan respuestas a las inquietudes surgidas en las personas según su madurez.

La educación en sexualidad entonces debiera ser parte de la formación escolar cívica, ética y moral; además de ser una forma de subsanar la desinformación que inevitablemente ocurre entre pares o personas o grupos de educación diversa. Baste mencionar el ingente problema derivado de la ignorancia, los usos y costumbres de la violencia intrafamiliar o general que resultan en gran número de púberas y adolescentes, los que son causa de severas consecuencias psicológicas, familiares y sociales con grave riesgo de abortos, mortinatos y muerte materna infantil. En México en el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA México, s. f.) se estima que anualmente ocurren 400 mil nacimientos en adolescentes, de los que 10 mil ocurren en niñas menores de 15 años y se hace notar que en el grupo de 15 a 19 años el 60% también ha sido víctima de violencia.

Otras incongruencias que también tienen que ver con la educación escolar están en contradicción con la prohibición de la venta de bebidas alcohólicas, tabaco, estupefacientes y drogas ilegales a los menores de edad, que por cierto cada vez los consumen a menor edad, como el alcohol con 11 años en promedio.

Etapa de adolescencia y juventud. En el país se reporta cerca de 22 millones de adolescentes de 12 a 18 años y jóvenes hasta los 26 años, el 73% están afiliados a alguna institución de salud y seguridad social. Sin embargo, menos de un tercio ocurren a servicios de salud, a menos de que estén enfermos y

no para el cuidado de su desarrollo y educación para la salud, desperdiciando así una oportunidad valiosa de bienestar individual y social.

Aspectos biopsicosociales. Está es una etapa del crecimiento con grandes cambios biológicos y psicológicos: las y los adolescentes desarrollan sus caracteres sexuales secundarios y alcanzan su constitución física definitiva y apariencia física, también se presenta la maduración de las gónadas y, después de una fase “neutral” de hecho, se inicia la atracción por el otro y la tendencia a imitar comportamientos gregarios.

En este rango de edad se presentan componentes emocionales importantes (Espinoza, 2004), que tienden al idealismo y la búsqueda de nuevas experiencias y sensaciones, y se manifiestan capacidades de abstracción y de elección entre opciones. Igualmente, los adolescentes buscan con ahínco su identidad personal, sexual y social, y exigen de diversas formas su autonomía. La inteligencia se exhibe con esplendor, especialmente la emocional, más pronto en las mujeres que en los varones. En suma, su personalidad se va consolidando.

Implicaciones. En esta época las alteraciones de la personalidad y el afecto o las situaciones limítrofes de algunas patologías psiquiátricas pueden desbordarse y se manifiestan clínicamente afectando la salud mental. La morbilidad de transmisión sexual aumenta en estas edades, incluyendo al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el SIDA. En tanto que las lesiones y traumatismos no intencionados son la principal causa de muerte o discapacidad entre las y los jóvenes debida a accidentes de tránsito, en 2019 fallecieron más de 100 mil jóvenes en México por esas causas, entre las que también se cuenta el suicidio (INEGI, 2021).

Las deficiencias del sistema educativo junto a lo antedicho en materia de salud integral hacen tener una población poco formada y con riesgos a su salud y, además con escasa probabilidad de que las y los jóvenes tengan educación de calidad y ocupen puestos laborales como lo demanda el mercado de trabajo desconfiado ante las políticas públicas erróneas y la inestabilidad jurídica. Lo anterior es causa de que no se aproveche el *bono demográfico* del país, entendido como la oportunidad para que sus jóvenes contribuyan al desarrollo de la Nación, en tanto se les trata de *aspiracioncitas* sin escrúpulos morales y ajenos a las realidades sociales (El Economista, 2021).

VII. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

La educación en salud escolar y la entrega de servicios de salud a la niñez y hasta la edad adulta están en condiciones deplorables y transcurren a un peor

estado. El trato engañoso y falaz a esas capas de población haciéndolas creer que en todos los campos de interés social *vamos bien*, lo cual está alejado de la realidad, dado que se está afectando la crianza y escolaridad de la niñez y la formación para la vida y el trabajo de su juventud.

Es preocupante la baja inversión gubernamental para proveer servicios integrales de salud, para mejorar la infraestructura dándole mantenimiento adecuado y construyendo más unidades de servicio, según se refleja en el presupuesto de egresos en el rubro de salud. Según el INEGI (2021) fue de 145 mil millones de pesos, mientras la erogación de los particulares de 672 mil millones 294 mil pesos, la suma alcanza 817 mil millones de pesos de gasto total, lo que corresponde a 18% de origen gubernamental y el restante 82% proviene de los particulares, estos últimos destinaron cerca de la mitad de sus ingresos a “gasto de bolsillo” para la compra de medicamentos, lo que corrobora el severo desabasto que se padece.

Por otra parte, es inaceptable que las autoridades sanitarias actuales se hayan subordinado a criterios demagógicos por sobre las verdades científicas plenamente comprobadas. Valga mencionar la infausta declaración de que *no hay riesgo mayor de contagio de COVID del presidente como agente infeccioso ante las masas porque su fuerza es moral y no de contagio* como espetó el responsable del manejo de la pandemia (El Universal, 2020).

Como tampoco acatar las recomendaciones elementales de la OMS sobre “el uso de cubrebocas y la práctica amplia de pruebas diagnósticas y el aislamiento como medios de contención”, instando en cambio a “no confiar en el uso del cubrebocas” y pedir públicamente: que los enfermos se “quedaran en sus casas y no saturaran los servicios ni los hospitales y solo acudirían a ellos hasta el momento de gravedad extrema” (Quinta Fuerza MX, 2020). Además, no puede pasar desapercibido el retraso de vacunación de la población y en especial de los adolescentes y trabajadores de la salud obligados a trabajar sin medios adecuados de protección y equipo médico. Conductas que seguramente fueron factores que favorecieron el contagio de la enfermedad y la muerte de pacientes y particularmente de médicas y médicos, así como de enfermeras y enfermeros. Circunstancias que obligan a llamar a cuentas a los responsables de tales decisiones.

Asimismo, la responsabilidad del manejo malicioso de las cifras y estadísticas como decir que “la curva se está aplanando” y lo que no se puede ocultar: el “exceso de mortalidad general” debida sin duda a la pandemia de SARS-CoV-2 cuyas consecuencias no acaban de establecerse, como es el caso de la reducción de la esperanza de vida que para las mujeres se disminuyó en 2.5 años y para los hombres en 3.6 años, cifras comparables con las tenidas en 1992: así que en sólo 3 años perdimos 30 años de progreso

(López-Dóriga Digital, 21 de noviembre de 2022). Adicionalmente el organismo que regula el uso de medicamentos, ya probados, no ha liberado fármacos para el tratamiento de COVID, no obstante que está transcurriendo una ola de diseminación de variantes del virus y tenemos muchos enfermos.

Se debe considerar el elevado riesgo en qué transita nuestra niñez ante el posible brote de enfermedades prevenibles por vacunación como son la poliomielitis, el sarampión, la varicela y otras debido a la falta injustificada de los biológicos y de su aplicación, lo que provocaría un severo problema de salud pública. De igual forma preocupante para el desarrollo del país es la retracción en la preparación de recursos humanos de alto nivel en la ciencia, como resultado de la disminución de cerca de dos tercios de las becas para estudiar posgrado y estancias posdoctorales en el extranjero y que se anticipa un severo problema para el país cuando en unos cuantos años se requerirán científicos de excelencia para sustituir la ausencia natural de quienes ahora tienen entre 50 y 60 años. Circunstancias injustificadas ante la desatinada conducta, las decisiones temperamentales y la sumisión de los responsables de conducir la educación en salud escolar y los servicios de salud.

VIII. PROPUESTAS

1. Exigir el acatamiento del marco jurídico que nos rige y que los tres poderes de la Unión, de consumo, transiten hacia el estado de derecho y cumplan lo prescrito en la ley superior y demás normas que de ella emanan.
2. Formular programas generales y específicos sobre educación, salud escolar y entrega de servicios sanitarios, debidamente financiados atiendan sus interrelaciones y potencialidades y; hagan valer los derechos humanos y de los niños en particular.
3. Concertar la participación de las instituciones de educación superior, y las diversas agrupaciones académicas nacionales, junto los sectores y sociales correspondientes y representativos, para que en el marco de la autonomía y libertad de cátedra e investigación elaboren los perfiles profesionales que den el sustrato a los currículos de las carreras de la salud y la educación.
4. Recuperar y fortalecer el Programa de Vacunación Universal, conforme al avance la ciencia y la tecnología y de las condiciones epidemiológicas prevalentes y; se consideren además otras medidas de prevención para evitar la diseminación de enfermedades transmisibles.
5. Contribuir de manera intersectorial e interinstitucional al rediseño del Sistema Nacional de Salud y su fortalecimiento, que incluya la

seguridad de la protección social para toda la población y dotarlo de los recursos y fondos económicos necesarios para su estructuración, mantenimiento y dotación de insumos y recursos humanos para su operación.

6. Establecer “clínicas escolares” con profesionales de la medicina, la enfermería, psicología y trabajo social que además de sus servicios organicen y apoyen a “grupos de pares estudiantiles” para participar en la atención de los problemas ingentes de la salud física y mental de los escolares, así de la prevención y detección oportuna de la violencia y las adicciones.

IX. COLOFÓN

Lo que no hagamos ahora en materia de educación y salud escolar repercutirá en el bienestar de las generaciones presentes y futuras y el desarrollo del país. “Si alguien cree que sólo se trata de hacer funcionar mejor lo que ya hacíamos o que el único mensaje es que debemos mejorar los sistemas y las reglas ya existentes, está negando la realidad” (Francisco, 3 de octubre de 2020).

X. FUENTES DE CONSULTA

- AMLO. (2022). Conferencia de prensa del 6 de abril de 2022. *La Jornada*.
<https://www.jornada.com.mx>
- CIEP. (octubre 10, 2022).
(Des)Información oficial y comunicación social. (14 marzo de 2022). *ARTICLE 19-MX*.
Gasto en salud y objetivos de desarrollo sostenible. <https://ciep.mx>
- Centro Europeo de Posgrado. (s. f.). *Etapas del desarrollo psicosexual*. <https://www.ceupe.com>
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. (2023). Programa de Vacunación Universal. <https://www.gob.mx/salud/censia>
- Centro Virtual de Aprendizaje. Tecnológico de Monterrey. *Cuidados del niño*.
<http://www.cca.org.mx>
- Declaración de los Derechos del Niño. (1989). *Asamblea General de Naciones Unidas, resolución 44/25 el 20 de noviembre de 1989*. <https://www.un.org>

- DOF. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, Gobierno Federal*. Presidencia de la República.
- DOF. (26 diciembre de 2022). *Estatuto orgánico de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar*.
- El Economista. (2021). *Conferencia de prensa matutina del 6 de abril de 2021*. <https://www.economista.com.mx>
- El Universal. (2020). *Declaración a la prensa 16 de marzo de 2020 sobre “la fuerza del presidente es moral y no de contagio”*. <https://www.eluniversal.com.mx>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2020). <https://ensanut.insp.mx>
- Francisco. (3 de octubre de 2020). *FRATELLI TUTTI Carta Encíclica sobre la fraternidad y la amistad social*. VATICAN.VA
- INEGI. (2021). *Comunicado de prensa. Cuenta Satélite del Sector Salud de México 2021*. <https://www.inegi.org.mx>
- INEGI. (2021). *Estadísticas de las defunciones registradas 2021*. <https://www.inegi.org>
- Lili Espinoza, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 90. <https://scielo.isciii.es/scielo.php?>
- López-Dóriga Digital. (21 de noviembre de 2022). *COVID-19 y reforma de salud deterioraron la esperanza de vida en México*. Julio Frenk. lopezdoriga.com
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Ciclos de vida*. <https://www.minsalud.gov.co>
- Mundo Primaria. *Portal educativo gratuito* (s. f.). <https://www.mundoprimary.com>
- OPS/OMS. (s. f.) *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org>
- Quinta Fuerza MX. (2020). *Conferencia de prensa del 28 de marzo de 2020: es nuestra última oportunidad, quédense en casa*. <https://quintafuerza.mx>
- Secretaría de Educación Pública. (s. f.). *La nueva escuela mexicana: principios y orientaciones pedagógicas*. Gobierno de México. <https://dfa.edomex.gob.mx>
- SPIN taller de comunicación política. (2022). *Informes quincenales de las conferencias de prensa matutinas 2019 a 2022*. <https://www.spintcp.com/conferenciapresidente/>
- UNFPA México. (s. f.). *Educación integral de la Sexualidad*. <https://www.shar.es/af9XDI>
- UNICEF (s. f.). *Educación en tiempos de COVID 19*. <https://www.unicef.org>.

CAPÍTULO DECIMOSEGUNDO

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN EL SECTOR SALUD, UN TEMA PENDIENTE

Rosa María ÁLVAREZ GONZÁLEZ*
Cecilia MONDRAGÓN HERRADA**

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *La violencia contra las mujeres.* III. *La violencia contra las mujeres en el ámbito laboral.* IV. *Alcances de los conceptos de hostigamiento y acoso sexual.* V. *Consecuencias del hostigamiento y acoso sexuales.* VI. *Avances en la regulación de la violencia contra las mujeres en el ámbito laboral.* VII. *El sector salud como espacio laboral.* VIII. *Referencias.*

I. INTRODUCCIÓN

La violencia es uno de los mecanismos sociales más utilizados para someter a las personas a situaciones de dominación o imposición, por lo cual, su ejercicio resulta un agravio al Estado constitucional de derecho que rige en nuestro país.

El análisis del ejercicio de poder se ha centrado en el estudio de aquel desplegado desde las grandes estructuras de organización social, soslayando las diversas formas en que se ejerce en lo cotidiano; es decir, en las relaciones más cercanas entre las personas.

En el caso de la violencia contra las mujeres estamos frente a una especie de violencia que tiene diversas manifestaciones que se originan por el trato discriminatorio ante la diferencia sexual. Esta violencia se ha denun-

* Investigadora de tiempo completo en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

** Doctoranda en el Programa de Estudios Críticos de Género de la Universidad Iberoamericana-Ciudad de México.

ciado históricamente por las mujeres, ante escenarios que las han excluido y han generado una injusticia normalizada por medio de la cultura y de las mismas leyes.

Las transformaciones sociales dieron paso a los movimientos organizados de mujeres que lograron generar un análisis sobre su condición jurídica y social (Álvarez González, 2018, p. 67) en el mundo y que llevaron a la incorporación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), instrumento que reconoce la discriminación por razón de sexo, segundo instrumento —vinculante— en el sistema de tratados de la Organización de las Naciones Unidas (OACDH, 2012, p. 10).

El trato *discriminatorio* y la *violencia* que se ejerce contra las mujeres de forma cotidiana atenta contra sus derechos humanos, impiden el libre desarrollo en las distintas esferas de actuación de las personas.

En este sentido, es preciso considerar que desde hace tiempo se ha reconocido la violencia contra las mujeres como un reto para la salud pública (Secretaría de Salud, 2004), pese a los esfuerzos realizados esta problemática se ha agudizado (OPS-OMS, 2023), incluida el trato hacia mujeres usuarias,¹ como la ejercida al interior de este sector,² que, la reciente pandemia por COVID-19, evidenció se trata de un sector feminizado (INMUJERES, 2019).

El andamiaje normativo que se ha desplegado para hacer frente a estas problemáticas recoge las diversas formas en que se manifiesta ese trato hacia las mujeres, entre dichas formas están las relacionadas con conductas sexuales, mismas que se encuentran fuertemente arraigadas y, por tanto, normalizadas, pero que atentan contra la dignidad y acarrear consecuencias jurídicas (Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [LGAMVLV] y su Reglamento).

El marco constitucional vigente en México (*Diario Oficial de la Federación* [DOF], 06/06/2011 y 10/06/2011) tiene como eje la *promoción, respeto, protección y garantía* de los derechos humanos mismo que mandata los deberes de

¹ Aún se puede observar cómo las mujeres siguen sufriendo el maltrato en la atención al parto. (Abad, 2023).

² Ante esta situación, como parte de las propuestas en materia de gestión e incidencia realizadas en el contexto de los Estudios sobre el cumplimiento e impacto de las recomendaciones generales e informes especiales emitidos por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), se observaron las necesidades de impulsar las capacitaciones para el sector salud en género, así como impulsar instrumentos de posicionamiento sobre el respeto y ejercicio de los derechos laborales de las personas que laboran en este sector. (CNDH, 2019, p. 681).

prevenir, investigar, sancionar y reparar la violación de estos y que se despliegan por medio del bloque de constitucionalidad que incluye el desarrollo legal y reglamentario y que debe orientar la política pública.

El marco de referencia señalado hace posible la atención focalizada de las distintas manifestaciones de la violencia hacia las mujeres, en el caso, la violencia sexual en el ámbito laboral.

II. LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Para el abordaje de la problemática es preciso considerar las diversas aristas de un fenómeno heterogéneo y complejo, por lo que es necesario contextualizarla a partir del marco de derechos humanos.

Si bien, la norma penal sustantiva ha previsto y sancionado estas conductas utilizando el concepto de bienes jurídicos, en concreto la libertad y el sano desarrollo de la personalidad (Abanto Vásquez, 2016, pp. 3-44); el amplio desarrollo del estudio de la situación de las mujeres en la sociedad ha permitido identificar una serie de elementos tanto en la génesis de estas conductas como en el tratamiento y consecuencias que tienen mismos que recogen las normas (González, 2011, pp. 63-78).

Como consecuencia, se ha generado un desarrollo legislativo (LGA-MVLV) y reglamentario específico (Reglamento LGAMVLV), los aspectos sustanciales que rigen en la *prevención, atención, sanción y erradicación* de las diversas formas de violencia hacia las mujeres en los diversos ámbitos de actuación de las personas en nuestro país cuentan con un marco jurídico y una política pública concretos (Álvarez y Pérez Duarte, 2010 y 2014) que se han venido armonizando con el resto del sistema jurídico.

Lo anterior implica colocar el acento en el marco de referencia y conceptual que permita la articulación de los esfuerzos encaminados a la atención de las conductas de hostigamiento y acoso sexual, a partir de dos conceptos básicos:

Discriminación contra la mujer: toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por las mujeres de los derechos humanos y las libertades, como son los derechos en el ámbito académico y los derechos laborales.

Violencia contra la mujer: toda acción o conducta basada en su pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado su muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación de libertad, tanto si producen en la vida pública

como en la privada. La violencia es la manifestación más grave de la discriminación contra las mujeres.

Esta situación tiene especial importancia ya que desde este enfoque se identifican las causas estructurales de problemáticas que han aquejado a las mujeres de manera histórica y que están arraigadas culturalmente.

El reconocimiento de que la violencia contra las mujeres es un problema social con profundas raíces, hace necesario un abordaje integral utilizando la metodología denominada *perspectiva de género*.

Por lo anterior, se reconoce que el derecho de *acceso a una vida libre de violencia* es la piedra angular de los derechos humanos de las mujeres, dando sentido a normas que por sí mismas no lograron protegerlas ante la visión simplista de considerar que la igualdad, como el resto de los derechos, se daría con la sola expedición de la norma jurídica, siendo necesario en nuestros días atender al concepto de *igualdad sustantiva*.

Lo anterior, implica efectivamente la actuación pública con la *debida diligencia*, con el objeto de que desde lo institucional, se promueva el cambio cultural que se traduzca en posibilidades de desarrollo para la mujer y en consecuencia para la sociedad.

La violencia contra las mujeres es una de las problemáticas que más lastima a la sociedad; su identificación, los principios que deben regir en su tratamiento, los tipos y los diversos ámbitos o modalidades en que se llega a materializar se reconocen a través de una estructura normativa que involucra a los distintos órdenes de gobierno.

El problema de hostigamiento y acoso sexual se encuentra enraizado en la cultura patriarcal, pues debido a los roles atribuidos a los géneros, se ha normalizado un trato con contenidos sexuales hacia las mujeres, quienes han enfrentado de manera individual esta situación mediante diversas estrategias personales.

La ausencia de datos para saber su magnitud y tomar medidas para su erradicación es una parte importante de la problemática, de ahí que su abordaje sea complejo y deba ser atendido de manera transversal.

En este sentido, es importante tener en consideración las definiciones que establece la LGAMVLV (artículo 6o.) y que se reproduce en la norma estatal en la materia:

Violencia psicológica. Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

Violencia física. Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.

Violencia patrimonial. Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.

Violencia económica. Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta por medio de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.

Violencia sexual. Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo o la sexualidad de la Víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto, y otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

III. LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN EL ÁMBITO LABORAL

Cuando cualquier tipo de violencia hacia las mujeres, incluyendo la violencia sexual, ocurre en el ámbito de trabajo, entonces suele denominársele violencia laboral, sin importar si ésta se ejerce en el sector público o privado.

La violencia laboral hacia las mujeres comprende las diversas formas que reconoce la ley. Es importante considerar que el uso de la fuerza o poder moral o psicológico contra una persona o grupo, que pueda causar daños físicos o sexuales o psicológicos, incluido el acoso sexual y psicológico, las amenazas, el acoso laboral, el abuso emocional, la intimidación y toda conducta que crea ansiedad, miedo y un clima de desconfianza en el lugar de trabajo, son parte del problema de la violencia laboral.

El ámbito espacial de ocurrencia de estas conductas se ha transformado, de tal forma que, en ciertas profesiones o empleos, el trabajo puede ser desarrollado en cualquier lugar y momento, no sólo se debe entender que la violencia laboral se comete en el lugar de trabajo.

La transformación de las relaciones de trabajo genera infinidad de posibilidades, pues en algunos casos se ha pasado del estatus de empleada o

empleado al “autoempleo”, trabajadora o trabajador temporal, contratos de duración limitada o las personas son contratadas por otras entidades o bajo figuras de subcontratación.

Las relaciones de trabajo o la empleabilidad están sujetas, en todo caso a lo que se entiende por tal en legislación en materia laboral, para efectos de la protección de las personas contra la violencia y la discriminación, también abarca esa diversificación patronal.

De tal forma, se reconoce que esta modalidad de violencia se da incluso en formas de trabajo no remunerado y en las que existe una relación de subordinación, como las que se dan entre trabajadores que tienen algún vínculo o comparten espacios laborales con las personas en formación, como sucede en los casos de las diferentes disciplinas de la salud o afines a ésta y que realizan estancias o prácticas académicas o profesionales, o de servicio social, la LGAMVLV ha contemplado la situación al regular de manera conjunta los espacios laborales y docentes.

En este sentido, puede ser considerada como violencia laboral cualquier acción, incidente o comportamiento en la cual una persona es agredida, amenazada, dañada o herida, o sufre cualquiera de los actos señalados, cuando ésta se cometa: en las instalaciones del lugar de trabajo; en cualquier lugar donde la persona, como trabajadora, necesita estar o ir con motivo de sus labores; en relación con las actividades de trabajo asignadas a las personas trabajadoras; en los trayectos para llegar o al salir de su trabajo cuando se trata de acoso o abuso sexuales; en la esfera de su trabajo, incluyendo el acoso telefónico, por correo electrónico o redes sociales.

IV. ALCANCES DE LOS CONCEPTOS DE HOSTIGAMIENTO Y ACOSO SEXUAL

El acoso y hostigamiento sexual son manifestaciones de la discriminación de género y formas específicas de violencia mayormente cometida contra las mujeres (OEA, 2012) y que, además, vulneran diversos derechos de las/os trabajadoras/es, este tipo de conducta puede ser humillante y puede constituir un problema de salud y de seguridad surgidos con motivo del empleo; es una conducta discriminatoria cuando la mujer tiene motivos suficientes para creer que su negativa podría causarle problemas en el trabajo, en la contratación o el ascenso inclusive, o cuando crea un ambiente de trabajo hostil (CEDAW, 1992).

Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha señalado al acoso u hostigamiento sexual de la siguiente manera: “Compor-

tamiento en función del sexo, de carácter desagradable y ofensivo para la persona que lo sufre. Para que se trate de acoso sexual es necesaria la confluencia de ambos aspectos: no deseado y ofensivo” (2013, p. 9).

Tales conductas son una amenaza, humillación que provoca vergüenza en la persona que las sufre, pues incluyen cualquier forma de conducta verbal indeseada, no verbal o física de naturaleza sexual con el propósito o el efecto de dañar la dignidad de una persona; en particular, al crear un ambiente intimidante, hostil, degradante, humillante u ofensivo. Asimismo, pueden o no implicar el contacto físico, tocamientos y el asalto sexual no deseados.

Como mecanismos para realizarlos pueden ser usados condicionamientos tales como los siguientes: un aumento salarial, una promoción de rango, evitar un descenso, no afectar el desempeño laboral/académico del recurso humano en formación o asegurar la permanencia en el empleo a cambio de participar u observar en algún acto o conducta de naturaleza sexual.

También se observa de manera sistemática el ejercicio de presiones para realizar actos sexuales bajo cualquier tipo de amenaza o efecto en la vida privada de la presunta víctima, incluyendo su reputación o manipulación de su vida privada.

Como se indicó con anterioridad, para que se considere acoso u hostigamiento sólo se necesita que se cometan una sola vez, independientemente de que se perpetren de forma repetitiva.

El acoso y hostigamiento sexual en el ámbito del trabajo se pueden clasificar, de manera enunciativa y no limitativa, tomando en cuenta el tipo de agresión al que son sometidas las personas que padecen tales actos, pudiendo concurrir multiplicidad de actos en un mismo hecho.

Como se ha señalado, la transformación del sistema de responsabilidades en el marco de la reforma al Sistema Nacional Anticorrupción ha introducido en los códigos de conducta la relación de supuestos para guiar la prevención, atención y sanción en el espacio de trabajo de la administración pública.

V. CONSECUENCIAS DEL HOSTIGAMIENTO Y ACOSO SEXUALES

El acoso y hostigamiento sexual afectan negativamente tanto a la persona trabajadora que lo sufre como al proceso laboral, ya que repercute sobre la calidad del trabajo, aumenta el ausentismo y disminuye el ritmo de trabajo o productividad debido a la falta de motivación.

La persona en situación de víctima puede tener consecuencias de diverso orden: a) consecuencias psicológicas, presentando estrés, angustia, ansiedad, depresión, afectaciones en la autoestima, desesperación, impotencia, irritabilidad, ira o enojo; así como, b) consecuencias físicas como trastornos del sueño, dolores de cabeza o síndrome de colon irritable, entre otros padecimientos ocasionados por el estrés.

Las presuntas víctimas pueden desarrollar el trastorno de estrés post-traumático; así como, manifestar rechazo al trabajo; pérdida de interés en lo que antes les parecía atractivo; además de que el impacto psicológico aumenta cuando la víctima calla y oculta el acoso por miedo a represalias o a la falta de credibilidad.

La ansiedad y el estrés que produce esta vivencia muchas veces provoca en las víctimas la necesidad de renunciar o pedir baja laboral o en su caso baja académica, y en ocasiones lleva a la víctima a solicitar un cambio de adscripción o abandonar su área de trabajo al no poder afrontar el problema, o bien a la hostilidad del ambiente puede derivar en el despido de la presunta víctima por la negativa a someterse a cualquiera tipos de acoso.

Se reconoce que las consecuencias van más allá de la persona directamente afectada, también incide sobre las y los trabajadores que pudieran ser testigos o conozcan la situación, así como el entono personal y familiar de la víctima.

En el aspecto comunitario y social, las consecuencias impactan en el mantenimiento de relaciones asimétricas que impiden la modificación de estereotipos y el logro de la igualdad, de hecho, refuerza el mensaje de que el ejercicio de violencia sexual contra las mujeres está permitido en el espacio laboral y tiene efectos negativos sobre la eficiencia de las unidades económicas, dependencias gubernamentales y otras fuentes de trabajo, al entorpecer la productividad, incrementar la rotación del trabajo o el ausentismo, afectaciones en el trabajo de equipo y en el desarrollo profesional o académico de la víctima, todos estos impactos atribuibles a quien ejerce las conductas de hostigamiento o acoso sexual.

VI. AVANCES EN LA REGULACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN EL ÁMBITO LABORAL

La regulación de la violencia contra las mujeres en el ámbito laboral es reconocida por los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos de las mujeres y, por tanto, ha sido motivo de preocupación por las agencias especializadas en materia del trabajo (OIT, 216), desde las cuales se han ge-

nerado agendas específicas para ser atendidas en el espacio laboral. En este sentido, la transformación de las leyes laborales ha sido parte fundamental para dar cauce a la atención de la problemática.

En México, la reforma de 2012 a la Ley Federal del Trabajo (*DOF*, del 30-11-2012), de aplicación supletoria al ámbito burocrático, incorpora definiciones y mecanismos que, en conjunto con desarrollos normativos procedentes de otras materias, como es el caso de la transformación del sistema de responsabilidades que ha dado cauce a los comités de ética, ha articulado un sólido entramado contra esta problemática.

La LAMVLV, cuerpo normativo que establece el marco especializado para la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres, identifica como una modalidad de violencia la laboral, en conjunto con la docente, y la define en los siguientes términos:

Violencia laboral y docente. Se ejerce por las personas que tienen un vínculo laboral, docente o análogo con la víctima, independientemente de la relación jerárquica, consistente en un acto o una omisión en abuso de poder que daña la autoestima, salud, integridad, libertad y seguridad de la víctima, e impide su desarrollo y atenta contra la igualdad.

Puede consistir en un solo evento dañino o en una serie de eventos cuya suma produce el daño. También incluye el acoso o el hostigamiento sexual (LGAMVLV, artículo 10).

De acuerdo con la misma ley, la violencia laboral también puede manifestarse de la siguiente manera:

...la negativa ilegal para contratar a la víctima o a respetar su permanencia o condiciones generales de trabajo; la descalificación del trabajo realizado, las amenazas, la intimidación, las humillaciones, las conductas referidas en la Ley Federal del Trabajo, la explotación, el impedimento a las mujeres de llevar a cabo el período de lactancia previsto en la ley y todo tipo de discriminación por condición de género (artículo 11).

Aunado a lo anterior, la LGAMVLV define las conductas de hostigamiento y acoso sexual (artículo 13) en los siguientes términos:

El hostigamiento sexual es el ejercicio del poder, en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral y/o escolar. Se expresa en conductas verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva.

El acoso sexual es una forma de violencia en la que, si bien no existe la subordinación, hay un ejercicio abusivo de poder que conlleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realice en uno o varios eventos.

Cabe mencionar que la propia LGAMVLV (artículo 16) reconoce también como modalidades de violencia las cometidas en la comunidad y la ejercida por las instituciones (artículo 18) y las define de la siguiente manera:

Violencia en la comunidad: Son los actos individuales o colectivos que transgreden derechos fundamentales de las mujeres y propician su denigración, discriminación, marginación o exclusión en el ámbito público.

Violencia Institucional: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

VII. EL SECTOR SALUD COMO ESPACIO LABORAL

La Secretaría de Salud es parte de la administración pública centralizada, en éste se conjugan actividades docentes y laborales, además, por supuesto de la prestación de servicios de salud.

Lo anterior implica la interacción de personas que confluyen con diversos propósitos en la institución, su actuar se rige por disposiciones de diversas materias, como son las normas laborales y disciplinarias e incluso, dadas las características de la población, aquellas que protegen a las personas en el espacio académico y a quienes aún no alcanzan la mayoría de edad, actualizándose los supuestos de la violencia docente de las leyes de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia así como los relativos del marco que protege a niñas, niños y adolescentes (Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes), y, por supuesto, las normas penales correspondientes dada la situación de especial vulneración.

Por lo que hace a los servidores públicos son responsables en términos de la legislación administrativa y demás disposiciones jurídicas aplicables en la materia, de acuerdo con lo que establece el Sistema Nacional Anticorrupción (Cárdenas y Márquez, 2019).

En atención a dicho marco normativo, los códigos de conducta establecen lo relativo a la conducta digna y respetuosa con que se deben conducir las personas servidoras públicas.

Lo antes mencionado, ha hecho necesaria la toma de acciones que permitan armonizar el marco normativo generado en materia de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres con el nuevo andamiaje en materia de responsabilidades, a efecto de orientar en la ruta hacia la justicia-bilidad de los derechos de las mujeres (CEDAW, 2015).

Por lo anterior, se hace necesaria la identificación de los términos sustanciales para el cumplimiento de las normas que previenen, atienden y sancionan las conductas de hostigamiento y acoso sexual el ámbito de la administración pública federal.

En el ámbito federal de la salud, en 2003 se creó el Programa Mujer y Salud, que dio fundamentos para la elaboración, en 2009, del Modelo Integral de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres a cargo de la Secretaría de Salud. Este programa comprende acciones de organización, coordinación, capacitación, campañas de medios e investigación, en los que se brinda principalmente atención psicológica y médica en los casos de violencia familiar y sexual, de conformidad con la normatividad aplicable.

Como parte de las obligaciones estipuladas en la LAMVLV se establece la creación de un Modelo Único para cada uno de los ejes de acción, definidos como documentos que describen “la representación conceptual o física de un proceso o sistema para analizar el fenómeno social de la violencia contra las mujeres en su prevención, atención, sanción y erradicación”.

Dicho documento tiene carácter instrumental, y específica acciones a realizar para solucionar los problemas vinculados a cada uno de los ejes de acción.

Como parte de la homologación de instrumentos la administración pública federal publicó el Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual (*DOF*, del 03/01/2020), que actualiza el procedimiento a seguir en estos casos.

Guía de actuación para las personas servidoras públicas, para el esclarecimiento de la implementación de los modelos establecidos en las normas que desarrollan el derecho de acceso a una vida libre de violencia, ajustándose a la materia laboral y disciplinaria.

En dicho protocolo se incorporan diversos avances que ha tenido el sistema jurídico mexicano, no obstante, se observa cómo se vuelve a pretender que las personas involucradas en su implementación avancen en esta tarea

sin contar con el marco de referencia que haga posible la comprensión del marco normativo que busca la tutela efectiva de las mujeres en tales espacios.

Si bien, dicho protocolo tiene como objetivo general establecer las bases de actuación para la implementación uniforme, homogénea y efectiva de los procedimientos para prevenir, atender y sancionar el hostigamiento sexual y acoso sexual en toda la administración pública, incluido el sector salud.

Éste resulta ser un nuevo desafío para la implementación de una política pública que, insistimos, se atiende al lado de otras temáticas dentro de las estructuras de los servicios de salud y sigue quedando en un lugar secundario ante las altas cargas de trabajo en tales espacios.

La complejidad que toma el sistema normativo va distanciando las normas e instancias de primer contacto con las fuentes y, por tanto, las razones que han dado origen a las mismas, el tratamiento de la violencia contra las mujeres que se materializa en los espacios del sector salud con motivo de la formación o servicio profesional que prestan las mujeres en ellos.

Lo anterior, sigue siendo una gran deuda hacia las mujeres que sufren todo tipo de violencia en dichos espacios y que se proyecta de maneras diversas en su vida, incluso de manera extrema al ser víctimas de feminicidio.

VIII. REFERENCIAS

- Abanto, M. (2016). Acerca de la teoría de bienes jurídicos. *Revista Penal*, 18.
- Álvarez, R. M. y Pérez Duarte y Noroña, A. E. (2010). *Modelos para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres*. UNAM-Conacyt.
- Álvarez, R. M. (2018). *Los derechos de las mujeres y su acceso a una vida libre de violencia*. DDU-UNAM.
- Álvarez, R. M. y Pérez Duarte, A. E. (2014). *Aplicación práctica de los modelos de prevención, atención y sanción de la violencia de género contra las mujeres- Protocolos de actuación* (4a. ed.). UNAM-Conacyt.
- Cárdenas, J. F. y Márquez, D. (2019). *La Ley General de Responsabilidades Administrativas: un análisis crítico*. UNAM.
- CEDAW. (2015). *Recomendación general núm. 33 sobre el acceso de las mujeres a la justicia*.
- CEDAW. (2012). *Recomendación General 19 del Comité de Naciones Unidas para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*.
- CNDH-UNAM. (2019). *Compendio Estudios sobre el cumplimiento e impacto de las recomendaciones generales e informes especiales*. México.

- González. G. (2011). “Cuarenta notas sobre el delito de hostigamiento sexual en México a 20 años de la reforma que lo tipificó. Nuevos paradigmas éticos y jurídicos para su desaliento”. *Alegatos*, 77.
- INMUJERES. (2019). *COVID-19 y su impacto en números desde la perspectiva de género*, México. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/543160/Covid19-cifrasPEG.pdf>
- OEA. (junio, 2012). *Breve Informativo 4: Acoso u Hostigamiento Sexual Laboral*.
- OIT. (2013). *Acoso sexual en el trabajo y masculinidad, Centroamérica y República Dominicana. Exploración con hombres de la población general*. Resumen Ejecutivo, San José.
- OIT. (2016). *Reunión de expertos sobre la violencia contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo*.
- ONU. (2012). *El sistema de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas*. OACDH. Nueva York/Ginebra.
- OPS-OMS. (2023). *Abordar la violencia contra las mujeres en las políticas y protocolos de salud de la región de las Américas. Un informe de la situación regional*. Washington.
- Secretaría de Salud. (2004). *Violencia contra las mujeres 2003. Un reto para la salud pública en México*.

CAPÍTULO DECIMOTERCERO

RÉGIMEN PENITENCIARIO MEXICANO
Y EL DERECHO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN
PRIVADA DE LA LIBERTAD

Patricia Lucila GONZÁLEZ RODRÍGUEZ*
Luis Javier PINEDA GONZÁLEZ**

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *La característica de no suspensión (no restricción) del derecho a la salud sin importar estado o condición.* III. *El derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los ordenamientos internacionales y regionales de derechos humanos.* IV. *Una aproximación a las disposiciones constitucionales y legales del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en México.* V. *¿Es notorio el incumplimiento normativo? Condiciones carcelarias que enfrentan las mujeres privadas de la libertad en las prisiones mexicanas.* VI. *Destacados del Censo Nacional de Sistema Penitenciario Federal y Estatales 2023 en relación con el derecho a la salud.* VII. *Notas para la construcción de una política pública penitenciaria en materia de salud inclusiva y de calidad.* VIII. *Fuentes de consulta.*

I. INTRODUCCIÓN

Preservar la salud de la población privada de la libertad es uno de los objetivos fundamentales del proceso de reinserción social. No obstante, la población penitenciaria en México enfrenta amenazas que pueden afectar gravemente su salud. Si bien la regulación mexicana para avanzar el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad es suficiente si se consideran los complementos normativos que devienen de convenciones y tratados internacionales, es el diseño, la implementación y la operación de la política pública penitenciaria en la materia lo que condiciona el ejercicio adecuado de este

* Instituto de Investigaciones Jurídicas. pgrodriguez@unam.mx.

** Instituto de Resiliencia y Conservación Global. lpineda@ircg.ngo.

derecho. Para probar esta afirmación, el texto describirá los desafíos del régimen de ejecución penal para garantizar el derecho a la salud, analizando en primer lugar los contenidos de la legislación vigente y ordenamientos internacionales vinculantes para el Estado mexicano, para después contrastar su cumplimiento con la cifras que presentan dos ejercicios de investigación estadística. En gran parte del texto el foco de atención serán las mujeres privadas de la libertad. El objetivo de esta selección es presentar algunos de los obstáculos que enfrenta un grupo de atención prioritaria al interior de las prisiones mexicanas para ejercer su derecho a la salud. Luego de exhibir ineficiencias operativas de la política pública penitenciaria para garantizar los servicios de salud, se plantearán líneas de acción que permitan mitigar su incidencia y efectos.

Los marcos constitucional y legal mexicanos determinan la obligación de las autoridades de garantizar el derecho a la salud en condiciones de igualdad y sin discriminación. Nadie desconoce esta obligación gubernamental la cual alcanza a todo grupo poblacional, así se trate de personas privadas de la libertad (PPL) que se encuentran en prisión. De hecho, preservar la salud de la población privada de la libertad es uno de los objetivos fundamentales del proceso de reinserción social. No obstante, la población penitenciaria en México enfrenta amenazas que pueden afectar gravemente su salud. Estas amenazas repercuten de forma significativa sobre los grupos de atención prioritaria al interior de las prisiones, como lo son las mujeres, los adultos mayores, las personas con discapacidad, y aquellas que forman parte de la comunidad LGTBTT+.¹

Se trata de amenazas relacionadas con la limitada (y en ocasiones, nula) cobertura de los servicios de salud que tiene las prisiones en el país, su calidad, al igual que los servicios de atención médica básica y de medicina preventiva. Omisiones de la autoridad penitenciaria igualmente importantes son el desabasto de medicamentos, la constante exposición a factores criminógenos y laborales que comprometen su salud física, así como la falta atención psicológica y psiquiátrica especializada que contribuyan a fortalecer y mantener su salud mental. A la par, es notoria la insuficiente infraestructura institucional de salud que facilite y permita brindar la asistencia médica adecuada al interior de los centros de reinserción social.

Así, la situación que prevalece en las prisiones mexicanas refleja un sistema penitenciario de salud fragmentado y desigual, que ignora los problemas de salud que enfrentan las PPL, y en particular, las asimetrías en las

¹ Se omite mención a los adolescentes infractores por contar con un régimen normativo específico. No obstante, en estricto sentido, deben considerarse como un grupo de atención prioritario en particular.

afectaciones y repercusiones de estos problemas de acuerdo con el género, el grupo etario, la diversidad funcional o la preferencia sexual de estas personas. En este trabajo se parte de la hipótesis de que, si bien la regulación para avanzar el derecho a la salud de las PPL en México es suficiente si se consideran los complementos normativos que devienen de convenciones y tratados internacionales, son la implementación y operación, pero sobre todo, el diseño de política pública penitenciaria en materia de salud lo que auténticamente condiciona el ejercicio de este derecho.

Puesto en otros términos, la confección de las políticas públicas de atención a la salud al interior de los centros penitenciarios se realiza sin considerar o delimitar distinciones claras sobre los impactos que los mismos problemas médicos y clínicos, pueden tener sobre grupos específicos de población penitenciaria. El presente artículo pretende entonces describir, en primera instancia, los desafíos del régimen de ejecución penal para garantizar el derecho a la salud, evaluando cómo la legislación vigente repercute en mayor medida sobre su ejercicio. Simultáneamente, se intentará probar que la falta de mecanismos institucionales constituye su verdadero obstáculo.

Para soportar lo anterior, el texto se compone de cinco apartados. En el primer apartado, se describirán la cualidad de la no suspensión, restricción o limitación del derecho a la salud de toda persona. Se afirmará que esta característica sigue al derecho sin importar la condición (jurídica) del sujeto, así se trate de una persona que siga un proceso judicial o cumpla con una condena en prisión. En el segundo apartado, se realizará una aproximación al contenido general y específico del derecho a la salud contemplado en ordenamientos internacionales y regionales de derechos humanos. Se indicará que dicho contenido normativo es igualmente aplicable a las PPL por las cualidades propias del derecho a la salud. Aquí se busca visualizar las pautas y directrices mínimas para el diseño de política pública penitenciaria en materia de salud.

En el tercer apartado, se describirán y analizarán las disposiciones normativas constitucionales y legales, de México, que establecen las condiciones para avanzar el derecho a la salud en el país. Se realizará una presentación del marco de referencia que constituye la Ley Nacional de Ejecución Penal para materializar los contenidos mínimos del derecho a la salud de las PPL, subrayando la importancia de que se materialice esta prerrogativa acorde a sus necesidades.

En el cuarto apartado, se contrastan dos realidades sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en las prisiones mexicanas: una, confeccionada a manera de ideal garantista por ordenamientos internacionales y el marco constitucional y legal aplicable a la ma-

teria; otra, constantemente invisibilizada, en la que las PPL ven vulnerados sus derechos más fundamentales. Finalmente, el artículo concluye planteando recomendaciones para el diseño de una política pública penitenciaria en materia de salud, debidamente calibrada, que haga operativos y viables, todos las directrices, pautas y postulados normativos expresados, así los elementos a considerar para su materialización.

Interesa destacar que nuestro foco de atención serán las mujeres privadas de la libertad (MPL) que cumplen con un proceso judicial o condena, describiendo y analizando algunos de los problemas de salud y afectaciones que enfrentan al interior de las prisiones mexicanas. El propósito de esta selección arbitraria es exhibir los obstáculos para el ejercicio del derecho a su salud y el impacto que estos tienen sobre un grupo de atención prioritaria en particular. Con ello, se pretende exhibir ineficiencias operativas de la política pública penitenciaria en materia de salud, para luego plantear líneas que permitan mitigar su incidencia y sus efectos, y con ello promover la mejora constante de las condiciones carcelarias en México.

II. LA CARACTERÍSTICA DE NO SUSPENSIÓN (NO RESTRICCIÓN) DEL DERECHO A LA SALUD SIN IMPORTAR ESTADO O CONDICIÓN

Existen numerosos desafíos en la protección y garantía del derecho a la salud de las personas privadas de libertad (PPL) en el contexto de las prisiones mexicanas. A menudo, las cárceles enfrentan problemas de hacinamiento, insalubridad, falta de acceso a servicios médicos adecuados y deficiencias en la atención sanitaria. Estas condiciones pueden propiciar la propagación de enfermedades y poner en riesgo la vida y bienestar de quienes se encuentran reclusos.

El derecho a la salud es un elemento fundamental de la dignidad humana. De conocimiento general es que este derecho es reconocido tanto por instrumentos internacionales como regionales de derechos humanos, al igual que por ordenamientos constitucionales y legislaciones nacionales. Se trata de un derecho universal e inalienable que debe ser garantizado para todas las personas sin importar su condición, incluyendo aquellas que se encuentran privados de libertad siguiendo un proceso o cumpliendo una condena en prisión.

La inalienabilidad del derecho a la salud, característica que comparte con otros derechos, implica que este no puede ser renunciado ni suprimido

en ninguna circunstancia. Esta cualidad, representa una responsabilidad ineludible del Estado hacia sus ciudadanos, incluso cuando estos se encuentran en reclusión. La inalienabilidad del derecho a la salud encuentra su fundamento en los principios de universalidad, igualdad y no discriminación. Con base en estos principios, se pretende que el derecho a la salud se asegure y aplique a todas las personas sin excepción (universalidad), que se eviten tratos discriminatorios (igualdad) y que se elimine cualquier forma de exclusión o prejuicio en la provisión de la atención médica (no discriminación).

El derecho a la salud está dentro de la categoría doctrinal de derechos denominados como “intangibles”, entendidos como aquellos que no deben ser modificados o restringidos independientemente de la condición jurídica del individuo (Pérez Correa, 2011, p. 222). En otras palabras, el derecho a la salud no se puede suspender, restringir o limitar, así se trate de PPL, por lo que debe ser respetado como el derecho de cualquier otro sujeto. Esta cualidad la comparte con otros derechos como a la vida, a la integridad física, a la dignidad, a la alimentación, entre otros.²

Derechos que no se pueden suspender, restringir o limitar, como el derecho a la salud, constituyen obligaciones plenas que el Estado debe cumplir y no puede contravenir justificándose en la imposición de una pena (Pérez Correa, 2011, p. 231). El Estado debe asumir la obligación de asegurarse de que las personas en reclusión sean tratadas humana y dignamente, si después de todo es esa entidad la que se atribuye el derecho de privar a una persona de su libertad por la comisión de un ilícito (Coyle, 2009, p. 44). En consecuencia, la privación de la libertad no puede convertirse en una excusa para negar o limitar el acceso a servicios de salud adecuados. Por el contrario, la atención médica en los centros penitenciarios debe ser una prioridad y ajustarse a estándares mínimos que aseguren el bienestar físico y mental de las personas reclusas.

Es importante destacar que el derecho a la salud de las PPL no se limita únicamente a la asistencia médica, como se verá más adelante, sino que también abarca aspectos de salud pública y prevención. Las autoridades penitenciarias tienen la responsabilidad de implementar programas y me-

² Siguiendo la clasificación presentada por Pérez Correa, 2011, que parte de la propuesta hecha originalmente por Uprimny y Guzmán, 2010, los derechos “intangibles” o no modificables como el derecho a la salud deben distinguirse de aquellos que se suspenden de forma transitoria por estar en reclusión (por ejemplo, el derecho al libre tránsito), o de aquellos que pueden ser afectados o restringidos, por necesidad, de forma temporal y únicamente en caso de presentarse condiciones de excepción (por ejemplo, limitar la libertad de asociación dentro de la prisión justificada por cuestiones de seguridad al interior de los centros).

didadas que promuevan la prevención de enfermedades, el acceso a información sobre salud y la promoción de hábitos saludables entre la población reclusa.

Igualmente importante es el respeto y protección del derecho a la salud; ambas acciones deben ser entendidos como parte integral del proceso de rehabilitación y reinserción social. Brindar atención médica apropiada a las PPL no sólo es un deber ético y legal, sino que también contribuye a la reducción de ciertos comportamientos delictivos y a la construcción de una sociedad más justa y segura. En conclusión, son las características del propio derecho a la salud de las población privada de la libertad las que lo hacen, en sí mismo, una principio irrenunciable que se fundamenta en la dignidad humana y en la obligación del Estado de proteger los derechos de todas las personas, sin excepción.

III. EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN LOS ORDENAMIENTOS INTERNACIONALES Y REGIONALES DE DERECHOS HUMANOS

El respeto a los derechos humanos de todas las personas, incluidas aquellas privadas de la libertad que siguen un proceso judicial o cumplen con una pena, es una característica esencial de una sociedad justa, inclusiva e igualitaria. Entre estos derechos, la salud es de vital importancia por la indisoluble relación que guarda con una vida digna y la preservación de la integridad física y mental de todo individuo. Los Estados han establecido tratados y convenciones internacionales para proteger y promover el derecho a la salud de los reclusos, reconociendo la vulnerabilidad de esta población y su necesidad de asistencia médica adecuada. Se trata de un compromiso global con el respeto a los derechos humanos, cuya implementación efectiva sigue siendo un desafío para muchos países.

En las siguientes secciones, descendiendo en especificidad y atendiendo a un criterio cronológico, se describirá y analizará el contenido más importante de algunos ordenamientos que tienen como uno de sus objetivos avanzar el derecho a la salud de todos los individuos, sin importar si estos se encuentran en reclusión. Posteriormente, se hará una revisión de aquellos instrumentos que refieren específicamente a los derechos de las PPL, incluido el derecho a la salud, en sus múltiples modalidades, y se concluirá con la presentación de las condiciones mínimas que garantizan adecuadamente ese derecho.

1. *Marco convencional general*

Haciendo un ejercicio inclusivo de sujetos de las normas internacionales, destaca en primer lugar la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), 1948, al establecer que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que incluya la atención médica (artículo 25); una de las modalidades del derecho a la salud. La DUDH ha sentado las bases de otros tratados específicos y ha sido interpretado como un rasero mínimo para garantizar el acceso a la salud de las personas privadas de la libertad. En segundo lugar, se tiene la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH), 1948. En relación con el derecho a la salud de las PPL la DADDH no tiene un artículo específico pues sus postulados son genéricos y van dirigidos a todas las personas sin excepción (al igual que la DUDH). Sin embargo, en la redacción de algunos de sus artículos, se pueden identificar elementos relevantes que permiten avanzar este derecho.

Tal es el caso del artículo I, que hace referencia al derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal, cuya conexión con la preservación de la salud es indiscutible pues sin acceso adecuado y oportuno a esta, es imposible garantizar los primeros en un entorno penitenciario. Por su parte, el artículo II de la DADDH, contiene el derecho a la igualdad ante la ley, el cual implica que las PPL tienen derecho, como cualquier otra persona, a recibir atención médica sin discriminación alguna, independientemente de su origen étnico, nacionalidad, género, orientación sexual o cualquier otra condición. Por último, el artículo XI, que hace referencia directa a la preservación de la salud y el bienestar de todas las personas, el cual sirve de base para destacar la importancia de proporcionar servicios de salud adecuados y de calidad (un supuesto pudiendo ser durante la vida en prisión).³

Al igual que ambas declaraciones, dos son los pactos internacionales de contenido relevante para avanzar el derecho a la salud de las personas, incluidas aquellas en reclusión en los centros penitenciarios. En primer lugar, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), 1966, en el cual se establece que toda persona —incluyendo aquellas privadas de libertad— será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano (artículo 10), siendo una condición necesaria de esta obligación garantizar el derecho a la salud. En segundo lugar, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),

³ Es importante tener en cuenta que, si bien la DADDH establece principios fundamentales de protección de derecho en la región, su capacidad para hacer cumplir directamente el derecho a la salud de las PPL es limitada.

1966, en donde se dispone toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, estipulando las medidas mínimas para asegurar la efectividad plena del derecho (artículo 10.2.), de las cuales destacan aquellas necesarias para prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole (por cierto, recurrentes en centros penitenciarios), y aquellas para crear condiciones que aseguren a todas las personas asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (artículo 10.2., incisos c y d).

Igualmente importante resulta la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH), 1969, conocida coloquialmente como Pacto de San José, pues si bien no tiene propiamente referencia expresa al derecho a la salud, si establece disposiciones normativas que facilitan su acceso y ejercicio pleno.⁴ Es el caso del artículo 5, que contempla el derecho a la integridad personal, prohibiendo la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes. En este sentido, sobre el tema que aquí ocupa, el acceso a la salud adecuada y oportuna para las personas privadas de la libertad es fundamental para proteger su integridad física y mental.

Otro contenido normativo de la CADH por destacar es el artículo 11, que protege el derecho a la honra y la dignidad de toda persona, lo cual en el contexto penitenciario, implicaría que las PPL tienen derecho a ser tratadas con respeto y dignidad, incluido el acceso a servicios de salud sin discriminación ni malos tratos. Igualmente destacable es el artículo 25 del mismo instrumento que habilita el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes en caso de que los derechos humanos sean vulnerados; supuesto que podría actualizarse si una persona privada de la libertad enfrenta obstáculos para acceder a servicios de salud adecuados.

Un último contenido normativo del Pacto de San José, al que se debe aludir es el artículo 26, pues establece un mandato para los Estados consistente en implementar medidas progresivas para mejorar el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales; incluido naturalmente el derecho a la salud. Si bien no se establecen obligaciones inmediatas ni absolutas, si se exige que los Estados avancen en la protección de estos derechos de manera constante y efectiva.

⁴ Aunque la CADH no contiene un artículo específico sobre el derecho a la salud de las PPL, su aplicación y cumplimiento están sujetos a la interpretación y jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH). Al respecto, la Corte ha reafirmado la importancia de proteger los derechos humanos de los reclusos, incluido el acceso a servicios de salud adecuados, y ha emitido sentencias que resaltan la responsabilidad de los Estados en este sentido.

De menor reconocimiento que el Pacto de San José pero de similar importancia resulta el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1988, conocido como Protocolo de San Salvador. Este instrumento regional establece que toda persona (incluidas las PPL), tiene derecho a la salud; entendida esta como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. A su vez, este instrumento compromete a los Estados a reconocer la salud como un bien público.

De igual forma, el Protocolo obliga a los Estados a adoptar medidas para garantizar el derecho a la salud (artículo 10), tales como: la atención primaria de la salud (la asistencia sanitaria esencial al alcance de todos los individuos y familiares); la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; la inmunización total contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y tratamiento de enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole, y la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud. Todas estas medidas son perfectamente aplicables sobre la población privada de la libertad sin mayor obstáculo o restricción.

A la par de los ordenamientos e instrumentos internacionales hasta ahora mencionados, existen otros más que ayudan, en un plano preventivo, a garantizar el derecho a la salud, particularmente en la promoción y protección de este derecho en el contexto penitenciario. Uno de estos es la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, 1984. Gracias a la Convención —y a la normatividad secundaria nacional que la hace operativa— es posible, por ejemplo, que las PPL puedan ser examinadas de forma regular por un médico; que se tomen medidas para prevenir y tratar lesiones físicas o afectaciones psicológicas producto del internamiento o durante la vida en reclusión; o que se realicen monitoreos independientes sobre los centros de detención.

2. *Marco convencional especializado*

Enfocados en materia penitenciaria existen estructuras normativas específicas que pretenden avanzar el derecho a la salud de las PPL. Al margen de los Principios básicos para el tratamiento de los reclusos, 1990, cuyo contenido relevante en materia de salud es la mera estipulación del derecho de los reclusos a tener acceso a los servicios de salud que disponga el país, y sin

discriminación por su condición jurídica, los instrumentos más destacados que se abordarán corresponden a reglas.⁵

En primera instancia se destacan las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, 1955.⁶ Este instrumento tuvo como objetivo establecer los estándares mínimos universalmente reconocidos para la gestión de los centros penitenciarios y el tratamiento de las PPL. En cuanto hace al derecho a la salud, de su contenido son relevantes las obligaciones de garantizar una alimentación de calidad para las PPL, de asegurar que el tratamiento de la persona en reclusión sea de acuerdo con sus necesidades de salud, y de proveer acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación. Las reglas también contemplan la obligatoriedad de una evaluación periódica de la salud física y mental de las PPL, que profesionales de la salud se rijan por los mismos estándares éticos que se aplican a los pacientes en la comunidad, especificando a la vez su rol en el contexto de los procedimientos disciplinario.

En el ámbito regional para México, un instrumento destacado son las Reglas Penitenciarias Interamericanas (RPI), 2008, adoptadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Se trata de un conjunto de normas que establecen estándares mínimos para la protección de los derechos de las PPL en el continente americano. Su objetivo es proporcionar orientación a los Estados miembros sobre cómo garantizar un trato humano y digno en el contexto penitenciario. Las RPI reconocen el derecho de las PPL a recibir atención médica adecuada y para ello establecen la obligación de garantizar servicios de salud de calidad incluyendo la prevención, el diagnóstico, y el tratamiento de las enfermedades físicas y mentales. Complementariamente al ejercicio del derecho a la salud, las RPI establecen los estándares mínimos para las condiciones de vida en los centros penitenciarios, incluyendo aspectos como un espacio suficiente, ventilación, iluminación, higiene y calidad de los alimentos.

En tercer lugar, interesa comentar las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes, 2010, conocidas comúnmente como Reglas

⁵ Los Principios básicos para el tratamiento de los reclusos fueron adoptados y proclamados por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 45/111, el 14 de diciembre de 1990.

⁶ Los comentarios a continuación sobre este instrumento incluyen el contenido de la actualización del modelo de reglas que fue actualizado en 2011, impulsada por la Asamblea General de Naciones Unidas. Este instrumento en la actualidad ha caído en desuso y constituye únicamente un antecedente de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (2015), conocidas como Reglas Mandela.

de Bangkok (RB). Este instrumento establece normas y directrices para mejorar la situación de las mujeres en el sistema de justicia penal, se centran en su tratamiento en la cárcel y en el uso de medidas no privativas de la libertad.⁷ Las RB proporcionan orientación basada en los estándares internacionales de derechos humanos y enfoque de género. Por lo tanto, se espera que los países las apliquen de manera coherente con sus sistemas y leyes nacionales.⁸

Las RB establecen principios rectores vinculados a la operatividad del derecho a la salud tales como la igualdad de género, la dignidad, o la no discriminación. Establecen a su vez un régimen de clasificación específico para las mujeres que delinquen, en donde se consideran factores como su edad, salud, maternidad, o necesidades especiales. Sobre este último aspecto, las RB determinan prestar atención a condiciones especiales como lo es la salud física y mental de las mujeres privadas de la libertad y se establecen disposiciones para garantizar que mujeres embarazadas y las madres con hijos tengan acceso a servicios de salud adecuados.

Probablemente el instrumento internacional más conocido a este respecto son las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, 2015, conocidas en general como Reglas Mandela (RM). Las RM establecen los principios y directrices para el tratamiento humano y la gestión de las PPL.⁹ Buscan promover un enfoque de reintegración en el sistema penitenciario, asegurando que las personas privadas de la libertad sean tratadas con dignidad y respeto, y que se respeten sus derechos humanos fundamentales.

En referencia al derecho a la salud de las PPL, las RM ordenan acatar estándares mínimos para las condiciones de vida en las prisiones, incluyendo aspectos como la higiene, el espacio habitable, el acceso a agua potable,

⁷ A pesar de no ser jurídicamente vinculantes, se espera que los Estados miembros de las Naciones Unidas las tengan en cuenta y las utilicen como referencia para desarrollar o mejorar sus políticas y prácticas relacionadas con las mujeres acusadas de la comisión de un delito o que cumplen una pena.

⁸ En este sentido, las RB son recomendaciones y directrices internacionales, pero cada país tiene la responsabilidad de implementarlas y adaptarlas a su contexto legal y social específico.

⁹ Aunque las Reglas Mandela no tengan carácter propiamente vinculante, su contenido se encuentra en línea con las obligaciones internacionales de México en materia de derechos humanos. Por lo tanto, se espera que el sistema penitenciario mexicano adopte y aplique estos estándares (RM) como parte de su responsabilidad de proteger y garantizar los derechos de las personas privadas de la libertad. No obstante, interesa subrayar que la implementación y el cumplimiento de estas reglas en la práctica varían de un país a otro y están sujetos a la voluntad y capacidad de cada Estado para adoptar medidas adecuadas.

la ventilación adecuada, la iluminación y la temperatura confortable (similar a lo establecido por las RPI). Consecuentemente, se deben proporcionar instalaciones sanitarias adecuadas y se debe garantizar la disponibilidad de atención médica. De igual forma, las RM señalan la obligación de garantizar el acceso a servicios de atención médica de calidad para las PPL. Por tanto, con base en esta obligación, se deben proporcionar servicios de atención primaria, incluyendo la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades físicas y mentales.

Visto hasta aquí el contenido más relevante de los ordenamientos internacionales y regionales, generales y específicos, en relación con el derecho a la salud de las PPL, el Estado mexicano, como signatario de tratados y convenios de esta naturaleza, tiene las obligaciones de promover, proteger, respetar y garantizar este derecho. Esto implica la necesidad de asignar recursos adecuados, capacitar al personal penitenciario en temas de salud y derechos humanos, y establecer mecanismos efectivos de supervisión y rendición de cuentas.

3. Cuatro condiciones mínimas que permiten garantizar el derecho a la salud de las PPL libertad

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948). Entonces, el derecho a la salud constituye un derecho humano universal y multidimensional, el cual se debe garantizar por parte de las autoridades estatales sin diferencia o distinción entre sujetos. Con lo hasta ahora expuesto, es posible concertar que son cuatro las características esenciales del derecho a la salud estipuladas por diversos ordenamientos internacionales (y reconocidas por el Estado mexicano, como se verá más adelante).

La primera de estas características es la disponibilidad. La cual compromete a gobiernos y autoridades a garantizar que haya servicios adecuados de salud para todos sus ciudadanos, sin importar ninguna condición. Siguiendo postulados internacionales, este componente esencial del derecho a la salud se garantiza por medio de establecimientos médicos, de programas de salud especializados, del acceso a bienes como lo pueden ser medicamentos, y con servicios de salud a la mano de cualquier persona, incluidas las privadas de la libertad. De esta manera, que los servicios de salud estén disponibles, implica que deben estar presentes en cantidad suficiente para garantizar que todas las personas tengan acceso a la atención médica cuando la necesiten.

Una segunda característica la constituye la accesibilidad, la cual implica que no debe ser discriminada ninguna persona en el ejercicio del derecho a la salud. Por lo tanto, cualquier persona debe ser atendida, sea cual sea su condición. La accesibilidad se refiere a la disponibilidad y la asequibilidad, geográfica y cultural, de los servicios de atención médica y los recursos de salud para todas las personas, sin discriminación.

Por su parte, la tercera característica la constituye la aceptabilidad del derecho a la salud. La aceptabilidad se encuentra íntimamente ligada a la ética médica y la cultura de las personas que serán atendidas pues no debe existir un reproche por cualquier condición particular de la persona que será tratada. Esta característica es fundamental para garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud adecuados y culturalmente inclusivos y respetuosos. Al asegurar que los servicios de salud sean aceptables para las diversas comunidades, culturas, grupos sociales o personas en su conjunto, se promueve la igualdad e inclusión en el disfrute del derecho a la salud de todos los individuos, incluidos aquellos que enfrentan un proceso judicial o cumplen con una pena en prisión.

El cuarto y último componente esencial del derecho a la salud que se infiere y encuentra su fundamento en diversos ordenamientos internacionales, lo constituye la calidad de los servicios. Aquí, el servicio brindado debe ser el mejor posible, velando siempre por la seguridad de quien se atiende. Asegurar que los servicios de salud sean de alta calidad implica que las personas deben recibir una atención efectiva, segura, oportuna y centrada en el paciente (de acuerdo con sus necesidades). La calidad de los servicios de salud tiene importantes implicaciones que abarcan tanto aspectos individuales como colectivos de la salud pública.

Nótese con esta breve descripción de los contenidos esenciales de los componentes mínimos del derecho a la salud, que las cuatro características coinciden en que, para garantizar esta prerrogativa fundamental, los gobiernos y autoridades deben velar porque el derecho se brinde sin importar la condición de la persona receptora del servicio.

IV. UNA APROXIMACIÓN A LAS DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES Y LEGALES DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN MÉXICO

El derecho a la salud de las y los mexicanos encuentra su fundamento constitucional en el artículo 4o.¹⁰ Esta disposición normativa reconoce el derecho

¹⁰ Este artículo establece que todas las personas tienen derecho a gozar del acceso a los servicios de salud para el cuidado integral de su salud física y mental.

a la protección de la salud de todas las personas, independientemente de su condición, y establece que las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud se definirán en la ley específica para tal efecto. Con base en lo anterior, el Estado mexicano tiene la obligación de implementar políticas y programas que aseguren el acceso a servicios de salud de calidad, incluyendo la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la reintegración social. También en el texto constitucional mexicano se dispone que el sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo (de la capacitación para el mismo), de la educación, de la salud y el deporte, como medios para lograr la reinscripción (reintegración) del individuo a la sociedad (artículo 18).

Siguiendo estos contenidos normativos, las instituciones penitenciarias están obligadas a respetar los derechos humanos de las PPL y, en consecuencia, a garantizar su acceso a servicios de salud. Este reconocimiento constitucional pretende entonces la promoción de un enfoque integral de la salud, abarcando aspectos físicos, mentales y sociales, sin ningún tipo de discriminación.

Evaluar si la regulación constitucional sobre el derecho a la salud en general es insuficiente o no, es un tema que puede ser objeto de diferentes perspectivas y análisis. Caso contrario es lo que se podría decir sobre la regulación de este derecho, pero de las PPL, donde la pregunta tendría que girar en torno a la consideración de si es deseable el ejercicio. Con todo, que la Constitución mexicana contenga expresamente el derecho a la salud de toda persona es un paso fundamental para garantizar pues el reconocimiento explícito es positivo ya que establece una base legal para la promoción y protección de la salud en el país.

En contraste, interesa destacar que, aunque el derecho a la salud tiene reconocimiento constitucional, en dicho ordenamiento no se detallan de manera específica los mecanismos para asegurar su pleno cumplimiento. Así, es en la legislación general, nacional, estatal y su regulación secundaria, donde se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Es precisamente esta multiplicidad de continentes normativos lo que puede dar lugar a interpretaciones diversas y deja abierta la posibilidad de que la implementación sea insuficiente en muchos casos.

1. Postulados críticos del derecho a la salud en la Ley Nacional de Ejecución Penal

Dejando en suspenso la idoneidad o prejuicio de la limitada referencia constitucional o la posible dispersión legislativa del derecho a la salud, es

menester concentrarse sobre el contenido de esta prerrogativa fundamental que se hace en la Ley Nacional de Ejecución Penal (LNEP). En esta legislación se determina que las PPL gozarán de todos los derechos previstos en la Constitución y los tratados internacionales durante la ejecución de la prisión preventiva o de las sanciones impuestas (artículo 9). En consecuencia, subyace la obligación de la autoridad penitenciaria de garantizar la protección del derecho a la salud, de manera universal y sin discriminación.

La LNEP estipula que la salud es un derecho humano reconocido por la Constitución y que es uno de los servicios fundamentales en el sistema penitenciario. Indica a su vez que este servicio público tiene el propósito de garantizar la integridad física y psicológica de las PPL, como medio para proteger, promover y restaurar su salud (artículo 74). La LNEP contiene una serie de directrices de carácter obligatorio para la autoridad penitenciaria con el propósito de avanzar el ejercicio del derecho a la salud las PPL durante la vida en reclusión:

TABLA 1
OBLIGACIONES ESTATALES PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD

<i>Figura regulada</i>	<i>Contenido destacado</i>
Examen médico de ingreso (artículo 75)	<ul style="list-style-type: none">— A toda PPL se le debe practicar un examen psicofísico a su ingreso, para determinar el tratamiento de primer nivel que requiera.— En caso de advertirse lesiones o señales de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes, esta situación deberá certificarse por medio del Protocolo de Estambul y se hará del conocimiento de la autoridad penitenciaria, la cual reportará al Ministerio Público para iniciar la investigación correspondiente.— Si el servidor público encargado de revisar a la PPL sujeta al examen psicofísico se percató de la existencia de malos tratos o tortura y no lo hiciera del conocimiento al Ministerio Público, incurre en responsabilidad penal por omisión.
Servicios médicos (artículo 76)	Los servicios médicos tendrán por objeto la atención médica de las PPL, desde su ingreso y durante su permanencia, siguiendo las siguientes acciones:

<i>Figura regulada</i>	<i>Contenido destacado</i>
	<ul style="list-style-type: none"> — Realizar campañas permanentes de prevención de enfermedades. — Otorgar el tratamiento adecuado mediante el diagnóstico oportuno de enfermedades agudas, crónicas y crónico-degenerativas, incluyendo las enfermedades mentales. — Prescribir las dietas nutricionales en los casos que sea necesario, a fin de que la alimentación sea variada y equilibrada; — Suministrar los medicamentos y terapias básicas necesarias para la atención médica de las PPL. — Contener en primera instancia y poner en aviso a las autoridades competentes en materia de salud en caso de brote de enfermedad transmisible que pueda ser fuente de epidemia.
<p>Características de los servicios de atención médica (artículo 77)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Los servicios de atención médica deben ser gratuitos y obligatorios para las PPL. Estos contemplarán actividades de prevención, curación y rehabilitación, en estricto apego a las disposiciones legales en materia de servicios de salud. — Las instalaciones deben ser higiénicas y contarán con los espacios adecuados para garantizar el derecho a la salud de las PPL en un centro penitenciario.
<p>Responsable médico (artículo 78)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — En cada centro penitenciario debe: 1) existir, como mínimo, atención de primer nivel en todo momento, procurada cuando menos por un médico responsable de cuidar la salud física y mental de las PPL y vigilar las condiciones de higiene y salubridad; 2) haber, por lo menos, un auxiliar técnico-sanitario y un odontólogo.
<p>Medidas terapéuticas (artículo 79)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Cuando del diagnóstico del área de servicios médicos se desprenda la necesidad de aplicar medidas terapéuticas que impliquen riesgo para la vida o la integridad física de la PPL, se requiere su consentimiento por escrito. Salvo en los casos de emergencia y en los que atente contra su integridad, podrá determinarlo la autoridad penitenciaria competente. — Si la PPL no se encuentra en condiciones de otorgar su consentimiento, éste podrá requerirse a su cónyuge, familiar ascendiente o descendiente, o a la persona previamente designada por él. — En caso de no contar con ningún consentimiento, será responsabilidad de la autoridad penitenciaria competente determinar lo conducente.

<i>Figura regulada</i>	<i>Contenido destacado</i>
Convenios con instituciones del sector salud (artículo 80)	— Se deben celebrar convenios con instituciones públicas y privadas del sector salud en los ámbitos federal y local, para atender las urgencias médico-quirúrgicas cuya intervención no se pueda llevar a cabo en los centros penitenciarios, así como para la designación del personal médico que proporcione servicios de salud de manera continua y permanentemente en el sistema penitenciario nacional.

FUENTE: Elaboración propia con base en la LNEP.

Varias de las pautas detalladas en el cuadro 1 se desagregan y explican en otros artículos de la LNEP, desagregando su alcance obligatorio. La LNEP estipula de igual forma el derecho de las PPL de recibir asistencia médica preventiva y tratamiento para el cuidado de la salud, atendiendo a las necesidades propias de su edad y sexo en unidades médicas que brinden asistencia de primer nivel, en el centro penitenciario que se trate (artículo 9, fracción II). En caso de que sea insuficiente la atención brindada en reclusión o se necesite asistencia médica avanzada, se podrá solicitar el ingreso de atención especializada a la prisión o que la PPL sea remitida a un centro de salud público (artículo 9, fracción II). Los alcances de este derecho incluyen la prerrogativa de recibir alimentación nutritiva, suficiente y de calidad para la protección de su salud (artículo 9, fracción III).

En cuanto hace al concepto de atención médica, la LNEP considera varias obligaciones para las autoridades y al igual que subderechos para las PPL que sin duda incrementan la factibilidad de ejercer el derecho a la salud en todas sus dimensiones y modalidades. De las obligaciones de la autoridad penitenciaria destacan el brindar la atención médica, en coordinación con la Secretaría de Salud federal (o sus homólogas estatales), y de acuerdo con el régimen interior y las condiciones de seguridad del centro de reclusión siempre en los términos de la Ley General de Salud (artículo 34). Asimismo, la autoridad penitenciaria deberá tomar las medidas necesarias para garantizar atención médica de urgencia en los casos en que se requieran.¹¹

Siguiendo con las obligaciones para la autoridad penitenciaria, en coordinación con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud com-

¹¹ La LNEP dispone que sólo en casos extraordinarios en que por su gravedad así lo requieran, podrán ser trasladados a instituciones públicas del sector salud para su atención médica, observándose las medidas de seguridad que se requieran.

petentes, debe garantizar la disponibilidad permanente de medicamentos de cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica (artículo 34). La autoridad penitenciaria deberá establecer, de igual forma, los procedimientos necesarios para proporcionar oportunamente los servicios e insumos requeridos para otros niveles de atención.

La confidencialidad de la información médica de las PPL es otro elemento destacado de la LNEP (artículo 34). Ese ordenamiento indica que es obligación del personal que presta servicios médicos en los centros penitenciarios preservar la confidencialidad de la información a la que tengan acceso.¹² De hecho, la información clínica no deberá formar parte del expediente de ejecución, según se estipula en la legislación.

Las consideraciones sobre el consentimiento de las PPL frente a las intervenciones de profesionales médicos, así como el tratamiento de su salud mental son dos componentes novedosos de la LNEP (artículo 24). Ahí se mandata que las intervenciones psicológicas, psiquiátricas o médicas deben contar con el consentimiento informado de la PPL.¹³ También se indica que los servicios de atención psicológica o psiquiátrica se prestarán por personal certificado del centro penitenciario que se trate, o en su defecto, de personal externo que dependa del Sistema Nacional de Salud.

2. Elementos de la atención médica a las mujeres privadas de la libertad

Destaca a su vez que la LNEP considera otros componentes del derecho a la salud de las PPL, específicamente dirigidos a las mujeres en reclusión, tales como (artículo 10): recibir, al ingresar al centro penitenciario, una valoración médica que comprenda un examen exhaustivo para determinar sus necesidades básicas y específicas de atención a su salud (fracción IV); recibir alimentación adecuada y saludable para sus hijos, acorde con su edad y sus necesidades de salud (fracción VII); así como contar con las instalaciones adecuadas para que sus hijos reciban la atención médica atendiendo a su edad, condiciones y a sus necesidades de salud específicas (fracción X).

Por otra parte, en la LNEP se ordena que las mujeres privadas de la libertad (MPL) embarazadas deberán contar con atención médica obstétrico-ginecológica y pediátrica, durante el embarazo, el parto y el puerperio (artículo 36). Este tipo de atenciones deberá realizarse en hospitales o lugares

¹² A su vez, se establece una excepción: la autoridad penitenciaria únicamente podrá conocer dicha información por razones de salud pública.

¹³ Esta regla también admite una excepción: aquellos casos en los que, por requerimiento de autoridad judicial, se examine la calidad de inimputable o de incapaz de una PPL.

específicos establecidos en el centro penitenciario que se trate, cuando cuenten con las instalaciones y el personal de salud especializado. En caso de no contar con las instalaciones o con personal médico y que la condición de salud de la mujer o del feto requieran de atención, ésta se garantizará en instituciones públicas de salud.

Una vez recorrido el articulado más importante sobre el derecho a la salud que se contempla en la LNEP, se concluye este apartado haciendo notar que la suficiencia del contenido de ese derecho en la legislación ha despertado un debate. Por un lado, se considera que si esta legislación nacional ha incorporado disposiciones sólidas que aseguren el acceso a servicios de salud adecuados para las personas en reclusión, y a su vez establece mecanismos efectivos para garantizar su atención médica y bienestar, entonces se puede considerar que el contenido del derecho a la salud es suficiente. No obstante, si existen deficiencias en la implementación de estas medidas (las cuales es posible documentar), como lo son la falta de recursos, personal capacitado o infraestructura adecuada para brindar atención médica a los reclusos, naturalmente se podría cuestionar la suficiencia de la protección del derecho a la salud en este ordenamiento.

Con todo, una supervisión efectiva, acompañada por la promoción de la transparencia y la rendición de cuentas en la aplicación de la LNEP serán fundamentales para asegurar que se cumplan los estándares internacionales de derechos humanos y garantizar una justicia de ejecución penal que respete la dignidad y el bienestar de todas las personas involucradas.

V. ¿ES NOTORIO EL INCUMPLIMIENTO NORMATIVO? CONDICIONES CARCELARIAS QUE ENFRENTA LAS MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN LAS PRISIONES MEXICANAS

Una vez descrito el contenido normativo internacional y nacional en referencia al derecho a la salud en general y de las PPL, dada su exhaustividad, cualquiera imaginaría que en México se dan todas las condiciones para avanzar este derecho fundamental. Sin embargo, es de conocimiento generalizado que la realidad planteada por los ordenamientos internacionales, y pretendida por las normas nacionales, dista mucho de los fenómenos cotidianos y las condiciones que enfrentan las PPL en los centros penitenciarios.

Esta fenomenología al interior de los centros de reclusión, de acuerdo con testimonios documentados por comisiones de derechos humanos y defensores públicos, se caracteriza por: la limitada cobertura de los servicios de salud que tiene las prisiones en el país, su calidad, al igual que de aten-

ción médica básica y de medicina preventiva; el desabasto de medicamentos, la constante exposición a factores criminógenos y laborales que afectan la salud física; la falta atención psicológica y psiquiátrica especializada para garantizar la salud mental, o la insuficiente infraestructura institucional de salud que impide brindar la asistencia médica adecuada a las PPL. Irónicamente, estas condiciones son precisamente las que se han pretendido eliminar por decreto legislativo.

Antes de continuar con una valoración más profunda sobre si es insuficiente el marco normativo convencional y nacional para mitigar los impactos a la salud de las condiciones de vida en las prisiones mexicanas, interesa presentar los resultados de dos instrumentos estadísticos que buscan presentar una radiografía de lo que ocurre a interior de los centros penitenciarios y el estado que guarda el sistema. Este ejercicio permitirá dar una aproximación más certera sobre las necesidades que persisten para garantizar de manera adecuada el derecho a la salud de las PPL.

Interesa aclarar que, en busca de hallazgos específicos, en donde se obtuvo información clasificada por género, se centrarán los resultados en torno a las mujeres en reclusión que siguen un proceso o cumplen con una condena en prisión.

3. *Resultados de la Encuesta Nacional de Población*

Privada de la Libertad 2021 sobre el derecho a la salud

El primer instrumento por comentar es la Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL), 2021.¹⁴ El objetivo de la encuesta es obtener información relevante con representatividad nacional, por entidad federativa y por centros penitenciarios de interés, sobre la experiencia del proceso penal e internamiento de la población privada de la libertad.

Al respecto del derecho a la salud de las PPL encontramos en la ENPOL 2021 que, en todo el país, a 72.7% de la población privada de la libertad le fue practicado un examen médico a su llegada al centro. Es de

¹⁴ Se trata de una encuesta publicada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía, e Informática (INEGI), con una periodicidad de dos años (próxima publicación: diciembre de 2023). Su finalidad es generar información estadística que permita conocer las condiciones de procesamiento y de internamiento de las personas privadas de la libertad, su perfil demográfico y socioeconómico, los delitos por los que fueron procesados o sentenciados, entre otras características. El tamaño de la muestra de la encuesta fue de 67584 personas privadas de la libertad (55535 hombres y 12049 mujeres), alcanzando una cobertura geográfica nacional, por entidad federativa y para centros penitenciarios de interés. En total fueron visitados 203 centros penitenciarios.

señalarse que esta debería ser cercana al 100% para no contravenir normas internacionales y disposiciones nacionales. Por otra parte, al 41.7% de la población privada de la libertad se le realizaron revisiones médicas para conocer su estado de salud durante su estancia en el centro. Con base en esas revisiones periódicas, se tiene que 9.3% de la población privada de la libertad fue diagnosticada con presión arterial alta (hipertensión), siendo la enfermedad de mayor recurrencia entre las PPL.¹⁵ Además, sólo 69.6% de la población recibió el medicamento o tratamiento para la enfermedad diagnosticada por parte del centro penitenciario,¹⁶ la cual es una obligación estatal inevitable para la autoridad por lo es otro rubro en el que se incumple notoriamente con las determinaciones legales vinculantes.

Sobre el derecho a la salud de las MPL, la ENPOL 2021 obtuvo los siguientes hallazgos. En primer lugar, 16.5% de la población de MPL ha sido diagnosticada con presión arterial alta (hipertensión), siendo la enfermedad de mayor recurrencia entre este grupo.¹⁷ Por otra parte, sólo 68.6% de la población de MPL recibe el medicamento o tratamiento para la enfermedad diagnosticada por parte del centro penitenciario. Asimismo, destaca que únicamente 41% de las MPL señaló que le fue practicado el examen de Papanicolau durante el último año. Nuevamente, dos obligaciones estatales generalizadas, se incumplían.

En cuanto a la maternidad y salud reproductiva de las MPL, 11.7% de la población manifestó que ha estado embarazada alguna vez durante su estancia en el centro penitenciario; de este porcentaje, 19.9% indicó que abortó. Relacionado con lo anterior, 82.1% de la población de MPL que ha estado embarazada durante su estancia en algún centro, señaló que sí acude o acudió al médico adscrito para revisar el estado de su embarazo periódicamente. De la población de MPL que no acude o acudió al médico: 22% señalaron que los médicos del centro penitenciario se negaron a hacerle revisiones; 15.8% indica que las autoridades del centro dijeron que no tienen el equipo necesario para realizarlo, y 14.8% señaló que el centro penitenciario no cuenta con médicos.¹⁸ Estos datos invitan a revisar la aplicación

¹⁵ A la hipertensión, le siguen la diabetes (5%), la hepatitis (3.4%), el COVID (2.7%), la bronquitis o neumonía (2.1%) y la tuberculosis (1.4%).

¹⁶ Siendo las otras alternativas la familia, las propias PPL u organizaciones externas.

¹⁷ Le siguen la diabetes (7.4%), la bronquitis o neumonía (4.2%), el COVID (3.9%), la hepatitis (2.1%) y cáncer de cualquier tipo (1.8%).

¹⁸ Sobre el rubro de hijos(as) en el centro penitenciario, 5.8% de la población de MPL declaró tener hijos(as) menores de doce años viviendo dentro del centro penitenciario. De este porcentaje, 96.6% declaró que sus hijos(as) nacieron durante su reclusión. Asimismo, 98.2% de la población de MPL con hijos(as) menores de doce años al interior del centro

inexcusable de las reglas de salud reproductiva pues la principal razón por la que no se realicen exámenes médicos de revisión del embarazo no puede ser la negativa de los profesionales de la medicina a realizarlos, al ser una obligación estatal.

La ENPOL 2021 también presenta hallazgos sobre las condiciones carcelarias o situaciones de internamiento que repercuten en el ejercicio adecuado del derecho a la salud y que constituyen auténticas amenazas al mismo. A manera de ejemplo:

- Distribución de la población por celda. El 46.4% de la población privada de la libertad en el país compartió su celda con más de cinco personas. En cuanto a la población de MPL, 54.1% compartió con una a cinco personas su celda y 19.2% dijo haber compartido con seis a diez personas.
- Condiciones de la celda. El 86.5% de la población privada de la libertad contó con cama propia en su celda.
- Provisión de servicios básicos. No todas las celdas cuentan con agua potable pues únicamente 75% de la población privada de la libertad respondió tener; de este porcentaje 73.9% de la población de MPL señaló que la celda contó con el servicio de agua potable.
- Bienes y servicios proporcionados por el centro penitenciario. El 86.2% de la población privada de la libertad señaló que el centro penitenciario le proporcionó algún tipo de bien o servicio. De este porcentaje, 84.1% señaló que se les proporcionó servicios médicos (siendo el de mayor cuantía), seguidos de servicios psicológicos, 78.3%, y servicios dentales, 72.2%. Por su parte, el servicio que la población de MPL señaló con más frecuencia fueron los servicios psicológicos, 83.3%.
- Pago por bienes o servicios que reciben los hijos(as) en el centro penitenciario. El 22% de la población de MPL con hijos(as) menores de doce años viviendo en el centro señaló que han tenido que pagar por alguno de los bienes o servicios que sus hijos reciben dentro del centro penitenciario. De los cuales, 71.3% ha sido pago por medicamentos seguido por el pago de servicios médicos, 61%.
- Percepción de inseguridad. El 14.4% de la población privada de la libertad se sintió insegura al interior de su celda, mientras que 25.9% se sintió insegura en el centro penitenciario.

penitenciario, tiene a un hijo(a) viviendo con ellas. El rango de edad de los hijos(as) es de 1 a 3 años, para el 56.5% de los casos.

- Victimización. El 34.1% de la población privada de la libertad señaló haber sido víctima de algún delito ocurrido en el centro penitenciario. Por su parte, 42.5% de la población de MPL señaló haber sido víctima de algún delito ocurrido en el centro penitenciario.¹⁹
- Actos de corrupción. El 36.2% de la población privada de la libertad fue víctima de al menos un acto de corrupción en las etapas del proceso penal; 17.2% de estas fue víctima de actos corrupción en el centro penitenciario. Al respecto, 32.8% de la población de MPL pagó para recibir medicamentos y 10.7% pagó para recibir servicios médicos, psicológicos o escolares.

De los anteriores datos destacamos que el número de PPL que comparten celda es elevado, lo que puede ser un conductor eficiente de enfermedades de propagación condicionando la salud del entorno. La carencia en los servicios básicos es otro problema que demanda acción inmediata tomando como referencia el que no todas las celdas de la muestra seleccionada por ENPOL 2021 contaban con agua potable.

En relación con la maternidad, destaca negativamente que más de una quinta parte de las MPL con hijos(as) menores de doce años viviendo en la prisión, han tenido que pagar por bienes o servicios que sus hijos reciben dentro del centro penitenciario. Esta cifra se torna aún más preocupante si los cobros se realizan por pago por medicamentos y el pago de servicios médicos, siendo una obligación estatal velar por el interés superior de los menores y garantizar el derecho a su salud.

Igualmente inadmisibles resultan las condiciones de inseguridad, victimización y corrupción que imperan en los centros penitenciarios, por sus nocivas repercusiones sobre la salud. Tan solo tomando como ejemplo los actos de corrupción que enfrentan las MPL al interior de las prisiones, destaca que cerca de una tercera parte de la población femenina realizó pagos indebidos para recibir medicamentos. La salud, la atención médica y los servicios relacionados no deben condicionarse por ningún motivo.

En general, la ENPOL es un instrumento útil para recopilar datos de la población penitenciaria mexicana. Sin embargo, también puede presentar algunas limitaciones como niveles de subjetividad, dificultad para medir la realidad objetiva, cambio de percepciones en el tiempo y la influencia del contexto de la encuesta. En consecuencia, la información que se presenta por ENPOL debe analizarse con precaución.

¹⁹ De ellas, 89.1% señaló que fue víctima de robo de objetos personales y 19.4% de lesiones físicas.

VI. DESTACADOS DEL CENSO NACIONAL DE SISTEMA PENITENCIARIO FEDERAL Y ESTATALES 2023 EN RELACIÓN CON EL DERECHO A LA SALUD

El segundo instrumento que se presenta es el Censo Nacional de Sistema Penitenciario Federal y Estatales (CNSPFE), 2023.²⁰ El objetivo del censo es generar información sobre la gestión y el desempeño del sistema penitenciario mexicano en el ámbito nacional. De acuerdo con el censo, al finalizar 2022, la infraestructura penitenciaria nacional se conformó por un total de 314 centros: 15 centros penitenciarios federales, 248 centros penitenciarios estatales y 51 centros especializados.²¹

Sobre los factores que podrían repercutir en el ejercicio del derecho a la salud de las población privada de la libertad, se encontró en el CNSPFE 2023 lo siguiente:

- Presupuesto. En 2022, el presupuesto ejercido por los centros penitenciarios y centros especializados aumentó en 47.7%.²²
- Recurso humano. La cantidad de personal adscrito a los centros penitenciarios estatales y especializados disminuyó 2.4% entre 2021 y 2022.
- Certificación o acreditaciones. Únicamente 99 centros penitenciarios y centros especializados contaron con alguna certificación o acreditación de sus instalaciones para 2022.²³
- Ingresos a los centros penitenciarios. Los ingresos de personas a los centros penitenciarios federales y estatales aumentaron 16.2% entre 2021 y 2022.

De lo anterior se percibe que mientras el presupuesto ejercido por los centros penitenciarios en un año se incrementó en cerca de la mitad, el recurso humano disminuyó en un porcentaje cercano al 2% para algunos

²⁰ El censo se realiza por el INEGI, su periodicidad es anual y la población objetivo la constituyen los gobiernos.

²¹ Se refiere a los centros especializados destinados al internamiento o semi-internamiento de las personas adolescentes, tales como los centros de tratamiento o internamiento para personas adolescentes, escuelas de readaptación social, comunidades, albergues, o cualquier otro destinado a cubrir ese tipo de funciones.

²² Del total del presupuesto ejercido, 43.6% concentraron los centros federales y 56.4% los centros estatales.

²³ En el CNSPFE se indica que otros centros pudieron contar con certificaciones de esta naturaleza, pero que no se tuvo acceso a esa información. Las certificaciones o acreditaciones fueron realizadas por alguna autoridad o asociación nacional o extranjera.

tipos de centros penitenciarios. Ambas cifras contrastan con el incremento de más de 16% en el número de personas que ingresaron a los centros penitenciarios. Lo anterior, invita a la revisión pormenorizada sobre el ejercicio del gasto del sistema penitenciario en su conjunto, pues resulta extraño que a mayor presupuesto ejercido, con más número de ingresos de personas reportado, se cuente con menos personal. Ahora, si se considera que el número de aquellos centros que reportan certificaciones o acreditaciones constantemente es menos de la tercera parte de la infraestructura penitenciaria nacional, esta situación, de convertirse en tendencia, podría impactar la operatividad adecuada de las prisiones en México en detrimento de la protección del derecho a la salud.

El CNSPFE 2023 también proporciona datos sobre las afectaciones a la salud que aquejan a la población privada de la libertad y las condiciones de internamiento. De estos destacan:

- Población privada de la libertad. Para 2022, se registró un aumento de 2.6 % en el total de la población privada de la libertad en centros penitenciarios federales y estatales.
- Enfermedades crónico-degenerativas de la población privada de la libertad. Para 2022, 10.2% de las PPL padecían alguna enfermedad crónica-degenerativa. La diabetes fue la enfermedad más frecuente con 29%.²⁴ Respecto a la cifra reportada en 2021, la población que padecía alguna enfermedad crónica-degenerativa aumentó 31.5% en 2022.
- Adicciones en población privada de la libertad. Para 2022, 36.2% de las PPL tenía alguna adicción a sustancias psicoactivas. Respecto a la cifra reportada en 2021, la población con alguna adicción aumentó 9.7% en 2022.²⁵
- Espacios físicos e infraestructura especializada. Para 2022, fueron identificados 281 consultorios médicos, 227 consultorios de atención psiquiátrica o psicológica, 63 salas de desintoxicación, 58 hospitales disponibles, 58 espacios de maternidad y 29 espacios destinados al alojamiento o pernocta de hijos(as) con sus madres, en todos los centros penitenciarios en el país, los cuales se consideran dentro de la capacidad instalada del sistema penitenciario mexicano.

²⁴ Por grupo, le siguieron para 2022 las enfermedades cardiovasculares (23.9%), las enfermedades respiratorias (11.6%), y las enfermedades reumáticas (3.1%).

²⁵ Las tres sustancias que encabezan la lista de adicciones para el año 2022 fueron: tabaco (47.8%), alcohol (36.7%) y marihuana (33.2%).

- Mujeres privadas de la libertad. En comparación con 2021, la cantidad de mujeres que se encontraban embarazadas o en periodo de lactancia disminuyó 11.9%.
- Protección de los derechos humanos. Al cierre de 2022, en 139 centros penitenciarios y centros especializados se presentaron quejas o peticiones administrativas ante la autoridad penitenciaria. En total, las quejas registradas fueron 54 519. De este número las quejas por atención médica o psicológica concentró 37.2%.²⁶

Lo primero que habría que notar es que la población privada de la libertad aumenta de un año a otro en más del 2.5%, situación que se cumple de igual manera en el ejercicio previo, por lo que cualquier amenaza a la salud al interior de las prisiones se potencia con el transcurso del tiempo de no abordarse. Una segunda nota de riesgo a la salud de la población privada de la libertad es que entre los años 2021 y 2022 aumenta 31.5% la población que padecía alguna enfermedad crónica-degenerativa y 9.7% aquellas PPL con alguna adicción.

En relación con la infraestructura penitenciaria destaca que no todos los centros del país cuentan con consultorios médicos, ni de atención psiquiátrica o psicológica. Por otra parte, el número de hospitales disponibles, salas de desintoxicación, espacios de maternidad y de alojamiento o pernocta de hijos(as) menores con sus madres, para brindar servicios de salud y atención a la población privada de la libertad, que son considerados dentro de la capacidad instalada del sistema, es reducido. Alerta de igual manera que de las más de 54 mil quejas o peticiones ante la autoridad penitenciaria más de una tercera parte refieren a la atención médica o psicológica que se brinda en los centros penitenciarios.

En general, el CNSPFE representan una herramienta útil para recopilar datos tanto del sistema como de la población penitenciaria mexicana en un momento específico. Sin embargo, también puede presentar algunas limitaciones que deben considerarse al utilizar sus resultados. Estas limitaciones van desde un posible sesgo de cobertura, la recurrencia de datos autodeclarados, o la falta de datos cualitativos.²⁷ En consecuencia, la infor-

²⁶ Los centros penitenciarios que más concentraron estas quejas fueron federales con 62.2% de las quejas o peticiones administrativas presentadas.

²⁷ Aunque el CNSPFE procura ser completo y abarcar todo el sistema y población penitenciaria en México, siempre existe el riesgo de que ciertos grupos o áreas queden subrepresentados o no sean incluidos en la muestra (sesgo de cobertura). Entonces, por ejemplo, los hallazgos sobre grupos de atención prioritaria al interior de las prisiones podrían ser limitados. Por otro lado, de acuerdo con la información proporcionada en su informe de

mación recopilada por el CNSPFE 2023, al igual que los resultados de la ENPOL, debe interpretarse con precaución.

Se concluye este apartado señalando que, si bien es posible encontrar inconsistencias menores entre los hallazgos de ENPOL 2021 y CNSPFE, reiterando las salvedades metodológicas ya mencionadas para compararlos, es posible afirmar que las prisiones mexicanas se encuentran condiciones subóptimas para el ejercicio adecuado del derecho a la salud de la población privada de la libertad. Esta situación constituye un claro desfase fáctico entre los dispuesto por norma (convencional o nacional) y la ocurrencia cotidiana en los centros penitenciarios. Por tanto, resulta necesario el replanteamiento de la estrategia hasta ahora seguida, centrada en la modificación legislativa y expansión regulatoria para conducirla, con las disposiciones normativas vigentes, a mejorar el diseño de la política pública penitenciaria en materia de salud, garantizar su implementación y supervisar su operación adecuada.

VII. NOTAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA PENITENCIARIA EN MATERIA DE SALUD INCLUSIVA Y DE CALIDAD

Se ha visto hasta este punto que los esfuerzos constantes de modificación y reforma legislativa en materia penitenciaria no se han materializado en la garantía plena del derecho a la salud de la población privada de la libertad. Por el contrario, con base en información estadística pública, se confirma lo anticipado al inicio: México cuenta con un sistema de salud en las penitenciarías que ignora los problemas médicos que enfrenta la población privada de la libertad. En particular, un sistema en el que no dimensiona las asimetrías en los impactos, afectaciones y repercusiones que estas incidencias podrían tener sobre grupos específicos de personas al interior de la prisión.

resultados, el CNSPFE se realiza a través de cuestionarios o formularios que llenan individuos, que en este caso probablemente sea, únicamente quienes integran la autoridad penitenciaria (datos autodeclarados). Esto puede dar lugar a respuestas inexactas o sesgadas sea por desconocimiento o con intención. Entonces, la precisión de los resultados del CNSPFE puede verse afectada por errores de percepción. Asimismo, el CNSPFE, por su diseño metodológico y objetivos, naturalmente carece de datos cualitativos como la calidad de vida o el bienestar emocional de la población privada de la libertad, entre otros los cuales son aspectos esenciales para comprender las condiciones fácticas de la operación del sistema penitenciario y de la vida en reclusión. Por último, el CNSPFE no está exento de que se presente cambios en la definición de preguntas entre un año y otro, aunque si bien su frecuencia disminuye esta posibilidad. Estos cambios pueden dificultar el seguimiento de las tendencias y ajustes también de las condiciones fácticas del sistema penitenciario en su conjunto.

Diseñar políticas públicas penitenciarias en materia de salud es una tarea compleja pero inevitable para garantizar el bienestar de las PPL. En ocasiones, dadas ciertas condiciones, conviene deconstruir el sistema edificado para replantear prioridades y construir una política pública acorde a la realidad. Es probable que este sea el caso del sistema penitenciario de salud mexicano. Con este propósito, se concluye entonces con el planteamiento de líneas de acción generales para diseñar estas política pública penitenciaria de salud inclusiva y de calidad:

En primer lugar, se requiere de la evaluación integral de la población penitenciaria. Un piso mínimo es mantener datos demográficos y de salud precisos, lo que exige a la par la realización frecuente de exámenes médicos y psicológicos para detectar enfermedades y condiciones preexistentes. En segundo lugar, es necesaria la renovación de la infraestructura existente y ampliar la plantilla del personal especializado. Lo anterior demanda incrementar la cantidad de personal médico y de enfermería en los centros penitenciarios, capacitarlos, así como establecer más y mejores clínicas y áreas de atención médica en cada centro que garanticen el acceso a servicios básicos.

Una tercera línea de acción es la prevención y atención de enfermedades infecciosas, que si bien no fueron presentadas como problemas prioritarios en los dos instrumentos estadísticos analizados, esta situación podría detonarse en cualquier momento por las condiciones de hacinamiento. Así, es necesario garantizar la disponibilidad de medicamentos y tratamientos para este tipo de enfermedades, acompañada de campañas de sensibilización y educación sobre la materia.

La cuarta línea de acción es la atención médica integral. Para ello, es necesario proporcionar servicios de atención médica general, incluyendo servicios de emergencia para la población penitenciaria. También, se debe ofrecer atención psicológica y psiquiátrica para abordar problemas de salud mental y conductual, e implementar programas específicos de desintoxicación y rehabilitación para personas con adicciones.

La atención médica integral debe acompañarse de una alimentación y nutrición adecuadas, siendo esta la quinta línea de acción. Se deben establecer planes de suministro de alimentos y nutrientes suficientes y equilibrados para la población penitenciaria. Los planes deben incorporar mecanismos de supervisión de la calidad y seguridad de los alimentos proporcionados en los centros penitenciarios.

La sexta línea de acción refiere a brindar acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo anticonceptivos y atención prenatal, así como garantizar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las

PPL. Ambos temas sensibles en donde se identificó que, en las prisiones mexicanas, se tienen antecedentes de servicios de atención que fueron negados y limitada infraestructura para realizarlos.

Las líneas de acción mínimas hasta ahora enunciadas sirven de poco si no se acompañan de una ruta crítica para su implementación progresiva. Este proceso inicia con un diagnóstico y evaluación inicial sobre el estado de cosas; dimensionar la situación actual de la salud en los centros penitenciarios, identificando las principales problemáticas y necesidades. El proceso deberá considerar una etapa de diseño de política, en donde se sugiere la creación de un grupo interinstitucional que incluya a representantes del sector salud, justicia, penitenciario, ejecución penal y derechos humanos para su elaboración.

Es de igual forma necesario establecer dos marcos de referencia: uno legal, que respalde la implementación de las políticas y garantice el derecho a la salud de las PPL; otro, presupuestario, en el cual se asignen recursos suficientes en el presupuesto nacional y estatales para la ejecución de estas políticas. Contemplando estos marcos de referencia, resulta trascendental implementar programas piloto o prototipo en algunos centros penitenciarios para evaluar la efectividad de las políticas diseñadas. Los prototipo, deberán acompañarse de la ya anunciada capacitación del personal penitenciario y de salud, destacando la importancia de la atención médica y los nuevos procedimientos a seguir.

Seguida la implementación de los prototipo de política pública, no se debe perder de vista que la ampliación del espectro aplicable de la nueva política penitenciaria diseñada debe ser gradual. Una alternativa es expandir progresivamente estas políticas a todos los centros penitenciarios, priorizando aquellos con mayores problemas de salud y hacinamiento. Otra más resulta de la selección cautelosa de aquellos centros que representan menos problema para el ejercicio del derecho a la salud y optar por pequeños triunfos con mayor margen de ajuste. Indispensable será en este punto la verificación de que no se obstruyan competencias entre la Federación y las entidades.

Todos los pasos anteriores rinden frutos si se establece un sistema de monitoreo y evaluación para medir el impacto de las nuevas políticas penitenciarias implementadas. El monitoreo y la evaluación permitirán realizar ajustes y mejoras en función de los resultados obtenidos para avanzar el derecho a la salud y las necesidades emergentes de la población privada de la libertad en cuanto a servicios de atención.

Sólo mediante un enfoque integral que promueva la salud y el bienestar de las PPL como el hasta ahora descrito, se podrá avanzar hacia una mejora

real del sistema penitenciario en México. Con todo, la implementación progresiva de estas políticas requerirá una planificación cuidadosa, de coordinación interinstitucional, del apego a la realidad mexicana imperante, pero sobre todo, de la voluntad política para garantizar el derecho a la salud de las PPL por medio de recursos económicos a disposición.

VIII. FUENTES DE CONSULTA

- Asamblea General de Naciones Unidas. (1990). Principios básicos para el tratamiento de los reclusos. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-treatment-prisoners>
- CIDH. (2008). Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (OEA/Ser/L/V/II.131 doc. 26). <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/mandato/basicos/principiosppl.asp>
- CIDH. (2008). Reglas Penitenciarias Interamericanas.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (1948).
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Convención Americana de Derechos Humanos. (1969).
- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. (1984).
- Coyle, A. (2009). *La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos. Manual para el personal penitenciario*. (2a. ed.). King's College London, Centro Internacional de Estudios Penitenciarios—Foreign and Commonwealth Office London. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/29994.pdf>
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. (1948).
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948).
- INEGI. (2023). Censo Nacional de Sistema Penitenciario Federal y Estatales.
- INEGI. (2021). Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad.
- Ley Nacional de Ejecución Penal
- Naciones Unidas. (1955). Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos.
- Naciones Unidas. (2010). Reglas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes.
- Naciones Unidas. (2015). Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (1966).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966).

Pérez Correa, C. (2011). De la Constitución a la prisión. Derechos fundamentales y sistema penitenciario. En: Carbonell Sánchez, Miguel y Salazar Ugarte, Pedro. *La reforma constitucional de derechos humanos: un nuevo paradigma*. IIJ-UNAM. <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/11939>

Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1988).

Naciones Unidas. (1955). Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos.

Uprimny Yepes, R. y Guzmán, D. E. (2010). *Las cárceles en Colombia: entre una jurisprudencia avanzada y un estado de cosas inconstitucionales*. Ponencia. III Simposio internacional Penitenciario y de Derechos Humanos. Universidad San Buenaventura–Seccional Medellín. Medellín, Colombia.

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.

CAPÍTULO DECIMOQUINTO

TUTELA EFECTIVA DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD EN INSTANCIA ADMINISTRATIVA

Carla HUERTA OCHOA*
Rogelio ROBLES LÓPEZ**

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *El reconocimiento del derecho humano a la salud.* III. *Criterios de interpretación del contenido del derecho a la salud.* IV. *Contexto nacional del derecho a la salud.* V. *Tutela del derecho humano a la salud en México.* VI. *A modo de conclusión.* VII. *Fuentes consultadas.*

I. INTRODUCCIÓN

La salud como derecho humano y servicio público ha tenido una lenta evolución en el sistema jurídico mexicano, sin embargo, a partir de los tratados, recomendaciones realizadas por instancias internacionales, así como por la jurisprudencia, se han desarrollado los elementos básicos que debe garantizar el Estado.

En este sentido, toma relevancia el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, de los cuales México es parte, por ser instrumentos jurídicamente vinculantes que reconocen el derecho al disfrute del más alto nivel de bienestar físico y mental.

Asimismo, la Observación general 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del PIDESC, realizada por el

* Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. chuerta@unam.mx. ORCID: 0000-0002-7457-5822.

** Facultad de Derecho, UNAM. rrobles@derecho.unam.mx. ORCID: 0000-0001-9179-3066.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas (ONU), establece una serie de características que se deben cumplir en la prestación de los servicios públicos de salud, esto es, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad. Además, por medio de las interpretaciones jurisprudenciales se han logrado establecer criterios progresivos relativos al alcance de este derecho humano.

Con base en estos requisitos y parámetros de actuación, la realidad es que no se garantiza el derecho humano a la salud, no obstante, ante su incumplimiento, existe una serie de mecanismos para su protección, por ejemplo, organismos autónomos en materia de derechos humanos, juicio contencioso administrativo, juicio de amparo, etcétera, los cuales resultan ineficaces para asegurar la pronta atención de las personas que reclaman los servicios. Por tal motivo, es necesario plantear la posibilidad de un nuevo mecanismo de control administrativo que brinde una tutela efectiva.

II. EL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD

A pesar de que el Constituyente de 1917 no incluyó el derecho fundamental a la salud, sí se hizo referencia a la salud, aunque solamente de forma somera, en relación con la competencia del Congreso de la Unión para emitir leyes relativas a la salubridad general de la República; la integración de un Consejo de Salubridad General cuyas disposiciones generales serían obligatorias en el país y las medidas preventivas en caso de epidemia o enfermedades exóticas, por ejemplo.

Esta situación cambió con la publicación del Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)*, el 3 de febrero de 1983, por medio del cual se reconoció 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.

A partir de ese momento, se integró al marco constitucional el reconocimiento de un derecho a la salud, específicamente como derecho a la protección a la salud, con su doble faceta, esto es, como un derecho fundamental, pero también como servicio público. En ambos aspectos aparejado del de-

ber de ser garantizado este derecho de forma concurrente por la Federación y las entidades federativas. La competencia para determinar la forma de realizar las funciones concurrentes se atribuyó al legislador federal, por lo que corresponde a la legislación secundaria su regulación.

Este párrafo del artículo 4o. constitucional no tuvo grandes cambios desde su introducción, tuvieron que pasar más de 30 años para ser modificado. Así, el 8 de mayo de 2020, fue reformado para adicionar que: “La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social”. De esta manera, se pretendía ampliar el alcance de la cobertura para lograr, de forma progresiva, un sistema de salud que brinde servicios gratuitos a las personas que no cuenten con seguridad social.

En consecuencia, se puede decir que el desarrollo constitucional por el Constituyente permanente del derecho a la salud ha sido lento e incipiente, puesto que, a diferencia de otros derechos humanos, no se establecieron en la Constitución las bases mínimas del contenido de este derecho, o en otras palabras, de lo que se entiende por salud, sus alcances o características mínimas, por tal motivo, es necesario acudir al derecho internacional, así como a los criterios jurisdiccionales que se han establecido en el Poder Judicial de la Federación.

En primer lugar, hay que considerar a la Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948, en la que se hizo referencia a la salud en su artículo 25:

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

Pese a ser un instrumento jurídico no vinculante, firmado por México en 1948, representa un avance en el desarrollo de este derecho humano al reconocer a la salud como un derecho que debe tener toda persona e, incluso, la asistencia médica, servicios sociales y los cuidados materno-infantiles.

No obstante, es apenas con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual entró en vigor internacionalmente el 3 de enero de 1976, y para el caso de México el 23 de junio de 1981 (Secretaría de Relaciones Exteriores, 1981), que surge el derecho a la salud como una obligación jurídicamente vinculante para los Estados parte. Este derecho se encuentra contemplado en el artículo 12, en el que se reconoce:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (PIDESC, 1981).

Así, se establecen los primeros parámetros obligatorios del contenido de este derecho humano al establecer que, implica el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Además, se reconoció el deber de los Estados de implementar, entre otros aspectos, medidas para la creación de condiciones que aseguren a todas las personas la asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

De esta manera se generan dos grandes pilares para la salud, por una parte, su reconocimiento jurídico como un derecho humano y, por otra, la obligación de implementar medidas necesarias como lo es un sistema de salud que asegure el servicio a todas las personas, a fin de alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental.

Ahora bien, en el ámbito regional se cuenta con el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, suscrito el 17 de noviembre de 1988, con entrada en vigor el 16 de noviembre de 1999 (Secretaría de Relaciones Exteriores, 1999), del que México es parte.

En su artículo 10 se establece el derecho humano a la salud, en términos similares al PIDESC, sin embargo, reconoce otros elementos, ya que

entiende a este derecho como el disfrute del más alto nivel de bienestar no sólo físico y mental, sino además social. Aunado a esto, se prevé la obligación de los Estados de adoptar las medidas necesarias para garantizar, entre otros aspectos:

- La asistencia sanitaria esencial, la cual debe estar al alcance de todas las personas.
- La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todas las personas.
- Satisfacer las necesidades de salud de los grupos más vulnerables.
- Inmunización total contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de cualquier otra índole.
- Educación para la prevención y tratamiento de los problemas de salud (Protocolo Adicional la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1999).

Cabe recordar que, pese al reconocimiento contenido en el PIDESC y en este Protocolo de San Salvador, la salud al estar clasificada como un derecho económico, social y cultural, presenta ciertas limitantes, las cuales son reconocidas en ambos instrumentos en sus artículos 2 y 1, respectivamente, esto es, el deber de adoptar las medidas necesarias, pero hasta el máximo de los recursos disponibles, para lograr su cumplimiento progresivo.

Artículo 2, del PIDESC:

1. Cada uno de los Estados Partes 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.

Artículo 1, del Protocolo de San Salvador: Obligación de Adoptar Medidas

Los Estados partes en el presente Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos se comprometen a adoptar las medidas necesarias tanto de orden interno como mediante la cooperación entre los Estados, especialmente económica y técnica, hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo, a fin de lograr pro-

gresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la plena efectividad de los derechos que se reconocen en el presente Protocolo.

Si bien de esta manera se reconoce el derecho a la salud, su eficacia se encuentra limitada, toda vez que no todos los Estados se encuentran en igualdad de condiciones, en consecuencia, cada uno de ellos debe adoptar medidas económicas, legislativas, técnicas, etcétera, para garantizarlo de forma progresiva, es decir, no se espera que se le dé cumplimiento inmediato, sino que se puede realizar gradualmente y conforme a las capacidades de cada país.

Pese a esta limitante, el derecho internacional y nacional han realizado un análisis para determinar los elementos mínimos que deben garantizarse, así como la progresividad en el cumplimiento y satisfacción del derecho a la salud.

III. CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN DEL CONTENIDO DEL DERECHO A LA SALUD

Tanto en el orden internacional como nacional han surgido una serie de interpretaciones, recomendaciones, así como evaluaciones que permiten brindar más detalles del alcance y aplicación del derecho humano a la salud.

En el caso de la ONU su Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales realizó la Observación general 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del PIDESC), por medio de la cual delimitaron los elementos que conforman este derecho, aunque su aplicación dependa de las condiciones de cada Estado. Estos son:

- Disponibilidad: contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, programas, medicamentos y personal capacitado.
- Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud cuentan, a su vez, con cuatro características: a) No discriminación, permitir el acceso a los grupos más vulnerables sin discriminación; b) Accesibilidad física: estar geográficamente al alcance de toda la población e, incluso, de las personas con capacidades diferentes; c) Accesibilidad económica: los pagos por los servicios de salud deben basarse en el principio de equidad, a fin de que los pagos que realicen las personas desfavorecidas no sean desproporcionados en comparación con las personas de altos recursos; d) Acceso a la infor-

mación: derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas relacionadas con la salud.

- Aceptabilidad: que los bienes y servicios que brinden sean apropiados desde el punto de vista científico y médico, así como ser de buena calidad (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

Por otra parte, también refiere las obligaciones mínimas que deben cumplir los Estados, entre ellas, una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud, bajo un esquema no discriminatorio, así como facilitar los medicamentos esenciales.

Ante este esquema, considera la referida Observación que se violan las obligaciones de cumplir cuando un Estado no destina el gasto público suficiente o ante una asignación inadecuada que impida el disfrute del derecho humano a la salud, así como cuando no hay vigilancia y seguimiento, por ejemplo, mediante la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia.

Cabe señalar que el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales cuenta con mecanismos de seguimiento como la elaboración de indicadores e informes por parte de los Estados, sin embargo, no serán tomados en consideración, toda vez que el último informe presentado por México es de noviembre de 2019 (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2019), sin embargo, su contenido tiene datos desactualizados, pues son principalmente de 2016, y en pocos casos de 2018, de ahí que la información ya ha sido superada por el paso del tiempo.

Ahora bien, por el lado de los criterios jurisdiccionales de carácter nacional, se ha desarrollado una serie de tesis que permiten interpretar al derecho humano, por ejemplo, la tesis I.4o.A.86 A (10a.), la cual reconoce que el PIDESC contempla:

Derecho a la salud. Forma de cumplir con la Observación General Número 14 del Comité de los Derechos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, para garantizar su disfrute [...] la obligación de proteger, respetar y cumplir progresivamente el derecho a la salud y no admitir medidas regresivas en su perjuicio, absteniéndose de denegar su acceso, garantizándolo en igualdad de condiciones y sin condicionamiento alguno, debiendo reconocer en sus ordenamientos jurídicos, políticas y planes detallados para su ejercicio, tomando, al mismo tiempo, medidas que faciliten el acceso de la población a los servicios de salud, es decir, este ordenamiento incluye no sola-

mente la obligación estatal de respetar, sino también la de proteger y cumplir o favorecer este derecho [...] (2013, pp. 1759).

Este criterio ha sido complementado y reforzado a partir de su publicación, a fin de eliminar las barreras a la garantía de este derecho, por ejemplo, la jurisprudencia XVII.1o.P.A. J/7 CS (11a.) señala que en la Ley General de Salud están “las reglas de suficiencia presupuestaria, de evidencia científica racional y objetiva, el principio de mayor calidad de las vacunas [...] y el derecho de suficiencia presupuestaria para el abasto, disponibilidad y distribución de vacunas [...]; por tanto, la cuestión presupuestaria no puede ser un impedimento para conseguir y aplicar la mejor vacuna del mercado” (2022, p. 4193).

En concordancia, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación resuelve, por medio del criterio 1a. XIII/2021 (10a.) (2021, pp. 1225), que la asistencia médica y el tratamiento a los pacientes usuarios de alguna institución del Sistema Nacional de Salud, debe garantizarse de forma oportuna, permanente y constante, con mayor énfasis cuando se refiere a padecimientos en los que el éxito del tratamiento depende de la correcta toma de los medicamentos.

Asimismo, criterios como la tesis 1a. XV/2021 (10a.) (2021, p. 1224) señala que cuando el Estado alegue que ha realizado todas las acciones hasta el máximo de sus recursos, la carga de la prueba le corresponde, pues en caso de no estar plenamente acreditado se incumpliría con el derecho humano a la salud.

También, se imponen obligaciones a los juzgadores para validar que realmente se cumpla con el máximo de los recursos disponibles (2014, p. 1190):

...en todo asunto en el que se impugne la violación a los derechos constitucionales de la materia, los juzgadores nacionales deben distinguir entre la incapacidad real para cumplir con las obligaciones que el Estado ha contraído en materia de derechos humanos, frente a la renuencia a cumplirlas, pues es esa situación la que permitirá determinar las acciones u omisiones que constituyan una violación a tales derechos humanos.

En suma, con todos estos criterios se ha reforzado la interpretación progresiva del derecho humano a la salud, en el que se pueden retomar los siguientes puntos:

- El acceso a los servicios de salud debe ser de forma oportuna, permanente y constante.

- En el acceso a los medicamentos y vacunas no puede existir demora, puesto que de ello depende el éxito del tratamiento correspondiente e, incluso, la vida del paciente.
- La suficiencia presupuestaria no puede ser una razón para demorar o justificar el acceso a los servicios, medicamentos y vacunas.
- Se deben brindar los servicios, medicamentos y vacunas de mayor calidad.

IV. CONTEXTO NACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD

Para satisfacer el derecho a la salud es además indispensable garantizar el acceso a la información en materia de salud, sin embargo, en el caso de la Secretaría de Salud, por medio de su Dirección General de Evaluación del Desempeño, no existen datos actualizados del avance en el cumplimiento de las metas del Programa Sectorial de Salud, toda vez que el Cuadro Nacional de Indicadores del Programa Sectorial de Salud 2020-2024 contiene información únicamente hasta el 2020, además, hay rubros que no son elaborados por ellos, sino que es información proporcionada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), de la que se detecta que, según el Cuadro Nacional de Indicadores del Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (2020), se evidencia que:

El porcentaje de población con carencia de acceso a los servicios de salud o que presenta alguna barrera para acceder al mismo ha tenido una regresión, es decir, en lugar de disminuir aumentó:

- 2016, 15.54%.
- 2018, 16.19%.
- 2020, 28.15%.

Respecto al porcentaje del surtimiento completo de recetas también existió una regresión, esto es, cada vez se entregaron menos medicamentos:

- 2016, 69.22%.
- 2018, 69.97%.
- 2020, 65.77%.

En este sentido, se advierte que ha aumentado el número de personas con alguna carencia o barrera para acceder a los servicios de salud y que ha disminuido el surtimiento completo de las recetas de medicamentos.

De la Evaluación Estratégica de Salud. Primer Informe, elaborada por el Coneval (2022, pp. 17), se desprende que entre 2016 y 2020 el porcentaje de personas que realizó un pago por atención médica incrementó del 52 al 69%, cuyos rubros destacan la consulta médica y los medicamentos.

En este contexto, es evidente que es indispensable contar con una tutela efectiva del derecho humano a la salud, que permita corregir estas deficiencias administrativas y evitar se traduzcan en costos excesivos, así como en daños graves a la salud e, incluso, a la vida misma, por ello no puede haber demora en los servicios y medicamentos necesarios para los pacientes.

V. TUTELA DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD EN MÉXICO

De acuerdo con el Informe Inicial de México sobre la Implementación del Protocolo de San Salvador, se reconoce la existencia de mecanismos gratuitos para la tutela del derecho a la salud:

- Arbitraje ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed).
- La creación de organismos constitucionales autónomos encargados de investigar presuntas violaciones de los derechos humanos realizadas por actos u omisiones de naturaleza administrativa de cualquier servidor público, excepto del Poder Judicial.
- El juicio contencioso administrativo federal ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa, que tiene a su cargo dirimir las controversias que se susciten entre la Administración Pública Federal y los particulares.
- Juicio de amparo.
- Controversia constitucional.
- Acción de inconstitucionalidad.

A pesar de esto, se considera que estos mecanismos no son idóneos, su protección es insuficiente, puesto que representan dilaciones excesivas para lograr una tutela efectiva, por tal motivo, es necesaria la implementación de nuevos mecanismos en instancia administrativa que permitan garantizar, de forma expedita, el acceso a los servicios médicos, así como a los medicamentos, bajo las características de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

En México el juicio de amparo, por ejemplo, como medio de protección del derecho a la salud no puede considerarse como un mecanismo de

tutela efectiva de un derecho fundamental en virtud de su complejidad y el tiempo que demora, mismo que dista mucho de cumplir con el requisito de prontitud. A diferencia de lo previsto en el sistema jurídico colombiano. La Corte Constitucional de Colombia ha establecido en (Sentencia C-313, 2014) que el mecanismo de protección del derecho fundamental a la salud es la acción de tutela.

La acción de tutela colombiana es un mecanismo que tiene por objeto la protección de los derechos constitucionales fundamentales, cuando estos resulten vulnerados o amenazados por acciones u omisiones por parte de cualquier autoridad. El fallo que se produce de esta acción es de inmediato cumplimiento. Esta acción se encuentra prevista en el artículo 86 de la Constitución colombiana y procede incluso en aquellas circunstancias en las cuales se utiliza como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable aun cuando existan otros medios de protección. Para resolver una acción de tutela, el juez no puede dejar que transcurran más de 10 días entre la solicitud y su resolución (Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud, 2018). Este tipo de mecanismos se pueden considerar mucho más aptos para la protección del derecho a la salud que el juicio de amparo.

Por otra parte, cabe señalar que la Conamed, así como la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), en su carácter de autoridades administrativas, no cumplen con la finalidad de una tutela efectiva del derecho humano a la salud, toda vez que atienden finalidades diversas.

La Conamed busca solucionar controversias entre paciente-médico, para ello recibe quejas en las que se reclamen pretensiones de carácter civil, posteriormente existe una etapa de conciliación y, finalmente, se podrán sujetar a un procedimiento arbitral, para lo cual es necesaria la suscripción de una cláusula compromisoria o compromiso arbitral, es decir, se requiere la voluntad de las partes que van a intervenir en el mismo (Conamed, s. f.).

Durante 2022 la Conamed resolvió 3,042 quejas, motivadas principalmente por problemas relacionados con el diagnóstico, tratamiento médico, así como la relación médico paciente. Sin embargo, de los 16 laudos condenatorios emitidos, todos fueron respecto del sector privado.

Por lo que respecta a la CNDH, en términos del artículo 102, apartado B de la Constitución federal, tiene competencia para formular recomendaciones públicas, no vinculatorias, así como denuncias y quejas ante las autoridades respectivas. En lo que va de 2023 se han formulado 16 recomendaciones relacionadas con violaciones en materia del derecho humano a la salud (CNDH, s.f.).

De este modo, se advierte que el mecanismo ante la Conamed se ocupa de pretensiones de carácter civil, mientras que la CNDH emite recomen-

daciones no vinculantes, lo cual no se traduce en un acceso expedito a los servicios y medicamentos necesarios para garantizar la salud e, incluso, la vida de las personas.

Por tal motivo, se reitera que es necesaria la existencia de un recurso administrativo que garantice un análisis integral del caso particular y permita dar cumplimiento a los estándares internacionales y nacionales del derecho humano a la salud, sin dilación alguna, toda vez que la eficacia de un tratamiento depende del acceso y no interrupción de un medicamento, el acceso oportuno a un diagnóstico, así como a los servicios médicos.

Asimismo, es preciso que se recopile información estadística de los principales problemas que presenta el sector salud, a fin de contar con datos actualizados y confiables que permitan la implementación de políticas públicas adecuadas para su progresivo mejoramiento.

VI. A MODO DE CONCLUSIÓN

El objetivo del presente estudio era analizar las dos dimensiones del derecho a la salud que cuya responsabilidad corresponde a la administración pública: la plena satisfacción del derecho a la salud y la prestación de un servicio público adecuado y suficiente.

El derecho a una tutela efectiva a su vez se puede entender de dos maneras: como medio para reclamar la prestación del servicio o bien, para reparar el daño causado por la falta o insuficiencia del servicio. La reclamación puede darse por dos vías, la administrativa o la judicial. La administrativa puede tener también carácter jurisdiccional, pero la idea de tener que agotar largos y complicados remedios jurisdiccionales para obtener un servicio atenta contra el derecho a la salud. La sugerencia es que se implementen medios eficientes en la vía administrativa que mediante un procedimiento sencillo y efectivo se otorgue una respuesta pronta que permita no solamente el ejercicio del derecho al acceso a la justicia, sino sobre todo el derecho a la salud. La tutela efectiva es un complemento de garantía del derecho a la salud, el deber del Estado reside en la protección y garantía del derecho a la salud.

Tanto las decisiones y recomendaciones de los organismos internacionales de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) como la jurisprudencia en México se han enfocado a la responsabilidad de la autoridad y la reparación del daño, de esta manera se obvia el aspecto más importante que es la satisfacción del derecho. El derecho a la salud solamente

se puede satisfacer si se garantiza un acceso real, inmediato y efectivo a los servicios sanitarios.

En el Caso Poblete Vilches y otros *vs.* Chile de 2018, en el que se señalan una serie de acciones de carácter administrativo que han de operar como medidas de no repetición a consecuencia de la responsabilidad del Estado, la Corte IDH precisó en el párrafo 184 que debe existir un recurso efectivo contra los actos que violen derechos humanos. Cabe destacar que aun cuando en esta decisión no se hace referencia explícita a los recursos administrativos, sino más bien a los jurisdiccionales, dado que la administración pública es el primer contacto de la persona que solicita un servicio de salud, le compete en primer lugar la satisfacción, protección y garantía del derecho a la salud (Corte IDH, 2018). Además, los principios de legalidad y debido proceso legal son fundamentales para la acción administrativa, por lo que la autoridad administrativa en general, no solamente quienes realizan funciones materialmente jurisdiccionales, deben sujetarse a esos principios (Corte IDH, 2020).

La tutela efectiva implica solamente prever recursos en las leyes. La Corte IDH señaló en el Caso Cuscul Pivaral y otros *vs.* Guatemala de 2018, que la efectividad del recurso debe garantizar el ejercicio del derecho vulnerado, asimismo, se precisa que la efectividad del recurso no se limita a su resultado, sino a las medidas que permitan su aplicación. Se enfatiza, además, que es necesario que en los procesos en que el transcurso del tiempo pudiese afectar la situación jurídica de los involucrados deben desarrollarse con mayor prontitud, como es el caso de la defensa y protección del derecho a la salud (Corte IDH, 2018).

No se trata solamente de establecer la responsabilidad de la autoridad administrativa y obligar al Estado a la reparación del daño —ya sea por actividad irregular o negligencia— sino de evitar el daño y garantizar la prestación del servicio de manera satisfactoria. La vía de reclamación es indispensable cuando el servicio es deficiente o insuficiente, no obstante, el derecho a la salud ha de satisfacerse mediante un sistema de salud que preste servicios adecuados y suficientes a las personas que se encuentran en el país.

Disponer de recursos adecuados y vías de reclamación eficientes no solamente debe enfocarse en la reparación del daño, sino sobre todo en el cumplimiento del deber de los Estados de implementar medidas que garanticen el disfrute efectivo del derecho a la salud, en la pronta y efectiva atención de la salud de la persona que reclama el servicio.

Por eso consideramos que, dado el diseño del control judicial de protección de los derechos fundamentales en México, es imprescindible introducir en el sistema jurídico un medio de tutela administrativa que sea efectivo.

Que debe ser resuelto en un plazo muy breve por la autoridad administrativa y dar acceso sin dilación al servicio. Principalmente porque el Estado es responsable de garantizar, respetar y proteger el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

VII. FUENTES DE CONSULTA

- Caso Cuscul Pivara y otros vs. Guatemala* (2018). Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas. Sentencia del 23 de agosto. Párrs. 168, 179, y 185, https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_359_esp.pdf
- Caso Petro Urrego vs. Colombia* (2020). Corte IDH. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia del 8 de julio. Serie C. Núm. 406, párr. 119. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_406_esp.pdf
- Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas* (2018). Corte IDH. Sentencia del 8 de marzo. de 2018, párr. 184. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf
- CNDH. Recomendación. https://www.cndh.org.mx/tipo/1/recomendacion?field_fecha_creacion_value%5Bmin%5D=&field_fecha_creacion_value%5Bmax%5D=&keys=salud&items_per_page=50
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (200). *Observación General N° 14 (2000) “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. <https://undocs.org/es/E/C.12/2000/4>
- Conamed (s. f.). Motivos mencionados en la presentación de las gestiones inmediatas atendidas y las quejas concluidas según grandes grupos de causas https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/792229/Cuadro_Estadistico-06_4oTrim_2022.pdf
- Conamed (s. f.). Laudos concluidos según evaluación del acto médico, responsabilidad institucional y sentido de la resolución del Laudo emitido según sector involucrado. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/792236/Cuadro_Estadistico-13_4oTrim_2022.pdf
- Coneval (2022). *Evaluación Estratégica de Salud. Primer Informe*, p. 17. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Evaluacion_Estrategica_Salud_Primer_Informe.pdf
- Cuadro Nacional de Indicadores del Programa Sectorial de Salud 2020-2024. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/750283/Cuadro_Nacional_de_Indicadores_PSS2020-2024_2do.pdf

Declaración Universal de Derechos Humanos.

Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*. 3/02/1983. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM_ref_100_03feb83_ima.pdf

Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*. 8/05/2020. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM_ref_242_08may20.pdf

<https://documents-ddsny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/046/82/PDF/NR004682.pdf?OpenElement>

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf

Protocolo Adicional la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo88595.pdf>

Secretaría de Relaciones Exteriores (2019). *Tercer Informe Integrado del Estado Mexicano sobre el cumplimiento del Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos Sociales, y Culturales “Protocolo de San Salvador”*. <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/InformeConsolidadoMexico.pdf>

Tesis: 1a. XIII/2021 (10a.) (2021). *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 84. Décima Época, t. II, p. 1225.*

Tesis: 1a. XV/2021 (10a.) (2021). *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 84, Décima Época, t. II, p. 1224.*

Tesis: 2a. CIX/2014 (10a.) (2014). *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 12. Décima Época, t. I, p. 1190.*

Tesis: I.4o.A.86 A (10a.) (2013). *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV. Décima Época, t. 3, p. 1759.*

Tesis: XVII.1o.P.A. J/7 CS (11a.) (2022). *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 16, Undécima Época, t. IV, p. 4193.*

CAPÍTULO DECIMOSEXTO

EL DERECHO HUMANO A LA SALUD Y AL MEDIO AMBIENTE SANO, EL GRAN DESAFÍO PARA MÉXICO: HACIA UN SERVICIO NACIONAL DE SALUD AMBIENTAL

María del Carmen Aurora CARMONA LARA*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Salud y ambiente sano. Salud ambiental.* III. *Evolución de la fórmula salud/ambiente conceptual e institucional.* IV. *Bases constitucionales del derecho a la salud y del derecho al medio ambiente.* V. *El riesgo sanitario y ambiental. Efectos en la salud.* VI. *Reflexiones finales. Algunas propuestas y recomendaciones.* VII. *Fuentes de consulta.*

I. INTRODUCCIÓN

El objetivo de las reflexiones que se presentan a continuación es revisar la forma en que el derecho como sistema normativo, permite la integración de los principios que se desarrollan y evolucionan en relación con el derecho a la salud, al medio ambiente y al desarrollo sustentable, con un enfoque de derechos humanos, atendiendo a los principios constitucionales y de política pública para encontrar elementos clave de la fórmula salud/ambiente y con ello elaborar una serie de propuestas y recomendaciones, en el tránsito a un Servicio Nacional de Salud.

II. SALUD Y AMBIENTE SANO. SALUD AMBIENTAL

Los especialistas en ambiente y salud han señalado que la relación se asocia con factores físicos, químicos y biológicos externos al individuo, abarca factores ambientales y se basa en prevenir enfermedades y crear ambientes

* Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. carmona@unam.mx. ORCID: 0000-0003-3452-3451.

propicios para la salud. (Prüss-Ustün 2016). El derecho a la salud y al medio ambiente sano, han tenido múltiples interacciones y puede decirse que son interdependientes. Este conjunto de variables ambientales se potencia sinérgicamente con factores sociales, económicos, culturales y políticos, lo cual llevó a catalogar como sindemia a situaciones epidémicas que surgen de este contexto multifactorial (Moreno Sánchez, 2022).

Los términos salud y ambiente han evolucionado, a través del tiempo construyendo el término salud ambiental. La salud es un producto social por lo que suceda en el ambiente que incluye la sociedad y el hombre está estrechamente vinculada a ella. Sin embargo, desde el punto de vista del derecho a la salud el concepto requiere de una serie de reflexiones y lo mismo ocurre con el derecho al medio ambiente sano.

En lo ambiental el caso es distinto, se percibe a partir del riesgo y efectos en la salud humana por el uso de sustancias tóxicas, de la contaminación del agua, aire y en los últimos años se han incorporado el tema de cambio climático, el aprovechamiento de energía, así como, el surgimiento de nuevos peligros ambientales, por ejemplo, desechos electrónicos, nanopartículas, micro plásticos, productos químicos que alteran el sistema endócrino y la escasez de agua.

En la mayoría de los análisis no se consideran los aspectos globales, como pudo apreciarse en la pandemia de COVID-19, que constituye un punto de inflexión en lo referente a la preparación para las emergencias sanitarias y la inversión en servicios públicos vitales del siglo XXI. Tampoco se consideran los factores socioeconómicos, la alimentación y nutrición, el desarrollo tecnológico, ni la pobreza como problemas ambientales y de salud, “lo cual valdría la pena analizar teniendo en cuenta los enfoques y definiciones actuales” (Martínez Abreu, 2014).

El derecho a la salud y al medio ambiente sano se encuentran en el núcleo de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA) derivados del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en el que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) identifica aquellos derechos que se relacionan con la satisfacción de necesidades básicas de las personas, y comprenden distintos derechos humanos, entre ellos: los derechos a un nivel de vida adecuado, a la alimentación, al agua, al saneamiento, al trabajo, a la seguridad social, a una vivienda adecuada, a la educación, así como a la cultura. En el PIDESC, que en general se considera el instrumento fundamental para la protección del derecho a la salud, se reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. En la Observación General 10 del Comité Derechos Económicos, Sociales y Culturales se reconoce la importancia de

la labor de las instituciones nacionales en su defensa y garantía y las enmarca dentro del cumplimiento de las medidas que se comprometen a adoptar los Estados parte entre los que se encuentra México.¹

III. EVOLUCIÓN DE LA FÓRMULA SALUD/AMBIENTE CONCEPTUAL E INSTITUCIONAL

Un medioambiente saludable es vital para “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (Asamblea General, 2015). Conforme al Objetivo de desarrollo sostenible (ODS) 3, garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible.² El camino para lograr este ODS 3 ha sido largo y con varios obstáculos.

Durante varias décadas lo ambiental estuvo bajo el enfoque de lo sanitario, años más tarde aparece en el mundo la vertiente “verde”, preocupada por los efectos de la actividad humana sobre el ambiente natural y con aspectos como el desarrollo sostenible, la pobreza, la dinámica demográfica, el efecto de invernadero, el deterioro de la capa de ozono, el ordenamiento territorial, la deforestación, la desertización y sequía, las zonas de montaña, la biodiversidad, la biotecnología, la protección de océanos, mares y costas y otros. Esta propuesta la encabeza el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Por otro lado apareció la vertiente “azul”, preocupada por los efectos del ambiente sobre la salud y bienestar de la humanidad. Esta última vertiente es lo que generalmente se ha denominado “salud ambiental”, la conduce la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Moreno Sánchez, 2022).

El término “salud ambiental” (SA) para la OPS es el conjunto analítico, y servicios de salud ambiental (SSA) y el sistema de recursos (OPS, 1995). Los objetivos de los servicios de salud ambiental son proteger, promover y asegurar mejores condiciones de vida a fin de promover la salud humana. En la salud ambiental pueden identificarse varios objetivos secundarios que contribuyen al todo y consisten en desarrollar y hacer cumplir la legislación, promover la participación de la población, influir en el desarrollo de

¹ En México es la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quien tiene las atribuciones para fortalecer la promoción, respeto, protección y garantía de los DESCAs. La Sexta Visitaduría General, es la unidad responsable, de efectuar acciones pertinentes para la protección y promoción de los DESCAs,

² ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible).

la responsabilidad del gobierno a todos los niveles, y apoyar la investigación académica y práctica (ONU. Asamblea General, 1992).

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX la visión de la salud en el mundo era desde el enfoque sanitario y de salubridad pública o general. Ante los descubrimientos científicos y la investigación en todos los campos, para erradicar las enfermedades, el surgimiento de las grandes corporaciones farmacéuticas y el desarrollo de la industria química, la visión cambió. En Europa y Estados Unidos el desarrollo de la medicina, la farmacéutica y la industria química fue vertiginoso, para atender las necesidades que generaron las dos guerras mundiales. En el caso de México la situación es distinta y su papel ha sido de copiar tardíamente los avances y de dependencia en materia de investigación, desarrollo científico y tecnológico (Godínez Reséndiz, 2014).

En México la evolución de la política ambiental y sanitaria se instala desde 1841 con la creación del Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México, y con la creación de un código sanitario. En 1917 se crea la Secretaría de Seguridad Pública (SSP), y en 1943 la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). En 1926 el Departamento de Salubridad Pública decretó un nuevo Código Sanitario que es el antecedente directo de la legislación ambiental, las primeras normas ambientales se dieron a la luz de éste, con una visión de prevención y control de la contaminación, de salubridad general y con el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente natural de la población.

Los primeros antecedentes de legislación ambiental en México fueron en los años cuarenta, con la promulgación de la Ley de Conservación de Suelo y Agua y la promulgación de leyes en materias como: forestal, minera, de pesca, aguas, agraria, de caza. Tres décadas más tarde, al inicio de los años setenta, se promulgó la Ley Federal para Prevenir y Controlar la Contaminación Ambiental en 1971. Fue en 1972 cuando se crea la Subsecretaría del Mejoramiento del Ambiente en el seno de la SSA. En esta década la política sanitaria y ambiental estaban integradas institucionalmente, la prevención y control de la contaminación tenía como finalidades fundamentales, contribuir a la protección de la salud pública y evitar la degradación de los sistemas ecológicos en detrimento de la economía nacional.

En la década de los ochenta, se desintegra el vínculo entre lo sanitario y lo ambiental desde el punto de vista institucional, material y regulatorio. La Ley Federal de Protección al Ambiente, publicada en 1982, establece como su objeto la protección, mejoramiento, conservación y restauración del am-

biente, así como la prevención y control de la contaminación que lo afecte. Es importante señalar que en su artículo 2o. declaraba supletorios de esta Ley al Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Federal de Aguas, la Ley General de Asentamientos Humanos, la Ley de Sanidad Fitopecuaria de los Estados Unidos Mexicanos y los demás ordenamientos en materia de suelos subsuelos, aguas, aire, flora y fauna. La SSA tenía como función fomentar y propiciar programas de estudio, investigaciones y otras actividades técnicas y científicas para desarrollar nuevos sistemas, métodos, equipos y dispositivos que permitan proteger al ambiente, invitando a participar en la solución de este problema a las instituciones de alto nivel educativo, científico y de investigación, a los sectores social y privado y a los particulares en general. Tenía la atribución de desarrollar programas tendientes a mejorar la calidad del aire, las aguas, el medio marino, el suelo y subsuelo, los alimentos, así como de aquellas áreas cuyo grado de contaminación se considerará peligroso para la salud pública, la flora, la fauna y los ecosistemas.

Alrededor de los años ochenta se definieron como áreas básicas en ambas materias. En primer lugar, el saneamiento que incluye: agua potable y alcantarillado urbano, agua potable y disposición de excretas en el medio rural; aseo urbano, mejoramiento de la vivienda, protección de los alimentos, saneamiento integral de playas, artrópodos y roedores, control de zoonosis, higiene de establecimientos especiales, vigilancia y control de calidad del servicio de agua para consumo humano. En segundo lugar, los riesgos ambientales que incluyen: salud ocupacional, plaguicidas, toxicología ambiental y del trabajo, radiaciones ionizantes, accidentes, evaluación de impacto ambiental y salud, desastres naturales y tecnológicos, contaminación sonora. En tercer lugar, están los recursos naturales: vigilancia de la calidad del aire, recursos hídricos, suelo, subsuelo, flora, fauna y paisaje. Se empieza a considerar la existencia de la salud ambiental.

En 2018 la OMS y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) llegaron a un acuerdo en Nairobi, Kenia, generan una nueva alianza para impulsar una serie de medidas conjuntas destinadas a luchar contra el cambio climático, la contaminación atmosférica, la resistencia a los antimicrobianos y mejorar la coordinación para la gestión de residuos y productos químicos y la calidad del agua. Creando un marco más estructurado para la investigación conjunta, el desarrollo de herramientas y guías, la promoción de actividades, la supervisión de los ODS y el apoyo a los foros regionales de salud y medio ambiente, sin embargo, la pandemia dejó a un lado el tema.

IV. BASES CONSTITUCIONALES DEL DERECHO A LA SALUD Y DEL DERECHO AL MEDIO AMBIENTE

Los artículos constitucionales que dan la base a la fórmula salud/ambiente son:

- El primero relativo a la derechos humanos y salud ambiental en el que se reconoce que las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia (reformado en 2011).
- Conforme al artículo 4o. constitucional los derechos humanos que son el centro de la fórmula salud/ambiente son:

Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará (reformado en 2011).

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 definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social (reformado en 2020).

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley (adicionado en 2012).

Toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible. El Estado garantizará este derecho y la ley definirá las bases, apoyos y modalidades para el acceso y uso equitativo y sustentable de los recursos hídricos, estableciendo la participación de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como la participación de la ciudadanía para la consecución de dichos fines (adicionado en 2012).

El Congreso de la Unión está facultado para dictar leyes en materia de salubridad general de la República con fundamento en el artículo 73 fracción XVI. En la base 1a., señala que el Consejo de Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligato-

rias en el país. En la base 4a., establece que las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la Campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competen. Siguiendo el principio constitucional la Ley General de Salud (LGS) en su artículo 17, fracción I, señala que compete al Consejo de Salubridad General: Dictar medidas (...), así como las que tengan por objeto prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud, las que serán revisadas después por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.

Para el caso ambiental, el artículo 73, fracción XXIX-G, faculta al Congreso para expedir leyes que establezcan la concurrencia del gobierno federal, de los gobiernos de las entidades federativas, de los municipios y, en su caso, de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, en materia de protección al ambiente y de preservación y restauración del equilibrio ecológico.

Es importante señalar que la Constitución establece un esquema de competencias para el binomio salud/ambiente. El principio constitucional es “prevenir y combatir la contaminación ambiental” y “en materia de protección al ambiente y de preservación y restauración del equilibrio ecológico”. En el segundo nivel están los principios legales en la LGS el objeto es “prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud” conforme a La Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente (LEGEEPA) es la “preservación y restauración del equilibrio ecológico, así como a la protección al ambiente”.

En materia de salud y ambiente se puede decir que las leyes siguen los principios constitucionales para dar fundamento a las políticas de salubridad general, salud ambiental y saneamiento básico y ambiental. El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 no contempla ningún mecanismo que permita la integración de los aspectos de salud con los ambientales. En el caso de la salud se plantea un escenario devastado del Sistema Nacional de Salud y se apuesta a la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (Insabi).³

El Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (PSS) programa derivado del PND que establece los objetivos, estrategias y acciones, a los que deberán apearse las diferentes instituciones de la administración pública federal

³ El 25 de abril de 2023, la Cámara de Diputados aprobó la desaparición oficial y sustitución del Insabi por el organismo IMSS-Bienestar.

para materializar el derecho a la protección de la salud. En el PND se muestra la visión actualizada de la salud pública que se basa en el fortalecimiento y modernización de la vigilancia sanitaria y epidemiológica bajo un enfoque territorial. Requiere de acciones intersectoriales para la modificación de los entornos determinantes del estado de salud, para el combate de los efectos negativos de las pandemias, con un enfoque de derechos para asegurar el bienestar de la población.

El PSS representa una oportunidad única para establecer una política de Estado integral e intersectorial dirigida a transformar en coordinación con las dependencias competentes el sistema alimentario actual en un sistema agroalimentario justo, saludable y sustentable que garantice la seguridad y entornos alimentarios saludables para toda la población, favoreciendo el uso sustentable de los recursos naturales. En la Estrategia prioritaria 4.3 dedicada a “Promover ambientes sanos y sustentables para propiciar condiciones en el entorno que favorezca la protección y el disfrute pleno de la salud en la población” como acción puntual 5. está impulsar políticas medioambientales relacionadas con beneficios directos en la salud y desarrollo social de la población que disminuya la exposición a factores de riesgo, optimice el aprovechamiento de factores de protección a la salud y considere la perspectiva bioética. Para la construcción de políticas públicas en materia de salud/ambiente se debe ser considerar el saneamiento en dos grandes vertientes: el saneamiento básico que se deriva de las acciones sanitarias y el saneamiento ambiental para establecer medidas para la protección del ambiente y la prevención de riesgos y control de la contaminación.

El saneamiento básico es la identificación y atención sanitaria, de: agua, alimentos, manos, basura, baños y animales, comprende las acciones mínimas que deben adoptarse a nivel familiar y comunitario, en una localidad urbana o rural, ante las prácticas de riesgo, para que las personas puedan vivir en un ambiente saludable. Incluye: abastecimiento de agua para consumo humano; manejo y disposición final adecuada de las aguas residuales y excretas; manejo y disposición final adecuada de los residuos sólidos municipales; desinfección domiciliaria del agua; disposición sanitaria de excretas; manejo sanitario de los residuos sólidos municipales; control de fauna nociva; y mejoramiento de las condiciones en la vivienda. El saneamiento básico le corresponde a la SS.

El saneamiento ambiental, engloba un conjunto de técnicas, estrategias e iniciativas sociales, políticas y de salud pública, cuyo propósito es mantener limpio un poblado o comunidad. Lo anterior se consigue por medio de un esquema local o comunitario de gestión ambiental y de servicios públicos

como el buen manejo de aguas negras y basura, mantenimiento de alcantarillado, abastecimiento de agua potable, prevención de enfermedades, etcétera. La formulación y conducción de la política de saneamiento ambiental corresponde a la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (Semarnat) en coordinación con la SS.

V. EL RIESGO SANITARIO Y AMBIENTAL. EFECTOS EN LA SALUD

Cuando se abordan los problemas que requieren solución en materia de salud y ambiente, se tiene la tentación de presentar los múltiples efectos ambientales en la salud humana, por razones de espacio sólo mencionaremos algunos de ellos, a sabiendas de que el tema es extenso, complejo y aterrador. Por lo anterior sólo se abordarán de forma general y con el objeto de poder brindar una mirada panorámica que permita plantear los problemas relacionados con el riesgo sanitario y ambiental.

El riesgo sanitario y ambiental son interdependientes, recientemente se ha dado cuenta de los factores relacionados con el cambio climático que inciden cada vez más en el bienestar de la población porque perturba los sistemas físicos, biológicos y ecológicos y genera efectos sobre la salud humana entre otros, un mayor número de enfermedades respiratorias y cardiovasculares, traumatismos y defunciones prematuras relacionadas con fenómenos meteorológicos extremos, la inseguridad alimentaria y la contaminación del aire, las amenazas para la salud mental y cambios en los patrones de transmisión de enfermedades transmitidas por vectores (OPS, 1995).

La OPS señala que aproximadamente 28 millones de personas carecen de acceso a una fuente de agua mejorada; 83 millones de personas carecen de acceso a instalaciones de saneamiento mejorado; 15.6 millones practican aún defecación al aire libre, lo que provoca cerca de 30 mil muertes evitables por año. Los riesgos químicos, como la exposición a plaguicidas tóxicos, plomo y mercurio, tienden a afectar desproporcionadamente a los niños y las mujeres embarazadas. La exposición a sustancias químicas tóxicas puede llevar a trastornos de salud crónicos y a menudo irreversibles, como defectos congénitos y del desarrollo neurológico y enfermedades asociadas con alteraciones endócrinas (OPS, 1995).

La lista es interminable por lo que a continuación se realizará una breve revisión del PROY-NOM-172-SEMARNAT-2023: Lineamientos para la Obtención y Comunicación del índice de Calidad del Aire y Riesgos a

la Salud.⁴ El Proyecto de NOM 172 es un intento normativo de solución que puede ser considerado como “un curita para el cáncer” y que debe ser revisada para mostrar la forma en que los principios antes señalados se integran en el ámbito normativo.

Inician los considerandos de la NOM diciendo que la OMS señala que la contaminación del aire representa el mayor riesgo ambiental para la salud. Diversos estudios experimentales, así como estudios epidemiológicos en humanos, han señalado que la exposición a contaminantes en el aire ambiente está asociada con una amplia gama de efectos adversos que afectan la calidad de vida de la población en general y de los grupos vulnerables, principalmente los niños, mujeres en gestación y adultos mayores, sobre todo si padecen de enfermedades preexistentes.

La literatura científica ha documentado una amplia gama de efectos en la salud provocados por la exposición a contaminantes del aire, tales como: asma, bronquitis, reducción de la capacidad pulmonar, enfermedades cardíacas, cardiovasculares, cerebrovasculares, reproductivos, neurológicos, nacimientos prematuros, retraso en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, síndrome de muerte temprana y mortalidad infantil, así como aparición temprana de Alzheimer, entre otros. La exposición a ozono (O₃) y PM_{2.5} en el aire exterior fue la causa de 4.06 millones de muertes en el mundo. Para México la contaminación del aire exterior provocó más de 36 mil muertes por PM_{2.5} y más de 2,400 por O₃.

De acuerdo con información proporcionada por el Instituto Nacional de Salud Pública respecto a la evidencia epidemiológica nacional sobre los efectos adversos a la salud por exposición a material particulado, O₃, dióxido de nitrógeno y dióxido de azufre y la derivada de estudios internacionales centrados específicamente en la evaluación de las funciones concentración-respuesta para mortalidad y morbilidad asociados con la exposición a dichos contaminantes, la contaminación del aire tiene diversos efectos adversos sobre la salud y afecta la calidad de vida de quienes habitan principalmente en zonas urbanas de nuestro país. Debido a los niveles de contaminación del aire presentes en las diferentes ciudades o zonas metropolitanas donde se lleva a cabo el monitoreo de la calidad del aire en nuestro país, es recomendable que los habitantes de estas zonas realicen cambios importantes en sus hábitos para disminuir su exposición y reducir riesgos a la salud.

⁴ *Diario Oficial de la Federación (DOF)* del 12 de abril 2023, a continuación, se presenta el texto del Proyecto de NOM, las referencias bibliográficas, se encuentran en el texto oficial, por razones de espacio sólo se toman las ideas fundamentales y las cifras que sirven para mostrar la magnitud del problema. Se recomienda revisar el texto en el *DOF*.

Por lo anterior, se advierte que para hacer valer el derecho de la población a la salud y a un medio ambiente sano en el que se asegure protección a todos los sectores de la población, se requiere en primer término, que el sistema jurídico provea la existencia de mecanismos e instituciones que permitan garantizar al titular de los derechos el acceso a la información. El derecho a la información ambiental compromete al Estado a comunicar y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en su artículo 2, fracción II, dispone que una de las vías para acceder a la información es a través de su difusión.

Se establece que existe una obligación por parte del Estado de monitorear la calidad del aire y de comunicar los resultados a la población y que esta información tiene mayor utilidad si se le vincula hacia la salud, expresado en los niveles de riesgo asociados a la calidad de aire. De esta forma, la población en general y en particular los grupos considerados como sensibles, puedan utilizar eficazmente la información brindada para tomar medidas protectoras.

La importancia y relevancia del Índice de Calidad del Aire y Riesgos a la Salud radica en que no sólo se informa a la población sobre el estado de la calidad del aire (buena, aceptable, mala, muy mala y extremadamente mala), sino también sobre el nivel de riesgo asociado (probables daños a la salud, dependiendo si el riesgo es bajo, moderado, alto, muy alto o extremadamente alto) y las recomendaciones de las acciones a adoptar (medidas para reducir la exposición); es decir, se busca que la información que reciba la población no solamente se refiera a la calidad del aire en un momento determinado, sino que le permita actuar con oportunidad para proteger su salud.

Las guías de calidad del aire de la OMS recomiendan niveles de calidad del aire respecto de seis contaminantes para los que se dispone de los datos más recientes en cuanto a sus efectos sobre la salud, por lo que se actúa sobre estos contaminantes criterio, partículas en suspensión iguales o menores (PM10 y PM2.5), O₃, dióxido de nitrógeno (NO₂), dióxido de azufre (SO₂) y monóxido de carbono (CO).

Asimismo, se sustenta en el cumplimiento de los acuerdos y tratados internacionales suscritos por el Estado mexicano, como los ODS, particularmente en lo que se refiere al ODS 11. Ciudades y comunidades sostenibles en materia de calidad del aire. La propuesta de modificación se sustenta en el principio general de sostenibilidad, consistente en que las actividades de normalización y evaluación de la conformidad se basan en el desarrollo sostenible, teniendo presente un impacto positivo en los sectores económicos e industriales del país.

Con la implementación de los lineamientos contenidos en el proyecto de Norma Oficial Mexicana para la obtención y comunicación del Índice de Calidad del Aire y Riesgos a la Salud, se logra un avance significativo en materia de derechos humanos, ya que es un mecanismo para acceder a los derechos planteados en la Constitución.

El objetivo y campo de aplicación del Proyecto de NOM -172 es:

Establecer los lineamientos para la obtención y comunicación diaria y horaria del Índice de Calidad del Aire y Riesgos a la Salud, con el fin de informar de manera clara, oportuna y continua el estado de la calidad del aire, los probables daños a la salud que ocasiona y las medidas que se pueden tomar para reducir la exposición. Rige en todo el territorio nacional y es de observancia obligatoria para los gobiernos estatales o municipales responsables del monitoreo de la calidad del aire.

El objetivo legítimo de interés público conforme al artículo 10, fracciones I y VIII de la Ley de Infraestructura de la Calidad, relativo a la finalidad de las NOM es: atender las causas de los problemas identificados por las autoridades normalizadoras que afecten o que pongan en riesgo los objetivos legítimos de interés público considerados, específicamente en la protección y promoción a la salud, como la protección al medio ambiente y cambio climático.

De manera específica, la propuesta de NOM-172-SEMARNAT-2022 es un instrumento de política pública que busca hacer operativos dichos objetivos legítimos de interés público, a través de la actualización de los valores de concentración asociados a cada banda de calidad del aire y riesgo a la salud, tomando como punto de partida los límites de protección a la salud establecidos en las NOM de salud ambiental.

Los lineamientos de gestión que contiene el proyecto de NOM-172 entre otros son:

- Los gobiernos de las entidades federativas o municipales responsables del monitoreo de la calidad del aire deberán difundir el Índice de Calidad del Aire y Riesgos a la Salud en las zonas en las cuales operen dichos sistemas, de forma horaria y diaria, debiendo hacerlo obligatoriamente por medio de una plataforma electrónica y preferentemente en tantos medios como sea posible.
- El Índice de Calidad del Aire y Riesgos a la Salud se denominará Índice Aire y Salud, el cual presentará las siguientes consideraciones:

- a) La difusión del Índice Aire y Salud deberá apearse al Manual básico de identidad gráfica del Índice Aire y Salud, el cual establece la tipografía, definición del color y proporciones.
- b) Tendrá propósitos informativos sobre el estado de la calidad del aire, los riesgos a la salud y las medidas de protección que deberán difundirse a la población.
- c) Se calculará e informará de forma horaria para los siguientes contaminantes criterio: O₃, NO₂, SO₂, CO, PM₁₀ y PM_{2.5}, y su difusión al público se realizará cada hora con un retraso máximo de 15 minutos, todos los días del año, en un horario que deberá cubrir al menos de las 8:00 a las 20:00 horas del huso horario que corresponda. Los sistemas de monitoreo de la calidad del aire que cuenten con la infraestructura suficiente podrán reportar el Índice Aire y Salud las 24 horas del día. El reporte diario tomará en cuenta las 24 horas del día para obtener el valor diario del Índice Aire y Salud, esto es, valores horarios de todo el día para partículas suspendidas o el máximo de 1 u ocho horas para otros contaminantes, de tal forma que se brinde información sobre el estado de la calidad del aire del día anterior.
- d) Se calculará para cada una de las estaciones de monitoreo que integran el Sistema de Monitoreo de la Calidad del Aire, cuando la estación tenga por objetivo evaluar los niveles de exposición de la población.
- e) Deberá difundirse por estación de monitoreo y cuando sea posible se incluirá información sobre la escala de representatividad de cada estación. En el supuesto que se desee informar, de forma horaria, sobre la situación de calidad del aire de un área específica, ya sea de una ciudad o asentamiento, deberá presentarse el Índice Aire y Salud que indique el mayor deterioro de la calidad del aire y un mayor riesgo a la salud.
- f) Cuando una estación de monitoreo utilizada para reportar el Índice Aire y Salud esté fuera de operación o en mantenimiento, el Índice Aire y Salud que se difundirá deberá ser sustituido por la leyenda “Mantenimiento” o “Fuera de operación” según sea el caso.

En los demás incisos del Proyecto se establecen los lineamientos para el manejo de datos, la Clasificación de bandas de calidad del aire y riesgo, Lineamientos de difusión del Índice Aire y Salud, Procedimiento de Evaluación de la Conformidad, La concordancia con normas internacionales y las referencias bibliográficas. También cuenta con anexos, el primero: Anexo

A (Informativo) Ejemplos de cálculo del promedio móvil ponderado de 12 horas para PM10 y PM2.5

Destacan los transitorios para dar cumplimiento efectivo a la NOM cuando inicie su vigencia y son los que a continuación se refieren:

Segundo. La Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales mantendrá a disposición de los gobiernos estatales o municipales, a través de su página oficial de internet, el Manual básico de identidad gráfica referido en el numeral 5.1.2.1.

Tercero. el índice Aire y Salud estará sujeto a una revisión periódica de las bases técnicas y científicas que lo sustentan, para su actualización conforme a los resultados de la investigación epidemiológica y toxicológica, los informes de agencias de salud internacionales, los estudios de evaluación de los impactos sociales logrados a través de la comunicación efectiva del estado de la calidad del aire, los probables daños y las medidas de protección.

Cuarto. En un plazo de 90 días naturales posteriores a la publicación de la presente Norma Oficial Mexicana, la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales a través de la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente establecerá en coordinación con las autoridades federales, así como con las entidades federativas, municipios y demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, los criterios y lineamientos administrativos para realizar las tareas o visitas u operativos de inspección para verificar y evaluar el cumplimiento de la norma, así como el seguimiento de recomendaciones e infracciones o medidas de seguridad aplicables en su caso.

VI. REFLEXIONES FINALES. ALGUNAS PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

El binomio salud/ambiente es una de las asignaturas pendientes en el respeto, garantía y efectividad de los derechos humanos vinculados con los derechos a la salud y al medio ambiente sano. Por el lado ambiental en 2021 se aprobó una resolución histórica, en el seno de la ONU en la que se reconoce como un derecho universal al derecho humano a un medio ambiente seguro, limpio, saludable y sostenible, reconocimiento que implica un desafío en el ámbito nacional. Desde el derecho humano a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna, es el derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental (Derechos Humanos, 2008).

Los derechos humanos son interdependientes e indivisibles y están relacionados entre sí. El no reconocimiento del derecho a la salud a menudo

puede obstaculizar el ejercicio de otros derechos humanos (ONU, 1993). Por ello es necesario actualizar y reforzar los vínculos de los derechos asociados a los derechos humanos de salud y medio ambiente sano, con un enfoque interdisciplinario, transversal, multisectorial que establezca prioridades de acción a todos los ámbitos para garantizar:

En el caso del derecho humano a la salud:

- El derecho de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud sin discriminación, especialmente para los grupos vulnerables o marginales.
- El acceso a alimentos esenciales mínimos aptos para el consumo y suficientes desde el punto de vista nutricional.
- El acceso a una vivienda, unos servicios de saneamiento y un abastecimiento de agua potable adecuados.
- El suministro de medicamentos esenciales.
- Una distribución equitativa de todos los establecimientos, bienes y servicios de salud.
- Para el derecho humano al medio ambiente sano:
- El derecho a la reparación de las violaciones al derecho a un medio ambiente sano y restauración de los ecosistemas.
- El acceso a mecanismos y procedimientos de compensación por responsabilidad por daño ambiental.
- Mecanismos participación ciudadana.
- Instrumentos de acceso a la información, rendición de cuentas, observatorios ciudadanos, vigilancia y salvaguardas.

Uno de los grandes retos es construir un marco conceptual que fundamente el modelo de gestión para la gobernanza en salud ambiental, con un enfoque de derechos humanos, actualizado y fortalecido con un sistema de información, monitoreo y vigilancia en salud ambiental y promoviendo líneas y proyectos de investigación destinados a cerrar brechas de conocimiento, generar innovación y desarrollo científico y tecnológico en temas prioritarios de la salud ambiental.

Es necesario y urgente rescatar el Sistema Nacional de Salud a partir de un nuevo modelo de gestión, con nuevas instituciones como el Servicio Nacional de Salud con esquemas de coordinación, colaboración, apoyo, para asegurar la efectividad, técnica, administrativa y financiera. Sobre todo, respecto de los mecanismos de coordinación de acciones, para dar cumplimiento al derecho a la salud, con sus componentes de seguridad,

riesgo, ambiente y saneamiento y a su vez se garantice el derecho al medio ambiente sano.

Se requieren nuevos esquemas de coordinación/concurrencia/distribución de competencias con fundamento en los que señala la Constitución para hacer efectivos los derechos vinculados con la salud ambiental, el saneamiento básico, el saneamiento ambiental. Fortalecer al sistema de información Integrada en sus componentes de monitoreo/vigilancia/ indicadores. La innovación tecnológica debe apoyar a la epidemiología y al forense ambiental, así como para la creación de infraestructura para prevención de riesgos, esquemas de alerta, seguridad y mecanismos para establecer la economía circular. Tenemos el deber de la esperanza para transitar al Servicio Nacional de Salud Ambiental.

VI. FUENTES DE CONSULTA

- Asamblea General, ONU. (2015). La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>. 09
- Derechos Humanos, Oficina Alto Comisionado. (2008). *Derecho a la salud*. Folleto Informativo 31, Ginebra: OMS.
- Godínez Reséndiz, R. P. (2014). El surgimiento de la industria farmacéutica en México (1917-1940). *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas* 45(2).
- IS-GLOBAL (s. f.) <https://www.isglobal.org/healthisglobal/.blog-portlet/one-health-una-sola-salud-o-como-lograr-a-la-vez-una-salud-optima-para-las-personas-los-animales-y-nuestro-planeta/90586/0>
- Martínez Abreu, J. et al. (2014). Salud ambiental, evolución histórica conceptual y principales áreas básicas. *Revista Cubana Salud Pública*, 40(4).
- Moreno Sánchez, A. R. (2022). Salud y medio ambiente. *Revista de la Facultad de Medicina*. 65(3). UNAM, Facultad de Medicina.
- ONU Asamblea General. (1992). Conferencia de Medio Ambiente y Desarrollo. 1992. *Programa 21. Informe*. Programa 21, Río de Janeiro.
- ONU. (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena, Conferencia Mundial de Derechos Humanos. *Declaración y Programa de Acción de Viena (A/CONF157/23)*.
- ONU. (s. f.). *DESC Observación General 10*.
- OPS. (s. f.) Determinantes Ambientales de Salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>. PAHO.

- OPS (1995). *Orientaciones estratégicas y programáticas, 1995-1998* . Documento oficial 269, Washington, D. C.
- Prüss-Ustün *et al.* (2016). *Preventing disease through healthy environments A global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Geneva: World Health Organization.

CAPÍTULO DECIMOSÉPTIMO

FINANCIAMIENTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO. IMPORTANCIA PARA LA MATERIALIZACIÓN DEL DERECHO Y SITUACIÓN DE FINANCIAMIENTO DEL DERECHO

Pastora MELGAR MANZANILLA*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Consideraciones sobre el financiamiento del derecho a la protección de la salud desde los planes nacionales de desarrollo 2013-2018 y 2019-2024.* III. *Obligación de tomar medidas económicas para la efectividad del derecho a la protección de la salud.* IV. *Indicadores para medir el financiamiento público a la salud.* V. *Indicadores estructurales.* VI. *Conclusiones.* VII. *Fuentes de consulta.*

I. INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) establece desde 1983 el derecho a la protección de la salud en su artículo 4o. La Ley General de Salud asevera que el derecho a la protección de la salud tiene entre sus finalidades el bienestar físico y mental de la persona para contribuir al ejercicio pleno de sus facultades (artículo 2). Por otra parte, varias declaraciones y convenios internacionales articulan un derecho humano a la salud. Dos de carácter vinculatorios para México son: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el “Protocolo de San Salvador” (PA-CADH). El primero establece que los Estados parte del PIDESC reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud

* Facultad de Estudios Superiores Acatlán, UNAM. 861448@pfpuma.acatlan.unam.mx.
ORCID: 0000-0002-8258-0138, UNAM.

física y mental; mientras que el segundo, que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Si bien existen diferencias que no se discuten en este trabajo por exceder los objetivos de este, en los tres casos mencionados se puede advertir la idea de disfrute del más alto nivel de salud físico y mental como núcleo del derecho.

El PIDESC de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1966, artículo 12) y el PA-CADH de la Organización de los Estados Americanos (OEA) (1988, artículo 10) mencionan que en el caso de los instrumentos internacionales mencionados, ambos recogen una serie de medidas que los Estados parte están obligados a implementar a fin de hacer efectivos el derecho.

La Observación General (OG) 14 del (Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales [CESCR] de las Naciones Unidas, 2000) abunda sobre el contenido del derecho a la salud. En concordancia con lo ya establecido, dispone que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. En este sentido, la OG 14 establece una serie de obligaciones básicas y de prioridad comparable con los que deben cumplir los Estados parte. Además, la OG 14 identifica cuatro elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Sin embargo, para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, especialmente por tratarse de un derecho prestacional, implica consideraciones de tipo económicas. Por tanto, para la materialización del derecho es importante la asignación presupuestal.

Este trabajo tiene como objetivos exponer algunas reflexiones en torno a la importancia del financiamiento público presupuestario a la protección de la salud a fin de materializar ese derecho, especialmente a partir de argumentos de los órganos de tratados; y determinar la situación (incremento/diminución) del financiamiento público a la protección de 2015 a 2019, a partir de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

II. CONSIDERACIONES SOBRE EL FINANCIAMIENTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PLANES NACIONALES DE DESARROLLO 2013-2018 Y 2019-2024

Cumplir con las obligaciones de respetar (no limitar, negar o violar) y garantizar (adoptar medidas positivas y materializar) el derecho a la salud o a

la protección de la salud implica una importante labor de administración. La administración sanitaria es la ciencia social y técnica relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las empresas públicas y privadas del sector salud, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos. En este caso, interesa la administración pública sanitaria del sistema de salud y no de una empresa pública sanitaria. La administración implica procesos sociales o institucionales que incluye al menos cinco funciones básicas: 1) administrar, gerenciar y tomar decisiones acerca del conjunto de las organización; 2) dirigir el talento humano; 3) coordinar los procesos institucionales de financiamiento y administración económica; 4) velar por la prestación eficaz y eficiente de los servicios de salud, tanto básicos como aquellos que incorporan tecnologías especiales, y 5) velar porque los desarrollos científicos e investigativos se lleven a cabo bajo condiciones éticas apropiadas. Como se advierte, la función de administración sanitaria implica la integración eficiente y efectiva de los recursos humanos, físicos y económicos para lograr una atención óptima de servicios de salud al paciente. Sin ella, difícilmente el Estado podría respetar y garantizar el derecho de protección a la salud (Lopera-Medina, 2022).

Para efectos de este trabajo, interesa la función de financiamiento. Para alcanzar los resultados establecidos en la planificación; es decir, resultados relacionados con la efectividad del derecho de protección a la salud, es importante hacer énfasis en el elemento de financiamiento, elemento que no es tan visible como la definición de objetivos y proyectos de salud. La definición de los objetivos y proyectos constituye un primer momento de administración, la planificación. Así, por ejemplo, en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND 2013-2018) se reconoce la necesidad de un desarrollo social para un México incluyente, así como la existencia de un limitado acceso a servicios de salud. Asimismo, se establece como meta nacional poner “especial énfasis en proveer una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos y evite que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía, sean un factor determinante en su desarrollo” (*Diario Oficial de la Federación [DOF]*, 2013).

El mismo documento reconoce que el gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) —que creció de 2.6 a 3.1% de 2000 a 2010— es bajo en comparación con el de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE); sin embargo, destaca que para avanzar en la calidad y el alcance de los servicios de salud no sólo se debe pensar en el nivel de gasto, sino también en otras áreas de oportunidad para hacer un mejor uso de los recursos. Si bien se puede estar de acuerdo con el argumento (que el gasto público por sí sólo no implica

una mejor en la efectividad del derecho), el gasto público asignado a la salud es un elemento que no debe soslayarse. Cuestión que ocurre en el PND 2013-2018, ya que ahí se destacan tres factores que inciden negativamente en la capacidad del Estado para dar plena vigencia al derecho a la salud y que requieren atención:

- El modelo con que fueron concebidas las instituciones del sector; esto es, con enfoque hacia lo curativo y no a la prevención.
- Falta de políticas con enfoque multidisciplinario e interinstitucionales hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
- La rectoría y arreglo organizacional donde prevalece la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas, que limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en el Sistema de Salud Pública.

No se reconoce la falta de financiamiento adecuado como elemento que dificulta la materialización del derecho a la protección de la salud.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND 2019-2014), se establece el objetivo de garantizar la salud mediante la inversión en infraestructura y servicios de salud y por medio de los programas regionales, sectoriales y coyunturales de desarrollo. Se reconoce que “el derecho a la salud le es denegado parcial o totalmente al sector más desprotegido de la población mexicana”, y por ello, se establece como objetivo, “garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos” (PND 2019-2024, 2019), por medio de la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, cuya atención “se brindará en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano” (DOF, 2019).

Se toma en cuenta, al menos en parte, los elementos esenciales del derecho a la salud ya mencionados. Pero, en este PND, al igual que en el anterior, no se hace mayor alusión a cuestiones de financiamiento. Ello no es en sí un problema si en un segundo momento se establecen asignaciones presupuestarias adecuadas para cumplir los objetivos trazados.

Respecto del primer momento en la administración, definir lo objetivos y proyectos, si bien no es una actividad fácil, generalmente puede realizarse sin grandes dificultades. Sin embargo, los objetivos planes y proyectos no pueden lograrse si no se asignan los recursos económicos y de personal para cumplirlos. Superado el primer momento, surge una serie de compli-

caciones y obstáculos de diversa naturaleza, entre ellos los financieros que pueden neutralizar la acción en las unidades operativas encargadas de la implementación de los planes y proyectos.

Como se ha mencionado, si bien la asignación de recursos no garantiza la materialización del derecho, la capacidad de gestionar el sistema de salud y las instituciones de salud para adecuarlas a las necesidades y exigencias de la población y de los compromisos nacionales e internacionales en cuanto a la prevención, promoción, diagnóstico y atención en salud, calidad, eficiencia y coberturas de los servicios en todos los niveles, disminuye. En este sentido, es importante poner énfasis en las preocupaciones económicas como una asignación presupuestaria más justa, además de en la reducción de costos y eficiencia como punto principal de discusión en el campo de la salud.

En el caso de derechos sociales como el derecho a la protección de la salud, involucran una serie de factores que dificultan su cumplimiento, debido a que deben ser impulsados por la política pública mediante la acción del Estado. Esta acción de Estado necesariamente debe traducirse, aunque no exclusivamente, en la asignación de recursos públicos suficientes destinados al gasto público en salud. En este sentido, el financiamiento público del derecho requiere la medición periódica del progreso para explicar el nivel alcanzado en estática y dinámica y para tomar decisiones estratégicas para el futuro (Ortegón et al., 2005). Por otra parte, cabe destacar que la asignación de recursos para el derecho a la salud es un compromiso que ha adquirido el Estado Mexicano al signar tanto el PIDESC como el PA-CADH.

III. OBLIGACIÓN DE TOMAR MEDIDAS ECONÓMICAS PARA LA EFECTIVIDAD DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

El Estado mexicano está obligado a otorgar recursos económicos para materializar el derecho de protección a la salud. El fundamento de dicha obligación se puede encontrar en el PIDESC y el PA-CADH (PIDESC, 1966, artículo 2) . En ambos se establece el compromiso de los Estados parte de adoptar medidas apropiadas, especialmente económicas, hasta el máximo de sus recursos disponibles para lograr la efectividad de los derechos contenidos en los instrumentos de manera progresiva; en el entendido de que las obligaciones básicas y de prioridad comparable ya mencionados son de cumplimiento inmediato y no progresivo.

El derecho a la protección de la salud no constituye un objetivo a largo plazo. La OG 14 establece que hay violación a las obligaciones de cumplir

cuando los Estados parte no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Estas violaciones incluyen, entre otras: “los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos” (CES-CR, 2000, párr. 52). Asimismo, se incumple con la obligación de garantizar cuando no se adopta una política o no se pone en marcha, así como cuando no se dedica un presupuesto suficiente o se distribuyen de manera no razonable o ineficiente los recursos públicos (CESCR, 2006, párr. 36).

Esto implica que los Estados deben diseñar sus presupuestos de acuerdo con los derechos consagrados en los instrumentos de derechos humanos signados, entre estos el derecho a la protección de la salud, pues, el último objetivo de las políticas es el cumplimiento de los derechos (Comité de los Derechos del Niño [CRC], 2007, párr. 26). Al respecto, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas señaló que uno de los mayores obstáculos para la efectividad de los derechos es la falta de un gasto público suficiente, efectivo, inclusivo y eficiente (Consejo de Derechos Humanos [CDH], 2014, párr. 3).

Las medidas legislativas de reconocimiento del derecho y las administrativas son importantes y necesarias, pero formales e insuficientes. Además de ellas, se requiere contar con los recursos financieros suficientes para ser implementadas, especialmente cuando no sólo se requiere el respeto de los derechos, como el caso del derecho de protección de la salud, sino también la posibilidad de que los ciudadanos los puedan ejercer (Comité de los Derechos del Niño [CRC], 2013, párr. 3). Así, la obligación de adoptar medidas económicas o financieras es una obligación instrumental para la realización de los derechos humanos (Buchardó i Parra, 2019, pp. 79).

Un problema importante de los derechos humanos y su financiación es la elección del derecho al que se asignará el recurso y la proporción que la realización de cada derecho debe ocupar del gasto público (Serrano y Vázquez, 2013).

Aunque debe existir un vínculo íntimo entre los objetivos trazados en los PND y el financiamiento de ellos, no se puede suponer que cuando se establecen objetivos en el PND, se elaboran programas y proyectos, es porque se trata de la elección de derechos y la proporción de su realización como acción de gobierno, y por tanto, que serán financiados. Más bien, parece existir un divorcio entre el primer momento de administración que implica establecer objetivos de política y el segundo que incluye asignar recursos para la implementación de la política. Esto se advierte, por ejemplo, en el Amparo en revisión 378/2014 resuelto por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). El caso versa sobre la falta de asignación de fondos al

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”, para la ejecución de un proyecto: “Construcción y Equipamiento del Servicio Clínico para Pacientes con VIH/Sida y Coinfección por Enfermedades de Transmisión Aérea”.

En dicho caso, la SCJN identificó las obligaciones del Estado mexicano que integran el derecho a la salud. Luego determinó si la omisión se debió a que, pese a haber utilizado el máximo uso de sus recursos, estos fueron insuficientes para cumplir con sus obligaciones. Al respecto, señaló que es el Estado quien debió probar el máximo uso de los recursos disponibles, y dado que no lo hizo, considero el incumplimiento del Estado mexicano como injustificado. Sin embargo, no analizó de manera específica la aplicación de máximo de los recursos disponibles al caso concreto. Tampoco realizó un análisis presupuestario sobre el papel que tiene el derecho a la salud en el presupuesto nacional y local, si es adecuado, si se emplearon los recursos necesarios y suficientes, la forma en que se construyen los recursos o los criterios, en su caso, para la asignación del presupuesto (Vázquez, 2018, pp. 181 y 182).

IV. INDICADORES PARA MEDIR EL FINANCIAMIENTO PÚBLICO A LA SALUD

En el marco de la OEA y del compromiso de los Estados parte de presentar informes periódicos sobre las medidas progresivas que hayan adoptado para asegurar el respeto a los derechos reconocidos en el PA-CADH que se contempla en el artículo 19 de dicho instrumento, existen unos indicadores de derechos humanos que buscan contribuir a que los Estados parte cuenten con herramientas útiles para realizar un diagnóstico y medición de la situación de los derechos contenidos del Protocolo (OEA, 2015). Estos indicadores pueden servir para determinar si el Estado cumple con su obligación de otorgar recursos económicos para materializar los derechos humanos como del derecho a la protección de la salud, fuera del ámbito de los informes. Los indicadores son de tres tipos: estructurales, de proceso y de resultados; y se organizan bajo tres categorías conceptuales: recepción del derecho, contexto financiero y compromiso presupuestario; y capacidades estatales; así como de tres principios transversales: igualdad y no discriminación; acceso a la justicia, acceso a la información y participación (OEA, 2015).

TABLA 1
TIPOS DE INDICADORES PARA LA MEDICIÓN
DE DERECHOS CONTEMPLADOS EN EL PA-CADH

<i>Estructurales</i>	<i>De proceso</i>	<i>De resultados</i>
Reflejan la existencia o inexistencia de medidas.	Buscan medir la calidad y magnitud de los esfuerzos del Estado para implementar los derechos.	Indican el estado de realización de un derecho humano en un determinado contexto, programas, intervenciones del Estado.

FUENTE: OEA, Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el “Protocolo de San Salvador”.

En cuanto a las categorías conceptuales, permiten operativizar la realización de los derechos y pueden ser monitoreadas a partir de indicadores estructurales, de proceso, de resultados y señales de progreso cualitativas (OEA, 2015, pp. 26).

La categoría de contexto financiero y compromiso presupuestario, que interesa para efectos de este trabajo, se refiere a la disponibilidad efectiva de recursos del Estado para ejecutar el gasto público social, su distribución medida como porcentaje del PIB para cada sector social o por otros indicadores y los compromisos presupuestarios que permiten evaluar la importancia que el Estado le asigna al derecho (OEA, 2015, pp. 26).

1. *Indicadores estructurales*

Los indicadores de tipo estructural para el derecho a la salud en la categoría de contexto financiero y compromisos presupuestarios son:

- Características, tipos, monto y extensión de incentivos, deducción de impuestos (incentivos fiscales) y subsidios para el sector privado de la salud.
- Características, tipos, monto y extensión de incentivos estatales a la industria farmacéutica privada.

Respecto del primer indicador, en México se cuenta con incentivos fiscales de tipo deducción de impuestos, específicamente deducciones personales relacionados con la salud (Ley del Impuesto sobre la Renta [LISR],

2013, artículo 151). Sin embargo, el total de las deducciones personales (relacionados con la salud y otros, excepto gastos médicos por incapacidad y discapacidad, donativos, aportaciones complementarias de retiro, así como estímulos fiscales) no puede exceder cinco Unidades de Medida y Actualización (UMA) anuales o del 15% total de ingresos, incluidos los exentos, lo que resulte menor (LISR, 2013, artículo 15, último párrafo). Por otra parte, mediante jurisprudencia se ha establecido que estas deducciones personales no deben reconocerse forzosamente por el legislador como aminoraciones para determinar la base gravable del impuesto y que la circunstancia de que los conceptos con los cuales se relacionan las deducciones personales tengan alguna vinculación con derechos fundamentales o servicios básicos que el Estado se encuentra obligado a garantizar no implica que exista un derecho constitucionalmente titulado para exigir que la legislación fiscal brinde esa tutela (Tesis 2a./J. 27/2017 [10a.], 2020, p. 671). Como se advierte, las medidas estructurales de tipo incentivos fiscales en su manifestación de deducciones personales, son endebles.

También se cuenta con tributos extrafiscales. Esto es, medidas tributarias que tienen por objetivo mejorar de forma general la salud de la población por medio del desincentivo del consumo de ciertos tipos de alimentos (Muniz Pérez y Tomé Hernández, 2022, pp. 26). Así, la Ley del Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios (LIEPS) establece impuestos a la producción y servicios relacionados con tabaco, alcohol y alimentos de alta densidad calórica, sin embargo, no existen datos para evaluar la efectividad de la medida en México.

Por otra parte, existe una Ley Federal de Presupuesto y Asignación Hacendaria México (2006) que tiene por objeto reglamentar las disposiciones constitucionales en materia de programación, presupuestación, aprobación, ejercicio, control y evaluación de los ingresos y egresos públicos federales (artículo 1 y el Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria); leyes anuales de ingresos y de egresos; así como manuales de programación y presupuesto para los ejercicios fiscales que tienen como objetivo guiar a las dependencias y entidades de la administración pública federal y a las empresas productivas del Estado en la elaboración de anteproyectos de presupuesto, con el fin de que se pueda llevar a cabo la integración de los proyectos de presupuesto de egresos y egresos (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2022). En consecuencia, estos instrumentos no están estructurados en términos de derechos humanos, por tanto, si bien pueden referirse a derechos humanos como el derecho a la protección a la salud, o establecer un vínculo entre la asignación presupuestaria con

el cumplimiento de políticas, estrategias, prioridades y metas establecidas en un PND, no existe disposición en la CPEUM (artículos 74, 75, 136, 127 y 134) u otra norma nacional en donde se adviertan medidas claras y específicas para el financiamiento de los derechos humanos en general y el derecho a la protección de la salud en particular, a fin de lograr su materialización de acuerdo al uso de los máximos recursos disponibles. Es decir, no existen “disposiciones constitucionales y legales que condicionan el nivel de recursos financieros, materiales, técnicos y de otra índole que deben ser invertidos, y que efectivamente son asignados, para la garantía del derecho” (OEA, s. f., p. 131), cuestión que requiere el indicador de tipo estructural, de categoría conceptual compromiso financiero y presupuestal. En este sentido, se puede concluir que hay deficiencia en la existencia de medidas conforme al indicador estructural.

2. *Indicadores de proceso*

En cuanto a la categoría “de proceso” los indicadores se orientan a medir la aceptabilidad, pertinencia, adaptabilidad y eficiencia de los procesos implementados por el Estado para garantizar los derechos, en este caso, el de protección a la salud (OEA, s. f., p. 140). Son los siguientes:

- Porcentaje de gasto público social destinado a salud.
- Gasto público per cápita en atención a la salud.
- Gasto familiar en salud como proporción del ingreso familiar corriente.
- Distribución del gasto en salud por jurisdicciones
- Porcentaje de recursos destinados a capacitación de recursos humanos en salud.

Los indicadores mencionados permiten advertir, la necesidad de contar con información desagregada para la distribución de los recursos de manera eficaz y eficiente (CRC, 2007, párr. 19). Por la facilidad para la obtención de datos, se presentan algunos indicadores de financiamiento de la salud de la OMS para los años del 2015 al 2020. El 2020 es un año atípico por la pandemia por COVID-19 que ocasionó gastos no esperados o planificados, por tanto, sin embargo, sirven como referencia.

TABLA 2
GASTO NACIONAL EN SALUD DEL GOBIERNO GENERAL COMO
PORCENTAJE DEL GASTO DEL GOBIERNO GENERAL. MÉXICO

2015	2016	2017	2018	2019	2020
10.86%	10.41%	10.73%	10.41%	10.32%	11.52%

FUENTE: OMS.

TABLA 3
GASTO CORRIENTE EN SALUD COMO PORCENTAJE
DEL PIB

2015	2016	2017	2018	2019	2020
5.72%	5.55%	5.46%	5.38%	5.45%	6.24%

FUENTE: OMS.

TABLA 4
GASTO PRIVADO INTERNO EN SALUD COMO PORCENTAJE
DEL GASTO CORRIENTE EN SALUD

2015	2016	2017	2018	2019	2020
47.8%	48.72%	49.46%	50.37%	50.83%	47.1%

FUENTE: OMS.

TABLA 5
GASTO CORRIENTE EN SALUD PER CÁPITA
EN DÓLARES

2015	2016	2017	2018	2019	2020
558.2%	492.9%	514.9%	530.7%	552.7%	538.6%

FUENTE: OMS.

TABLA 6
GASTO NACIONAL EN SALUD DEL GOBIERNO GENERAL
COMO PORCENTAJE DEL PIB

2015	2016	2017	2018	2019	2020
2.99%	2.85%	2.76%	2.67%	2.68%	3.3%

FUENTE: OMS.

TABLA 7
GASTO DE BOLSILLO COMO PORCENTAJE DEL GASTO
CORRIENTE EN SALUD

2015	2016	2017	2018	2019	2020
41.04%	41.37%	41.79%	42.31%	42.28%	38.77%

FUENTE: OMS.

TABLA 8
GASTO NACIONAL EN SALUD DEL GOBIERNO GENERAL
PER CÁPITA EN DÓLARES

2015	2016	2017	2018	2019	2020
291.4%	252.7%	260.2%	263.4%	271.8%	284.8%

FUENTE: OMS.

TABLA 9
GASTO DOMÉSTICO PRIVADO EN SALUD
PER CÁPITA EN DÓLARES

2015	2016	2017	2018	2019	2020
266.8	240.1	254.7	267.3	281	253.7

FUENTE: OMS.

TABLA 10
GASTO DE BOLSILLO (OOP) PER CÁPITA EN DÓLARES

2015	2016	2017	2018	2019	2020
229.1%	203.9%	215.2%	224.5%	233.7%	208.8%

FUENTE: OMS.

Los datos que se muestran en las tablas constituyen indicios sobre el gasto público en salud (financiamiento de la salud) y sobre el gasto privado y de bolsillo. Respecto del indicador “gasto privado interno en salud como porcentaje del gasto corriente en salud” (tabla 4), se puede advertir que hay una tendencia hacia el incremento del gasto privado en los años del 2015 al 2019. Se observa una reducción hasta el 2020. A pesar, el porcentaje más bajo de gasto privado interno de los años analizados fue en el 2015.

En cuanto al indicador “gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente” (tabla 7), después de 2015 va incrementando hasta el 2018. En 2019, hay un ligero decremento, sin embargo, no llega a los valores de 2015. En 2020, decrece a un valor menor que el de 2015. Algo similar se puede observar con el indicador “gasto doméstico privado en salud per cápita” (tabla 9), en donde, si bien no hay una clara tendencia, tanto en 2018 como en 2019, los valores son más que en 2015. El gasto doméstico privado en salud per cápita más bajo fue en 2016.

Por último, se observa que el indicador “gasto de bolsillo per cápita” (tabla 10) disminuye en 2016, pero de 2017 a 2019 incrementa, vuelve a bajar en 2020. El gasto en 2019 es mayor que en 2015. Los indicadores mencionados son indicios de que el gasto privado y el gasto de bolsillo no van disminuyendo. Si bien los datos de 2020 pueden dar otra impresión, como ya se establecido, fue un año atípico.

Respecto de los indicadores relacionados con el gasto público en salud, del que se refiere a “gasto nacional en salud del gobierno general como porcentaje del gasto del gobierno general” (tabla 2) se observa que en 2015 hubo un porcentaje de gasto en salud mayor que de 2016 a 2019, en 2020, incrementa dicho porcentaje de gasto. Algo similar sucede con los indicadores “gasto corriente en salud como porcentaje del PIB” (tabla 3); “gasto nacional en salud del gobierno como porcentaje del PIB” (tabla 6); “gasto corriente en salud per cápita” (tabla 5) y “gasto nacional en salud del gobierno general per cápita” (tabla 8) en donde se observa que el mayor porcentaje de gasto fue el de 2015, en algunos casos incluso que el porcentaje de gasto de 2020.

Los resultados de los indicadores son consistentes con la idea contenida en los PND mencionados, en los cuales se reconoció deficiencias en los servicios de salud y, por tanto, en la materialización del derecho a la protección de la salud, pero se soslayó el papel del financiamiento público para garantizar el derecho. Los datos referidos son indicios de que el financiamiento público no incrementó en el periodo de 2015 a 2020.

3. *Indicadores de resultado y de progreso*

Los indicadores de resultado se refieren a la forma como las decisiones y las capacidades financieras de las personas y las variables del contexto relevantes para el goce efectivo de los derechos se transforman por las decisiones del Estado sobre el nivel de recursos a invertir para su protección y la manera en que estos recursos se utilizan (OEA, 2015, p. 17). El indicador de resultado para efectos del PA-CADH es: porcentaje promedio de ingresos del hogar gastados en salud según quintil de ingreso per cápita familiar. A falta de datos relacionados con el indicador, se presentan otros indicadores accesibles de INEGI.

TABLA 11
PORCENTAJE PROMEDIO DE INGRESOS DEL HOGAR GASTADOS
EN SALUD SEGÚN INGRESO PER CÁPITA FAMILIAR

2015	2016	2017	2018	2019	2020
2.99%	2.85%	2.76%	2.67%	2.68%	3.30%

FUENTE: INEGI.

TABLA 12
PORCENTAJE PROMEDIO DE INGRESOS DEL HOGAR
GASTADOS EN SALUD SEGÚN EL PIB EN MÉXICO

2015	2016	2017	2018	2019	2020
5.7%	5.6%	5.5%	5.6%	5.6%	6.5%

FUENTE: INEGI.

Los datos muestran una ligera reducción en el porcentaje promedio de ingresos del hogar gastados en salud, sin embargo, de ellos no es posible determinar las variaciones entre los quintiles, por tanto, no es posible realizar una lectura clara. En cuanto el indicador de señales de progreso es: relación entre crecimiento económicos versus cobertura en salud en los últimos 5 años.

TABLA 13
CRECIMIENTO ECONÓMICO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

2015	2016	2017	2018	2019	2020
3.3%	2.6%	2.1%	2.2%	-0.1%	-8.2%

FUENTE: Banco de México.

TABLA 14
ÍNDICE DE COBERTURA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN
UNIVERSAL DE LA SALUD

2019	2017	2015
74%	73%	73%

FUENTE: OMS.

De los datos accesibles se observa que no hubo crecimiento económico si comparamos 2015 y 2020, el año en que mayor crecimiento hubo fue en 2015. En cuanto a la cobertura del servicio universal de la salud, de 2015 a 2019 hubo un incremento del 1%. En suma, con los datos accesibles y presentados, no es posible concluir resultados positivos o progreso en la efectividad o materialización del derecho a la protección de la salud en México.

VI. CONCLUSIONES

En los PND 2013-2018 y 2015-2019, se reconoce deficiencia en la materialización del derecho de protección a la salud, pero no se reconoce la falta de financiamiento adecuado como factor que contribuye a dicha deficiencia. Sin el adecuado financiamiento público, los objetivos relacionados con el dere-

cho a la protección de la salud establecidos en los PND difícilmente podrán ser alcanzados.

El Estado mexicano tiene la obligación de asignar los recursos hasta el máximo disponibles para hacer efectivos los derechos humanos, entre estos los derechos a la protección de la salud. Dicha obligación tiene su fundamento en el PIDESC y el PA-CADH.

Las medidas de tipo estructural relacionadas con el compromiso financiero y presupuestal para la materialización del derecho a la protección de la salud son deficientes.

Los datos sobre financiamiento público, privado y de bolsillo relacionados con la protección de la salud otorgan indicios de que el gasto privado y el gasto de bolsillo no disminuyeron y que el financiamiento público no incrementó durante el periodo de 2015 a 2020. Tampoco se puede concluir que hay resultados positivos o progreso en la efectividad o materialización del derecho a la protección de la salud en México.

VII. FUENTES DE CONSULTA

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. *DOF* 20/05/2013. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013#sc.tab=0

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. *DOF*. 12/05/2019. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#sc.tab=0

Buchardó I Parra, A. (2019). *Presupuesto público y derechos humanos: las obligaciones financieras de los Estados en materia de derechos humanos*. Tesis doctoral, Programa de Doctorado en Sostenibilidad y Paz en la Era Posglobal. Universidad de Valencia. <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/70587/TE-SIS.pdf?sequence=1>

Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LIEPS.pdf>

Ley del Impuesto sobre la Renta. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISR.pdf>

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPRH.pdf>

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LFPRH_131120.pdf

- Lopera-Medina, M. (2022). Retos éticos para los administradores en salud en la época contemporánea. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 4(1), 1-12. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341003>
- Muniz Pérez, J. C. y Tomé Hernández, N. (2022). *Health taxes: la última frontera de la extrafiscalidad*. España. 2022. Kindle.
- OEA. (2015). Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador. Washington. https://www.oas.org/en/sedi/pub/indicadores_progreso.pdf
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.
- CESCR. (2000). E/C.12/2000/4. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g00/439/37/pdf/g0043937.pdf?token=atZrYcK6985vSbD3sY&fe=true>
- CESCR. (2005). E/C.12/GC/18. <https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-18-derecho-al-trabajo>
- CRC. (2013). CRC/C/GC/17. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g13/428/31/pdf/g1342831.pdf?token=SDLKKnIYgtjz9VoNhD&fe=true>
- CRC. (2007). CRC/C/46/CRP.2. https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/discussion/CRC.C.46.CRP.2_guidelines_sp.pdf
- ONU. (2014). A/HRC/28/33. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g14/247/02/pdf/g1424702.pdf?token=bjnV7NgANlnnnAkr3A&fe=true>
- Ortegón, E. et al. (2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Nueva York. CEPAL, 2005, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. *Manual de Programación y Presupuesto 2022*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/663345/Manual_de_Programacion_y_Presupuesto_2022.pdf
- Serrano, S. y Vázquez, D. (2013). *Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos*. Flasco.
- Amparo en revisión 378/2014. https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/sentencia/2020-01/AR%20378_2014.pdf

Tesis 2a./J. 27/2017 (10a.). *Gaceta del Seminario Judicial de la Federación*. [https://bj.scjn.gob.mx/doc/tesis/3PduMHYBN_4klb4HxnjD/%22Incapacitad os%22](https://bj.scjn.gob.mx/doc/tesis/3PduMHYBN_4klb4HxnjD/%22Incapacitad%20os%22)

Vázquez, D. (2018). *Test de razonabilidad y derechos humanos: instrucciones para armar*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas.

CAPÍTULO DECIMOCTAVO

ECONOMÍA CIRCULAR Y DERECHO A LA SALUD

Jorge WITKER*

I. Introducción. II. La Agenda 2030 y los 17 objetivos de desarrollo sustentable. III. La economía circular. IV. Consideraciones finales. V. Fuentes de consulta.

I. INTRODUCCIÓN

La economía circular, surge como una estrategia productiva para enfrentar la transición climática, que enfrenta el planeta tierra, con riesgos reales a la biodiversidad y afectación a la salud y vida humana evidentes y palpables.

Los últimos 200 años, y más específicamente desde la década de los setenta del siglo pasado, los daños antropogénicos, es decir, realizados por el hombre han sido ilimitados y que sintetizamos. A las inundaciones, incendios y sequías, las acciones humanas suman la degradación de los océanos, la desaparición de los bosques, la desertización de basta zonas verdes, la extinción de ríos y represas de vías fluviales, la desaparición de humedales, la destrucción de arrecifes milenarios de coral y la explotación de zonas costeras y manglares, destacan cada vez más evidente junto a la desaparición de glaciales polares y montañosos, sumando todo muestran devastaciones de proporciones bíblicas.

De igual forma, las contingencias ambientales atmosféricas en grandes urbes, como ciudad de México y otras, se vuelven comunes y cotidianas en los continentes y regiones del planeta.

En efecto, la naturaleza vive una crisis que afecta a gran parte de la vida en la planta, que llega ya a los límites de una extinción masiva sin precedentes. Esta crisis de la biodiversidad ha sido provocada y agravada

* Instituto de Investigaciones Jurídicas; investigador nacional emérito del Sistema Nacional de Investigadores de México. witker@unam.mx. ORCID: 0000-0003-0545-8988.

por impulsores directos, derivada de la acción humana y que al parecer deriva esencialmente de los sistemas económicos y productivos presente a nuestros días.

A esta descripción, se suma el aumento poblacional con más de 7,000 millones de habitantes, y la existencia de un modelo de producción que explota y procesa la materia prima virgen o recursos mineros en los océanos, bajo criterios productivistas y lucrativos sin consideración alguna, a los ecosistemas implicados. Extraer, fabricar, distribuir, usar y tirar, ha sido y es, el estilo de convivencia en ciudades, urbes y vertederos existentes en este siglo XXI. Por ello tiene razón, Slavoj Žižek al sostener que “la verdadera utopía actual, es pensar que podemos seguir viviendo como lo hacemos hoy día” (Brosse, 2016, p. 29).

La respuesta global y posible, es el final de esta economía del desperdicio, lineal y transversal y su reemplazo gradual y persistente, por esquema transformador circular, que bajo criterios de producción y consumo responsable, salve la biodiversidad y salud humana con políticas y estrategias que alargan el ciclo de vida de los productos, manteniendo su valor y evitando al máximo el vasto universo de residuos, consumos irracionales de agua y energía, construyendo así economías eficientes y amigables con la naturaleza y el ambiente.

Esta circularidad, es al mismo tiempo un factor clave, para la sociedad humana, en lo general, y hace viable, el derecho humano a la salud, en donde convergen actores plurales, públicos y privados, que deben comprometerse en forma directa e indirecta, en la tarea de construir un desarrollo sustentable, en cuyo universo la economía circular juega un papel holístico, sustantivo y estratégico.

II. LA AGENDA 2030 Y LOS 17 OBJETIVOS DE DESARROLLO SUSTENTABLE

El proceso de globalización ha traído como consecuencia un incremento de la demanda de todo tipo de productos y servicios derivado del aumento poblacional. Tradicionalmente, para satisfacer dicho incremento de la demanda en general se ha optado por tecnologías fósiles, emisoras de gases de efecto invernadero, principales responsables del cambio climático y del calentamiento global del planeta (El cambio climático en México, s. f.).

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por los 193 Estados miembros de Naciones Unidas en su Asamblea General en 2015, plantea 17 grandes objetivos y 169 metas que abarcan las tres dimensiones

del desarrollo sostenible: el crecimiento económico, la inclusión social y la protección del medio ambiente (Cancino y Domínguez, 2022, p. 227).

Los 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS), todos ellos interrelacionados entre sí, y sus 169 metas, tienen un carácter global, inclusivo y plural y resultan universalmente aplicables. Todos los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, comparten la responsabilidad de alcanzar los ODS mediante una serie de acciones y programas preestablecidos (Cancino y Domínguez, 2022, p. 228).

Los 17 ODS son: 1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo. 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible. 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. 4. Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos. 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas. 6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos. 7. Garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos. 8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos. 9. Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación. 10. Reducir la desigualdad en los países y entre ellos. 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles. 12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles. 13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos. 14. Conservar y utilizar sosteniblemente los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible. 15. Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar sosteniblemente los bosques, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y detener la pérdida de biodiversidad. 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas. 17. Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible (CNDH, 2019).

En definitiva, la Agenda 2030 integra de forma equilibrada las tres dimensiones del desarrollo sostenible (la económica, la social y la medioambiental) y refleja un trascendente consenso internacional (Cancino y Domínguez, 2022).

Los ODS y las metas reflejan el resultado de más de dos años de un activo proceso de consultas públicas y de interacción con la sociedad civil y

otras partes interesadas en todo el mundo, durante el cual se tomó en cuenta especialmente la opinión de los más pobres y vulnerables. Como se indica en el texto de la resolución, la Agenda tiene un alcance y una importancia sin precedentes, ya que todos los países miembros de la ONU la aceptaron y se aplica a todos ellos, teniendo en consideración, por supuesto, las diferentes realidades, capacidades y niveles de desarrollo de cada uno y respetando sus políticas y prioridades nacionales. Los ODS y las metas son universales y afectan al mundo entero, tanto a los países desarrollados como a los países en desarrollo.

III. LA ECONOMÍA CIRCULAR

1. *Concepto*

La economía circular es un modo de producción opuesto al modelo de producción y consumo lineal. Postula conceptualmente, un proyecto holístico restaurador en el cual, producto, componentes y materiales mantienen su valor y utilidad, en forma permanente durante el ciclo de producción uso y consumo.

Según la Ley de Economía Circular de la Ciudad de México (2023), en su artículo 3, fracción XI señala textualmente:

Modelo económico de producción y consumo sostenible que contempla todas las etapas del ciclo de vida de los productos y servicios, para generar diseños y esquemas que disminuyen los impactos ambientales a través de ciclos técnicos y biológicos que posibilitan la permanencia y reintegración sustentable de sus componentes, garantizando las condiciones esenciales con las que toda persona debe contar y respetando los límites ecológicos que sustentan la vida, obteniendo como resultado un desarrollo que se encuentre dentro de los límites de lo ecológicamente seguro y lo socialmente justo.

Se trata de un modelo, que tiene en cuenta, tanto aspectos económicos, como ambientales y sociales, basado en el principio de “cerrar el ciclo de vida” de recursos, productos, servicios, residuos y materiales, potenciando el rendimiento de las cadenas de valor.

En contrario, el modo de producción lineal propia del capitalismo transnacional se basa en grandes proceso o eslabones: la extracción de materia prima virgen, el refinamiento de ella, fabricación de objetos, posterior ensamblaje, comercialización, consumo y desecho de sus componentes o materiales originales (posconsumo).

En síntesis, erradicar el esquema lineal de extracción-transformación, uso y eliminación que, presta nula atención a si los productos, sus componentes o residuos empleados en su fabricación, son utilizados o no de modo racional.

Como alternativa, se sugiere sustituir el modelo lineal por otro circular de reducción-reciclaje-rentelización-recuperación, fundamentos esenciales de la circularidad, acompañados de la implantación de nuevos modelos de negocios, servicios y consumos, basados en los principios de la sustentabilidad (Cisterna *et al.*, 2021, p. 27).

En efecto, la economía circular es un medio de producción económico holístico, susceptible de ser aplicado a cualquier actividad humana, independiente de su naturaleza y condición y debe formar parte de estrategias transversales y a largo plazo, que comprometan solidariamente a todos los agentes sociales, económicos, laborales y políticos, implicados en su adopción (Boto, 2021).

2. Principios

Algunos autores señalan, como principios de la circularidad lo siguiente:

1. Diseñar desde su origen, toda transformación o producción de bienes y servicios, evitando desde su origen, externalidades negativas en agua, aire y suelo, propiciando la idea de un diseño regenerativo.
2. Rentelización de productos y materias primas, al más alto valor posible, en un ciclo técnico, prediseñado y planeado.
3. Restauración por intención y diseño para evitar efectos adversos, no se transmitan al hombre y al medio ambiente (Pages, 202, p. 203).

3. Derecho comparado

La legislación comparada que existe a la fecha, en economía circular, está centrada en la Unión Europea y en algunos países de Latinoamérica.

Los primeros juristas, en plantear regulaciones al respecto, han sido los ambientalistas, principalmente, expertos en residuos, como paso previo a desarrollos normativos vinculados con la circularidad. En el ámbito, también de derechos públicos, han surgido aportes desde posiciones fiscalistas, urbanas y turísticas, sin desconocer las contrataciones del sector público, en cuyas cláusulas se han contemplado vertientes vinculadas a la producción económica circular como elemento auxiliar, a las políticas de sustentabilidad.

Como actividad económica en gestación, los fundamentos han girado en torno a la producción y al consumo, extremos que en la economía lineal regula el derecho económico desde el ángulo de la idea del capital fijo y que se relaciona en forma directa a las interrogantes que plantea todo sistema económico: ¿qué producir?, ¿cómo producir?, y ¿para quién producir? (Pages, 2021, pp. 210 y 211).

Las respuestas predominantes en la economía lineal son producir, bienes y servicios para el mercado; gestionar dicha producción con empresas, que actúan bajo criterios de extraer-transformar y consumir recursos, al menor costo posible, sin considerar las externalidades negativas del proceso, y finalmente, para consumidores indeterminados, que actúan bajo principios de propiedad y movidos por el binomio úsese y deséchese en el menor tiempo posible (Witker, 2015, p. 54).

Como esquema alternativo a lo anterior, la economía circular y el derecho económico circular, incorporan para el análisis, los conceptos de capital fijo dinámico, capital natural y capital cultural, paradigmas estos que transforman el modo de producción tradicional por un esquema de transformación circular.

En efecto, en la circularidad en el capital fijo, se transforma el valor de uso de los recursos, materiales y desperdicios utilizados en valor de cambio, que intenta prolongar el ciclo de vida de los productos y bienes de uso final. Así los residuos y desperdicios se vuelven en materia prima completando con eficiente criterio un bucle de circularidad (Pages, 2021c, p. 210).

Por su parte, el capital natural que implica, en general, recursos naturales o materias primas virgen, limitan su oferta por esta nueva tipología de producción, que evita al máximo la generación de residuos y limita depender de la naturaleza, los que al final del ciclo, se transforman, como hemos dicho, en material de reúso, reciclaje o refacturación (Brosse, 2016, p. 29).

En cuanto al capital cultural, es un factor estratégico del modo de producción de la economía circular, pues supone replantear todo el modelo de producción lineal, base actual del capitalismo transnacional y del derecho económico clásico, por otro esquema productivo, sostenible y económicamente eficiente, con nuevos principios y categorías con ventajas mercantiles y ambientalmente compatible con un nuevo capitalismo natural en gestación.

Para esta actividad economía alterna y circular, es necesario, construir una normatividad funcional a estas nuevas premisas y categorías y como una forma de respuesta holística a los acuciantes desafíos, que el desarrollo sostenible se plantea en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, surgidas del Acuerdo de París en 2015 y de la Cumbre del Milenio del año 2000.

La Unión Europea, aparece como pionera en el ámbito de postular y aprobar, primero recomendaciones y posteriormente, normatividades en el ámbito, tanto de la protección del medio ambiente como en las cláusulas democráticas, que se han ido incorporando a los tratados de libre comercio y en convenciones para regular aspectos sectoriales relacionados con elementos de economía circular.

Principales documentos legislativos relativos a la aplicación de la economía circular:

- Directiva 2008/98/CE sobre los residuos y por la que se derogan determinadas directivas.
- Directiva 2006/66/CE relativa a las pilas y acumuladores y a los residuos de pilas y acumuladores.
- Directiva 2012/19/UE sobre residuos de aparatos eléctricos y electrónicos.
- Directiva 2001/81/CE sobre techos nacionales de emisión de determinados contaminantes atmosféricos.
- Propuestas de revisión de las Directivas sobre residuos como parte del paquete de medidas sobre la economía circular (Paquetes de Medidas sobre la Economía Circular, s. f.).

En cuanto a Latinoamérica, varios países han avanzado en legislaciones referidas a la prevención y gestión de residuos, con legislaciones específicas para plásticos, pilas y baterías, automóviles, metales, maderas y vidrios, siendo Colombia el país más avanzado en vincular las legislaciones sectoriales al concepto de economía circular hasta el momento.

4. Derecho humano a la salud en la economía circular

El tema de la salud puede analizarse en una perspectiva dual, como lo establece el artículo 4o. constitucional, es decir, supone el derecho a garantizar una vida sana integralmente, como lo define la Organización Mundial de la Salud: “el estado de completo bienestar físico, mental y social”; lo anterior incluye reducir la tasa de mortalidad materna, poner fin a las muertes infantiles prevenibles, limitar y controlar pandemias, lograr la cobertura sanitaria universal con medicamentos esenciales asequibles, servicios de salud sexual y reproductiva y un acceso real a vacunas y medicamentos.

Definir un acceso real a los servicios médicos y sanitarios, supone para los gobernantes, establecer el monto recursos públicos adecuados en los pre-

supuestos anuales, diseñando cifras que deben fluctuar entre el 6% y 8% de los productos internos brutos.

Por ello, cuando se compara el Sistema Nacional de Salud, con países como Dinamarca u otros, hay que verificar si los montos presupuestales, son comparables para tener resultados y efectos parecidos, de otra forma, es sólo una afirmación falaz.

Los sistemas productivos, lineales y circulares, evidencian la importancia que asignan a la salud. En efecto, el sistema que acentúa la extracción, manufactura, comercialización y consumo, tiene como preocupación fundamental la fuerza de trabajo que esté en condiciones de dar competitividad a dicho proceso, fomentando consumos, basados en desperdicios ilimitados y en una rotación permanente de bienes.

Con todo, la economía circular representa una actividad económica, cuya arquitectura jurídica, se haya en construcción, pues la propia circularidad muestra un uso inicial, polisémico y ambiguo (Espaliat, 2018). Sin embargo, el eje básico de este modelo es el desarrollo sustentable.

En efecto, la dualidad antes señalada, supone, por una parte, la salud en términos de oportunidades y rasgos transversales y, por la otra, en su faceta de derecho humano a cumplirse en la vertiente sanitaria (hospitales y centros de atención en general), en tanto, escenario concreto y específico, donde aplica o instrumenta la economía circular.

La fuente jurídica general, de esta circularidad, con la salud, está en la Agenda 2030 de Naciones Unidas, en la cual como se mencionó anteriormente, varios ODS mencionan indirecta o directamente la salud, así: producción y consumo responsable; energía asequible y no contaminante; ciudades y comunidades sostenibles; acción por el clima, y en forma más directa: el ODS 3 (salud y bienestar).

La Unión Europea desde 2015, expuso un Plan de Acción, en el cual se afirma un alto de nivel de protección de la salud humana y del medio ambiente y posteriormente, en 2018 aprueba una estrategia europea llamada verde en la cual, regula el plástico en una economía circular. En este documento, aparecen referencias explícitas a riesgos para la salud de la contaminación por micro plásticos en el aire, el agua potable y alimentos como la sal y la miel.

En 2020, el segundo Plan de Acción Europeo para la economía circular, por un Europa más limpia y competitiva, en donde se anuncia un nuevo reglamento relativo a las pilas y baterías y sus residuos, cuyo texto nuevo toma en cuenta de forma genérica, los impactos sanitarios en la determinación de la proporcionalidad de dichas medidas y regula el almacenamiento, utilización y desecho seguro de pilas y baterías.

Por su parte, el Plan de Acción 2123 de la estrategia española de economía circular, planteó directamente la protección de la salud como uno de sus principios básicos y se asocia a la protección del medio ambiente, en cuanto a las orientaciones estratégicas, especialmente en lo laboral, consumo, política industrial y consumo de agua para el consumo humano.

Como se señala al respecto,

Este Plan de Acción, que cubre el período 2021-2023, reconoce la protección del medio ambiente y de la salud humana como umbral de garantía del eje de actuación “materias primas secundarias” y de los nuevos marcos jurídicos que habrán de aprobarse para regular la producción y gestión de los residuos de construcción y demolición, y la utilización de los lodos de depuración en el sector agrario. La protección de la salud es también un valor que habrá de inspirar el control y vigilancia de los residuos, y un contenido de la estrategia de comunicación y difusión respecto a la circularidad de los plásticos. Finalmente, también prevé que deberá estudiarse como riesgo emergente de los nuevos empleos y ocupaciones en desarrollo de la economía circular (Boto, 2021, p. 10).

La legislación nacional española, conformó un avance de la economía circular en relación con la salud, pero donde los avances son más significativos, están en las legislaciones autonómicas en donde Navarra y las Islas Baleares, aportan textos más completos y holísticos entre la circularidad y la salud humana.

Otra vertiente importante, de este esquema productivo, restaurador y sostenible, lo encontramos también en el ámbito de los propios servicios sanitarios y de salubridad; es necesario recordar que se trata de un modelo, que tiene en cuenta, tanto aspectos económicos como ambientales y sociales, basado en el principio de “cerrar el ciclo de vida” de recursos, productos, servicios, residuos y materiales, potenciando el rendimiento de las cadenas de valor (Espaliat, 2018).

Los servicios de salud, para establecer procesos circulares, es sensible por razones críticas que tienen que ver con la seguridad, la higiene, la intimidad, la confidencialidad de la información y la inocuidad. Por otra parte, la complejidad y diversidad de los agentes participantes juegan papeles relevantes en este espacio, tales como: profesionales, pacientes, fabricantes de equipamientos, responsables de inmuebles, centros logísticos, y proveedores de materiales, servicios y medicamentos.

Adicionalmente los recursos naturales y materias primas que participan en la economía circular, especialmente, en el terreno de la industria manufacturera, la sostenibilidad y la eficacia, se están basando cada vez más en

las aportaciones de la digitalización, de la robótica, y de la automatización de los procesos industriales, todos ellos, insumos de la llamada industria 4g, así en el caso del sector salud, dicho planteamiento compromete también, tanto a la industria química y farmacéutica, como a los fabricantes de quipos, materiales y productos, empleados o consumidos en los centros hospitalarios.

Al respecto es necesario mencionar, el agua como un recurso escaso que debe gestionarse con rigor en cualquier actividad, incluyendo la salud; la distribución de agua potable y las técnicas de depuración de aguas residuales, son factores que deben estar presente en el ecodiseño de los edificios y hospitales (Espaliat, 2018).

La energía, al igual que al agua, su correcta gestión en los edificios, debe generar ahorros, también presentes en los ecodiseños y fomentar fuentes de energías renovables, en donde, la verificación y certificación del consumo y nivel de eficiencia energética, deben estar presente como un hábito en la gestión respectiva; en cuanto a los residuos, en donde la gestión de estos, es fundamental para, por el volumen de materiales utilizados allí, la variable ambiental debe limitarse al máximo; aquí el reciclado, la recuperación o la reutilización, juegan un papel fundamental en favor del ambiente y de los recursos financieros y de la salud de los pacientes. El uso indiscriminado del plástico de primer uso, en forma de envases, es un ámbito específico de tratamiento en el campo de la gestión de residuos, que con criterios económicos pueden compatibilizarse con la protección de la inocuidad fundamental.

En cuanto a modelos de negocios, la servitización constituye una variable oportuna en el ámbito de la sanidad, en donde el concepto de propiedad debe cambiarse por el de uso o pago por servicios, modelo de *leasing* o *renting*, sobre todo en equipos y maquinaria, pueden ahorrar muchos recursos que hoy se utilizan en infraestructura, que muchas veces terminan en vertederos y rellenos sanitarios.

5. *La economía circular en México*

Derivado de los artículos constitucionales: artículo 25, párrafo 7 que establece: “Bajo criterios de equidad social, productividad y sustentabilidad se apoyará e impulsará a las empresas de los sectores social y privado de la economía, sujetándolos a las modalidades que dicte el interés público y al uso, en beneficio general, de los recursos productivos, cuidando su conservación y el medio ambiente...”, el artículo 27, párrafo 4:

Corresponde a la Nación el dominio directo de todos los recursos naturales de la plataforma continental y los zócalos submarinos de las islas; de todos los minerales o sustancias que en vetas, mantos, masas o yacimientos, constituyan depósitos cuya naturaleza sea distinta de los componentes de los terrenos, tales como los minerales de los que se extraigan metales y metaloides utilizados en la industria; los yacimientos de piedras preciosas, de sal de gema y las salinas formadas directamente por las aguas marinas; los productos derivados de la descomposición de las rocas, cuando su explotación necesite trabajos subterráneos; los yacimientos minerales u orgánicos de materias susceptibles de ser utilizadas como fertilizantes; los combustibles minerales sólidos; el petróleo y todos los carburos de hidrógeno sólidos, líquidos o gaseosos; y el espacio situado sobre el territorio nacional, en la extensión y términos que fije el Derecho Internacional.

Y el artículo 4o., párrafo 5: “Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley”.

Hasta ahora se han expedido varias leyes estatales destacando: Ley de Economía Circular de la Ciudad de México (Witker, 2018), y leyes anteriores como la de Querétaro, Quintana Roo, Baja California, Morelos, y un proyecto de ley del estado de Oaxaca. No está demás señalar, que una ley de corte general se encuentra en discusión en el Congreso de la Unión, aprobada en el Senado y en estado de pausa en la Cámara de Diputados.

Conviene mencionar que dichas legislaciones, en general, identifican la economía circular como una estrategia holística, congruente con la Agenda 2030 de Naciones Unidas, suscrita e importante para México.

De estas legislaciones destacamos la Ley del Estado de Querétaro, cuyos elementos fundamentales describiremos:

Objetivos:

- I. Propiciar el desarrollo sustentable e iniciar la transición de una economía lineal hacia una economía circular, dentro de una estrategia articulada de acciones encadenadas, a través de la prevención de la generación y la gestión integral de los residuos sólidos urbanos, bioresiduos y residuos de manejo especial;
- II. Asegurar acciones que garanticen la promoción de un cambio cultural enfocado a la transición hacia una economía circular en los sectores público, privado y social;
- III. Promover la inclusión de los sectores más vulnerables de la sociedad en los sistemas de economía circular de los residuos;

- IV. Promover el desarrollo de cadenas de valor con los distintos sectores económicos para la reincorporación de los residuos a los sistemas productivos, tanto técnicos como biológicos;
- V. Fomentar el aprovechamiento de los residuos, a través de su valorización, para fomentar el mercado de subproductos;
- VI. Dar prioridad a las actuaciones tendientes a prevenir y reducir la cantidad de residuos, así como disminuir el riesgo de que puedan causar un daño a la salud humana o al ambiente;
- VII. Promover e implementar los instrumentos de gestión, planeación, inspección, verificación y control, que favorezcan la prevención y eficiencia de las actividades de la gestión integral de los residuos;
- VIII. Prevenir, reducir, sustituir, limitar o, en su caso, eliminar el uso de productos comerciales de difícil degradación natural.

Completan este cuadro regulatorio de la economía circular en México, la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente; la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos, y la Ley General de Cambio Climático.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

La economía circular es un medio de producción alternativo, al esquema productivo lineal, vigente en el capitalismo transnacional actual. Tiene como centro y eje conceptual el desarrollo sustentable, establecida en la Agenda 2030 de Naciones Unidas vinculativa para México.

Está relacionado al cambio transición climática, de consecuencias cualitativas y negativas para vida y salud humana son evidentes y que plantea como paso previo mitigar los efectos de los “gases de efecto invernadero” devastadores del capital natural y recursos verdes renovables y no renovables.

La regulación jurídica de la economía circular se encuentra en construcción y parece girar en torno al concepto clave del derecho económico tradicional, conocido como el “orden público económico”, que en la circularidad se inicia sectorialmente plasmado en una producción de bienes y servicios limpios y que se sectoriza en aspectos ambientales de prevención y gestión de residuos y de la transición climática, generando legislaciones específicas; luego en su evolución, pasa a regular, prevenir y sancionar productos como plásticos, pilas, baterías, aparatos eléctricos y electrónicos, metales, vidrios, maderas, papeles y cartones, productos todos, generadores de procesos de carbonización adversos a la salud humana.

En cuanto a la salud, en derecho comparado, percibimos que la Unión Europea, avanza en regulaciones sinérgicas y articuladas a la actividad sanitaria y al acceso a la salud como vimos especialmente en España y en las legislaciones autonómicas señaladas.

En cambio, en Latinoamérica y México, no hay mención expresa a la salud en un contexto pragmático de leyes sectoriales de prevención y gestión de residuos, otras de corte ambientalista y las propias de la naciente regulación de economías circulares, omiten referencia a la salud, claramente en países como Brasil, Chile, Colombia, Perú y últimamente México.

El cambio climático y el calentamiento global han colocado al planeta tierra, en una amenaza real del agotamiento de la biodiversidad y de una amenaza a la existencia humana, más allá de la propia afectación al derecho humano a la salud. Las políticas ambientalistas de mitigación, respecto a los gases de efecto invernadero y carbonización, se muestran parciales y limitadas.

Como una respuesta integral, holística global, surge la economía circular, como respuesta al capitalismo lineal y global, lo cual plantea, cambios fundamentales para todas las actividades económicas. Un nuevo diseño de productos y procesos de producción, hasta nuevos modelos comerciales y patrones de consumo. Los capitales fijos, natural y cultural, conforman los nuevos paradigmas que transformen la naturaleza de los sistemas económicos actuales. Debe propiciarse, la eliminación y disminución radical de los vertederos y rellenos sanitarios, que conforman focos masivos de contaminación atmosférica terrestre e incluso oceánicas.

En este contexto, la salud humana en general, está en riesgo y por consiguiente, el derecho humano a ella y la comunidad mundial en la Agenda 2030, establece un conjunto de ODS, que deben alcanzarse en dicha fecha, porque para 2050 el destino del planeta no tendrá camino de regreso, la economía circular es la respuesta integral y holística ante dicho desafío.

V. FUENTES DE CONSULTA

- Balboa, C. H. y Domínguez, S. D. (2014). Economía circular como marco para el ecodiseño: el Modelo ECO-3. *Informador Técnico* (75)1.
https://revistas.sena.edu.co/index.php/inf_tec/article/view/71
- Boto, A. (2021). Economía circular y protección a la salud. *Revista Catalana de Dret Ambiental* (2). DOI: 10.17345/rcda3138
- Brosse, C. (2016). *La basura no existe. Hacia el suprareciclaje y la economía circular*. UCAN, Nelis Global.

- Cancino, R. y Domínguez, A. (2022). Impacto de la Agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible en la Unión Europea, España y México. *Revista del Posgrado en Derecho de la UNAM* (15). doi:10.22201/ppd.26831783e.2021.15.184
- CNDH. (2019). *La CNDH y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. México. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-11/CNDH-Agenda-2030-Desarrollo-Sostenible.pdf>
- El cambio climático en México. Información por Estado y sector*. http://www2.ine.gob.mx/cclimati-co/edo_sector/cambio_climatico.html
- Espaliat, M. (2018). La economía circular en el sector de la salud. *Revista de Arquitectura, INGENIERÍA, Gestión Hospitalaria y Sanitaria* (12).
- Comisión Europea (s.f.). *Estrategias y políticas. Paquetes de medidas sobre la economía circular*. https://commission.europa.eu/eu-regional-and-urban-development/topics/cities-and-urban-development/priority-themes-eu-cities/circular-economy-cities_es#:~:text=El%20paquete%20de%20medidas%20sobre,mercado%20de%20materias%20primas%20secundarias
- Ley de Economía Circular de la Ciudad de México. 28/02/2023.
- Cisternas, L. et al. (2021). *Economía circular en procesos mineros*. Chile. Ril.
- Pages, A. (2021). *Capitalismo natural y economía circular*. México. IEXE.
- Reike, D., Vermeulen, W. J. V. y Witjes, S. (2018). The Circular Economy: New or Refurbished as CE 3.0? Exploring Controversies in the Conceptualization of The Circular Economy Through a Focus on History and Resource Value Retention Options. *Resources, Conservation and Recycling* (135). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0921344917302756>
- Witker, J. (2015). *Introducción al derecho económico* (12a. ed.). Solar Editores.

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*. 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,¹ 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).

¹ 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.²

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

² 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
- 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.

CAPÍTULO VIGÉSIMO

EDUCACIÓN, BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS EN EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Martha Marcela RODRÍGUEZ ALANÍS*

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Discusión*. III. *Conclusiones*. IV. *Fuentes de consulta*.

I. INTRODUCCIÓN

Un sistema de salud desde la perspectiva de la bioética y los derechos humanos, lleva a los agentes involucrados a cumplir los preceptos de la Constitución Política de los Estados Mexicanos (CPEUM) modificada en el 2011; desde el artículo 1o., se reconoce los derechos humanos y como consecuencia se adicionaron y derogaron diversas disposiciones en la Ley General de Salud y la Ley General de Educación y otras más, pero también lleva a reflexionar que es lo que se necesita para su cumplimiento, además de la aportación de un recurso económico y de la formación a quienes son los guardianes de la salud, en la toma de decisiones en el contexto actual.

El antecedente histórico del servicio sanitario se remota a la problemática ancestral de escasos recursos básicos tanto económicos como humanos, para cumplir el derecho al acceso a la salud de la población y a una atención digna y de calidad, motivo por el cual se plantean presupuestos dentro del ámbito de la educación bioética para que el personal sanitario tenga un recurso más orientado a la calidad de una atención humanizada.

Las primeras descripciones de la bioética emitidas por Van Rensselaer Potter en los años setenta, mencionan lo siguiente: “La humanidad necesita urgentemente de una nueva sabiduría que le proporcione el conocimiento de cómo usar el conocimiento”, para la supervivencia del hombre y la mejora

* Instituto de Investigaciones en Bioética. ORCID: 0000-0002-7011-0876.

de la calidad de vida (Potter Van Rensselaer, 1971). Siguiendo esta descripción Lolas (1997^a) afirma que “la ciencia implica el conocimiento como un valor, pero para la bioética lo orienta no al que lo genera sino en cómo se usa la información organizada”.

De tal modo que la bioética y los derechos humanos deben prevalecer en su vinculación y aplicación de modo que logren beneficios científicos y sociales, promoviendo la preservación de la dignidad en áreas clínicas y en investigación en el ámbito sanitario, preceptos observados en los artículos de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, emitida por UNESCO en el 2005 (UNESCO, 2005, Preámbulo).

Partiendo de la importancia del desarrollo humano del personal de salud tomando en cuenta factores como la pobreza y la desigualdad, barreras que impiden el alcanzar una vida digna y una formación moral que los lleve a reconocer al otro más allá del cuerpo humano (Lolas, 1997b), desde valores éticos y principios encaminados a un trato digno, en este caso direccionado a los enfermos.

En cumplimiento al artículo 23 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, donde habla de fomentar, la educación y la formación relativo a la bioética en todos los planos, teniendo como punto clave la cooperación en la aplicación de este mandato, solicitando la participación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales nacionales e internacionales para la promoción y difusión del conocimiento bioético.

El surgimiento de discusiones y debates de los dilemas y problemas éticos, han sido cada vez más frecuentes en el sistema sanitario, hablan de la situación de recortes en el financiamiento de recursos, con la consecuente disminución de la calidad y la atención de los servicios, lo contrario sucede cuando se mejora la calidad de la atención médica, se elevan los costos. Ante esta dualidad aparecen factores que obligan a los agentes de la salud a tomar decisiones entre a quién ofrecerle el recurso y a quién no, en un contexto donde los planes de estudio de las ciencias de la salud no han formado la conciencia moral del personal involucrado, existiendo el riesgo de convertirse en objetores ante la presión de resolver problemas complejos.

Otra circunstancia presente ha sido la intervención de tecnologías médicas y la utilización de dispositivos digitales de pantalla, que orientan hacia la desigualdad en las instituciones sanitarias de primer nivel, especialmente en áreas rurales ya en si despojadas de financiamientos básicos. A consecuencia la ampliación de la brecha digital entre el personal que conforma el sistema de salud público y privado.

No obstante lo anterior, es importante tomar en cuenta la urgencia de preceptos éticos que orienten el ejercicio de la toma de decisión en el acceso

y la atención de la salud por lo que en este texto se explican aspectos que aporta la educación bioética que hay que destacar como un aporte al desarrollo humano del personal de salud, debiendo mantenerse y desarrollarse en un modelo de reconstrucción de un sistema sanitario.

II. DISCUSIÓN

Como antecedente se parte de la dificultad de aplicar la teoría de la justicia social universal para garantizar el derecho a la salud y la educación. La justicia permitiría establecer el límite de los beneficios entre: la persona y la sociedad, el sujeto en experimentación y las transnacionales farmacéuticas, y la política nacional de salud y la comercialización de los resultados de la ciencia y la tecnología (Quezada, 2013). Además, el respeto de la dignidad humana malentendida en razón de los precedentes históricos que acompañan la experimentación clínica, en épocas de la Segunda Guerra Mundial, dando origen al Código de Núremberg (1949), una de las raíces motivantes del surgimiento de la bioética. Asimismo el contexto actual de este siglo XXI marcado por la pandemia del SARS-CoV-2 y el cambio climático, amenazas presentes que ponen en riesgo la persistencia del ser humano en el planeta.

Ante estas problemáticas se analizan los siguientes presupuestos ampliados por una visión de apoyo para el personal sanitario, directivos, corporativos que integran un sistema de salud.

1. *El desarrollo humano en bioética*

La bioética podría definirse como “el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales” (Reich, 1978).

El panorama sobre la conducta humana descrita en la definición se ubica en el problema de una atención sanitaria deficiente por la disminución de recursos sumada a las actitudes negativas del personal sanitario, secundarias al desconocimiento de los derechos humanos del enfermo, como eje de la atención en salud, lo que añade la necesidad de continuar con los programas educativos en salud y la bioética ante la propuesta de la universalización de la atención dentro de un trato digno en el ejercicio de los derechos de las personas, con los recursos existentes.

Otra circunstancia presente ha sido los avances tecnológicos y científicos en este siglo XXI con nuevas formas de ejercer la medicina y la comuni-

cación educativa asociadas al conectivismo y socioconstructivismo (D'Silva y Torres, 2021, p. 12), revelan el significado social que genera el acceso a los medios tecnológicos que median la comunicación de persona a persona en un campo de virtualidad. Desde siempre la formación ética-moral se ha considerado como uno de los ejes de la educación, por integrarse la parte cognitiva con la parte humana de la persona. El reto ante la digitalización cultural ha sido el llevar preceptos éticos a espacios virtuales que conforman conocimientos complejos y dudas sobre lo que es real o no y el tiempo en que está sucediendo los problemas. Los sistemas de salud no han estado exentos de las nuevas formas de relación personal sanitario-paciente y familia por medio de dispositivos digitales.

Por lo tanto podemos afirmar que los criterios para decisiones médicas requieren ser reforzados tanto en la atención clínica como en la investigación y, por el otro lado, el definir los valores y principios bioéticos como puntos de referencia para justifican las acciones que orientan la identificación del otro y la forma de vivir la vida de las personas. De aquí se desprende la importancia de la bioética dentro de su interdisciplinariedad, multidisciplinariedad y método, al permitir la reflexión, discusión y deliberación de los dilemas y problemas bioéticos presentes en el diario ejercicio de la medicina. De esta manera los valores bioéticos en la conducta del personal sanitario se expresarían como elementos básicos en la práctica profesional, aun con la presencia de intermediarios como son las pantallas virtuales.

En un sistema de salud se solicita garantizar la existencia y permanencia de los comités de bioética; comité hospitalario de bioética, comité de ética en la investigación y comité de biotecnología, mandato que aparece en el Decreto de la Ley General de Salud en el 2011, por el que se adiciona el artículo 41 bis y se reforma el artículo 98 (Ley General de Salud, 2011).

Las actividades que realizan principalmente son las de capacitación, difusión, asesoría y promoción de la bioética en las instituciones para la atención médica y se encuentran vinculados con la Comisión Nacional de Bioética, la cual a su vez integra comisiones estatales e involucra a otras instituciones de salud y educativas (*Diario Oficial de la Federación*, 7 de septiembre de 2005). La importancia surge por ser espacios donde se lleva a cabo la atención de problemas y dilemas bioéticos que han ido surgiendo a medida que el personal ha desarrollado su capacidad de identificarlos y confrontarlos.

Es importante enfatizar que el realizar juicios éticos o bioéticos se constituyen una herramienta más integrada al criterio médico, el cual debe ser formado con métodos que aporta la bioética, no es posible la realización de los mismos empleando únicamente el sentido común de las personas, en

la resolución de problemas cotidianos quizás funcione, pero en el ejercicio de la medicina el ámbito se ha tornado cada vez más complejo por lo que resulta demandante el apoyo a las conciencias morales de los agentes sanitarios, en la actualidad los esfuerzos realizados por algunos facultativos han llevado a estados de ansiedad, depresión, insomnio y enfermedades mentales como el síndrome de *burnout* (desgaste profesional) (Palacios y Paz, 2021) además afectación en la dimensión socio moral de los profesionales.

El concepto de desarrollo humano en bioética ha involucrado tres condiciones: a) el creciente avance científico y tecnológico; b) el surgimiento de los derechos de los enfermos, y c) el cambio en los modelos de asistencia sanitaria y el debate sobre el derecho a la salud (Vidal, 2010).

2. *La educación bioética en salud: el cuidado, el respeto y toma de decisiones*

Los proceso pedagógico y la epistemología de la bioética, se llevan a cabo por medio de metodologías críticas, argumentativas y problematizadoras, mostrando flexibilidad en lo que se refiere a los espacios educativos y la didáctica, como en lo acontecido durante las emergencias de la salud pública o desastres naturales, la consecuencia fue el cierre de escuelas como seguridad de las personas, de este modo se ha logrado el proceso enseñanza aprendizaje dentro de contextos reales de la vida de las personas, tomando en cuenta el antecedente bibliográfico y antropológico del ser vivo en el planeta. La ampliación del ámbito de estudio de la bioética a lo social propuesto por Vidal (2010) ha facilitado en el campo de las ciencias de la vida el abordaje de los determinantes sociales de salud en la salud pública y en los espacio que engloban la conservación del bien común.

Es clara la demanda de la capacitación de formar al personal sanitario en las instituciones de salud, previniendo las futuras actuaciones ante desastres o crisis epidemiológicas, ambientales y sociales.

La interpretación de la relación personal de salud-paciente-familia, el mantener el respeto de la autonomía del enfermo, presente en el consentimiento informado, demanda de voluntades para la protección de esta prescripción ética existente desde el Código de Núremberg (1947), la Declaración del Informe de Belmont (1978), Declaración de Helsinki (1964) donde aparece el principio de autonomía, definida como la capacidad del sujeto para gobernarse por una norma que él mismo acepta sin coacción externa.

Lleva implícitas la libertad, la dignidad y la responsabilidad moral, abre el derecho a ser informado, a la protección de datos y el derecho a la diferencia.

En México, en 1984, aparece la publicación del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, donde se consagró como garantía social, el derecho a la protección de la salud y en el artículo 20 (Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 2014) y la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, se habla y se define el consentimiento informado de la forma siguiente:

Es el documento escrito, firmado por el investigador principal, el paciente o su familiar, tutor o representante legal y dos testigos, mediante el cual el sujeto de investigación acepta participar voluntariamente en una investigación y que le sea aplicada una maniobra experimental, una vez que ha recibido la información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los riesgos y beneficios esperados. Deberá indicarse los nombres de los testigos, dirección y la relación que tienen con el sujeto de investigación (NOM-012-SSA3-2012, 2012, 4.3).

El cuidado del paciente en una perspectiva de igualdad nos lleva a la formulación emitida por la Organización Mundial de la Salud en 1978, titulada como la Declaración de Alma-Ata adoptando la estrategia de salud para todos basada en la atención primaria de salud. En el contexto latinoamericano los elementos de la globalización se recrudecen, al compartir pandemias, desabastos, riesgos medio ambientales, sobrepoblación, tendencias de envejecimiento con aumento de enfermedades crónicas, etcétera. Abriendo gran preocupación por la urgencia de atención de la ética y la moral que envuelven todas estas cuestiones.

Tealdi (2008, p. 68), con esta pregunta, vigente aún, ejemplifica los efectos de la globalización ¿Qué papel ha de desempeñar la ética de la atención primaria de la salud ante la disociación entre globalización de los mercados de capital y localización restringida del acceso a las condiciones de una vida sana? En México la diversidad cultural y territorial abren todavía más la desigualdad en la atención en salud.

La toma de decisiones con el enfermo proviene de un desarrollo de la conciencia bioética que permite la construcción de un juicio moral para la acción fundamentada en el respeto del ejercicio del enfermo, reconociendo los elementos que en algún momento pudieran ser motivo de una objeción de conciencia en un acto sanitario, mediante los siguientes puntos:

1. La educación moral de la personalidad, integrada por un amplio sistema de valores, hábitos y convicciones.
2. La actividad educativa se encuentre en dirección a la asimilación consciente de los conocimientos y puntos de vista, en una relación vertical.

3. Así como la transformación en actitudes ante los hechos de la vida, normas morales y en estímulos internos, que permitan a la persona la autorregulación de su conducta y su actividad.

3. *La ética de los fines de la medicina en la calidad del servicio en salud*

Entrando al campo de las éticas formales y procedimentales para el abordaje de los retos actuales de la medicina, deberían incorporar la dimensión antropológica de la que carecen, de acuerdo con (Cortina, 2000, p. 73), por lo que el desplazamiento a una bioética crítica permitiría enseñar al personal de salud a la aprehensión de la realidad, la estimación y ponderación de los valores, la cual se actualiza como buena, al hacerse cargo y responder por ella. Formando juicios de valor gracias a los actos de preferencia, que siempre son duales, ya que llevan a decidir un bien sobre otro.

Los debates por la conceptualización de bienes humanos o los fines de la medicina y la conexión de los medios técnicos posibles, en el cumplimiento de la justicia en el acceso a los servicios primarios de salud, siguen presentes en tiempos complejos como los actuales.

Callahan (1996, pp. 9 y 10) abordaba la siguiente pregunta: ¿Es legítimo emplear inmensos recursos económicos del entramado clínico e investigador en seguir ampliando los límites normales sobre todo si esto es a costa de descuidar atención más básica para mayor número de personas? Concluyendo que a estos interrogantes no se puede responder si previamente no se ha discutido cuales son los fines y los bienes que pretendemos obtener de la medicina.

Los casos que inciden sobre esta cuestión se originan por la instrumentalización, tecnificación y la mejora (eugenesia) de la naturaleza humana, cambiando los límites del concepto de lo que es el “funcionamiento normal” hacia prácticas perfeccionistas y de retraso del envejecimiento.

4. *La formación en bioética en México*

Con el fin de responder a las demandas sociales mediante la formación de recursos humanos que contribuyan a mejorar la sociedad, por medio de una cultura bioética, se han desarrollado programas educativos en diferentes niveles de educación y el de formación continua en materia de bioética, mandato que se encuentran presente en artículo 3o. de la

CPEUM y en el artículo 23 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos sobre “la educación, formación e información en materia de bioética”.

Desde el 2010, América Latina ha sido precursor en la formación de redes de educación superior en bioética, integradas por: representantes de instituciones con programas de doctorado, maestría y especialidad en bioética de diferentes países de la región. Organizadas por el Programa Regional de Bioética de la UNESCO de la oficina de Montevideo, Uruguay.

México pertenece a esta red y regionalmente se integró en el 2017, la Red Mexicana de Educación Bioética (Redmeh), con el fin de formar profesores y elaborar materiales didácticos sobre bioética sustentados en las problemáticas regionales y de América Latina y el Caribe.

En el escenario nacional la oferta educativa en educación superior ofrece programas de grados académicos, como doctorado, maestría, especialidad y diplomaturas (Cantú Martínez, 2015). Existen, programas que ofrecen el grado de doctorado en bioética, maestría, y especialidad en bioética de diplomaturas en bioética, concentrada en estados, como son la Ciudad de México o Nuevo León: en la Universidad Autónoma de México, el Instituto de Investigaciones en Bioética en Nuevo León, Universidad Anáhuac-México Norte, Colegio de Bioética de Nuevo León, por mencionar algunas.

El Instituto de Investigaciones en Bioética define el perfil laboral en bioética de sus egresados de la siguiente manera, partiendo de la pregunta ¿Qué se espera lograr al educar?

Asesor y docente en educación bioética

Propósitos: Impartir educación en bioética dentro de un marco pedagógico en educación básica, media y superior. Utilización de metodologías críticas, problematizadoras, dialógicas, deliberativas, argumentativas. Desarrollo de valores y principios bioéticos de la Declaración Universal de Derechos Humanos y otras corrientes filosóficas. Elaboración de programas de bioética.

Asesor en bioética clínica

Propósitos: Atención de problemas, dilemas y conflictos ético-morales institucionales, del personal de salud, pacientes y familiares.

Asesor en bioética de la investigación

Propósitos: Elaboración de investigaciones con validez social y científica, enfocadas en la protección de los participantes de estudios en el marco de los derechos humanos, referentes éticos nacionales e internacionales. Equilibrando beneficios y riesgos en la producción científica.

Asesor en bioética en legislaciones

Propósito: Realizar propuestas de ley, normas, vinculación con programas de políticas públicas, atender dilemas biojurídicos dentro del marco de la bioética y los derechos humanos, atendiendo marcos regulatorio-nacionales e internacionales.

Asesor en bioética organizacional, empresarial e institucional

Propósito: Gestiones éticas públicas y privadas en los niveles de mando de decisiones para respuestas adecuadas, en administración de recursos, atención humanizada enfocado en el bienestar en empresas e instituciones. Aplicación de valores éticos y bioéticos del orden colectivo.

III. CONCLUSIONES

Retomando las palabras textuales de Cano Valle (2022) en donde menciona lo siguiente: “La medicina no discute sus fines, los tiene claros, esto permite realizar recomendaciones éticas y es en los medios de esos fines donde la bioética amalgama conocimientos y se amplía bajo criterios de racionalidad, prudencia y rigurosos análisis, aportando la justificación moral y principios éticos”. En efecto, en los medios es donde para la bioética la justicia constituye el principio que debe regir la relación entre la ética y el derecho en ciencias de la salud, particularmente en la atención clínica, la investigación científica terapéutica y experimentación con seres humanos, u otros seres vivos y el ambiente.

Dicho de otra manera la persona, seres vivos y el ecosistema en concreto no pueden ser visualizados injustamente como un simple medio para obtener beneficios sociales, y en el peor de los escenarios, beneficios comerciales, se demanda una responsabilidad compartida y una atención equitativa para la conservación y el disfrute de las generaciones venideras.

Hay que hacer destacar la valiosa intervención de la educación en bioética, ante la insuficiencia del juicio personal de salud para la resolución de problemas que involucran valores relacionados con determinantes sociales de salud y la utilización de tecnologías. La aplicación de pedagogías críticas-argumentativas, problematizadoras, deliberativas, aportarían herramientas de confrontación y solución.

Con respecto al desarrollo del potencial del recurso humano los beneficios se reflejarían en la práctica hospitalaria e investigativa de calidad y con trato humano, en el caso del consentimiento informado, donde el paciente debe recibir la información adecuada, no sólo de palabra, sino también por escrito, durante la obtención se realizaría sin mostrar asimetrías.

Algunas de las razones para un desplazamiento y ampliación de la ética a la bioética en un sistema de salud, en pocas palabras es porque ha venido a enriquecer la tradición ética de la medicina, fundamentada en el marco filosófico de múltiples axiologías provenientes de corrientes como el principalismo, personalismo, los valores y principios que sustentan los derechos humanos (Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005). Por lo tanto los preceptos deontológicos médicos se reflexionan, sobre valores que rigen el comportamiento hacia la vida desde el inicio hasta el fin, incluyendo el ecosistema y entorno ambiental que sustentan la sobrevivencia humana y del planeta.

IV. FUENTES DE CONSULTA

- Cano Valle, F. (2022). *Pautas bioéticas para el protocolo de intervención en las emergencias de la salud pública pandemias: H1N1, SARS-COV-2*. Instituto de Investigaciones en Bioética. Red Mexicana de Educación Bioética, 1-118.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM_ref_194_10jun11.pdf
- Cortina, A. (2000). *Ética sin moral* (4a. ed.). Editorial Tecnos.
- D'Silva, F. y Torres, M. (2021). Las nuevas formas de comunicación educativa: aula extendida. *Contratexto* (3). Doi: <https://doi.org/10.26439/contratexto2021.n036.5559>
- Callahan, D. (1996). 'Is justice enough? Ends and means in bioethics. *Hastings Report* (26). <https://philpapers.org/rec/CALIJE>
- Cantú-Martínez, P. (2015). Bioética y educación superior en México. *Acta Bioethica* (21)1: 45-50-52.
- Instituto de Investigaciones en Bioética. www.iib.edu.mx/programas.
- Ley General de Salud en México. Decreto de adición del artículo 41 y reforma del artículo 98. 2011. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5224260&fecha=14/12/2011#gsc.tab=0
- Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 2014. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Lolas, Fernando. Mas allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud. Chile: Edit. Andrés Bello, 1997, 10.
- Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. 2012, 4.3. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0

- Palacios, M. Paz, P. (2021). El Síndrome de Burnout: una enfermedad laboral de los profesionales de la salud y la pandemia por COVID-19. *Boletín sobre COVID-19*. 2, 21, 9-14.
- Potter Van R. (1971). “Bioethics: Bridge to the Future, Nueva Jersey, Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs.
- Quesada, F. (2013). La bioética y los derechos humanos: una perspectiva filosófica sobre la justicia en la investigación científica y experimentación clínica con seres humanos. *Med. leg. Costa Rica*. 30, 2. Heredia Sep.
- Rodríguez-Alanis, M. (2022). Redes de Educación Bioética: experiencias Red Mexicana de Educación bioética, Perfil laboral del egresado en bioética. Presentado en las X Jornadas provinciales de bioética, La bioética en redes. Red Mexicana de Educación bioética. www.redmeh.com.mx
- Tealdi, J. C.(2008). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. UNESCO.
- UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre bioética y derechos humanos. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
- Vidal, S. (2010). Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina, *Revista Redbioética* (1), 81-123. <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/BioeticaVidal.pdf>
- Reich, W. T. (1978) (editor principal). *Encyclopedia of Bioethics* (2a. ed.). MacMillan.

CAPÍTULO VIGESIMOPRIMERO

URGE LEGISLAR, EN EL MARCO DE LAS FLEXIBILIDADES DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL, EN MATERIA DE FARMACÉUTICOS CON SENTIDO SOCIAL

Manuel BECERRA RAMÍREZ*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Cambio de paradigmas internacionales en la propiedad intelectual (PI).* III. *La inserción de la PI sobre farmacéuticos como parte del comercio internacional.* IV. *Doha rompe el endurecimiento de la PI y reconoce las flexibilidades, un elemento de interpretación de los tratados en materia de PI.* V. *La pandemia por COVID-19, pone nuevamente la PI en discusión.* VI. *El derecho a la salud como derecho humano.* VII. *El T-MEC reafirma las flexibilidades.* VIII. *Conclusiones.* IX. *Fuentes consultadas.*

I. INTRODUCCIÓN

Si hay una materia jurídica que ha sufrido transformaciones esenciales es, sin duda, la que se refiere al derecho de la PI como ahora se le denomina a la institución que comprende las ramas jurídicas de la protección de la propiedad industrial, los derechos de autor y los derechos de las variedades vegetales. Esa transformación sin precedentes se manifiesta en la creación de estándares internacionales obligatorios del derecho de la propiedad intelectual y se debe a los fenómenos de la globalización, las revoluciones industriales y la evolución del capitalismo en un capitalismo cognitivo que significa poner en el centro de la economía mundial el conocimiento como factor económico dominante.

El derecho de la PI protege a los creadores del conocimiento mediante la instauración de monopolios de explotación que pueden ser o no temporales. A su vez, la razón de este monopolio es que con él se trata de recompensar a los creadores de su esfuerzo de creación o de su genialidad, recuperar

* Investigador en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. ORCID: 0000-0003-3957-9446.

la inversión que hicieron para lograr el conocimiento y con ello también impulsar a las nuevas creaciones.

Una de las transformaciones trascendentes de la PI, es incluir el conocimiento farmacéutico como objeto de protección, debido al enorme cabildero de las industrias de innovación de farmacéuticos, que son empresas gigantes que dominan el mercado mundial de farmacéuticos. Aquí, la cuestión es que la creación de este monopolio de explotación constituye un obstáculo al acceso a las medicinas, protegido por el derecho humano a la salud.

Así, desde 1994 a la fecha, las diferentes crisis mundiales de salud han puesto en cuestionamiento la PI, como vía de protección y, si bien se ha flexibilizado, no deja de ser una materia en discusión. Esa flexibilización de la PI en materia farmacéutica no se aplica automáticamente al Estado, es necesario que éste se dote de una legislación adecuada congruente con las necesidades de la población en materia de salud.

Desde la suscripción del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) y después del Acuerdo ADPIC de la Organización Mundial del Comercio (OMC) hasta el Tratado T-MEC, que sustituye al TLCAN, México se ha ceñido a pie juntillas a los tratados sin que se hagan uso de las flexibilidades con que los Estados, originarios de las empresas farmacéuticas, transnacionales han tratado de mediatizar la urgencia de cambios substanciales en la propiedad intelectual.

El Estado mexicano, no sólo no ha negociado los tratados de libre comercio en su aspecto de PI, conforme a las necesidades de fortalecer el acceso a las medicinas, sino que el Poder Legislativo, que debe ser un órgano de control de los actos del Ejecutivo, no ha revisado el contenido de los tratados, como la Constitución y las leyes lo exigen (la Ley sobre la Aprobación de Tratados en Materia Económica, de 2004, es muy clara respecto a lo que se debe revisar), ni ha dispuesto de una legislación que contemple las flexibilidades que el mismo derecho internacional permite.

En ese sentido, sin revisar, ni denunciar los tratados internacionales y su contenido en materia de PI, urge que el Estado mexicano contemple en su legislación las flexibilidades necesarias para el acceso a los farmacéuticos en los términos que sean necesarios para garantizar el derecho humano a la salud.

II. CAMBIO DE PARADIGMAS INTERNACIONALES EN LA PI

La Convención de París sobre Propiedad Industrial, junto con la Convención de Berna, que se refiere a la protección de los derechos de autor, constituyeron, a partir del siglo XIX, un eje de regulación de la PI, el cual podemos

denominarlo como el “Eje París Berna”, con el cual se creó un marco jurídico de protección de la PI en el ámbito internacional, bastante holgado (nos referimos a que permite amplio margen para que los Estados partes puedan legislar de conformidad a sus necesidades interna), mediante el cual los Estados regulaban la PI casi prácticamente en todo lo que fue el siglo XX.

Ya casi al final del siglo XX, a partir de la negociación en el marco del GATT de lo que se denomina la Ronda Uruguay surge el marco jurídico de la segunda generación de reglas de PI, precisamente con el establecimiento del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC o TRIPS por sus siglas en inglés) que constituye, a partir de 1994, un marco jurídico o parámetro para la regulación de la PI al interior de los Estados. Este marco jurídico, de la segunda generación de derechos de la PI, está caracterizado, entre otras cosas, porque inserta las reglas de la propiedad intelectual en el marco jurídico del comercio internacional.

Una característica también, que vale la pena mencionar, es precisamente que ese marco jurídico ya no es tan flexible como el Eje París Berna, dado que, en principio, limita las licencias obligatorias y, por otra parte, establece un estándar jurídico obligatorio para la protección de los productos farmacéuticos. Por supuesto, esto que dio un giro bastante drástico y trascendente en la protección de la PI, evidentemente fue promovido por las grandes empresas farmacéuticas transnacionales. En efecto, fue un giro de 180 grados en la regulación, pues no siempre los productos farmacéuticos tuvieron un nivel de protección como el de ahora.

III. LA INSERCIÓN DE LA PI SOBRE FARMACÉUTICOS COMO PARTE DEL COMERCIO INTERNACIONAL

A principios de la década de los ochenta del siglo pasado y debido al intenso cabildeo de las empresas farmacéuticas transnacionales, un grupo de Estados (los Estados Unidos y la Unión Europea con apoyo importante de Japón y Canadá) propugnó para incluir a la PI (Abbott, Correa y Drahos, 2013) en la Ronda Uruguay del GATT. Con ello las invenciones farmacéuticas se convirtieron en un objeto de negociación comercial. Esto dio por resultado el ADPIC. Con este se establece un estándar para los Estados parte de protección de los productos farmacéuticos, se limitan las licencias obligatorias, se amplía el plazo de protección hasta 20 años en las patentes y, sobre todo, se inserta el tema de los farmacéuticos en el comercio internacional, con lo cual un tema tan importante como el de la salud pasa a ser regulado por reglas de carácter comercial.

Este movimiento iniciado con la negociación de la Ronda de Uruguay, no se detiene con la adopción de ADPIC, pues inmediatamente se produce un reforzamiento de las normas de la PI, sobre todo en farmacéuticos, con la negociación de nuevos tratados de libre comercio a los que se les denomina como ADPIC-Plus que se caracterizan por un mayor endurecimiento de las normas; por ejemplo, con la ampliación del plazo de vigencia (por tardanza injustificada), el patentamiento de los segundos usos (con lo cual el concepto de novedad como requisito de patentamiento se modifica), con el requisito de “vinculación” (*linkage*), que significa una introducción de un requisito administrativo más al sistema de patentes farmacéuticas; ejemplos de esos tratados son el TPP y el T-MEC.

Este fue un hito para los sistemas de salud de los países que adoptaron los modernos estándares de PI, en tanto el Acuerdo ADPIC significó una revolución jurídica internacional que impactó en las políticas de salud de los Estados y por supuesto en la economía mundial. Asimismo, el Acuerdo ADPIC fue un modelo aplicado por los países promotores en otras negociaciones bilaterales, caracterizándolo además con el endurecimiento de las condiciones de patentamiento que tuvo por efecto la ampliación del objeto de protección.

IV. DOHA ROMPE EL ENDURECIMIENTO DE LA PI Y RECONOCE LAS FLEXIBILIDADES, UN ELEMENTO DE INTERPRETACIÓN DE LOS TRATADOS EN MATERIA DE PI

En 2001,¹ cuando la OMC celebró el IV Periodo de Sesiones de la Conferencia Ministerial de la OMC y después, el 14 de noviembre del mismo año, aprobó la denominada “Declaración de Doha”, que esencialmente reconoce el gran problema de acceso para los países subdesarrollados a los medicamentos en caso de enfermedades epidémicas, como el SIDA, tuberculosis, paludismo y otras más.

Con Doha se reconocen ciertas flexibilidades que tienen los acuerdos ADPIC (licencias obligatorias, el reconocimiento de que los países miembros tiene el derecho a determinar lo que significa una emergencia nacional, etcétera).² Con esto se marca un movimiento, cada vez más pronuncia-

¹ Véase la referencia que se hace en el trabajo: Becerra (2022, pp. 121-124).

² Véase la obra colectiva: Informe de la Comisión Sobre Derechos de Propiedad Intelectual, Integrando los derechos de Propiedad Intelectual y la Política de Desarrollo (2005). En *Temas de derecho industrial y de la competencia, propiedad intelectual y políticas de desarrollo* (7).

do de ver a los derechos humanos, en el caso concreto el derecho humano a la salud, cuando se trata de proteger a la propiedad intelectual.

Con Doha se reconoce que ADPIC tiene disposiciones que prevén flexibilidades que aquí entenderíamos como una capacidad de adaptación a distintas situaciones o necesidades.³ ADPIC contiene normas que pueden ser adaptadas a condiciones internas de cada Estado miembro. Estas flexibilidades permiten que:

- Se apliquen las normas consuetudinarias de interpretación del derecho internacional público (que son las normas de interpretación de Viena 69 sobre interpretación).
- Con base en dichas normas de interpretación “cada disposición del Acuerdo sobre los ADPIC se leerá a la luz del objeto y fin del Acuerdo tal como se expresa, en particular, en sus objetivos y principios”.

Es decir, con estas flexibilidades no se niegan los derechos de la PI, sino que se supeditan a altos valores que están ligados con derechos humanos, a la salud y al desarrollo.

También hay que hacer notar que las flexibilidades se presentan como una facultad de los Estados (la utilización de la frase: “podrán adoptar”, es meramente facultativa). Los Estados puede decir si su legislación, sin ningún problema, adopta las flexibilidades.

En suma, se pone a la salud como un bien jurídico altamente protegido, al establecer que “...el Acuerdo sobre los ADPIC no impide ni deberá impedir que los Miembros adopten medidas para proteger la salud pública”. Además, recuerda y aconseja tomar en cuenta las normas consuetudinarias sobre interpretación de los tratados internacionales. Las normas de interpretaciones son importantes, porque se considera que hay que partir de la premisa de que ADPIC tiene normas flexibles que se deben de adecuar, mediante interpretación, a la legislación interna. Además, se reitera el derecho que “tienen los Estados de conceder licencias obligatorias y la libertad de determinar las bases sobre las cuales se conceden tales licencias”.

Así, Doha y las normas de interpretación de Viena 69, convierten a ADPIC en un documento vivo, sujeto a la interpretación en aras de proteger la salud pública. Posteriormente, mediante Decisión del Consejo General del 30 de agosto de 2003 y en aplicación del párrafo 6 de la Declaración

³ Se entiende por flexibilidad la “capacidad de doblarse un cuerpo fácilmente y sin que exista peligro de que se rompa” y también la “capacidad para adaptarse con facilidad a las diversas circunstancias o para acomodar las normas a las distintas situaciones o necesidades”.

de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, se hacen una serie de puntualización de la manera como llevan a la práctica dicha Declaración de Doha (Consejo General de la Organización Mundial del Comercio [OMC], 2003).

Ahora bien, ADPIC fue reformado para adicionar el artículo 31 bis, que tiene que ver con las licencias obligatorias. En ese sentido, se deja al derecho interno, carta blanca para legislar sobre la materia. Con lo cual, hay una recuperación de la soberanía por parte de los países subdesarrollados en materia de salud. Hay que decir que cualquier reforma a ADPIC tiene características específicas. En efecto, cualquier reforma a ADPIC

debe de ser aprobada por una mayoría de dos tercios de los miembros, pero sólo será vinculante para los Miembros que la han aceptado. También es posible adoptar una enmienda por mayoría de tres cuartos, en cuyo caso será vinculante para todos los Miembros, pero todo Miembro que no la haya aceptada será libre de retirarse de la OMC o de continuar siendo Miembro con el consentimiento de la Conferencia Ministerial (artículo X.1 y 2 del Acuerdo por el que se establece la OMC, 2003).

Podemos decir que la enmienda a ADPIC significó la positivización del reconocimiento de las flexibilidades; que desde nuestra perspectiva están ahí desde los orígenes del tratado, ya que se inserta en el derecho convencional internacional y le son aplicables las normas de interpretación de la Convención de Viena sobre derecho de los tratados de 1969 (Viena 69).

En efecto, tomando como eje las reglas contenidas en Viena 69, y los objetivos y principios que animan los tratados internacionales la interpretación no es exclusiva para las patentes farmacéuticas, lógicamente es para todo el contenido de los tratados en materia de PI. Esto significa que en el momento de interpretación que hace el Poder Legislativo para adecuar la legislación interna a los tratados internacionales, por ejemplo, en materia de derecho de autor, también puede apoyarse en las flexibilidades en busca del cumplimiento de los objetivos y principios que el tratado contenga.

Consideramos que también el concepto de flexibilidades se puede aplicar a todos los tratados de PI, siempre y cuando haya vaguedad o amplitud en su redacción, por lo cual sea necesario interpretarlos de manera teleológica siguiendo los objetivos y principios del tratado y en el marco de Viena 69.

V. LA PANDEMIA POR COVID-19, PONE NUEVAMENTE LA PI EN DISCUSIÓN

Por supuesto, durante la pandemia y el fuerte embate a la salud mundial, el punto focal de la discusión fue la PI alrededor de las vacunas y los medicamentos durante la enfermedad. A partir de la pandemia, en el seno de la OMC se presentó una propuesta de la India y Sudáfrica sobre la suspensión (o *waiver*, en inglés) de ciertas partes del ADPIC, contenido en el anexo 1C del Acuerdo de Marrakech por el que se establece la OMC del 15 de abril de 1994, que entró en vigor el 1o. de enero de 1995.

En efecto, la propuesta de suspensión de carácter temporal, para hacer frente a la pandemia por COVID 19 tenía que ver con cuatro secciones de la parte II del Acuerdo sobre los ADPIC:

- La sección 1 sobre derechos de autor y derechos conexos.
- La sección 4 sobre diseños industriales.
- La sección 5 sobre patentes, y
- La sección 7 sobre la protección de información no divulgada.

Si bien esto no significaba un cambio radical en la PI, como podría ser la supresión de la protección en materia de farmacéuticos, el fuerte cabildeo de las empresas del *Big Pharma* (como se les denomina a las grandes industrias farmacéuticas transnacionales en la OMC), hizo que al final se volviera a un acuerdo que no difiere mucho de las flexibilidades reconocidas en Doha.

VI. EL DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO HUMANO

Es ampliamente reconocido que el derecho a la salud es parte del catálogo de los derechos humanos. Esta afirmación se puede probar simplemente con analizar el derecho interamericano en donde desde la Convención Americana de Derechos Humanos (Barona, 2014), que en su artículo 26 alude al desarrollo progresivo, si bien no se reconoce de manera directa y expresa la salud; cosa que, por otro lado, sí hace el Protocolo de San Salvador en su artículo 10:

Artículo 10: Derecho a la salud

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;

e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y

f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Así podemos ver que el Protocolo de San Salvador, establece que el derecho a la salud es un derecho humano y que está considerado como un “bien público”. Este es un concepto que tiene su antecedente en la expresión *res publica*, utilizada por los antiguos romanos para referirse a las cosas que interesan al gobierno, a la República, y que ahora podemos entender como los asuntos que caen en el ámbito del Estado, están dentro de la esfera de las funciones esenciales del Estado, no susceptibles de privatización.

Entonces, de acuerdo con el Protocolo de San Salvador, todas las personas tienen derecho a la salud y cuando decimos “todas las personas” recordemos a la Convención Americana que establece que “es persona todo ser humano” “sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social” (artículo 1).

Por consecuencia, si el derecho a la salud es un bien público, el Estado debe de garantizarlo; para eso debe de “adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional”.

Este derecho a la salud como *res publica* también está reconocido por la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derecho Humanos, que en varios de sus fallos se ha referido a ello.

VII. EL T-MEC REAFIRMA LAS FLEXIBILIDADES

Entonces, de acuerdo con lo anterior, podemos hacer un ejercicio de análisis del T-MEC, que esté sujeto a interpretación por el derecho interno; es decir, el Legislativo debe de tomar cartas en el asunto.

En sus objetivos, en materia de PI, el T-MEC claramente establece (en su artículo 20.2) que: “La protección y la observancia de los derechos de propiedad intelectual deberían contribuir a la promoción de la innovación tecnológica y a la transferencia y difusión de la tecnología, en beneficio recíproco de los productores y de los usuarios de conocimientos tecnológicos y de modo que favorezca el bienestar social y económico, y el equilibrio de derechos y obligaciones”. Es algo que generalmente se olvida a los legisladores, que la PI tiene una función social y por eso al mismo tiempo se olvida que se debe favorecer el bienestar social y económico. Esta idea, también se refleja en los principios contenidos en el artículo 20.3:

1. Una Parte, al formular o modificar sus leyes y regulaciones, podrá adoptar las medidas necesarias para proteger la salud pública y la nutrición de la población, y para promover el interés público en sectores de importancia vital para su desarrollo socioeconómico y tecnológico, siempre que esas medidas sean compatibles con lo dispuesto en este Capítulo.

2. Podrá ser necesario aplicar medidas apropiadas, siempre que sean compatibles con lo dispuesto en este Capítulo, para prevenir el abuso de los derechos de propiedad intelectual por sus titulares o el recurso a prácticas que limiten de manera injustificable el comercio o afecten negativamente la transferencia internacional de tecnología.

Esto es, la PI tiene limitaciones y esas se encuentran en la protección “de la salud pública y la nutrición de la población, y para promover el interés público en sectores de importancia vital para su desarrollo socioeconómico y tecnológico”.

Además, el T-MEC haciendo eco en Doha, en su artículo 20.6: “Entendimientos relativos a ciertas medidas de salud pública”, reafirma en el capítulo 20 que:

Las obligaciones de este Capítulo no impiden ni deberían impedir a una Parte adoptar medidas para proteger la salud pública. Por consiguiente, al tiempo que reiteran su compromiso con este Capítulo, las Partes afirman que este Capítulo puede y debería ser interpretado e implementado de manera que apoye el derecho de cada Parte de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a medicinas para todos. Cada Parte tiene el derecho de determinar lo que constituye una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia, entendiéndose que las crisis de salud pública, incluyendo aquéllas relacionadas con el VIH/SIDA, tuberculosis, malaria y otras epidemias, pueden representar una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia...

VIII. CONCLUSIONES

A partir de principios de la década de los noventa, las normas relativas a la protección de la propiedad intelectual se internacionalizan, mediante su inserción en las normas internacionales del comercio internacional e incluyen la protección de los productos farmacéuticos. Con eso se crea un estándar jurídico de protección que incumbe directamente al acceso de la población a los medicamentos.

Con el tiempo, y la proliferación de los tratados de libre comercio, este estándar de protección de la PI se ha venido endureciendo. Un ejemplo es el T-MEC en donde las empresas farmacéuticas logran la extensión del plazo de protección de las patentes por retardos injustificados. Lo que en la práctica significa un mayor obstáculo de la población al acceso a los medicamentos.

No obstante lo anterior, ha habido un movimiento de atenuación de la rigidez de las normas de la PI, al reconocerse en Doha, las flexibilidades en ADPIC, en materia de salud. Lo mismo sucedió durante la pandemia por COVID-19, en donde la OMC refirma las flexibilidades reconocidas en Doha.

El derecho a la salud es un derecho humano, es una *res publica*, situación que debe tenerse en consideración en el momento de legislar en materia de PI e inclusive negociar los tratados internacionales que toquen la salud, como es el caso de los tratados de PI.

Durante la pandemia por COVID-19, a pesar de la urgencia de acceso a los medicamentos, incluyendo la vacuna, el Poder Legislativo mexicano no movió ni un ápice la legislación de propiedad intelectual para poder hacer frente a la urgencia de fármacos para la población sobre todo de bajos ingresos.

Es urgente legislar en materia de PI, incluyendo las licencias obligatorias por motivos de emergencia de salud, haciendo uso de las flexibilidades que el derecho internacional convencional permite, creando un mejor acceso a los medicamentos.

En este momento se negocia un tratado de libre comercio con la Unión Europea, toca al Senado mexicano, de acuerdo con la Ley sobre la Aprobación de Tratados Internacionales en Materia Económica, de 2004, revisar qué es lo que se negoció en materia de PI que impacte el acceso a los medicamentos.

IX. FUENTES CONSULTADAS

- Abbott, F. M. *et al.* (2013). *Emerging Markets and the World Patent Order: The Forces of Change*. Edward Elgar Publishing. <https://ssrn.com/abstract=2380680>
- Becerra Ramírez, M. (2022). La singularidad de los tratados sobre propiedad intelectual. En G. Ferrer Ortega y M. Becerra Ramírez (pp. 121-124). *La Convención de Viena sobre el derecho de los tratados. A 50 años de codificación y desarrollo progresivo*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Becerra Ramírez, M. (ed.). (2023). *La propiedad intelectual en su faceta internacional, reflexiones plurales*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Becerra Ramírez, M. (2023). *La pandemia Covid-19 y la propiedad intelectual en el orden mundial*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Correa, C. (2002). Implications of the Doha Declaration on the TRIPS agreement and public health. *World Health Organization*.
- Decisión del Consejo General del 30 de agosto de 2003. Aplicación del párrafo 6 de la declaración de Doha relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública. https://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/implement_para6_s.htm#2
- Giménez, Pereira, M. (2017). *Efectos de la protección de las patentes farmacéuticas. Un análisis de propiedad intelectual*. Tirant lo Blanch.
- Pérez Miranda, R. (2019). *Tratado de derecho de la propiedad industrial. Patentes, marcas, denominación de origen, obtentores de vegetales, informática. Un enfoque de derecho económico* (5a. ed.). Porrúa.
- Velásquez, G. (2013). Access to medicines and intellectual property: the contribution of the World Health Organization. *South Centre Research Paper* (47), 5. https://www.southcentre.int/wpcontent/uploads/2013/05/RP47_WTO-role-in-IP-and-access-to-medicines

CAPÍTULO VIGESIMOSEGUNDO

LOS NUEVOS RETOS DEL DERECHO GLOBAL DE LA SALUD DESPUÉS DEL COVID-19

Pedro A. VILLARREAL*

SUMARIO: I. Introducción. II. Enfermedades transmisibles y la dimensión global de la salud. III. Una gobernanza global de la salud anclada en el derecho internacional. IV. Conclusión: hacia una participación activa en la creación y modificación del derecho global de la salud. V. Fuentes de consulta.

I. INTRODUCCIÓN

La comunidad internacional se encuentra actualmente en una coyuntura de reformas del derecho internacional relacionado con pandemias, que fue detonada en el marco de la pandemia por COVID-19. La posibilidad de contar con nuevas normas vinculantes promete, por un lado, una estrategia más efectiva de preparación y respuesta frente a pandemias, y, por el otro lado, se erige en una oportunidad para abordar múltiples problemas que socavan la solidaridad y equidad entre países. Cabe destacar que la experiencia de COVID-19 fue lejos de ser un ejemplo de colaboración internacional. Por lo tanto, el presente capítulo aborda esta temática a la luz del papel que las normas jurídicas del derecho global de la salud pueden fungir en aras de una prevención, preparación y respuesta a pandemias que esté basada en los principios de equidad y de justicia.

* Instituto Alemán de Estudios Internacionales y de Seguridad/Instituto Max Planck de Derecho Público Comparado y Derecho Internacional, Alemania. ORCID: 0000-0003-4216-15426.

II. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y LA DIMENSIÓN GLOBAL DE LA SALUD

A lo largo de las últimas décadas, la literatura sobre salud global ha subrayado cómo el acelerado proceso de globalización, debido al aumento de la circulación de bienes y personas por medio de las fronteras, incrementa los riesgos del surgimiento de pandemias (Fidler, 1999, p. 5; Meier, 2006, pp. 716 y 717; Lee, 2015, pp. 62-78). Aunque los viajes y el comercio no son, ni mucho menos, el único factor desencadenante de la propagación mundial de enfermedades, constituyen, sin embargo, uno de sus principales detonantes (UNEP/International Livestock Research Institute, 2020, pp. 15-17). Tal vez debido a la idea de que los viajes y el comercio internacionales son inevitables —y, en su mayor parte, incluso deseables (Habibi et al., 2020, p. 664)—, las normas del derecho internacional no pueden funcionar sobre la base de que podrían prohibirse con el fin de frenar totalmente los riesgos sanitarios transfronterizos. De hecho, como se expone en la próxima sección, los primeros intentos de regulación internacional de las pandemias en el siglo XIX trataron de proteger a las poblaciones de los países europeos contra las enfermedades “exóticas” que se propagaban desde el extranjero y, al mismo tiempo, preservar la capacidad de comerciar y transitar internacionalmente. La amenaza de reducir el tránsito y el comercio internacionales crea importantes desincentivos para el cumplimiento de los objetivos de la seguridad sanitaria global, a saber, fomentar una vigilancia epidemiológica mundial eficaz mediante la notificación rápida y precisa por parte de los Estados de los sucesos relacionados con enfermedades Kamradt-Scott (2016).

La historia de la OMS muestra cómo los programas de erradicación fueron fundamentales para los esfuerzos de gobernanza internacional de la salud en las décadas de 1950 y 1960. El paludismo y la viruela fueron algunas de las enfermedades cuya erradicación se planteó inicialmente, cada una con sus propios programas, personal y presupuesto. Sin embargo, el Programa de Erradicación del Paludismo no alcanzó los objetivos previstos, ya que a) no se incluyó en la campaña al continente con mayor carga de la enfermedad, África, y b) se confió excesivamente en el uso generalizado de los insecticidas contra esta enfermedad transmitida por mosquitos, sin tener en cuenta los contextos sociales subyacentes en los que se propagaba el paludismo (Villarreal y Tonti, 2023). Reconociendo las limitaciones de esta iniciativa vertical, el Programa de Erradicación del Paludismo se interrumpió formalmente en 1969. Este sonado fracaso en la erradicación puso en peligro el liderazgo de la OMS en la gobernanza sanitaria internacional,

socavando el papel central del control de las enfermedades transmisibles en el núcleo del mandato de la OMS. Al redoblar sus esfuerzos de erradicación, la Campaña de Erradicación de la Viruela de la OMS avanzó de forma constante durante la década siguiente. Incluso en plena Guerra Fría, la participación activa de los dos principales rivales geopolíticos (la Unión Soviética y los Estados Unidos de América) y del Movimiento de Países No Alineados permitió el despliegue mundial de personal sanitario en esfuerzos de inmunización selectivos. La cooperación multilateral llegaría a impulsar el éxito de esta campaña de erradicación. Con el apoyo de una asociación de organizaciones internacionales —entre ellas la OMS, UNICEF y numerosos actores no estatales, como las sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja—, la erradicación de la viruela fue un éxito de la gobernanza global y, a pesar de las divisiones geopolíticas, una victoria de la cooperación internacional para lograr la erradicación de la enfermedad. La OMS emitió la declaración de erradicación de la viruela en 1980 (OMS, 1980), lo cual constituye su mayor logro a la fecha.

A pesar de las limitaciones de varios programas de erradicación de enfermedades, la segunda mitad del siglo XX fue testigo de una transición epidemiológica: un descenso gradual de la carga de enfermedades infecciosas (Omran, 1971, pp. 509-538). Esta reducción de la carga global de morbilidad se enmarcó como un triunfo del progreso científico, ya que la erradicación de la viruela demostró el potencial de los medicamentos nuevos y eficaces para vencer las enfermedades que aquejaban al mundo. Con el fin de garantizar la distribución de estos medicamentos, la atención internacional volvió a centrarse en el optimismo biomédico, con la esperanza de que las tecnologías médicas pudieran poner fin a las enfermedades infecciosas, principalmente en los países con los sistemas de salud más robustos (Cliff y Hagggett, 1998). Sin embargo, en medio de este momento de triunfo percibido en la gobernanza sanitaria internacional, una serie de amenazas nuevas y reemergentes de enfermedades transmisibles hicieron tambalear la fe de los líderes mundiales en que el mundo alcanzaría sus objetivos más ambiciosos.

Aunque el control de las enfermedades transmisibles fue una de las principales prioridades en las primeras décadas de su existencia, la OMS no dio prioridad a la aplicación del RSI ni a las capacidades nacionales de salud pública en la preparación y respuesta ante las enfermedades, sino que se fijó en los avances médicos y los programas de erradicación de enfermedades como base para hacer realidad el “fin de las enfermedades infecciosas”. Había surgido un sentimiento de optimismo biomédico entre los responsables políticos, que veían la administración de productos farma-

céticos como la solución a los retos de las enfermedades transmisibles en todo el mundo (Cueto, Brown y Fee, 2019). El descubrimiento de estos nuevos productos —incluidas vacunas, antivirales y antibióticos— hizo crecer la creencia de que la distribución mundial de estas novedosas intervenciones podría detener por completo la propagación de las enfermedades infecciosas (Lee, 2009).

Sin embargo, a pesar de los numerosos avances de las ciencias médicas, un mundo en rápida globalización ha propiciado el aumento de amenazas de enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), así como nuevas cepas de gripe, ébola y la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Coincidiendo con el aumento de las amenazas de nuevas enfermedades, los brotes locales pueden propagarse ahora más rápidamente por un mundo cada vez más interconectado, lo que aumenta la morbilidad y la mortalidad y exige una respuesta mundial.

En efecto, hoy en día, los riesgos pandémicos están inmersos en una interfaz compleja y multifactorial en la que numerosas actividades humanas pueden desencadenar brotes de enfermedades. La interfaz entre el ser humano y los animales (no humanos), en particular, es un componente central de los riesgos pandémicos. Según datos de la OMS, las zoonosis constituyen aproximadamente 75% de las enfermedades emergentes, aunque esta cifra no es fija. Hay pruebas de que las zoonosis han estado al frente de tres de los brotes de enfermedades de alto perfil más recientes: la pandemia de gripe H1N1 en 2009, la crisis del ébola en África Occidental en 2014 y, posiblemente, el COVID-19 a finales de 2019. En el caso de la gripe H1N1, el origen del virus se remonta a una granja de cerdos en México, de ahí el término coloquial “gripe porcina” (OMS, 2011, pp. 32 y 33). La experiencia de México con la pandemia de influenza A(H1N1) posiciona al país en un acervo. Algunos de las lecciones aprendidas durante ese evento fueron retomadas. Sin embargo, otras experiencias, como la colaboración entre distintas autoridades en el intercambio de información, no lo fueron tanto. En cambio, se cree que la crisis del ébola de África Occidental de 2014 comenzó cuando un niño pequeño jugaba con un animal salvaje en una zona rural en diciembre de 2013. Acciones como esta, desprovistas de cualquier objetivo intencionado como fomentar el conocimiento o buscar un beneficio económico, difícilmente podrían proscribirse en virtud del derecho internacional. Tal complejidad es precisamente lo que fomenta la imposibilidad de abordar cada una de estas actividades de una manera que impida todos y cada uno de los contactos entre humanos y animales (no humanos) con el fin de evitar la llamada “propagación zoonótica”.

De forma similar a la interfaz entre humanos y animales (no humanos), la constelación humano-medioambiental está vinculada a mayores riesgos pandémicos, aunque los vínculos son aún más difusos. La deforestación, la creciente urbanización y el calentamiento global conducen a la migración de especies animales (no humanas) de sus hábitats naturales (Allen *et al.*, 2017, pp. 5-7). Esto, a su vez, aumenta las posibilidades de que los portadores de enfermedades del ámbito animal (no humano) entren en contacto físico con los humanos. Aunque ahora son más bien de relevancia histórica, las pandemias anteriores al siglo XXI fueron causadas ocasionalmente por el cólera, un patógeno que circulaba en el agua contaminada, entre otros portadores (Evans, 1988, p. 129). Estos brotes fueron desencadenados principalmente por las malas condiciones de saneamiento y la ausencia de sistemas adecuados de eliminación de residuos humanos.¹ Los vínculos entre la contaminación ambiental y los peligros para la salud humana se encuentran en el corazón de la consagración de la epidemiología como un campo especializado de conocimiento. Estos conocimientos se reconocen en informes internacionales recientes sobre cómo abordar el riesgo zoonótico.

Del mismo modo que las catástrofes se consideran tales en función de si afectan a los intereses humanos o suponen una amenaza de hacerlo, el concepto de “nueva enfermedad” a efectos de la reducción del riesgo de pandemia se centra en el ser humano. Como se explica más adelante, un gran número de estos patógenos circulan en la naturaleza. El que desencadenen epidemias o pandemias depende de su circulación entre los seres humanos. Aquí radica una laguna epistémica, en la medida en que centrarse en las enfermedades una vez que están presentes en los huéspedes humanos puede ser demasiado tarde a efectos de prevención. Se necesitan más conocimientos científicos centrados en las innumerables interacciones que preceden a un acontecimiento zoonótico.

III. UNA GOBERNANZA GLOBAL DE LA SALUD ANCLADA EN EL DERECHO INTERNACIONAL

La protección contra la propagación transfronteriza de enfermedades es el ámbito más antiguo y sólido del derecho global de la salud. Dada la amenaza perpetua que suponen las enfermedades transmisibles, los Estados han desa-

¹ En 1854, John Snow, un pionero de la epidemiología moderna, proporcionó evidencia contundente sobre el vínculo entre una bomba de agua contaminada y la incidencia de casos de cólera en Londres. Su estudio de vanguardia fue publicado en *On the Mode of Communication of Cholera* (Londres, 1855).

rollado instrumentos jurídicos internacionales especializados para regular los nuevos desafíos derivados de la propagación transfronteriza de enfermedades. Desde la primera Conferencia Sanitaria Internacional de 1851, los Estados han considerado el potencial del derecho internacional para proteger frente a estos desafíos transfronterizos. Estas primeras conferencias sanitarias tenían como objetivo armonizar las medidas nacionales de cuarentena contra las enfermedades de carácter transfronterizo. El primer instrumento jurídicamente vinculante desarrollado entre estos Estados, la Convención Sanitaria Internacional, se aprobó más de cuarenta años después, en 1892 (Fidler, 1999). Esta Convención fue un subproducto de los procesos diplomáticos y los avances en salud pública del siglo XIX, a partir de los cuales los Estados europeos coordinaron sus esfuerzos para protegerse de las amenazas de enfermedades transmisibles procedentes de otras regiones del mundo. Al tratar de promover los intereses nacionales, la Convención reflejaba los esfuerzos por fomentar la seguridad nacional, centrándose en la protección de los intereses económicos y militares de las naciones poderosas. Para mantener el poder estatal, los gobiernos nacionales necesitaban información rápida y fiable sobre las enfermedades fuera de sus territorios, lo que requería sistemas transnacionales de vigilancia epidemiológica que permitieran a los Estados responder rápidamente cuando las enfermedades transmisibles llegaran a sus propios territorios (Zacher, 1999).

Varios principios de la legislación internacional del siglo XIX se abandonaron con el surgimiento de las instituciones sanitarias internacionales, lo que marcó un cambio importante en la gobernanza sanitaria más allá de los Estados mediante el desarrollo de instrumentos jurídicos internacionales. Sin embargo, dar sentido a la superposición de obligaciones jurídicas se convirtió en un reto cada vez mayor para los Estados. Los primeros convenios sanitarios internacionales fueron iniciativas europeas que, a diferencia de los instrumentos actuales, no pretendían tener un alcance mundial. A medida que se aprobaban convenios paralelos en las Américas, los instrumentos internacionales vinculantes para garantizar la prevención y el control de las enfermedades transmisibles se fragmentaron entre las regiones. Dicho aumento de la fragmentación y las divergencias entre los miembros de estos convenios sanitarios hacían cada vez más difícil determinar qué normas se aplicaban a la hora de restringir los viajes y el comercio para proteger la salud pública.

La creación de la OMS contribuyó a poner fin a esta fragmentación del derecho sanitario internacional. La aprobación de la Constitución de la OMS en 1946 reunió doce convenios y protocolos sanitarios internacionales que regulaban diferentes aspectos de la propagación transfronteriza de en-

fermedades. Tal y como se introdujo en los capítulos 1 y 2, la Constitución de la OMS otorga a la Asamblea Mundial de la Salud la autoridad para desarrollar normativas jurídicamente vinculantes en cinco áreas específicas:

1. Requisitos sanitarios y de cuarentena y otros procedimientos para prevenir la propagación internacional de enfermedades.
2. Nomenclaturas de enfermedades, causas de muerte y prácticas de salud pública.
3. Normas internacionales sobre procedimientos de diagnóstico.
4. Normas internacionales para el comercio sobre la seguridad, pureza y potencia de los productos biológicos, farmacéuticos y similares, y
5. Normas sobre publicidad y etiquetado de productos biológicos, farmacéuticos y similares sometidos a comercio internacional.

La primera de estas áreas condujo a la adopción del Reglamento Sanitario Internacional de 1951, que sustituyó a un mosaico de convenciones. En 1969, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una revisión del instrumento, denominándolo ahora “Reglamento Sanitario Internacional” (RSI). El objetivo fundamental de dichos reglamentos sanitarios internacionales ha sido garantizar el suministro de información sobre enfermedades con potencial de propagación transfronteriza, con el fin de apoyar las respuestas de salud pública y evitar al mismo tiempo restricciones excesivas a los viajes y el comercio internacionales. Sin embargo, los Estados han incumplido históricamente estas obligaciones. En los primeros cincuenta años de vigencia de los reglamentos en cuestión, los Estados a menudo notificaban tardíamente a la OMS la aparición de enfermedades en sus territorios, y otros Estados solían responder a estas notificaciones con restricciones desproporcionadas a los viajes y el comercio. En la década de 1960, la OMS ya había identificado un círculo vicioso en el que los Estados no notificaban con prontitud las enfermedades porque temían reacciones excesivas por parte de otros estados y, a su vez, otros Estados reaccionaban de forma excesiva debido a la falta de información suficientemente fiable proporcionada por el Estado que experimentaba el evento relacionado con la enfermedad (Dorolle, 1968, pp. 103-111). Este círculo vicioso se vio agravado por las disparidades en los sistemas sanitarios nacionales, ya que muchos Estados carecían de la capacidad suficiente para evaluar rápidamente la aparición de una enfermedad en sus territorios (Roelsgaard, 1974, pp. 265-268). La persistente brecha mundial en las capacidades sanitarias nacionales socavaría el cumplimiento de las obligaciones del RSI y desplazaría la atención hacia las respuestas biomédicas a las enfermedades infecciosas.

Las normas jurídicamente vinculantes son una opción viable en aras de una coordinación clara entre distintos países. Los planes de preparación y respuesta frente a problemas de la salud global requieren de estabilidad y certeza que permitan su implementación a largo plazo. Uno de los mayores retos para la gobernanza global radica en la falta de continuidad en las políticas globales. De un momento a otro, enteros programas pueden ser abandonados. Sin embargo, ejemplos del pasado dan motivos para la esperanza.

A la hora de responder a amenazas ocasionadas por enfermedades infectocontagiosas o transmisibles, el derecho global de la salud se ha convertido en un elemento crucial para combatir la propagación de enfermedades mediante una respuesta internacional basada en normas. El establecimiento de obligaciones estatales en virtud de la ley puede enmarcar las medidas para hacer frente a los brotes de enfermedades que son necesarias para mantener la salud pública y proporcionales a las restricciones de los viajes, el comercio y los derechos. Con este fin, los Estados miembros de la OMS trataron de equilibrar la necesidad de prevención de la salud pública y la protección de las personas en la revisión de 2005 del RSI. La experiencia del SRAS creó el impulso necesario para concretar las reformas del RSI. Las lagunas en la preparación jurídica y la gobernanza, puestas de manifiesto por el SRAS, dieron el impulso necesario para replantear las obligaciones de los Estados en la respuesta a las enfermedades infecciosas, lo que impulsó a las partes interesadas a llevar a buen término una revisión del RSI que ya duraba una década. El retraso en la notificación por parte de China y la falta de notificación de casos en los distintos países suscitaban dudas sobre las obligaciones de notificación, obstaculizando la capacidad de otros Estados para vigilar y detectar la enfermedad en sus propias jurisdicciones (Halabi, Gostin y Crowley, 2016).

Además, la respuesta mundial al SRAS puso de manifiesto una ausencia total de respeto por los derechos humanos, incluidos los derechos relacionados con las restricciones injustificadas de los viajes y el comercio internacionales (Forman, Sekalala y Meier, 2022, pp. 37-62). Las revisiones del RSI que había solicitado la Asamblea Mundial de la Salud desde 1995 se consideraban ahora esenciales para responder a las enfermedades transmisibles nuevas y reemergentes no contempladas en el RSI de 1969 (Fidler, 2005, pp. 325-392). Un año después de la debacle del SRAS, la OMS celebró consultas, revisiones y negociaciones que, con el apoyo generalizado de los Estados miembros, condujeron a la adopción de un RSI revisado en 2005, estableciendo un marco de gobernanza renovado para las emergencias de salud pública. Por medio del RSI (2005) y de otros instrumentos y mecanismos para la seguridad sanitaria mundial, los responsables políticos han in-

tentado reforzar los sistemas de vigilancia en todos los Estados miembros de la OMS y fomentar las asociaciones para el control de enfermedades entre organizaciones internacionales, organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales. A pesar de estos avances en el marco del derecho sanitario mundial, dentro y fuera de la OMS, las nuevas amenazas para la salud pública, incluida la pandemia por COVID-19, han puesto de manifiesto las deficiencias de los marcos existentes, lo que hace imperativo revisar el RSI y reformar el derecho sanitario mundial para prevenir, identificar y responder a la propagación transfronteriza de enfermedades infecciosas.

Las revisiones del RSI de 2005 dieron lugar a un conjunto de normas con un alcance y un ámbito de aplicación ampliados que dotarían a las partes interesadas de nuevas autoridades y mecanismos para hacer frente a las amenazas contemporáneas a la seguridad sanitaria global:

1. De una lista “cerrada” a una lista “abierta” de enfermedades. Una de las principales limitaciones del RSI (1969) era su enfoque específico de las enfermedades, ya que el RSI sólo era aplicable a tres amenazas de enfermedades concretas. En medio de las enfermedades nuevas y reemergentes, los estados enmarcaron el RSI (2005) de manera amplia para abordar “eventos” y “riesgos para la salud pública”, adoptando un enfoque de todos los peligros (Ottersen, Hoffman y Groux, 2016, pp. 356-392). Este enfoque reconoce que las amenazas a la salud pueden surgir de una variedad de fuentes, humanas, animales o ambientales, como resultado de numerosas causas, ya sean naturales, accidentales o intencionales (Burci y Negri, 2021, pp. 501-522). Esta ampliación permitiría una mayor flexibilidad en las emergencias, lo que haría que el RSI (2005) se adaptara mejor a un mundo globalizado que se enfrenta a nuevas amenazas para la salud.
2. De una vigilancia de las enfermedades centrada en el Estado a una que abarca múltiples actores. Mientras que las iteraciones anteriores del RSI se basaban en gran medida en los informes estatales, el RSI (2005) ampliaría el sistema de vigilancia para abarcar a más actores. La respuesta al SRAS puso de manifiesto la utilidad de actuar a partir de información procedente de fuentes no gubernamentales (Gostin, 2014), y el RSI (2005) ahora permite a la OMS consultar a actores no estatales y considerar la información procedente de fuentes no oficiales. La OMS y sus Estados miembros pueden así aprovechar la vigilancia de enfermedades a través de fuentes tanto oficiales como no oficiales, ampliando la gama de herramientas de vigilancia.

3. Declaraciones de emergencia como herramienta de gobernanza global de la salud. El RSI (2005) le otorga al director general de la OMS la facultad de declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional, una herramienta de gobernanza global de la salud. El artículo 1 del RSI (2005) define dichas emergencias como un “evento extraordinario que se determina... (i) que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a través de la propagación internacional de la enfermedad y (ii) que potencialmente requiere una respuesta internacional coordinada”. De este modo, la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional pone sobre aviso a las partes interesadas acerca del riesgo transfronterizo, actúa como un llamamiento a la cooperación mundial para hacer frente a una emergencia sanitaria y permite al director general de la OMS emitir recomendaciones no vinculantes sobre las medidas nacionales de respuesta (Fidler y Gostin, 2006).
4. Desarrollo de capacidades básicas de vigilancia. Las evaluaciones de las limitaciones del RSI subrayaron repetidamente la falta de capacidades estatales suficientes para detectar con prontitud los brotes de enfermedades transmisibles que se produzcan en sus territorios y notificarlos a la OMS (Taylor, 1997, pp. 1327-1362); sin embargo, el RSI (1969) carecía de disposiciones para desarrollar capacidades básicas nacionales. En virtud del artículo 5 del RSI (2005), los Estados tienen la responsabilidad de “desarrollar, fortalecer y mantener” las capacidades para “detectar, evaluar, notificar y comunicar eventos” a la OMS. El anexo 1 del RSI ofrece una lista detallada de las capacidades básicas de los Estados e incluye un proceso de autoevaluación para determinar si los Estados han desarrollado y mantenido dichas capacidades.

El RSI (2005) refleja tanto los principios jurídicos tradicionales como los nuevos principios normativos para orientar los esfuerzos de prevención de la propagación transfronteriza de enfermedades. Al ampliar los principios tradicionales de la práctica sanitaria internacional, a raíz de las antiguas normas de control de las enfermedades transmisibles, las estrategias de salud pública para prevenir y responder a la propagación transfronteriza de enfermedades deben ser sopesadas con la necesidad de mantener la continuidad del comercio y los viajes internacionales (Fidler, 2005, pp. 325-392). Sin embargo, en comparación con sus instrumentos jurídicos predecesores, el RSI (2005) prevé un papel más destacado para las pruebas médicas y de salud pública en este equilibrio. Los Estados que tratan de

hacer frente a las amenazas para la salud deben basar su toma de decisiones en materia de salud pública en principios, métodos e información científicos (Burci y Negri, 2021, pp. 501-522). Este énfasis en el uso de evidencia para la toma de decisiones en el marco del RSI (2005) ofrece a los Estados la posibilidad de adoptar medidas que consideren que ofrecen un mayor nivel de protección de la salud que las recomendadas por la OMS. Además de los marcos normativos que estructuran el control de las enfermedades infecciosas, el artículo 32 del RSI (2005) eleva los principios clave de “dignidad, derechos humanos y libertades fundamentales de las personas”. Así, el artículo 42 del RSI obliga a los Estados a garantizar el respeto de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de los viajeros, con medidas sanitarias adicionales que se aplicarán de forma “transparente y no discriminatoria”. A esta elevación explícita de los derechos humanos en el RSI (2005) se une el principio de luchar por “la protección de todos los pueblos del mundo contra la propagación internacional de enfermedades”, que implícitamente promueve el derecho a la salud en el derecho sanitario mundial (Forman, Sekalala y Meier, 2022, pp. 37-62). Al considerar el control de las enfermedades transmisibles como una responsabilidad común a todos los Estados, este principio se refleja en los compromisos de los Estados de colaborar entre sí en la prestación de asistencia técnica, la movilización de recursos y la formulación de leyes y disposiciones administrativas para cumplir las obligaciones del RSI (Cinà et al., 2022, pp. 158-187). La colaboración y la asistencia internacionales han sido fundamentales para el desarrollo de las capacidades básicas del RSI en todos los Estados; sin embargo, al desarrollar estas obligaciones para fortalecer los sistemas de salud, los Estados reconocieron sus limitaciones jurídicas.

IV. CONCLUSIÓN: HACIA UNA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LA CREACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL DERECHO GLOBAL DE LA SALUD

El 5 de mayo de 2023, tanto el director General de la OMS declaró que la propagación de COVID-19 ya no es una emergencia de salud pública de importancia internacional. Sin embargo, al emitir sus recomendaciones a los Estados miembros de la OMS, aclaró que ello no implica una disminución de la gravedad de la enfermedad COVID-19. En primera instancia, persiste una gran incógnita respecto de las secuelas de largo plazo (ocasionadas por el síndrome llamado “long-COVID”). Se necesitan mayores investigaciones que determinen. La colaboración internacional en este ámbito es indispensable.

Por otro lado, el fin de la emergencia de salud pública de importancia internacional no previene que, en un futuro, nuevos desarrollos relacionados con COVID-19 conduzcan a una nueva declaración de emergencia. Si bien es difícil de estimar tal riesgo, todavía existe la posibilidad de atestiguar el surgimiento de nuevas variantes del coronavirus SARS-CoV-2. Tal como ocurrió con la variante Ómicron, la propagación constante del virus incrementará la posibilidad de una mutación. Ello puede ocurrir en cualquier parte de este planeta.

De manera similar, otros problemas existenciales de la salud global requieren de una perspectiva global. Recientemente, las consecuencias del cambio climático se han manifestado en un impacto directo en la salud de la población. Trátese de un incremento en los golpes de calor, o bien del riesgo de la migración de vectores por el calentamiento global, e incluso el empeoramiento de la calidad del aire, todos estos factores derivan en un menoscabo de la salud de individuos y de grupos.

Lo anterior conlleva a considerar que la participación en los temas de salud global rinde frutos en el bienestar de la población mexicana. Aun cuando a primera vista, tales beneficios no parezcan ser tan inmediatos, la pandemia por COVID-19 mostró la importancia de invertir en sistemas de salud con una perspectiva global. Según estudios de proyección económica, por cada dólar estadounidense invertido en las labores de la OMS se recibe un beneficio sanitario que sería el equivalente de hasta 35 dólares.

En ese sentido, uno de los retos que desde hace tiempo frena a la OMS sigue siendo su presupuesto. Durante décadas, la Organización ha dependido de compromisos “extrapresupuestarios” voluntarios en lugar de las contribuciones señaladas de los Estados miembros y otros donantes no estatales. Ante estos retos financieros, como se expone en el capítulo 5, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución para 2022 en la que se adoptaban las recomendaciones de un Grupo de Trabajo sobre Financiación Sostenible y se comprometía a aumentar gradualmente el porcentaje de las contribuciones señaladas en el presupuesto general. Estos pasos colocan a la organización en una mejor posición para apoyar con continuidad sus programas para las amenazas de enfermedades transmisibles y podrían mejorar su capacidad para supervisar el cumplimiento de las obligaciones tanto dentro del RSI como del tratado sobre pandemias (Meier, Habibi y Gostin, 2022, pp. 625-627). Ciertamente, el apoyo a la OMS no debe ser incondicional. Hay llamados a una mayor transparencia en la toma de decisiones de la Organización, así como la necesidad de involucrar a los Estados miembros en tales procesos.

Actualmente se están negociando en Ginebra tanto la propuesta de convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta ante pandemias como una serie de enmiendas al RSI de 2005. La fecha límite para presentar ambos para su adopción es la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2024. Tal vez la cuestión más controvertida para muchas delegaciones de la OMS, en particular del Sur Global, sea el reto de garantizar un acceso equitativo a las contramedidas médicas durante una pandemia. El “nacionalismo vacunal” desenfrenado presenciado en el contexto de COVID-19 estará probablemente fresco en las mentes de los gobiernos de esas regiones del mundo en particular, ya que muchos lucharon por conseguir suficientes dosis de vacunas para sus propias poblaciones. Unas normas exhaustivas sobre este punto tendrían que abordar diversos aspectos, como la cuestión de la propiedad intelectual de los productos médicos y el establecimiento de mecanismos de financiación y adquisición para su distribución. Así pues, la noción de “equidad” en las pandemias representa actualmente la pieza central de las negociaciones de varios países del Sur Global. En el mencionado borrador cero conceptual para el tratado sobre pandemias, el objetivo de la equidad se describe de la siguiente manera: “acceso justo, equitativo y oportuno a productos asequibles, seguros y eficaces de respuesta a pandemias, entre y dentro de los países, incluso entre grupos de personas independientemente de su condición social o económica”.

Para garantizar que esta disposición sea algo más que un deseo, un nuevo tratado sobre pandemias debería tener en cuenta las lecciones aprendidas de la limitada eficacia de la iniciativa COVAX. Este mecanismo se diseñó para promover la distribución mundial de intervenciones médicas contra el COVID-19. Sin embargo, la iniciativa COVAX no logró cumplir su objetivo principal, que consistía en distribuir 2,000 millones de dosis de vacunas para finales de 2021, dado que sólo se distribuyó realmente el 50% de esa cantidad. Varios estudios ya han intentado explicar estos fracasos. Algunos análisis apuntan a la avaricia de los países del Norte Global a la hora de almacenar suministros médicos para proteger a sus propias poblaciones. Una evaluación encargada por la OMS y publicada en octubre de 2022 cita, entre otras cosas, el diseño demasiado ambicioso de COVAX como una de las razones clave del escaso éxito de la iniciativa (OMS, 2022). En su lugar, el informe recomienda que se desarrollen otros programas con un alcance más específico. Éstos deberían atender a los países que no pueden autoabastecerse de suministros médicos críticos durante una emergencia. Unas normas jurídicamente vinculantes para tal eventualidad podrían garantizar que los países se comprometieran a realizar aportaciones financieras

de forma permanente, independientemente de los cambios en las circunstancias políticas.

Queda por ver si las reformas legislativas actuales y futuras se enmarcarán e interpretarán, y cómo, para fomentar una mayor solidaridad dentro de los países y entre ellos en la respuesta a las enfermedades infecciosas. Dado el impulso desencadenado por la pandemia por COVID-19, y en consonancia con los procesos paralelos de reforma en curso, el ámbito del derecho sanitario mundial sobre el control de las enfermedades transmisibles seguirá evolucionando en los próximos años, pero la trayectoria sigue siendo incierta. En estas reformas en curso, un compromiso más estrecho de todas las partes interesadas de la comunidad internacional, incluidos los Estados y los actores no estatales, es el mejor medio para garantizar la justicia en la salud mundial. Si el objetivo es influir en la toma de decisiones ante futuras amenazas de enfermedades transmisibles, será necesario orientar las negociaciones diplomáticas hacia la respuesta colectiva de la comunidad internacional para prevenir, detectar y responder a las amenazas pandémicas sobre la base de la equidad y la solidaridad mundiales.

Con base en lo anterior, la participación de México en los desarrollos actuales y próximos relacionados con la salud global derivarían en un beneficio directo para la población del país. Contribuiría, por un lado, a que el país tenga voz y voto en las decisiones que afectan a la comunidad internacional; y, por el otro lado, le permitiría al país aportar sus propios conocimientos y experiencia en el tema, lo cual resultaría en un beneficio mutuo. Tomar en serio al derecho global de la salud es una de las mejores estrategias para proteger a la población mexicana.

V. FUENTES DE CONSULTA

- Burci, G. L. y Negri, S. (2021). Governing the Global Fight against Pandemics: The WHO, the International Health Regulations, and the Fragmentation of International Law, *New York University Journal of International Law and Politics* 53, 501-522.
- Cinà, M. et al. (2022). The Stellenbosch Consensus on the International Legal Obligation to Collaborate and Assist in Addressing Pandemics: Clarifying Article 44 of the International Health Regulations, *International Organizations Law Review* 19, 158-187.
- Cueto, M., Brown, T. M. y Fee, E. (2019). *The World Health Organization: A History* Cambridge University Press.

- Dorolle, P. (1968). Old Plagues in the Jet Age. International Aspects of Present and Future Control of Communicable Disease, *WHO Chronicle* (23), 103-111.
- Fidler, D. (1999). *International Law and Infectious Diseases*. Oxford University Press.
- Fidler, D. (2005). From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. *Chinese Journal of International Law* (4), 325-392.
- Forman, L., Sekalala, S. y Meier, B. M. (2022). The World Health Organization, International Health Regulations and Human Rights Law. *International Organizations Law Review* (19), 37-62.
- Habibi, R. et al. (2020). Stop Violating the International Health Regulations. *The Lancet* (395), 664.
- Halabi, S., Gostin, L. O. y Crowley, J. (2016). *Global management of infectious disease after Ebola*. Oxford University Press.
- Kamradt-Scott, A. (2016). WHO's to blame? The World Health Organization and the 2014 Ebola outbreak in West Africa. *Third World Quarterly* (37), 411.
- Lee, K. (2015). Globalization. En R. Detels et al. (eds). *Oxford Textbook of Public Health* (pp. 62-78). Oxford University Press.
- Meier, B. M. (2006). Employing Health Rights for Global Justice: The Promise of Public Health in Response to the Insalubrious Ramifications of Globalization. *Cornell International Law Journal* (39)3, 711-777.
- Meier, B. M., Habibi, R. y Gostin, L. (2022). A Global Health Law Trilogy: Transformational Reforms to Strengthen Pandemic Prevention, Preparedness, and Response. *Journal of Law, Medicine & Ethics* (50), 625-627.
- Omran, A. (1971). The Epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* (49)4, 509-538.
- Ottersen, T., Hoffman, S. J. y Groux, G. (2016). Ebola Again Shows the International Health Regulations Are Broken: What Can Be Done Differently to Prepare for the Next Epidemic? *American Journal of Law & Medicine* (42), 356-392.
- Roelsgaard, E. (1974). Health regulations and international travel. *WHO Chronicle* (28), 6, 265-268.
- Taylor, A. (1977). Controlling the Global Spread of Infectious Diseases: Towards a Reinforced Role for the International Health Regulations. *Houston Law Review* (33), 1327-1362.

- UNEP/International Livestock Research Institute. (2020). Preventing the Next Pandemic. Zoonotic disease and how to break the chain of transmission. <https://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/32316/ZP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Villarreal, P. A. y Tonti, L. (2023). Infectious Disease: Preventing, Detecting, and Responding to Pandemic Threats under International Law. En B. Mason Meier L. Gostin (eds.), *Global Health Law & Policy*. Oxford University Press.
- Zacher, M. (1999). Global Epidemiological Surveillance. International Cooperation to Monitor Infectious Diseases. En K. Inge (ed.), *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century* (pp. 266-283). Oxford University Press.

Reconstrucción del sistema nacional de salud en México, editado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, se publicó en versión digital el 27 de mayo de 2024. En su composición tipográfica se utilizó tipo *Baskerville* en 9, 10 y 11 puntos.