



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



FACULTAD DE DERECHO

“PROTECCIÓN A LA SALUD Y EL DERECHO A LA VIDA EN MÉXICO”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN DERECHO

PRESENTA:

JOSUE RODOLFO ZAMORA GONZALEZ

ASESOR:

DR. EN D. GUSTAVO AGUILERA IZAGUIRRE

REVISORES:

DR. EN D. RAFAEL SANTACRUZ LIMA

DR. EN D.P. RAUL HORACIO ARENAS VALDES

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

Índice

Introducción.....25

CAPITULO I PROTECCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO

1.1. Concepto	6-13
1.2. Políticas de Salud Publicas.....	13-16
1.2.1. Antecedentes de las Políticas Públicas de la Salud	16-19
1.2.2. Derechos humanos.....	20-25
1.3. Antecedente del derecho a la salud en México	25-30
1.4. Servicio de la salud en México	31-33
1.5. Sistema Nacional en México.....	33-37
1.6. El derecho a la protección a la salud en la legislación mexicana.....	37-39

CAPITULO II. LA SITUACIÓN DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y EL DERECHO A LA VIDA DURANTE LA PANDEMIA EN MÉXICO

2.1. COVID 19 en México.....	40-50
2.2. Derecho a la Salud por pandemia de COVID 19 en México.....	51-56
2.3. Población vulnerable	56-65
2.4. Datos estadísticos de muertes y sobrevivientes	65-68

CAPITULO III. SISTEMA DE SALUD EN MEXICO

3.1. Demografía.....68-70

3.2. Condiciones de salud70-72

3.3. Principales causas de muertes.....73-75

3.4. Estructura y cobertura 76-78

3.5. Gastos de salud.....78-81

3.6. Evaluación del sistema de salud81-84

Conclusión.....81-87

Bibliografía.....87-82

Introducción

El Derecho a la Vida y el Derecho a la protección de la Salud son de suma importancia para el desarrollo de una sociedad. Estos brindan seguridad jurídica a la población en que son sustanciales para el Estado. Ambos Derechos se encuentran consagrados en la Constitución Mexicana y en tratados internacionales de los cuales son parte México.

Ahora bien, la salud en sí implica bienestar para la población y con calidad en la protección a la salud se genera la protección a la vida también. El disfrute de cierta calidad de salud es parte de la comprensión de la vida en general, en el sentido que ninguna persona puede ver satisfechas sus necesidades sino se ofrece un mínimo de calidad de vida. Desde el punto de vista social, el derecho a la salud y su adecuada garantía representan una medida del avance de los países

Sin embargo, a pesar de que son Derechos de carácter constitucional, existen inconvenientes para que el Estado mexicano garantice realmente la protección a la salud y a su vez, el derecho a la vida. Es importante destacar que la protección de la Salud en México radica en el hecho si la persona se encuentra afiliada o no a un servicio de salud, al que se puede acceder si se trabaja, por lo que no todos pueden acceder al sistema. Aunque recientemente se instauró la modalidad de Seguro Popular, pero no es eficiente para garantizar la protección. Al no garantizar la protección de la salud de los mexicanos y todas aquellas personas que se encuentren dentro del territorio nacional, se arriesga la vida.

En este sentido, resulta conveniente señalar que en la actualidad todos los países del mundo pasan por una de las peores crisis que ha afectado a la humanidad y que ha causado gran afectación a la salud de los ciudadanos, la pandemia por la COVID-19 provocó dificultades en todos los sistemas de salud generando a su vez que el Estado no pueda garantizar la protección a la salud y por ende el Derecho a la Vida.

Por ello, se debe observar cómo específicamente se ha manejado por parte del Estado mexicano esta crisis y la garantía de la protección a la salud, siendo de suma importancia por estar conexo al Derecho de la Vida.

CAPITULO I PROTECCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO

1.1 CONCEPTO DE PROTECCIÓN A LA SALUD

- Antes de entrar a evaluar la protección como tal, es importante destacar lo que particularmente en México es complicado garantizar el Derecho a la Salud, en el sentido que, para lograr dicha garantía, se deben observar diversos aspectos, tales como económicos, sociales, científicos, tecnológicos, políticos y culturales, también se deben observar las políticas estatales respecto a la salud, la inversión entre otros. Todo ello requiere organización y es algo que no se observa en México. (L., 2004)

En cuanto a la protección en materia de salud, es importante resaltar lo que es particularmente difícil en México para asegurar el derecho a la salud, en el sentido de que para lograr la mencionada garantía se deben tomar en cuenta varios aspectos, como los económicos y sociales. También se deben respetar los aspectos científicos, tecnológicos, políticos y culturales, y las políticas estatales en materia de salud, inversión y otros aspectos. Todo esto requiere regulación y esto no se nota en México

De igual manera, resulta de importancia destacar que se suelen confundir las dos figuras, el Derecho a la Salud y el Derecho a la protección de la salud, por lo que es importante destacar que:

- No es lo mismo el derecho a la salud que el derecho a la protección de la salud; aunque consideramos que no es relevante entrar en cuestiones puramente semánticas, sí es apropiado señalar que el primero es más amplio, mientras que el segundo parece dar cuenta, más bien, de la obligación que tiene el Estado de desarrollar acciones positivas tendientes

justamente a proteger la salud o repararla cuando ha sido afectada. (V.,
Diciembre de 1995)

Desde el punto de vista legal se debe destacar que la protección se encuentra consagrada en la constitución, por lo que, el Estado tiene la obligación de garantizar dicho derecho.

Las primeras evaluaciones externas del Progres, realizadas por prestigiados académicos e investigadores nacionales e internacionales con base en rigurosas metodologías cuantitativas y cualitativas, significaron un gran avance en la evaluación de programas de transferencias condicionadas en México y otras regiones del mundo. No obstante, los avances en el proceso de auditoría y evaluación técnica del Progres son insuficientes para explicar el avance que la El Programa de Acción Específico (PAE) Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, tiene como fin contribuir al logro de un México Incluyente, así como optimizar los recursos destinados a los diferentes sectores de gobierno que inciden en los determinantes de la salud a través de la coordinación intra e intersectorial y el impulso de políticas públicas a favor de la salud. Se integra a partir de tres programas que anteriormente venían operando en la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS):

Es a través de seis objetivos, seis estrategias y 13 líneas de acción, que se propone la entrega de los servicios de promoción de la salud a los diferentes grupos poblacionales que están bajo la cobertura de la Secretaría de Salud con énfasis en la población vulnerable, asimismo, descritos en la siguiente tabla:

Tabla 1. Objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa de acción específico: Promoción de la salud y determinantes sociales 2013-2018

Tabla 2. Objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa de acción específico: Promoción de la salud y determinantes sociales 2013-2018. Fuente: Secretaría de Salud (2015)		
Objetivos	Estrategias	Líneas de Acción
Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud.	Fortalecer acciones de promoción de la salud dirigidas a población vulnerable, mediante el enfoque de determinantes de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover que la entrega de servicios de promoción de la salud sea adecuada para la población migrante. ● Promover la entrega de servicios de promoción de la salud a la población indígena con pertinencia cultural y lingüística. ● Promover que la entrega de servicios de promoción de la salud sea pertinente

		para la población escolar.
Fortalecer la promoción de la salud en la atención integrada de línea de vida.	Actualizar herramientas para la atención integral y la promoción de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> ● Impulsar la instrumentación del Modelo Operativo de Promoción de la Salud. ● Entregar servicios de promoción de la salud, mediante las CNS.
Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud.	Fortalecer las competencias del personal de salud y desarrollar las de la población para promover la salud personal, familiar y social.	<ul style="list-style-type: none"> ● Capacitar y actualizar al personal de salud en promoción de la salud, determinación social, interculturalidad y perspectiva de género. ● Sensibilizar a la población para el cuidado de la salud,

		<p>determinación social, interculturalidad y</p> <ul style="list-style-type: none"> ● perspectiva de género.
<p>Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los sectores público, social y privado.</p>	<p>Contribuir al posicionamiento de la salud en todos los sectores, para la construcción de determinantes positivos de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Conformar en los estados, grupos intersectoriales de promoción de la salud y determinantes sociales. ● Dar seguimiento a las acciones de carácter intersectorial para la promoción de la salud. ● Impulsar modificaciones legislativas nacionales y estatales, que favorezcan la

		<p>promoción de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • y la modificación de los determinantes sociales.
<p>Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud.</p>	<p>Desarrollar estrategias de mercadotecnia social en salud que motiven la adopción de comportamientos y actitudes saludables en la población.</p>	<p>Diseñar materiales de comunicación educativa enfocados a promover estilos de vida saludables en individuos, familias y comunidades.</p>
<p>Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa.</p>	<p>Evaluar la efectividad de las acciones del Programa para orientar la toma de decisiones y desarrollar propuestas de mejora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación de la operación del Programa en todos los niveles de intervención. • Fortalecer el proceso de registro para contar con

		información confiable y oportuna para la toma de decisiones.
--	--	---

- “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”

(Fernández Varela Mejía, 2009)

Resulta importante que el gobierno mexicano tome como prioridad el tema de salubridad para un mejor manejo de los sectores más vulnerables, como podemos dar cuenta de la situación actual no contamos con los recursos para un grado máximo de salud siendo uno de los principales derechos fundamentales.

- “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.” (CPEUM)

Cabe mencionar que lo establecido en nuestra Carta Magna no cumple nada con la realidad en sector salud ya que no se cuenta con atención integral, gratuita, por lo cual no se garantiza un bienestar a la protección de la salud.

- La protección de la salud es el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios dirigidos a prevenir efectos adversos que los productos, elementos y procesos del entorno, agentes físicos, químicos y biológicos, puedan tener sobre la salud y el bienestar de la población.

Ley 33/2011, de 4-X, General de Salud Pública, art. 27.

- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (ONU, 1948)

Este es uno de los conceptos más complejos por que pretende asegurar no solo de salud si no de alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios que sean necesarios para un nivel de vida adecuada.

1.2. Políticas de Salud Pública

Las reformas del sector salud dadas en las últimas décadas, en el ámbito nacional e internacional, han generado cambios en las políticas y los sistemas de salud. Las estrategias de formulación, implementación y evaluación de los resultados e impacto son complejas y su estudio requiere estudios teóricos y metodológicos, que permiten visualizar todos los aspectos que involucran en las políticas públicas.

- La toma de decisiones se encuentra estrechamente relacionada con la noción de políticas, ya que esta no se refiere a decisiones aisladas, sino que está íntimamente a una serie de actividades relacionadas con una determinación que llega a afectar a toda la población y a tener consecuencias ya sean internacionales y no internacionales sobre los que se tiene la aplicabilidad de dicha política. (Milio, 1996)

La literatura nos hace referencia a las políticas de salud pública como a la acción que afecta las instituciones, organizaciones, servicios y condiciones financieras del sistema de atención sanitaria, pero la salud no depende solo de los servicios médicos y éstos suelen afectarse también por acciones u omisiones de los sectores privados y públicos, así como organizaciones no gubernamentales.

- En el sentido amplio, una política pública saludable se ocupa entonces, tanto de los efectos del ambiente y las condiciones socioeconómicas sobre la salud, como de la provisión de asistencia sanitaria. Una política pública saludable podría definirse como toda política, generada o no en el sector, y dirigida a promover la salud y/o prevenir la enfermedad cuyos objetivos deberían estar orientados a reducir en la población los factores de riesgos a enfermar y exponerla equitativamente a condiciones saludables. (Hancock, 1982)

El que analiza no solo debe considerar si no valorar su beneficio y también su perjuicio, teniendo en consideración que las políticas de salud no son públicas por ser del estado si no por afectar los intereses colectivos.

La participación real y comprendida del estado, más en esta nueva forma de vivir por temas de COVID 19 cuando se debe hacer lo correcto en salud, viendo que las necesidades son de manera regional, nacional y mundiales; por lo cual dejo visto que los gobernantes trabajan para unos cuantos y no para beneficio de la población.

- Esto se puede lograr sin mayores gastos en el erario, solo agregar un poco para el desarrollo de políticas públicas de salud que capaciten a la gente, que creen ambientes de apoyo y fortalezca la acción comunitaria, basándose en el desarrollo de habilidades personales y en la defensa de la salud, supone un reto para los individuos, así como para la dimensión estatal, al asegurar. (Ashton, 1992)

Las políticas de salud pública deben ser más eficaces en las cuales deben abordar problemas de salud prioritarios en las cuales si no hay reformas en pro de salubridad de cobertura nacional se verán dificultadas.

- Comprenden las políticas y los programas técnicos que ofrecen a los equipos de atención primaria orientación para hacer frente a problemas de salud prioritarios, Abarca, asimismo, las intervenciones de salud pública clásicas, desde la higiene pública y la prevención de enfermedades a la promoción de la salud. Algunas de estas intervenciones, como la yodación de la sal, solo son viables a nivel regional, nacional o cada vez más, supranacional. Esto puede deberse a que sólo en esos niveles existe la autoridad necesaria para decir sobre tales políticas, o a que es mas eficiente elaborar y aplicar éstas en una escala que trasciende el ámbito local de la acción de atención primaria. (Informe sobre la salud en el mundo 2008, 2018)

Por este motivo incluyen políticas y programas técnicos que guían a los equipos de atención primaria de salud para abordar problemas de salud prioritarios, así como intervenciones estándar de salud pública, que van desde la salud pública y la prevención contra enfermedades para mejorar la salud. Algunas de estas intervenciones, solo son viables a nivel regional, nacional o supranacional. Esto puede deberse a que solo estos niveles tienen la autoridad necesaria para hacer tales políticas, o por que desarrollarlas y aplicarlas en una escala más allá de la practica local de atención primaria sería más efectivo y fructífero.

- La Política Nacional de Salud es una estratégica enfocada a prevenir las enfermedades, promover la salud y procurar el bienestar de las familias mexicanas. Está diseñada en torno a tres prioridades:

ACCESO EFECTIVO: el estado debe asegurar los servicios de salud a toda la población. La Visión a largo plazo es igualar la calidad de los servicios y hacer posible que los mexicanos puedan ser atendidos en cualquier clínica u hospital del Sistema Nacional de Salud Pública

CALIDAD EN EL SERVICIO: que todos los mexicanos, por igual, cuenten los médicos profesionales, calificados e instalados para recibir un servicio de salud de calidad.

PREVENCIÓN: la mejor forma de cuidar la salud es anticiparnos a la enfermedad y evitar las condiciones que la generan. Una de las acciones mas importantes de prevención, estará dirigida a reducir la obesidad y sobre peso. (EPN, 2013)

De modo que es una estrategia enfocada a prevenir enfermedades y mejorar la salud y el bienestar de las familias mexicanas. Esta diseñado en el entorno a tres prioridades, para que el estado brinde servicios de salud a toda la población. La visión de largo plazo es equilibrar la calidad del servicio y permitir que los mexicanos sean atendidos en cualquier clínica u hospital del sistema público nacional de salud. Por eso todos los mexicanos, cuenten con médicos profesionales, calificados y especializados que se benefician de la calidad de servicios médicos.

Por ende la mejor manera de cuidar tu salud es anticiparte a la enfermedad y evitar las condiciones que la provocan. Una de las acciones preventiva más importantes estará encaminada a reducir la obesidad y el sobrepeso.

1.2.1 Antecedentes de las políticas públicas de la salud.

- Nuestra Constitución no es la excepción en definir la protección de la salud como un derecho, aunque se hizo de forma tardía. En la Constitución de 1917 se había entendido originalmente la idea de protección a la salud asociada

con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora, es decir, no como derecho para todos los mexicanos, sino sólo para los trabajadores y su familia. Ésta es la lógica que anima la redacción de la fracción XXIX del apartado A del artículo 123, Algunas provincias están buscando ampliar el espacio a la medicina privada. El derecho a la protección de la salud ENSAYO Título Sexto: “Del trabajo y la previsión social”, así como la promulgación de la Ley del Seguro Social (LSS) en 1943. Fue hasta 1983 cuando al concepto de previsión social en salud del art. 123 se adicionó el concepto “Protección de la salud” en el art. 4 constitucional. Este cambio fue parte de las reformas al iniciar el sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado. El párrafo adicionado al artículo 4 estipula: “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...” A diferencia del derecho a la educación, que tiene un artículo dedicado exclusivamente al tema, el derecho a la protección de la salud se encuentra dentro del artículo 4 de la Constitución, donde también se define el derecho de los mexicanos a trabajar en la profesión que les interese, siempre y cuando sea lícita. En el mismo artículo se había incorporado anteriormente la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, la libertad de escoger el número y tipo de esparcimiento de los hijos, así como la obligación paterna de cuidar a los hijos. Se irían agregando después el derecho a la vivienda, a un medio ambiente limpio y los derechos de la niñez. El derecho a la protección de la salud no está definido con la claridad ni otorgado con la calidad de universal y obligatorio de que goza el derecho a la educación. Es en la Ley General de Salud de 1984 donde se explican con cuidado las modalidades del acceso a la protección que tienen los individuos, aunque, al igual que todos los derechos sociales en México, nunca se excluye la capacidad, de quien lo puede pagar, de obtener un mejor servicio en el mercado. Es hasta las reformas de mayo de 2003 que se define mejor cómo proveer una protección social en salud más claramente abierta a todos, con el llamado Seguro Popular. El objetivo de la reforma que incorporó el derecho a la protección de la salud en la Constitución era, como se asienta

en el dictamen de las comisiones que estudiaron la propuesta del Ejecutivo, “dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos”. La propuesta de reforma constitucional fue aprobada por 325 votos a favor, con una abstención y un voto en contra, aunque con algunas críticas durante el debate. Entre ellas, la del diputado Pedro Bonilla del Partido Socialista Unificado de México (PSUM), quien les recuerda a sus compañeros que la fecha en la que discuten la reforma, mismo día en que sería aprobada, es el 28 de diciembre, día de los inocentes. En sus palabras: “y a mí se me ocurre que esta iniciativa tiene mucho de lo que los mexicanos practicamos este día, es una tomadura de pelo. Una tomadura de pelo [...] si no expresa cómo se va a instrumentar”. Con este fin sugiere una adición: “El Estado asignará los recursos materiales y humanos necesarios para hacer efectivo este derecho”, porque de lo contrario, dice Bonilla, “yo podría venir a esta tribuna a iniciar un proyecto de ley que declarara el derecho de los mexicanos a ser felices”. Si bien la reforma habla de derecho a la protección de la salud, Bonilla tiene razón al insistir en que, sin los recursos materiales y humanos adecuados, ese derecho a la protección es solamente una buena intención. Definir derechos no los garantiza. El simple hecho de asignar por ley recursos tampoco los genera; no resuelve por sí mismo el problema, como a veces se piensa. Se trata de una ficción más, también propia del día de los inocentes. La Constitución está llena de buenos deseos. Ahora, incluso se ha puesto de moda incorporar en ley cuánto porcentaje del producto interno bruto (PIB), como objetivo de política de gasto, se debe emplear para cumplir con el deseo en cuestión, como es el caso de la educación. Esto no recauda, pero sirve de forma efectiva para la disputa política en la lucha por los recursos presupuestales, por definición limitados. Estos recursos adicionales, además, no están claramente sujetos a mejoras concretas en la provisión de esos derechos. Legislar derechos juntamente con recursos debería, en principio, promover reformas fiscales que financien los nuevos derechos, más que promover argumentos para cabildear una mejor tajada de un

presupuesto fijo, pero éste no es nuestro caso. Todo aumento presupuestal debiera también estar asociado con una mejor y/o más amplia provisión del servicio público en cuestión. (C., 2007)

En definitiva, nuestra constitución no hace excepción, para definir la protección a la salud como un derecho, aunque esto se hace tarde. La constitución de 1917 entendió originalmente la idea de la protección de la salud como ligada a las prestaciones de la seguridad social para la clase trabajadora, es decir, no como un derecho de todos los mexicanos, sino sólo de los trabajadores y sus familias. Esta es la lógica que anima la redacción de la parte XXIX de la parte A del Artículo 123, no fue hasta 1983 que se introdujo el concepto de seguridad social. Apareció un nuevo gremio. 123 agregó el concepto proteger la salud a artículos constitucionales.

El propósito de la reforma constitucional, según indicaron las comisiones que estudiaron la propuesta de ejecutivo, era brindar a todos los mexicanos la seguridad de la atención médica, una atención médica acorde a sus necesidades, no a sus recursos.

Ya que, sin los recursos humanos y materiales suficientes, este derecho a la protección es solo una buena intención. La identificación de los derechos no los garantiza. La simple asignación de recursos de acuerdo con la ley no los crea; no resuelve el problema por sí solo, como a veces se piensa. Es otra historia ficticia.

Como podemos observar por el paso del tiempo nuestros gobernantes han hecho cambios para el beneficio de la sociedad en materia de salud, pero siguen sin ser eficaces ya que no cumplen con los tres principales puntos que han querido buscar un ACCESO EFECTIVO: en el cual se deberían asegurar los servicios de salubridad en cada clínica u hospital al que te dirijas; CALIDAD EN EL SERVICIO: que se cuente por lo menos con lo mínimo para poder dar un servicio a toda persona que pueda necesitarlo y por último; PREVENCIÓN: el hacer entender a la población que su salud es lo más importante, poder prevenir mediante la información, evitando las condiciones de sedentarismo.

1.2.2. Derechos Humanos

- Los Derechos Humanos son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes.

Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

Los derechos humanos universales están a menudo contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados, el derecho internacional consuetudinario, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional. El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tienen los gobiernos de tomar medidas en determinadas situaciones, o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, a fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos.

El respeto hacia los derechos humanos de cada persona es un deber de todos. Todas las autoridades en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos consignados en favor del individuo. (CNDH, s.f.)

Por consiguiente, los Derechos Humanos son privilegios fundados en la dignidad humana, cuyo ejercicio efectivo es fundamental para el desarrollo humano. Este

conjunto de privilegios este sujeto al ordenamiento jurídico en nuestro país, nuestra Constitución Política, los Tratados Internacionales.

De modo que son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, idioma o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos sin discriminación. Estos derechos están interrelacionados, son interdependientes e indivisibles.

Por ende, los Derechos Humanos son universales generalmente respetados y garantizados por ley, a través de tratados, derecho internacional consuetudinario, principios comunes y otras fuentes del derecho internacional. El derecho internacional de los Derechos Humanos establece obligaciones de los gobiernos de actuar en determinadas situaciones, o de abstenerse de actuar de determinada manera hacia otros, para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas o grupos.

Por esta razón, respetar los derechos de todos es un deber de todos. Todas las autoridades competentes dentro de su reglamento tienen la obligación de promover, respetar, proteger y hacer que los derechos humanos sean reconocidos a favor de la persona.

-

Los derechos humanos son inalienables. No deben suprimirse, salvo en determinadas situaciones y según las debidas garantías procesales. Por ejemplo, se puede restringir el derecho a la libertad si un tribunal de justicia dictamina que una persona es culpable de haber cometido un delito.

Los derechos humanos son iguales y no discriminatorios: La no discriminación es un principio transversal en el derecho internacional de derechos humanos. Está presente en todos los principales tratados de derechos humanos y constituye el tema central de algunas convenciones internacionales como la Convención Internacional sobre la Eliminación de

todas las Formas de Discriminación Racial y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

El principio se aplica a toda persona en relación con todos los derechos humanos y las libertades, y prohíbe la discriminación sobre la base de una lista no exhaustiva de categorías tales como sexo, raza, color, y así sucesivamente. El principio de la no discriminación se complementa con el principio de igualdad, como lo estipula el artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”.

- **Los derechos humanos incluyen tanto derechos como obligaciones.** Los Estados asumen las obligaciones y los deberes, en virtud del derecho internacional, de respetar, proteger y realizar los derechos humanos. La obligación de respetarlos significa que los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos, o de limitarlos. La obligación de protegerlos exige que los Estados impidan los abusos de los derechos humanos contra individuos y grupos. La obligación de realizarlos significa que los Estados deben adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de los derechos humanos básicos. En el plano individual, así como debemos hacer respetar nuestros derechos humanos, también debemos respetar los derechos humanos de los demás.
- La aplicación de los derechos humanos a la que se encuentran obligadas todas las autoridades se rige por los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.
- **El principio de la universalidad.** Todas las personas son titulares de todos los derechos humanos. Dicho principio se encuentra estrechamente relacionado a la igualdad y no discriminación. No obstante, para lograr la igualdad real se debe atender a las circunstancias o necesidades específicas de las personas.

- **Principio de Interdependencia:** Consiste en que cada uno de los derechos humanos se encuentran ligados unos a otros, de tal manera que el reconocimiento de uno de ellos, así como su ejercicio, implica necesariamente que se respeten y protejan múltiples derechos que se encuentran vinculados.
- **Principio de Indivisibilidad:** Implica que los derechos humanos no pueden ser fragmentados sea cual fuere su naturaleza. Cada uno de ellos conforma una totalidad, de tal forma que se deben reconocer, proteger y garantizar de forma integral por todas las autoridades.
- **Principio de interdependencia e indivisibilidad:** Todos los derechos humanos, sean éstos los derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida, la igualdad ante la ley y la libertad de expresión; los derechos económicos, sociales y culturales, como el derecho al trabajo, la seguridad social y la educación; o los derechos colectivos, como los derechos al desarrollo y la libre determinación, todos son derechos indivisibles, interrelacionados e interdependientes. El avance de uno facilita el avance de los demás. De la misma manera, la privación de un derecho afecta negativamente a los demás.
- **Principio de Progresividad:** Constituye una obligación del Estado para asegurar el progreso en el desarrollo constructivo de los derechos humanos, al mismo tiempo, implica una prohibición para el Estado respecto a cualquier retroceso de los derechos. El Estado debe proveer las condiciones óptimas de disfrute de los derechos y no disminuir ese nivel logrado. (CNDH, DERECHOS HUMANOS, 2018)

El principio se aplica a toda persona en relación con todos los derechos humanos y las libertades, y prohíbe la discriminación sobre la base de una lista no exhaustiva de categorías tales como sexo, raza, color, y así sucesivamente.

Los estados asumen las obligaciones y los deberes, en virtud del derecho internacional, de respetar, proteger y realizar los derechos humanos.

La obligación de respetarlos significa que los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos, o de limitarlos.

La obligación de realizarlos significa que los Estados deben adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de los derechos humanos básicos.

La aplicación de los derechos humanos a la que se encuentran obligadas todas las autoridades se rige por los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Todas las personas son titulares de todos los derechos humanos.

Cada uno de ellos conforma una totalidad, de tal forma que se deben reconocer, proteger y garantizar de forma integral por todas las autoridades.

- Los derechos humanos pueden tener diversas acepciones, atendiendo el enfoque del estudio. Según algunos autores como Lolás, derechos humanos son los “atributos y facultades del individuo no concedidos por el poder establecido sino inherentes a la condición humana y reconocidos por la organización social en cualquiera de sus formas” (F., 1997)

Los Derechos Humanos son los atributos y facultades del individuo, por el simple hecho de existir, y el estado los reconocerá, sin embargo, debemos entender que, si bien el derecho a la salud es un derecho absoluto, pero esto depende de las condiciones que se encuentre la sociedad.

- La constitución de la Organización Mundial de la Salud, en donde se establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS., 1946)

Esta es una muestra que los Derechos Fundamentales de todo ser humano no debe tener distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social lo cual nos da la perspectiva que sigue sin poder lograrse el goce máximo de salud.

- la Organización de las Naciones Unidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, lo establece en su artículo 25º como: “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...” (ONU, 1948)

La ONU en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, lo establece en el artículo 25 de la siguiente manera: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que el individuo y su familia asegure los beneficios de salud y bienestar, incluida la alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios.

1.3. Antecedente del derecho a la salud en México.

- En 1841 se instituyó en México el Consejo Superior de Salubridad, compuesto sólo por seis miembros, y perteneciente al ramo de la beneficencia pública. Durante esa época, hubo una gran gama de instituciones dedicadas al cuidado de la salud, con sede en la Ciudad de México, entre las cuales podemos destacar «la Academia Nacional de Medicina (desde 1842), la Escuela Nacional de Medicina (mismo año) y el Consejo Superior de Salubridad (desde 1841)». Estas instituciones cumplían a medias sus funciones, pues no efectuaban aspectos fundamentales, vigentes en esa época, referidos a la salud pública. Aspectos que, dicho sea de paso, estaban muy ligados a la idea de modernidad. Un claro ejemplo fue el del Consejo. El establecimiento de dicha institución dice mucho de las

preocupaciones gubernamentales por mantener el buen estado de salud entre la población mexicana, aunque, como señala Hiram Félix Rosas, «en términos generales, entre 1841 y 1880, las tareas del Consejo eran un listado de buenas intenciones. Su desempeño intermitente estuvo marcado por conflictos políticos, carencia de recursos y la relativa desorganización del país. A la luz de las acciones emprendidas, es posible afirmar que la consolidación de este organismo técnico, consultivo, normativo y ejecutivo de la salud pública mexicana comenzó en 1880»¹³. Debemos resaltar que algunas medidas de higiene pública existían ya desde épocas tan antiguas como la colonia. La recolección de la basura, el entierro de los difuntos y las cañerías dan cuenta de destellos de modernidad (venidos desde la España ilustrada). Estas medidas, en general, no eran completadas en su totalidad, debido a la falta de fondos o porque algunas eran encomendadas a civiles, que debían correr con los gastos, es decir, que se pretendía que se realizasen con fondos privados y contribuciones mediante una suerte de rifas. «Fue el Virrey Revillagigedo, quien ordenó el traslado de las basuras hacia fuera de las garitas», con el fin de mantener la limpieza en las calles y así fomentar las buenas costumbres, aunque esta medida tuvo que ser cancelada por falta de fondos. Se tenía la idea, más esto no quiere decir que se llevase a cabo en su totalidad. *Gaceta Médica de México*. 2014;150 198

En 1876, Porfirio Díaz, quien duraría 30 años en el poder, se declaraba presidente de México, y con esto se abría una nueva etapa en la historia de México, algo confusa, algo marginada por la historiografía posrevolucionaria y, valga decirlo, la historia oficial. Desde su ascenso al poder, Díaz logró lo que nadie había conseguido hasta el momento: generar estabilidad política en el país. Esto daba pie a que el gobierno pudiera concentrar los recursos económicos en distintos aspectos de orden público de mejoramiento y modernización. Acerca de esto, los «viajeros podrían atestiguar la sólida infraestructura que don Porfirio –como (casi) todo México reverencialmente le decía– había dado al país desde [...] su ascenso al poder en 1876: obras portuarias, excelentes vías férreas, teléfonos, telégrafos, correos». El

proyecto modernizador porfiriano buscaba que la capital se convirtiera en una ciudad limpia, ordenada e higiénica, en donde las enfermedades epidémicas y no epidémicas estuviesen controladas. Si bien el ideal del gobierno de Díaz era modernizar todo México, el efecto fue paulatino; al tratarse de un gobierno centralista, la capital fue la primera en recibir los efectos. Uno de los logros del gobierno del general fue destinar el dinero que se recaudaba de los impuestos a los juegos de azar y las multas a la beneficencia pública a cargo del Consejo Superior de Salubridad. Además, se emitió un reglamento durante 1881 donde se señalaba que «en el Hospicio de Pobres se atenderían 600 internos, y en el Tecpam de Santiago 250 alumnos». A partir de 1880, el Consejo, que también se encargaba de la asistencia, empezó a publicar un boletín (el primero apareció el 15 de julio de ese mismo año) donde se hacían públicos todos los planes y acciones que el Consejo había realizado a lo largo y ancho del territorio mexicano; además, se crearon 15 sociedades científicas y el 21 de enero de 1882 se celebró el Congreso Higiénico Pedagógico, en el cual se abordaron temáticas relacionadas con la salud y la higiene en las escuelas. Este modelo ideal buscaba enseñar a los mexicanos, desde corta edad, a mantenerse limpios y sanos, y lo que era más importante, a mantener su medio de desarrollo limpio para evitar enfermedades. Era el ideal de progreso reflejado en la sociedad. Una sociedad limpia representaba una sociedad sana, y una sociedad sana representaba una sociedad moderna. No es casual que a muchos de nosotros nos haya tocado vivir inspecciones higiénicas realizadas por compañeros de los grados superiores durante la primaria, incluso a finales del siglo XX. Al término de la década de 1980 se fundaron dos de los primeros institutos dedicados a la investigación (1888): el Instituto Médico Nacional y el Instituto Geológico (1891). En este sentido, es importante señalar que los hospitales no fueron la excepción: en 1895 el médico Eduardo Liceaga, presidente del Consejo Superior de Salubridad, y el ingeniero Roberto Gayol comenzaron el proyecto de construcción del Hospital General, que abrió sus puertas en 1905. Esto se debía principalmente a la falta de hospitales en

higiénicos y ventilados, en condiciones propicias para el tratamiento de los enfermos. Proliferaban hospitales que habían sido fundados a finales del siglo XVIII y principios del XIX, que carecían de las condiciones necesarias para ser considerados higiénicos. Durante la última década del siglo XIX proliferaron en la capital las instituciones de corte científico. La fundación y el desarrollo de centros científicos se debieron al Estado, pero también a los hombres de ciencia. En 1870 surgió entre los médicos mexicanos un interés por las enfermedades hereditarias; prueba de ello son las distintas tesis y artículos publicados en el transcurso de los últimos 30 años del siglo XIX. Incluso enfermedades de nacimiento como la ceguera eran ya tratadas en la época con la gran variedad de oftalmoscopios que se importaban desde Europa; tal es así que, en 1876, poco después del Plan de Tuxtepec, se fundó el Instituto Oftalmológico Valdivieso. El papel que jugaron los médicos fue fundamental para la conciliación de las reglamentaciones sanitarias dentro del país, pues consiguieron aportar científicidad a través de formas de control de la charlatanería, aproximadamente desde la tercera década del siglo XVII, y ello se hizo con medidas expedidas por organismos legisladores regulados por médicos, y no, como antes, por la Iglesia. Las acciones reguladoras de los organismos coordinados por médicos fueron decisivas en el rumbo que tomaría el país respecto a las políticas sanitarias. En 1887 Eduardo Liceaga visitó el laboratorio de Louis Pasteur en París y «recibió ahí el virus atenuado de la rabia en el cerebro de un conejo. Lo trasladó a México y reprodujo el virus según la técnica aconsejada para fijarlo, y el 23 de abril de 1888 vacunó al niño Isidro Delgadillo». Las acciones de salud pública del gobierno a cargo de Porfirio Díaz se extendieron por todo el territorio mexicano. A principios de 1885 se creó un reglamento para la aplicación de la vacuna contra la viruela en los territorios de Baja California, Tepic y el Distrito Federal, que fue aprobado en mayo de ese año y A. Fierros Hernández: Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX) 199 publicado en el Diario Oficial. El tema central del reglamento, que estaba compuesto por 20 artículos, era la importancia de estar prevenidos contra la mortal enfermedad,

considerando la vacuna como un elemento de vital importancia, siempre bajo la inspección del Consejo Superior de Salubridad mediante dos representantes (un presidente y un vocal). La presencia médica también era obligatoria; el médico encargado de preservar la vacuna también lo sería de vigilar su administración. Aparte de la campaña contra la viruela, se llevó a cabo otra para combatir la epidemia de peste que cundía en Mazatlán, y según algunos rumores en Baja California. A principios de 1903, cuando la epidemia se vio disminuida, se hicieron cientos de copias de un ejemplar para la prevención de la peste. Además, se realizó una campaña a nivel nacional para hacer frente a la fiebre amarilla y el paludismo, otra contra la tuberculosis que oficialmente empezó en 1907 y otra contra la sífilis de manera permanente. Las enfermedades que azotaron al país influyeron de manera decisiva para que mejoraran de manera gradual diversos aspectos de la salud pública, como los relacionados con el hacinamiento de los enfermos mentales. El manicomio de La Castañeda, inaugurado en 1910, fue la obra de infraestructura relacionada con la salud pública más grande de México y de América Latina. (Rodriguez de Romo.A.C., 1998)

En ese momento, existían varias organizaciones dedicadas a la atención de la salud, con sede en la Ciudad de México, entre ellas las que están, La Academia Nacional de Medicina, La Escuela Nacional de Medicina y el Consejo Superior de Salubridad.

La creación de estas organizaciones dice mucho sobre el interés del gobierno en mantener la buena salud del pueblo mexicano, las funciones del consejo son una lista de buenas intenciones. Al respecto, los visitantes podían dar fe de la sólida infraestructura que Porfirio Díaz, ha dado al país obras portuarias, grandes vías férreas, teléfonos, telégrafos, empleos.

Uno de los logros del gobierno conjunto es la asignación de impuestos y multas de juego a una obra de caridad pública a cargo del consejo superior de salud; A partir

de 1880, el consejo, también se encargó de su sostén, comenzó a publicar un boletín en el que se daba a conocer todos los planes y acciones que el consejo había tomado en todo el territorio de México; Además, se construyeron 15 sociedades científicas y el 21 de enero 1882 se realizó un Congreso de Higiene Pedagógica, en el que se discutieron temas relacionados con las salud e higiene en las escuelas.

Este modelo podemos decir que fue idealista ya que quería enseñar a los mexicanos, desde una edad temprana, a ser higiénicamente limpios, saludables y, lo que es mas importante, a mantener limpio su entorno de cultivo para prevenir enfermedades.

Los hospitales establecidos a fines del siglo XVIII y principios del XIX crecieron rápidamente, careciendo de las condiciones necesarias para ser considerados Higiénicos.

A principios de 1885 se creó un reglamento para la aplicación de la vacuna contra la viruela en los territorios de Baja California, Tepic y el Distrito Federal, el cual fue aprobado en mayo de ese mismo año.

El tema central del reglamento, que consta de 20 artículos, es la importancia de prevenir una enfermedad grave, considerando las vacunas un elemento vital de sobrevivencia, siempre bajo el control de la Junta Superior de Salud a través de dos representantes.

Enfermedades que se presenten en el país y que influyan decisivamente en el mejoramiento progresivo de diversos aspectos de la salud pública, como las relacionadas con el hacinamiento de enfermos mentales.

1.4. Servicio de la salud en México.

Los servicios de salud a través de acciones planificadas y organizadas constituyen a los programas de salud, los cuales son el reflejo de la política sanitaria del país y buscan asegurar la atención médica en las comunidades que lo necesitan, sin hacer distinción alguna. El gobierno ha mostrado grandes restricciones al proveer los servicios de salud, no obstante, lo cierto es que debe existir la cooperación de los órdenes de gobierno y de la misma sociedad, ya que sólo así se mejorarán las políticas de planificación, implementación, control y financiación en salud. El manejo de los fondos que se destinan a los servicios va a determinar la disponibilidad sanitaria en las localidades. La eficacia con la que los fondos pueden transformarse en servicios seguros depende de la organización del sistema de salud.

- Para hacer efectiva la universalidad en la cobertura de servicios de salud, se requiere tomar en cuenta la demanda de los servicios, la transición demográfica y el incremento en la afiliación de la población a los diferentes subsistemas de salud, pues sólo así se asegurará la atención oportuna e inmediata y se reducirán las presiones al SPSS. No basta con tener programas innovadores para ampliar la protección social en el campo de la salud, ya que lo principal es reforzar los servicios que reciben los pobres, pues hasta ahora la calidad y la promoción han dejado mucho que desear. La reorientación de los servicios ayudará a mejorar la calidad de la atención sanitaria y el bienestar de la población. (OPS, 2001)

Para poder lograr efectivamente la cobertura a nivel nacional de los servicios de salud, es necesario tomar en cuenta la demanda de servicios, los cambios demográficos y el aumento de las tasas de participación en los diferentes subsistemas médicos, por que esto no es así. Para poder garantizar la atención oportuna e inmediata y se aliviara la presión sobre el Sistema de Protección Social en Salud. No basta con tener programas innovadores para ampliar la protección social en el sector salud, porque lo principal es aumentar los servicios que reciben la clase baja, porque hasta ahora la calidad y promoción aún queda mucho que

desear. La reorientación de los servicios contribuirá a mejorar la calidad de la atención sanitaria.

- Artículo 24.- Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:
 - I. De atención médica;
 - II. De salud pública, y
 - III. De asistencia social.
- Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:
 - I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
 - II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
 - III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

Para efectos del párrafo anterior, la atención médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta. (LGS, 1984)

En efecto la Ley General de Salud menciona que los servicios médicos se clasifican en tres categorías. Para el propósito de la protección de la salud, los servicios básicos de salud se consideran a partir de la Educación para la salud, fomento de la higiene básica y mejora en el estado de salud del medio ambiente.

la salud preventiva integrada comprende la ejecución de todas las acciones y promocionales para proteger la salud, de acuerdo con la edad, el sexo y los

determinantes físicos, el espíritu humano y la sociedad, realizadas preferentemente al mismo tiempo.

1.5. Sistema Nacional en México.

El Sistema Nacional de Salud en México es sin duda uno de los sectores más complejos. Desde hace mucho tiempo ha sido como un sistema fragmentado. Si bien nuestro Sistema de Salud ha logrado ofrecer servicios de primer nivel a una pequeña parte de la sociedad mexicana. El manejo de recursos sigue siendo inadecuado, y como resultado los servicios de salud son insuficientes con respecto a la demanda de la población que va creciendo de una manera muy rápida.

- Artículo 5o.- El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.
- Artículo 6o.- El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:
 - I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas;
 - II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
 - III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y personas con discapacidad, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;

- IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez; (LGS, 1984)

IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político-sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;

- V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;

- VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;

VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;

- VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección;

- VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud;

- IX. Promover el desarrollo de los servicios de salud con base en la integración de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de atención a la salud;

- X. Proporcionar orientación a la población respecto de la importancia de la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad y su relación con los beneficios a la salud;

- XI. Diseñar y ejecutar políticas públicas que propicien la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, que contrarreste eficientemente la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria,

- XII. Acorde a las demás disposiciones legales aplicables, promover la creación de programas de atención integral para la atención de las víctimas y victimarios de acoso y violencia escolar, en coordinación con las autoridades educativas. (LGS, 1984)

El Sistema Nacional de Salud comprende las dependencias y organismos dependientes de la administración pública, tanto federal como local, y las personas de los sectores social y privado, los servicios de salud, así como los mecanismos para actuar y respetar el derecho a la salud.

Asimismo, brindar servicios de salud a toda la población y mejorar su calidad, atacando los problemas de salud prioritarios y los factores que afectan y perjudican la salud, con especial interés en la promoción, implementación y promoción de la salud integral. Acciones de atención preventiva, según la etapa, el sexo y los factores de riesgo de la persona.

Para poder contribuir al desarrollo armónico de la demografía del país para el bienestar social de la comunidad a través de los servicios de asistencia social, principalmente para los menores en situación de abandono, los ancianos sin hogar y las personas con discapacidad, para potenciar el bienestar de los mismos y preverlos a llevar una vida equilibrada.

Es decir, la comprensión para contribuir al cambio de patrones culturales que definan actitudes relacionadas con la salud, asesorar a las personas sobre la importancia de una alimentación nutritiva, adecuada y la calidad en su relación con los beneficios para la salud.

- “El sistema de salud es el conjunto de recursos dedicados a la atención de salud de las personas de una población. Incluye los derechos de esta población con respecto al acceso a los servicios de salud, cómo se financian y cómo se producen los servicios, su organización y articulación; además, la regulación sobre algunos determinantes de la salud relacionados con la higiene de los alimentos y el medio ambiente.” (Mogollón, 2009)

Es decir, es un conjunto de recursos para cuidar la salud de todos en una población. Comprende los derechos en cuanto a su acceso a los servicios de salud, el modo de financiamiento y producción de los servicios, su organización y su afiliación; además, las reglamentaciones sobre su relación con la higiene de los alimentos y el medio ambiente.

- Se dice que un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible, como en el caso de asesoramiento nutricional o exámenes médicos. El desempeño global de los sistemas de salud son responsabilidad de los gobiernos que correspondan, ya sea a nivel regional, municipal o estatal. Por lo tanto, su fortalecimiento y equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo. Para lo cual debe puntualizarse que el gobierno no sólo es el encargado de administrar los fondos, sino también de asegurar que las unidades cuenten con el equipo médico y suministros para cumplir con sus funciones como prestadores de servicios. (OMS, 2005)

Los sistemas de salud se entienden como el conjunto de recursos físicos y materiales que contribuyen e intervienen a la protección, prevención, cuidado y recuperación de enfermedades. Aunque cabe resaltar que la distribución de los recursos en los sistemas de salud se ven afectados por la desigualdad de cada país o estado, asociado a esto existe mucha incapacidad para poder llevarlo de manera eficiente y aceptable para la población.

- Un sistema de salud como un conjunto ordenado de instituciones, personas, legislaciones y procedimientos que articuladamente confluyen en un objetivo: un mejor nivel de salud para una comunidad determinada. Al hablar de sistemas de servicios de salud se hace referencia a todos aquellos elementos que forman parte del sector salud y que pueden organizarse de tal forma que confluyan para lograr el mantenimiento de la salud de la población donde se organizan. Uno de los objetivos que persigue un sistema de salud, es la

equidad, pero no sólo desde el punto de vista de reducir las desigualdades mediante el acceso a servicios de salud, sino también a través del otorgamiento de protección ante la incertidumbre y por supuesto velar por la inclusión social. (Maya, 2005)

Como hace mención Maya un sistema de salud es un conjunto ordenado de instituciones, personas, leyes y procedimientos que giran en torno a un objetivo: mejorar la salud de una comunidad determinada. Cuando hablamos del sistema de servicio de salud, hace referencia a todos los elementos que forman parte del sector salud y pueden organizarse de tal manera que trabajen en conjunto para asegurar el mantenimiento de la salud de la población, uno de los objetivos que persiguen los sistemas de salud es la equidad, pero no solo para reducir la desigualdad a través del acceso a los servicios de salud, si no también brindando protección, asegurando la inclusión social.

1.6. El derecho a la protección a la salud en la legislación mexicana.

- 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. (CPEUM)
- Artículo 73. El Congreso tiene facultad:

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país. (CPEUM, Articuló 73, fraccion XVI, parrafo primero)

- Artículo 1o.- La presente ley 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. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

- Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:
 - I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
 - II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
 - III. 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;
 - IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
 - V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población. Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados;

- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud;
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud, y
- VIII. La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. (LGS, Ley General de Salud, Artículo 2, 1984)

- Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

Para efectos del párrafo anterior, la atención médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta. (LGS, Ley General de Salud, Fracción I, II y III.)

- Artículo 2. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado. (IMSS)

CAPITULO II. LA SITUACIÓN DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y EL DERECHO A LA VIDA DURANTE LA PANDEMIA EN MÉXICO

2.1. COVID 19 en México

Los coronavirus son una familia de virus que causan enfermedades (desde el resfriado común hasta enfermedades respiratorias más graves) y circulan entre humanos y animales.

En este caso, se trata del SARS-COV2. Apareció en China en diciembre pasado y provoca una enfermedad llamada COVID-19, que se extendió por el mundo y fue declarada pandemia global por la Organización Mundial de la Salud.

¿Cómo se transmite?

Los coronavirus humanos se transmiten de una persona infectada a otras:

- a través de las gotículas que expulsa un enfermo al toser y estornudar
- al tocar o estrechar la mano de una persona enferma,
- un objeto o superficie contaminada con el virus y luego llevarse las manos sucias a boca, nariz u ojos.



Evita saludar de mano, beso o abrazo



Evita automedicarte



Evita escupir



Evita tocarte la cara con las manos sucias

Tratamiento

No existe medicamento que cure los coronavirus, solo para aliviar los síntomas que generan.

El virus que causa COVID-19 es muy nuevo, y no hay vacuna.

En la mayor parte de los casos, la enfermedad no es grave y el cuerpo la controla en alrededor de dos semanas.

Si presentas síntomas compatibles con COVID-19 y tienes dificultad para respirar o perteneces a uno de los grupos de riesgo; entonces cúbrete boca y nariz con un tapabocas, una bufanda o un pañuelo y acude de inmediato al médico o a la clínica más cercana.

Si no presentas síntomas, **quédate en casa**.

Y recuerda: no debes automedicarte.

Cuidados para el enfermo

Si tienes síntomas compatibles con coronavirus y no tienes dificultad para respirar o perteneces a uno de los grupos de riesgo, no vayas al doctor. Solo quédate en casa y haz lo siguiente:

- No te automediques.

- No saludes de mano, beso o abrazo y mantén tu sana distancia respecto a quienes conviven contigo.
- Lávate las manos frecuentemente con agua y jabón, al menos 20 segundos, o desinféctalas con gel.
- Aliméntate sanamente, con verduras y frutas y toma al menos ocho vasos de agua simple.
- Laven vasos y cubiertos con agua, jabón y cloro.

¿Qué tipos de vacuna existen y para qué sirven?

Existen diferentes tipos de vacunas, están diseñadas para preparar a nuestro sistema inmunológico a combatir enfermedades. Se están desarrollando diversos tipos de posibles vacunas contra la COVID-19, entre ellas:

Vacunas con virus inactivados o atenuados: utilizan un virus previamente inactivado o atenuado, de modo que no provoca la enfermedad, pero aun así genera una respuesta inmunitaria.

Vacunas basadas en proteínas: utilizan fragmentos inocuos de proteínas o estructuras proteicas que imitan el virus causante de la COVID-19, con el fin de generar una respuesta inmunitaria.

Vacunas con vectores virales: utilizan un virus genéticamente modificado que no puede provocar la enfermedad, pero sí puede producir proteínas de coronavirus para generar una respuesta inmunitaria segura.

Vacunas con ARN y ADN: un enfoque pionero que utiliza ARN o ADN genéticamente modificados para generar una proteína que por sí sola desencadena una respuesta inmunitaria.

¿Por qué se recomienda la vacuna?

La vacunación es una forma sencilla, inocua y eficaz de protegernos contra enfermedades dañinas antes de entrar en contacto con ellas. Las vacunas activan las defensas naturales del organismo para que aprendan a resistir a infecciones específicas, y fortalecen el sistema inmunitario.

Vacunas disponibles para México

México tiene convenios con las farmacéuticas: Pfizer-BioNTech, Cansino, COVAX, AstraZeneca, Sputnik V, Sinovac, Janssen y Moderna. (México, Todo sobre Covid-19, 2020)

La crisis sanitaria debido a la pandemia de Covid-19 que tenido un efecto negativo de manera económica, bienestar, salud y trabajos de sector público y privados, por lo cual en Gobierno Mexicano puso en marcha las medidas sanitarias que se deben llevar para no tener más propagación del virus la cual llamo “ Sana Distancia”, con lo cual se sabía que estábamos ante una emergencia sanitaria a partir del 30 de marzo de 2020, lo principal la llamada Sana Distancia es el quedarse en casa, la higiene personal como el lavado de manos, el uso obligatorio del cubrebocas, distancia de 2 metros sobre otro individuo, el no saludar de mano y estar lo menos expuesto a personas que tuvieron contacto con el exterior; con estas medidas el gobierno daba esperanzas de no tener muchas muertes en México, así con la finalidad de mitigar, la trasmisión del virus en la comunidad.

Durante el tiempo de encierro y mediante noticias en televisoras mexicanas nos podemos dar cuenta que la Protección a la Salud no se le puedo dar un servicio adecuado a cada individuo establecido en México, por la falta de infraestructura, servidores médicos, medicamentos, por lo cual en estricto derecho no se cumple la accesibilidad por los fallecimientos afuera de hospitales, por no tener las camas suficientes y habilitadas para las personas que necesiten de su uso, así como tener una atención de calidad ya que este virus puso a prueba la capacidad que tenia el

sistema de salud por lo cual deajo en evidencia la falta de personal médico, así como la infraestructura de hospitales privados y públicos.

Lo cual el Gobierno federal puso en marcha el semáforo epidemiológico la cual buscaba que se informara a la población del avance que tenia cada estado con relación a defunciones, contagios y recuperados, lo cual manejaba el color Rojo como máximo nivel de contagios y defunciones en ese estado, Naranja como color alto de contagios, Amarillo para señalar que ese estado iba en disminución de contagios, y verde para señalar que ese estado o estados tienen muy pocos casos activos de Covi-19, pero en todos los casos se tenían que seguir las medidas de precaución para la erradicación de contagios y disminución de muertes con este virus.

Fuente: (Milenio, 2021)





Fuente: (Covid-19 México, 2021)



Fuente: (Covid-19 México, 2020)

Como se puede observar en las imágenes anteriores, se mostraba como el gobierno mexicano mediante los medios de comunicación hacia muestra de cómo iba el avance que había semana por semana en el país con relación a contagios, defunciones y recuperados en el país.

Así mismo cada entidad federativa hacia su propio esquema de avances que se tenían en ese momento.

Para efectos del trabajo, se debe observar la situación actual, en el sentido que como se ha venido destacando la pandemia puso a prueba a todos los gobiernos del mundo.

- Enfrentar esta enfermedad que crece de manera exponencial ha puesto en dificultades a diversos países y en casos como el de México ha revelado las implicaciones de la falta de inversión suficiente en el sector salud por tantos años, así como las carencias en la disponibilidad de recursos físicos y humanos, y en los insumos de protección personal de los profesionales de la salud. (I., 2020)

La falta de inversión en materia sanitaria que se evidencia en México ha causado que todo el sistema de salud haya colapsado, a pesar de que ningún país del mundo estaba preparado para la pandemia, esta ha afectado a unos más que a otros países. México es uno de los países más afectados y en el cual se ha generado más muertes de personal sanitario en latinoamericano. (M., 2020)

Anterior a la pandemia otros autores ya habían tratado el tema de la cuestión de la protección a la salud y el derecho a la vida en México, se destaca que

En las sociedades desarrolladas contemporáneas, el derecho a los servicios de salud es, crecientemente, un bien que el ciudadano espera sea distribuido de acuerdo con la necesidad, como criterio dominante. Éste parece ser, en la mayoría de las sociedades desarrolladas, el criterio de distribución justo, no la

capacidad de pago. Se trata de un bien que algunos van a consumir más que otros, sin que en general sea por su decisión (salvo cuando se tienen comportamientos de conocido riesgo para la salud, como fumar) ni se pueda anticipar con certeza quién tendrá más necesidad de usarlo, por lo menos no todavía (el avance en la genética puede cambiar esto, con implicaciones éticas y económicas muy importantes). (Mayer, 2007)

En lo referente a la precariedad de los sistemas de salud se debe observar que tal como se mencionaba anteriormente, dificulta que se garanticen otros derechos.

Un sistema de salud precario y con un desempeño pobre –como el mexicano– “puede afectar el crecimiento económico de la nación al debilitar la productividad laboral, aumentar la carga de las enfermedades y reducir la participación de la familia en la actividad económica, en la asistencia escolar y en el aprendizaje. Las deficiencias en las condiciones de salud ante la ausencia de cobertura de aseguramiento también tienen impacto en la situación de pobreza mediante el gasto catastrófico en servicios de salud y la reducción en la capacidad para trabajar . (J., 2012)

Entonces, la protección a la salud es una necesidad que los Estados deben tomar en consideración para a través de él, garantizar otros Derechos sea más sencillo y eficiente. En el caso Mexicano el Derecho de protección de la Salud no se encuentra consagrado por separado como otros derechos y no se encuentra del todo definido.

De igual manera, respecto al Derecho a la Vida se destaca que se encuentra consagrada en la constitución, aunque algunos autores destacan que muy poco aparece la palabra vida en la Constitución y no hay un artículo expreso que la garantice, solo el hecho que se prohíba la pena de muerte, por ejemplo. (V. M. , enero-junio 2009)

Para la presente investigación se observa la línea de investigación que relaciona al Derecho a la vida con la protección de la salud y el actuar del Estado para poder garantizar el efectivo acceso y disfrute.

- Los coronavirus son una familia de virus que causan enfermedades (desde el resfriado común hasta enfermedades respiratorias más graves) y circulan entre humanos y animales.

En este caso, se trata del SARS-COV2. Apareció en China en diciembre pasado y provoca una enfermedad llamada COVID-19, que se extendió por el mundo y fue declarada pandemia global por la Organización Mundial de la Salud. (MÉXICO, s.f.)

Los coronavirus humanos se transmiten de una persona infectada a otras:

a través de las gotículas que expulsa un enfermo al toser y estornudar al tocar o estrechar la mano de una persona enferma, un objeto o superficie contaminada con el virus y luego llevarse las manos sucias a boca, nariz u ojos. (MÉXICO, s.f.)

- La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2.

La mayoría de las personas infectadas por el virus experimentarán una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se recuperarán sin requerir un tratamiento especial. Sin embargo, algunas enfermarán gravemente y requerirán atención médica. Las personas mayores y las que padecen enfermedades subyacentes, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas o cáncer, tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave. Cualquier persona, de cualquier edad, puede contraer la COVID-19 y enfermar gravemente o morir. La mejor manera de prevenir y ralentizar la transmisión es estar bien informado sobre la enfermedad y cómo se propaga el virus. Protéjase a sí

mismo y a los demás de la infección manteniéndose a una distancia mínima de un metro de los demás, llevando una mascarilla bien ajustada y lavándose las manos o limpiándolas con un desinfectante de base alcohólica con frecuencia. Vacúnese cuando le toque y siga las orientaciones locales.

El virus puede propagarse desde la boca o nariz de una persona infectada en pequeñas partículas líquidas cuando tose, estornuda, habla, canta o respira. Estas partículas van desde gotículas respiratorias más grandes hasta los aerosoles más pequeños. Es importante adoptar buenas prácticas respiratorias, por ejemplo, tosiendo en la parte interna del codo flexionado, y quedarse en casa y autoaislarse hasta recuperarse si se siente mal. (OMS, s.f.)

- El primer caso detectado en nuestro país ocurrió el 27 de febrero del 2020 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en la Ciudad de México, en un paciente con antecedente de haber viajado a Italia, y el primer fallecimiento ocurrió el día 18 de marzo. El 24 de marzo, con 475 casos confirmados, se decretó la Fase 2 de "contingencia sanitaria", con medidas más estrictas de distanciamiento social, confinamiento y restricción laboral. La propagación de la enfermedad ha abarcado hasta ahora a todos los estados de la República, con el mayor índice de casos en Ciudad de México, Baja California y Sinaloa. De acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud, al 14 de mayo del 2020, se cuenta con 40,186 casos confirmados, 24,856 casos sospechosos y 9,378 casos activos. Se han reportado 8,544 casos en trabajadores de la salud con infección confirmada (21% del total), con mayor afección de médicos (47%) y enfermeras (35%) y 111 fallecimientos en este sector. México es uno de los países con menor número de pruebas diagnósticas aplicadas a la población en el mundo, y se estima que, de acuerdo a varios modelos epidemiológicos, la cifra real de pacientes infectados asciende a varios cientos de miles en el país y seguramente la cifra de muertes por COVID-19 es mayor. Se han reportado hasta ahora 4,220 fallecimientos por esta causa lo que aporta una letalidad general del 10.5%. Nos encontramos aún en una fase de ascenso en la curva de la

epidemia, en cuanto a la incidencia en el número de casos, que se espera llegue a su punto más alto a mediados o finales de mayo, con un descenso esperado en julio del 2020. (México., 2020)

- Por la vía del decreto, el 27 de marzo, el presidente Andrés Manuel López Obrador declaró acciones extraordinarias para combatir la contingencia generada por el COVID-19. Desde ese momento, la ley habilitó a la Secretaría de Salud para emitir un conjunto de medidas extraordinarias que pueden afectar derechos y garantías, como la limitación de las libertades de tránsito, trabajo y comercio.

Así sucedió el 31 de marzo. Mediante un acuerdo, el secretario de Salud ordenó la suspensión inmediata de todas las “actividades no esenciales”. Sin embargo, el mismo decreto dejó en claro que las actividades esenciales podían continuar. Entre ellas se encuentran, por supuesto, las actividades de procuración e impartición de justicia, así como “la actividad legislativa en los niveles federal y estatal” (GARZA)

Como se hace mención en ese decreto, el presidente Andrés Manuel López Obrador anunciaba medidas especiales para enfrentar la crisis provocada por el COVID-19. A partir de allí, la ley permite al departamento de salud dictar las series de medidas de emergencia las cuales afectaban los derechos y garantías, como restricciones en los cruces fronterizos, libertad de trabajo y comercio.

Por lo cual el secretario de Salud el 31 de marzo ordenaba la suspensión inmediata de todas las actividades no esenciales. Sin embargo, el mismo decreto deja claro también que las actividades básicas aún pueden continuar, las actividades de procuración e impartición de justicia, así como “la actividad legislativa en los niveles federal y estatal.

2.2. Derecho a la Salud por pandemia de COVID 19 en México

- Esta nueva realidad es que el derecho a la salud ha sido reconocido internacionalmente, bajo sentencias de la Corte, como un derecho autónomo y por tanto justiciable de manera directa sin necesidad de vincularlo necesariamente con violaciones concomitantes, complementarias o precedentes de otros derechos.

A continuación, comparto los contenidos de algunos de los estándares: Estos estándares entendidos como límites mínimos para la atención médica de urgencia han sido delimitados por la Corte Interamericana en casos como Cucul Pivaral Vs. Guatemala y Poblete Vilches Vs. Chile, y, son los siguientes:

a) Calidad, se debe contar con la infraestructura adecuada y necesaria para satisfacer las necesidades básicas y urgentes. Esto incluye cualquier tipo de herramienta o soporte vital, así como también disponer de recurso humano calificado para responder ante urgencias médicas.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de emergencias de salud deben ser accesibles a todas las personas. La accesibilidad entendida desde las dimensiones superpuestas de no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. Proveyendo de esta forma un sistema de salud inclusivo basado en los derechos humanos.

c) Disponibilidad. Se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas integrales de salud. La coordinación entre establecimientos del sistema resulta relevante para cubrir de manera integrada las necesidades básicas de la población.

d) Aceptabilidad. Los establecimientos y servicios de salud deberán respetar la ética médica y los criterios culturalmente apropiados. Incluir una perspectiva de género, así como de las condiciones del ciclo de vida del paciente. El paciente debe ser informado sobre su diagnóstico y tratamiento, y frente a ello respetar su voluntad. (Freire, 2020)

cómo nos hace mención la calidad debe existir en la infraestructura suficiente y necesaria para atender las necesidades iniciales y urgentes. Esto incluye cualquier tipo de soporte vital o instrumentación, así como contar con recursos humanos capacitados para responder a emergencias médicas.

Las instalaciones, bienes y servicios médicos de emergencia deben ser accesibles para todos. La accesibilidad se entiende en términos de los aspectos superpuestos de no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. Por lo tanto, para proporcionar un sistema de salud integral basado en los derechos humanos.

Debe haber instalaciones, bienes y servicios de salud pública adecuados, así como programas integrales de salud. La coordinación entre las instalaciones del sistema es muy importante para satisfacer las necesidades básicas de las personas de manera integrada.

Las instalaciones y los servicios de atención médica deben cumplir con los estándares éticos y culturales apropiados. Incluye opiniones sobre el sexo del paciente, así como las condiciones del ciclo de vida. Los pacientes deben ser informados de su diagnóstico y tratamiento y se deben respetar sus deseos.

- El 20 de marzo, la CNDH exhortó a que todas las acciones que establezca el gobierno mexicano para enfrentar la propagación del COVID 19, se den en el marco de los derechos humanos e incorporen la perspectiva de género a fin de garantizar la dignidad y seguridad de la población mexicana. e instó a

que, además de las medidas enfocadas a la responsabilidad individual, se ejecuten medidas de carácter colectivo que consideren las situaciones particulares de la población mexicana que a lo largo de la historia han sido vulneradas socialmente y han perpetuado las desigualdades entre mujeres y hombres, mismas que pueden verse agudizadas en un escenario de cuarentena. (Humanos, 2020)

Por este motivo la Comisión Nacional de Derechos Humanos llamó a la necesidad de tomar todas las medidas necesarias por el gobierno mexicano para enfrentar la propagación del COVID 19 en el marco de los derechos humanos e incluir una perspectiva de género para garantizar los derechos humanos, la alimentación y la seguridad de las personas.

- El 14 de marzo, con base a las condiciones que imperen en cada uno de los establecimientos penitenciarios federales y estatales, la CNDH sugirió implementar mecanismos encaminados a la protección de la salud y vida de la población privada de la libertad, las visitas en general, los proveedores de servicios y personal penitenciario, y emitió medidas cautelares a todas las autoridades del sistema penitenciario nacional para generar en tiempo y forma condiciones preventivas óptimas, adecuadas y suficientes para la protección de la salud de las personas privadas de su libertad, visitantes, y personal de trabajo de los centros penitenciarios. (Humanos C. N., 20)

Con base en la situación que prevalece en cada prisión federal y estatal, la CNDH recomienda implementar mecanismos para proteger la salud y la vida de los internos, visitantes, proveedores de servicios y personal penitenciario, y establecer precauciones para todas las dependencias del sistema penitenciario nacional, precauciones adecuadas y adecuadas, en forma oportuna.

- En abril de 2021, en la Cumbre Iberoamericana de jefes de Estado, celebrada en Andorra, estos líderes partieron de la preocupación de la caída del producto interno bruto (PIB) superior al 7% en Latinoamérica. Una de las consecuencias de la pandemia está siendo la pobreza económica y el desempleo. En definitiva, se está quebrantando el derecho a un trabajo digno. Con el aumento del desempleo y debido a las medidas de distanciamiento social, los primeros afectados fueron los miembros de las poblaciones más inermes. La pandemia sigue agravando la inopia de muchas familias y, de manera recíproca, la miseria repercute en el aumento de los casos de contagio y fallecimientos. Esto es así debido a que la pobreza es un factor que transgrede la posibilidad del acceso a la salud. Ya que, si bien existe una cobertura garantizada y respaldada en las legislaciones locales y tratados internacionales, se continúa identificando cómo los ciudadanos con menos recursos económicos no acceden a una educación para la sanidad, presentan limitaciones al realizar traslados a los establecimientos de atención hospitalaria, y no cuentan con los recursos necesarios a fin de acceder al tratamiento y medicamentos no cubiertos. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud ha formulado estudios importantes que relacionan la pobreza con la salud determinando que "la pobreza ha sido y seguirá siendo el mayor obstáculo al desarrollo de la salud". (Illán Marcos & Hernández Mier, 2021)

Una de las consecuencias de la pandemia es la pobreza económica y el desempleo. En definitiva, se está vulnerando el derecho al trabajo digno. Con el aumento del desempleo y las medidas de distanciamiento social, los desarmados son los primeros en ser atacados. La pandemia continúa exacerbando la pobreza en muchos hogares y, a su vez, estuvo aumentando el número de contagios y muertes. Esto se debe a que la pobreza es un factor más allá de la salud. Porque a pesar de la cobertura de seguro garantizada y respaldada por las leyes locales y los tratados internacionales, con este caso de pandemia se deja en visto que México en Sistema de Salubridad no se encuentra en las mejores menos condiciones para perseverar

la protección a la salud y a la vida misma, ciudadanos económicamente capaces no tienen acceso a la educación en salud, se limitan a viajar a los centros de atención hospitalaria y no tienen acceso a tratamientos y medicamentos fuera de cobertura. Materias primas. Es por esto que la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un importante estudio sobre el vínculo entre pobreza y salud, afirmando que “la pobreza ha sido, es y será el mayor obstáculo para un desarrollo saludable.

- En México, para hacer efectivo el artículo 4º de la Constitución fue necesario desarrollarlo a través de la Ley General de Salud, la cual creó el Sistema Nacional de Salud, que se encuentra fragmentado atendiendo a la condición laboral y así atribuir unas prestaciones u otras. En 2019 se presentó una reforma al contenido de la Ley General de Salud, la cual consistía en proponer la disponibilidad universal en el sistema sanitario público mexicano, así se incluiría a todos aquellos que no estuvieran inscritos en la seguridad social y se crearía el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); así, fue a inicios de 2020 cuando se produjeron los cambios en el Sistema Nacional 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. (H., 2020)

- cobertura universal con relación al INSABI, porque está destinado a ofrecer solamente tratamientos de primer y segundo nivel, dejando el tercer nivel descubierto y correspondiendo al gasto personal y familiar. Respecto a la accesibilidad, tampoco se podría afirmar que el INSABI haya supuesto un cambio significativo, porque la accesibilidad implica igualmente vencer las dificultades geográficas que la población enfrenta intentando desplazarse desde su hogar hasta los hospitales y continúa existiendo escasez de ambulancias. De igual modo, las barreras para disponer de información son un impedimento a la accesibilidad, aún se necesita trabajar en crear folletos y documentación, por ejemplo, en Braille o en lenguas indígenas. Todo lo mencionado son ejemplos

de motivos por los cuales debe considerarse que no es cierto que el INSABI cumpla con ser un mecanismo que brinda la universalidad en la disponibilidad a los servicios de sanidad. (Illán Marcos & Hernández Mier, 2021)

Cobertura Integral A diferencia del INSABI, por estar destinado a brindar tratamientos de primer y segundo nivel únicamente, el Nivel III no está cubierto y corresponde a gastos personales y familiares. En cuanto a la accesibilidad, no se puede decir que el INSABI haya hecho una gran diferencia, porque la accesibilidad también significa superar las dificultades geográficas que enfrentan las personas para trasladarse de un lugar a otro, aún no se cuenta con viviendas, hospitales y ambulancias. Asimismo, las barreras a la disponibilidad de la información son un obstáculo para la accesibilidad, y aún queda trabajo por hacer para crear folletos y materiales, por ejemplo, en Braille o lenguas indígenas. Todos los anteriores son ejemplos de razones por las que el INSABI es incorrecto porque el INSABI es un mecanismo que proporciona una amplia disponibilidad de servicios de salud.

2.3. Población vulnerable

la vulnerabilidad es el riesgo que puede sufrir una persona frente a peligros inminentes, en este caso puede ser desigualdades económicas, políticas, sociales, por lo que se entiende como la falta de protección de alguna población para enfrentar posibles daños a su salud.

- ✚ La vulnerabilidad en salud se entiende como la desprotección de ciertos grupos poblacionales ante daños potenciales a su salud, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales. (Gonzalez-Block MA, 2017)



fuelle: (ceey.org.mx, 2020)

Al tener en cuenta los datos de Gobierno sabemos que la vulnerabilidad en temas de salud no solo se debe a una cierta población o grupos determinados si no también a estados socioeconómicos, culturales, numero de integrantes de las familias, la escases de recursos en familias hace que sea peor la condición en la cual una persona pueda subsistir en una pandemia, con este virus a pesar que estuvieras en ciudades metropolitanas con todos los servicios a tu disposición quedo en evidencia que se vino al vulnerar a ciertas grupos que el estado nación no tenía contemplados como vulnerables, algunos grupos vulnerables que durante este lapso de pandemia se vieron mas afectados fueron.

1. Mujeres: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos hace un llamado a que los Estados brinden la debida protección a las mujeres

profesionales de salud y del trabajo social actuando en la primera línea de respuesta a la pandemia del COVID-19. De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en nivel mundial, las mujeres representan el 70% de las personas empleadas en el sector de la salud, asimismo, afirma que las mujeres ocupan desproporcionadamente roles en primera línea en la lucha del mundo para tratar a las personas contagiadas, así como realizar las labores de cuidado en el marco de las medidas de aislamiento social. En este contexto, las mujeres tienen, sumado a los riesgos de contagio y la carga mental de su labor profesional, el trabajo no remunerado de cuidado familiar, incluido el cuidado a niñas, niños, personas mayores y personas con discapacidad. (CIDH, 2020)

La Comisión hacia el llamado a los Estados a brindar protección adecuadas a las trabajadoras sociales y de salud de las mujeres que trabajan en primera línea de respuesta a la pandemia COVID-19. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), a nivel mundial, las mujeres constituyen el 70% de los trabajadores de la salud, lo que también muestra que las mujeres desempeñan un papel desproporcionado en la primera línea del mundo. Tareas de cuidado en el marco de las medidas de distanciamiento social. En este contexto, las mujeres estaban expuestas a riesgos adicionales de infección y carga mental en el trabajo profesional y el trabajo de cuidado familiar no remunerado, incluido el cuidado de niñas y niños, ancianos y discapacitados.

- ✚ la Comisión destaca que la pérdida de ingresos y reducción de la actividad económica es un factor adicional al incremento de los niveles de desigualdad y pobreza que afecta a las mujeres, particularmente a las mujeres cabezas de familia. La CIDH destaca la necesidad de un enfoque específico hacia las 126 millones de mujeres trabajadoras de la economía informal, así como las trabajadoras domésticas, trabajadoras rurales y trabajadoras sexuales, y otros grupos desproporcionadamente afectados por la pandemia, como las

mujeres migrantes, las mujeres en situación de calle y las mujeres trans. Dichas políticas deben tener una perspectiva de derechos humanos y enfocarse en las necesidades específicas de estas mujeres. En este sentido, los Estados deben adoptar medidas orientadas a superar el impacto desproporcionado de la crisis económica sobre las mujeres, promoviendo su reintegración socioeconómica mediante medidas de alivio o apoyo económico, por medio de la ampliación de sus redes de protección social y orientadas a la promoción del desarrollo sostenible. (CIDH, 2020)

La comisión destacó que la pérdida de ingresos y la actividad económica era un factor adicional en el aumento en el nivel de desigualdad y pobreza que afectaba a las mujeres por lo cual se hacía más difícil el ingreso al sector salud, especialmente a las mujeres líderes. CIDH destacó la necesidad de un enfoque específico de 126 millones de trabajadores en una economía informal, así como a trabajadores domésticos, trabajadores rurales y trabajadores sexuales, así como otras inconsistencias de la epidemia, como las mujeres migrantes y las mujeres en situación de calle y las mujeres trans. agujero. Estas políticas deben tener una perspectiva de derechos humanos y concentrarse en las necesidades específicas de estas mujeres. En este sentido, los Estados deben aplicar medidas para superar un impacto sin precedentes de la crisis económica de las mujeres y promover la reintegración socioeconómica a través de medidas de alivio o economía.

2. PERSONAS CON DISCAPACIDAD: En el marco del artículo 11 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad referente a las situaciones de riesgo y emergencias humanitarias y teniendo en cuenta las barreras que las personas con discapacidad enfrentan día con día para disfrutar de las mismas oportunidades que el resto de la población, a esta CNDH le preocupa:

Acceso a la información para las personas con discapacidad.

Que la información oficial divulgada a través de los medios electrónicos y de comunicación masiva sea plenamente accesible a todos los sectores de la población, incluidas a las personas con discapacidad visual, auditiva e intelectual. Considerando la difusión a través de formatos impresos Dirección General de Comunicación y digitales, tales como audio, Sistema Braille, Lengua de Señas Mexicana, fácil lectura, pictogramas, descripción de gráficos e imágenes, entre otros modos y medios de información y comunicación. Así mismo supervisar y garantizar que la información relativa a la adquisición de bienes productos y servicios a través de medios electrónicos, sea accesible para las personas con discapacidad.

Acceso equitativo a servicios de salud para las personas con discapacidad ante la contingencia.

Que se implementen estrategias, medidas y acciones claramente definidas para la preservación de la salud física y mental de las personas con discapacidad, en particular aquellas que tienen mayores requerimientos de apoyo y que viven en contextos de institucionalización, marginación, migración, desplazamiento interno, ruralidad y habitantes de pueblos indígenas. Que se implementen mecanismos de detección y apoyo para garantizar servicios de salud a personas con discapacidad que puedan requerir de valoración y hospitalización. Desarrollar programas alternativos y complementarios de habilitación, rehabilitación y acompañamiento a distancia para las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores primarios en la mayor medida posible. Incluida la atención de crisis derivada del confinamiento para las personas especialmente susceptibles.

La omisión legislativa y normativa en la materia que, en el momento actual, da lugar a la violación de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

En medio de la actual situación, armonizar la normatividad relativa al respeto y garantía de los derechos de las personas con discapacidad en la normatividad interna de todos los poderes del Estado en todos los órdenes de gobierno conforme al bloque constitucional. Por último, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos hace un atento llamado a considerar el agravamiento de las barreras que pueden surgir para las personas con discapacidad posterior a la emergencia sanitaria, por lo que se exhorta al Estado mexicano a fortalecer a las instituciones relacionadas con la atención e inclusión de las personas con discapacidad, a fin de que se desarrollen e implementen políticas públicas solidas e integrales que les aseguren la igualdad de oportunidades y derechos en todos los aspectos de la vida. (CIDH, Comisión Interamericana de Derechos Humanos , 2020)

Asimismo, todos los segmentos de la población, incluidas las personas con discapacidad visual, auditiva e intelectual, deberán tener pleno acceso a la información oficial publicada a través de medios electrónicos y masivos. La Secretaría de Comunicaciones considera la difusión a través de formatos impresos y digitales como audio, Braille, Lengua de Señas Mexicana, fácil lectura, ilustraciones, descripciones gráficas e imágenes, medios de comunicación y otra información. Asimismo, vigilar y asegurar que la información relacionada con la compra electrónica de bienes, productos y servicios sea accesible a las personas con discapacidad.

Estas estrategias, medidas y acciones bien definidas se toman para proteger la salud física y mental de las personas con discapacidad, en particular de aquellas

con mayores necesidades de apoyo, las que viven en entornos institucionalizados, marginados, migratorios, desplazados internos, rurales e indígenas. Estos mecanismos de detección y apoyo están establecidos para garantizar que se brinden servicios médicos a las personas con discapacidad que puedan necesitar evaluación y hospitalización. Desarrollar programas alternativos y complementarios para el empoderamiento, la rehabilitación y el apoyo a distancia para las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y proveedores de atención primaria cuando sea posible. La atención de crisis incluye la custodia de personas especialmente sensibles.

En el contexto actual, armonizar las normas sobre el respeto y garantía de los derechos de las personas con discapacidad en los reglamentos internos de los órganos del poder estatal en todos los niveles de gobierno de conformidad con la Constitución. Finalmente, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos hace un llamado a considerar detenidamente la agudización de los obstáculos que puedan presentarse para las personas con discapacidad a raíz de la emergencia sanitaria, autorizada para el Estado de México. Fomentar el fortalecimiento de las instituciones relacionadas con la atención e inclusión de las personas con discapacidad. Personas con necesidades especiales. Desarrollar e implementar políticas públicas sólidas e integrales que garanticen la igualdad de oportunidades y derechos en todos los aspectos de la vida.

- 3. MIGRANTES:** Ante las medidas de contingencia de salud contra el COVID 19 impuestas en varios países, como el cierre de fronteras, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) manifiesta preocupación por el aumento de personas en contexto de migración alojadas en estaciones migratorias y estancias provisionales del Instituto Nacional de Migración (INM), y llama a este instituto y a la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) gestionar acuerdos internacionales para

repatriar a los extranjeros varados en territorio mexicano, garantizando sus derechos fundamentales. (CNDH, 2020)

Hay sectores de población que se encuentran en situación de discriminación estructural y de mayor vulnerabilidad como las personas migrantes o en situación de movilidad, cuya condición se agrava en el contexto de pandemia debido a la restricción en el acceso a derechos universales como la salud, la alimentación, vivienda y trabajo.

La práctica reiterada del Instituto Nacional de Migración de realizar detenciones de personas migrantes aumenta su impacto negativo en tiempos de Covid-19, aunado a las malas condiciones de detención. Esto detonó diversas protestas y motines en estaciones migratorias en México, poniendo en riesgo no sólo la salud de las personas migrantes sino también su vida ante la falta de protocolos de reacción por parte de los cuerpos policiales. (CMDPDH, s.f.)

Así mismo, Hay segmentos de la población vulnerables a la discriminación estructural y más vulnerables, como los migrantes o las personas en movimiento, cuyas condiciones se ven agravadas por la pandemia debido al acceso limitado a derechos universales como la salud, comida, vivienda y trabajo.

La frecuente detención de inmigrantes por parte del Instituto Nacional de Migración aumenta su impacto negativo durante el período del Covid-19, junto con las malas condiciones de detención. Esto desencadenó diversas protestas y disturbios en los puntos de control migratorio en México, poniendo en peligro no solo la salud de los migrantes sino también su vida por la falta de acción de la policía.

- ✚ Asegurar la permanencia y acceso a los derechos laborales, y evitar todo tipo de discriminación, racismo social e institucional. Revisar y garantizar la

condición laboral de profesionistas, obreras y obreros, artesanas y artesanos, migrantes locales e internacionales y jornaleros agrícolas, que debido al empobrecimiento estructural han tenido que abandonar sus pueblos y comunidades de origen. (CNDH, Comisión Nacional de Derechos Humanos , 2020)

Como se menciona Asegurar la permanencia y accesibilidad de los derechos de los trabajadores, y evitar toda forma de discriminación y racismo social e institucional. Examinar y asegurar la situación laboral de profesionales, trabajadores, artesanos, migrantes locales e internacionales y trabajadores agrícolas que han sido desplazados de su ciudad y comunidad de origen debido a su pobreza estructural.

4. INDÍGENAS: La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), exhorta a los tres niveles de gobierno a proteger el derecho a la salud de los pueblos y comunidades indígenas y afrodescendientes, cuya mayoría se encuentran alejados de los centros urbanos del país, con escasa o nula cobertura de infraestructura médica y marginados de la información que los concientice sobre sus derechos, y los prevenga sobre las medidas de salud pública que se deben adoptar.

En medio del desafío y la unidad nacional para enfrentar la pandemia del COVID19, la CNDH reafirma su compromiso en la defensa de los derechos humanos fundamentales de los pueblos y comunidades indígenas y afrodescendientes, y del pueblo mexicano en general. (CNDH, Comisión Nacional de Derechos Humanos , 2020)

de acuerdo con los comunicados realizados por la Comisión Nacional de Derechos Humanos la protección a la salud de las comunidades y pueblos indígenas se debe llevar mas de cerca ya que la mayoría se encuentran alejadas de los centros urbanos, con una nula o escasa cobertura de infraestructura médica, lo cual conlleva a la marginación de información que les serva para llevar a cabo medidas de salud que se tienen que adoptar y los concientice sobre sus derechos.

- ✚ Que las medidas preventivas de salud pública implementadas para combatir la propagación de esta enfermedad sean producidas y difundidas en mensajes claros y oportunos en las lenguas maternas e indígenas, mediante una campaña nacional de información en los medios de comunicación impresos, electrónicos y redes sociales. Se recomienda que la campaña de información y alertamiento se lleve a cabo en coordinación con el Sistema de Radiodifusoras Culturales Indígenas del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI), con la participación de los Sistemas Estatales de Radio y Televisión de la República Mexicana, así como con todos los medios públicos y privados del país. (CNDH, Comisión Nacional de Derechos Humanos , 2020)

Concretamente las medidas que se busca la Comisión Nacional de Derechos Humanos sobre salud pública para prevenir los contagios sean mensajes claros y oportunos en las lenguas maternas e indígenas, mediante una campaña nacional de información producidas y difundidas en los medios de comunicación, impresos, electrónicos y redes sociales. La cual se lleve a cabo con la campaña de información y alertamiento se lleve a cabo en coordinación con el sistema de Radiodifusoras Culturales Indígenas de Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI), por lo cual todos los medios de difusión masiva de la República Mexicana participaran.

2.4. Datos estadísticos de muertes y sobrevivientes

Información

General

Nacional (Confirmados)

Ver semáforo

**Actualizado:

28-03-2022

Fuente: DGE

POSITIVOS ESTIMADOS

5,929,814

DEFUNCIONES ESTIMADAS

336,886

ACTIVOS ESTIMADOS

8,657

CONFIRMADOS NEGATIVOS SOSPECHOSOS DEFUNCIONES

5,651,553

9,195,791

680,471

322,761

(México, 2022)



México registra 2 mil 758 nuevos contagios de Covid y 84 muertes en un día

México acumula hasta este martes 5 millones 654 mil 311 **casos** y 322 mil 845 **muertos** por **Covid-19**, de acuerdo con los datos más recientes de la Secretaría de Salud.

De acuerdo con el reporte de hoy, las entidades con más **casos acumulados** son la Ciudad de México, Estado de México, Nuevo León, Guanajuato, Jalisco, Tabasco, San Luis Potosí, Veracruz, Puebla y Sonora, que en conjunto representan casi dos tercios (64%) del total registrado en el país.

México es el quinto país con más **muertes** por **Covid-19**, de acuerdo con el conteo mundial de la Universidad Johns Hopkins. **Rusia** registra 360 mil 674. **India** está en tercer lugar, con 521 mil 70; **Brasil**, en segundo, con 659 mil 508, y **Estados Unidos** se mantiene en primera posición, con 978 mil 640. (Latinus, 2022)

México suma 5 millones 654 mil 311 contagios de coronavirus y 322 mil 845 muertes, de las cuales en las últimas 24 horas se agregaron al reporte de la Secretaría de Salud 2 mil 758 casos y 84 defunciones. El informe técnico también contabiliza: 682 mil 357 casos sospechosos 9 millones 206 mil 762 casos negativos 8 mil 792 casos activos estimados

Casos de COVID Los 10 estados que acumulan la mayoría de casos de coronavirus en el país, son: Ciudad de México, Estado de México, Nuevo

León, Guanajuato, Jalisco, Tabasco, San Luis Potosí, Veracruz, Puebla y Sonora. (DIGITAL, 2022)

CAPITULO III. SISTEMA DE SALUD EN MEXICO

3.1.- Demografía

Actualmente, México se encuentra en una coyuntura que lo coloca como el décimo más poblado del mundo, con 125.3 millones de habitantes, rebasando a Japón desde 2017. 49 por ciento de la población mexicana es masculina y 51 por ciento es femenina, con una estimación de 746 mil defunciones anuales y 2.19 millones de nacimientos en 2018. La tasa global de fecundidad es de 2.1 hijos por mujer, mientras que la esperanza de vida para los hombres es de 72.2 años y de 77.9 para las mujeres. Asimismo, la tasa de mortalidad infantil es de 13.38 defunciones por cada mil nacidos vivos y la tasa de crecimiento total es de 1.01 por ciento (Consejo Nacional de Población, 2019).

En cuanto al sistema de salud como tal se debe mencionar que

El aumento de la esperanza de vida y la creciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados en su mayoría con estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. A mitad del siglo pasado, alrededor de 50% de los decesos en el país se debían a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición. Hoy estas enfermedades concentran menos del 15% de los decesos, mientras que los padecimientos no transmisibles y las lesiones son responsables de

poco menos de 75% y 11% de las muertes en el país, respectivamente (Gómez et al., 2011 párr. 6).

Figura 1 Historia en el sistema mexicano

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA MEXICANO DE SALUD	
1905	Inauguración del Hospital General de México
1917	Creación del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública
1937	Creación de la Secretaría de Asistencia Pública
1943	Fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, y creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el primero de los institutos nacionales de salud, el Hospital Infantil de México
1953	Creación de la Asociación Mexicana de Hospitales
1960	Creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
1979	Creación del Programa IMSS-COPLAMAR, hoy IMSS-Oportunidades
1985	Inicio de la descentralización de los servicios de salud para población no asegurada, que concluye en 2000
1987	Creación del Instituto Nacional de Salud Pública
2003	Creación del Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular

Fuente: Gómez et al. (2011)

El Sistema de Salud en México es sin duda uno de los sectores más complejos. Desde el siglo pasado se consolidó como un sistema fragmentado. Si bien el Sistema de Salud ha logrado ofrecer servicios de primer nivel a gran parte la población. El manejo de recursos sigue siendo inadecuado. Y como resultado los servicios son insuficientes con respecto a la demanda de una población creciente. Es por eso que las reformas sectoriales son uno de los principales retos para el gobierno que impera y los venideros (Pagomed, 2020).

Si bien el Instituto de Salud para el Bienestar pretende atender el derecho básicos de acceso universal a la salud de los Mexicanos. La propuesta parece no marchar como se esperaba. En tan solo días desde su creación y a desaparición del Seguro Popular nos hemos enfrentado a incertidumbre y desorden en el Sector Salud. El Instituto viene a reemplazar al Seguro Popular luego de fallas en la atención y escándalos de corrupción. Sin embargo se instaure de manera muy precipitada sin una adecuada planeación y comunicación con las instituciones de salud que brindarán los servicios. Y con la desaparición de los convenios y el financiamiento de servicios que fungía el Seguro Popular (Pagomed, 2020 párr. 5).

Queda mucho por hacer en torno al sistema de salud de México en el sentido que no se ha dado capacidad para atender a toda la población existente, tal como se ha mencionado previamente.

3.2. Condiciones de salud

Se hace necesario mencionar que el gasto en salud en México es de 5,5 puntos del PIB, menor al gasto de Honduras, El Salvador y Zimbabue. El gasto no solo es extremadamente bajo, sino que de acuerdo a los estudios del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), una organización civil dedicada al análisis de finanzas públicas, ha caído significativamente en los últimos diez años. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, un país como México debería al menos gastar el doble de lo que gasta actualmente en salud (Ríos, 2020).

El sistema de salud pública en México se ha convertido en la salud a la que recurren las personas de bajos recursos y no la sociedad en su conjunto. Las clases altas han desistido de usar servicios públicos. Cuatro de cada diez personas de alto estrato de ingreso que tienen cobertura en el Instituto Mexicano del Seguro Social

(IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o en alguna otra institución pública, se atienden con médicos privados cuando se enferman (Ríos, 2020).

De igual manera, resulta relevante señalar que el tema de universalización de la salud ha estado en la agenda nacional desde hace 20 años. En el PNS 2001 – 2006: La democratización de la salud en México: Hacia un sistema universal de salud, se mencionaba la necesidad de un Sistema de Salud para todos, que satisficiera las necesidades de los ciudadanos y les brindara protección financiera (J. S. Méndez, 2021).

En la actualidad las condiciones de salud en México se definen bajo el CUS que es un indicador de salud de calidad y conlleva a verificar tres aspectos:

- Afiliación: ¿Quién está cubierto?: El objetivo de esta variable es otorgar acceso a los servicios de salud a toda la población y hace referencia a la inscripción a una institución o programa de atención de salud. Afiliación y cobertura hacen referencia a conceptos diferentes, por lo tanto no son sinónimos; la afiliación es una condición necesaria, más no suficiente en el alcance de la CUS. En México, esta primera variable es una de las que mostró avance desde 2010. El total de población afiliada se ha incrementado de 66.5% en el año 2010 a 81.4% en 2018; el mayor aumento se presenta en el Seguro Popular, ahora INSABI. Como resultado, la población sin afiliación a alguna institución o programa de salud se redujo de 32 millones 979 mil 104 personas en 2010 a 23 millones 97 mil 28 personas en 2018; mientras que la población afiliada se incrementó en 20 millones 130 mil 606 personas (J. S. Méndez, 2021).

- Servicios: ¿Qué enfermedades cubre?: El objetivo de esta variable es incluir los paquetes de servicios de salud que demande la población, considerando la situación sociodemográfica nacional. Esta segunda variable incluye la capacidad física y humana, y teóricamente se conoce como amplitud de los servicios. Existe heterogeneidad en los paquetes de servicios entre instituciones. Mientras que las instituciones de seguridad social, IMSS e ISSSTE, cubren 8 mil intervenciones de la CIE, el INSABI cubre mil 807 intervenciones, 22.5% del total.

En cambio, Pemex brinda el total de intervenciones, además de cirugías estéticas y cosméticas (J. S. Méndez, 2021).

- Presupuesto: ¿Cuánto presupuesto asigna?: El objetivo de esta variable es evitar poner en riesgo la situación económica de las personas debido al pago por la atención de salud. Esta tercera variable se refiere a los recursos económicos disponibles en el sistema de salud. La recomendación internacional es tender a una composición 80/20 entre el gasto público y el gasto privado. En 2018, la participación de gasto público fue de 51% y el restante 49% fue gasto privado. A diferencia de los incrementos en afiliación y servicios, el presupuesto destinado al sistema de salud se contrajo en todos los subsistemas de 2010 a 2020 y, al igual que en las otras dos variables, presenta diferencias por subsistema de salud (J. S. Méndez, 2021).

Con la situación de la pandemia el sistema de salud mexicano al igual que otros del mundo, tuvo un colapso (Organización Panamericana de la Salud, 2020), del cual todavía se recupera a dos años del impacto más fuerte que tuvo el COVID-19.

En México, el reto de financiamiento para el sistema de salud durante la pandemia por COVID-19 se acentúa debido a los rezagos de años previos. En 2020, la brecha presupuestaria supera los 3 puntos del PIB y se refleja en las tasas de atención, en el gasto per cápita y en las desigualdades entre subsistemas. Al momento de la pandemia, las asignaciones presupuestarias tienen la finalidad inmediata de diagnóstico y atención por COVID-19; sin embargo, es necesario mantener los servicios del resto de las enfermedades. Los países han interrumpido parcial o totalmente los servicios de tratamiento de hipertensión, diabetes, cáncer y emergencias cardiovasculares (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

La importancia de un sistema de salud sostenible, que cuente con un esquema de financiamiento sólido y que impacte en la calidad de vida de la población se pone en evidencia con la pandemia actual (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

3.3. Principales causas de muertes

Desde principios del siglo XX, en México se han manifestado cambios trascendentes en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades, esto aunado a los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales, culturales y los avances en el campo de la atención a la salud que han ido transformando las características del país y han influenciado el perfil epidemiológico, así como las características relacionadas con la presencia de enfermedad o muerte en la población mexicana (Soto et al., 2016).

Es importante observar cómo ha evolucionado o como se ha comportado con los cambios antes mencionados en cuanto a ambiente, demografía, economía, sociocultural, las causas de la muerte.

Figura 2 evolución de la mortalidad en México 1922 – 2014

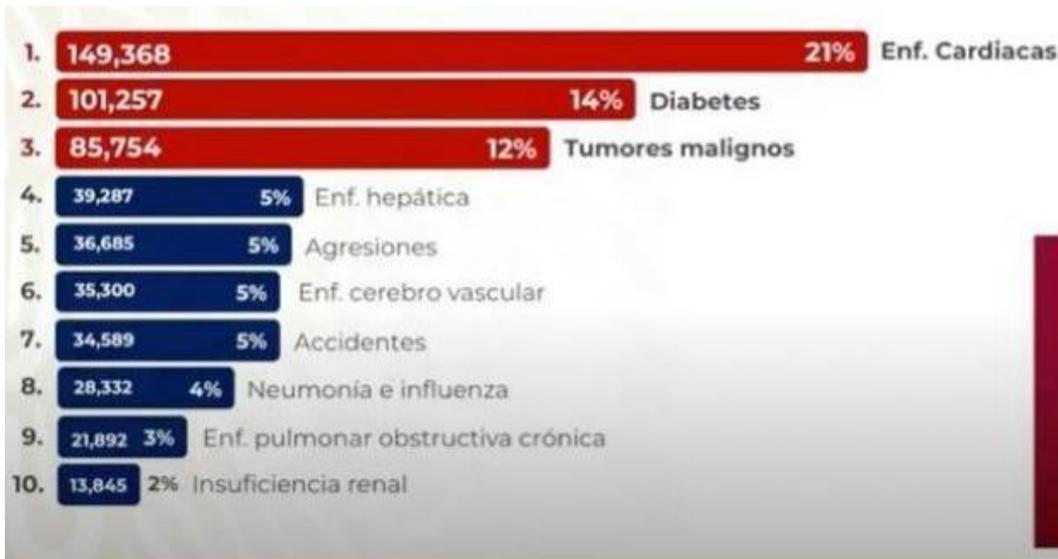
	1922	1950	1970	1990	2000	2013
1	Neumonía, influenza	Gastroenteritis, colitis	Neumonía, influenza	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
2	Diarreas, enteritis	Gripe y neumonía	Enteritis y otras enfermedades	Tumores malignos	Enfermedades del corazón	Enfermedades isquémicas del corazón
3	Fiebre y caquexia palúdica	Ciertas enfermedades de la primera infancia	Enfermedades del corazón	Accidentes	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	Tumores malignos
4	Tos ferina	Accidentes, envenenamientos y violencia	Ciertas causas de enfermedades perinatales	Diabetes mellitus	Enfermedades cerebrovasculares	Accidentes
5	Viruela	Paludismo	Tumores malignos	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Enfermedades del hígado

Orden de importancia	Causas	Casos	Tasa por 1000 habitantes
1	Infecciones respiratorias agudas	27,493,239	229.7
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	4,941,427	41.3
3	Infección de vías urinarias	4,244,053	35.5
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,497,802	12.5
5	Gingivitis y enfermedades periodontales	1,119,159	9.3
6	Otitis media aguda	639,625	5.3
7	HAS	480,332	4.0
8	Conjuntivitis	456,283	3.8
9	Diabetes mellitus tipo 2	381,099	3.2
10	Obesidad	356,712	3.0
11	Vulvovaginitis aguda	355,600	3.0
12	Asma y estado asmático	304,480	2.5
13	Intoxicación por picadura de alacrán	300,515	2.5
14	Amibiasis intestinal	299,242	2.5
15	Candidiasis urogenital	234,969	2.0
16	Síndrome febril	239,913	2.0
17	Varicela	239,535	2.0
18	Otras helmintiasis	230,001	1.9
19	Neumonías y bronconeumonías	174,748	1.5
20	Faringitis y amigdalitis estreptocócica	160,506	1.3
	Total de 20 principales causas	44,158,240	368.9
	Otras causas	2,037,413	17.0
	Total global	46,195,653	385.9

Fuente: Soto et al. (2016)

De igual manera es importante mencionar que para el año 2018 las principales enfermedades de la que morían los mexicanos eran:

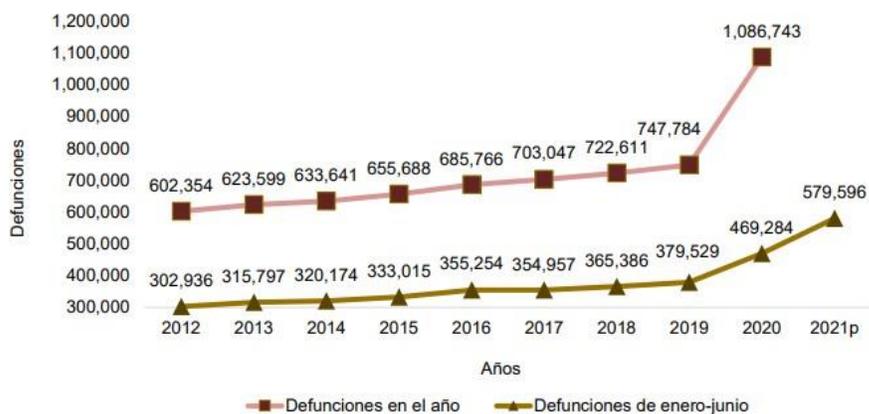
Figura 3 Causa de muertes de mexicanos 2018



Fuente: LÓPEZ (2020)

No se puede dejar de lado el hecho que desde la llegada del COVID-19 al mundo se convirtió también en una causa principal de muerte de personas.

Figura 4 Defunciones de mexicanos en 2021



Fuente: INEGI (2022)

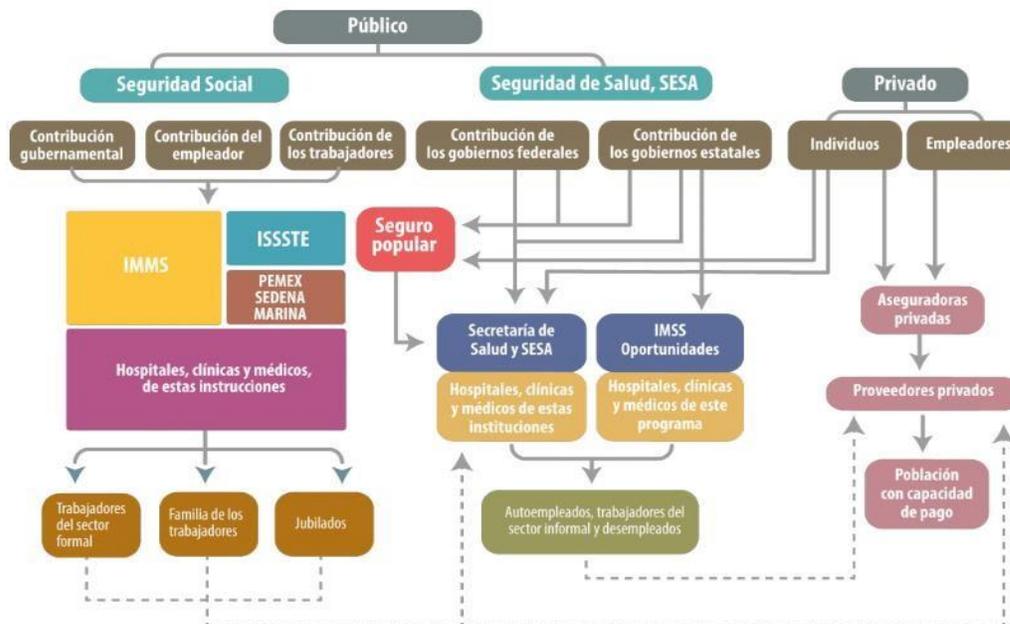
Durante el periodo enero-junio de 2021, las defunciones por la COVID-19 fueron la primera causa de muerte a nivel nacional con 145,159 casos. Le siguieron las enfermedades del corazón con 113,899 y de la diabetes mellitus con 74,418 casos (INEGI, 2022).

3.4. Estructura y cobertura

El sistema nacional de salud (SNS), lo conforman las instituciones de salud que actualmente atienden a toda la población. Sin embargo, hay que conocer su estructura, rectoría, funciones y como parte de un conocimiento integrador, también su evolución histórica. Los sistemas de salud son el resultado del desarrollo de las dimensiones técnica y social ya definidas, lo que incluye los problemas de salud a que se enfrentan, la conciencia de las necesidades, la capacidad de respuesta política y técnica del momento, incluso de elementos fortuitos (Universidad de Guanajuato, 2018).

Por tanto el SNS son las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales que responden a diferentes necesidades de salud de la población de acuerdo a momentos sociales, políticos, económicos e históricos (Universidad de Guanajuato, 2018).

Figura 5 Estructura del sistema de salud



Fuente: Universidad de Guanajuato (2018)

A su vez, los espacios que conforman el Sistema Nacional de Salud se clasifican en 3 niveles.

Primer nivel: En este nivel se brinda atención primaria, el cual es apoyo médico que se proporciona lo más cerca posible al paciente, ya sea en su comunidad, su trabajo, o donde se requiera, por lo cual es el primer contacto con los pacientes (Bihux, 2020). Este nivel está conformado por unidades médicas ambulatorias, por ejemplo, un consultorio o un consultorio con laboratorio y estudio de imagen. El primer nivel de atención es primordial ya que se realizan esfuerzos para prevención, educación, protección y detección temprana de enfermedades. En este nivel se tratan casi el 80% de los padecimientos de una población como diabetes, hipertensión u obesidad (Bihux, 2020).

Segundo nivel: En este nivel encontramos hospitales generales los cuales brindan atención a los pacientes con padecimientos que requieren atención de urgencias, hospitalización, procedimientos de complejidad media y tratamiento a pacientes que vienen referidos desde el primer nivel de atención (Bihux, 2020).

El segundo nivel se divide en especialidades las cuales son:

Cirugía general

Medicina interna

Pediatría

Gineco-obstetricia

Tercer nivel: En este nivel encontramos hospitales de alta especialidad y subespecialidades. Se atienden casos que requieren un conocimiento mayor, baja prevalencia, alto riesgo, tecnología específica y atención a enfermedades complejas (Bihux, 2020).

Figura 6 Objetivos para mejorar la atención en la estructura del sistema de salud

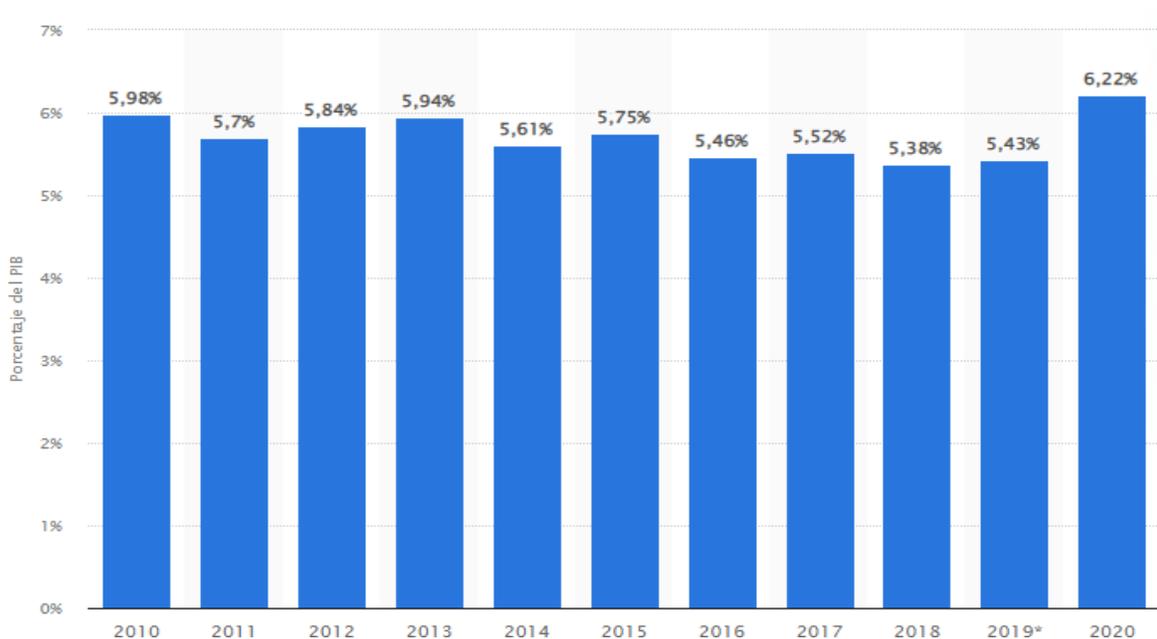


Fuente: Universidad de Guanajuato (2018)

3.5. Gastos de salud

Se enfoca al gasto que han realizado las personas en temas de salud dentro del territorio mexicano

Figura 7 Gasto en salud



Fuente: Statista (2022)

En 2020, se estimó que el gasto en salud en México sería equivalente al 6,22% del Producto Interno Bruto (PIB) del país, un aumento de 1,19 puntos porcentuales en comparación con 2019. En años recientes, dicha cifra osciló entre el 5,46% y el 5,98%. El porcentaje más alto dentro del periodo analizado se tiene registró en 2020 a causa de la pandemia por la COVID-19 (Statista Research Department, 2022 párr. 1).

También es importante mencionar que en cuanto al gasto público de México disminuyó 713,1 millones en 2020, es decir un 9,93%, hasta 29.663,2 millones de dólares, con lo que representó el 11,05% del gasto público total. Esta cifra supone que el gasto público en sanidad en 2020 alcanzó el 3,15% del PIB, una subida 0,47 puntos respecto a 2019, en el que fue el 2,68% del PIB (J. S. Méndez, 2021).

En 2020, México se mantuvo en la misma posición en el ranking de países por importe invertido en sanidad, en el puesto 21. En cuanto a su proporción respecto al PIB, su situación ha mejorado, pero continúa entre los países con un gasto público en sanidad bajo, en el puesto 94 de los 192 países que componen el ranking. En referencia al porcentaje que

supone la inversión en sanidad respecto al presupuesto gubernamental (gasto público), México se encuentra en el puesto 73 (Méndez, 2021 párr. 10).

Figura 8 Gasto público de México en Salud 2010 - 2020



Fuente: Méndez (2021)

En 2020, el gasto público per cápita en sanidad en México fue de 235 dólares por habitante. En 2019 fue de 240 dólares, luego cayó un 3,33%, 8 dólares por persona. En la actualidad, según su gasto público en sanidad per cápita, México se encuentra en el puesto 78 de los 192 publicados.

A pesar del incremento de 1.87% en el presupuesto del sector salud, México mantiene una brecha presupuestaria de 3.2 puntos del PIB. Las reasignaciones del gasto en salud, de manera general, se concentran en aumentos a servicios personales y al pago de servicios profesionales,

científicos y técnicos, y en recortes en subsidios, materiales, equipo e infraestructura. Se plantea la creación de plazas en la SSa: 8 mil 977 plazas en las zonas más pobres en 25 hospitales y 9 mil 449 plazas de médicos residentes. Además, se consideran 2 mil 225.9 mdp por basificación de personal eventual de la SSa. De acuerdo con estimaciones propias, para basificar a todo el personal eventual de la SSa se requieren 18 mil mdp. El presupuesto de infraestructura en salud disminuyó en todos los subsistema y alcanzó valores mínimos en la SSa y en el IMSS, al igual que el presupuesto destinado a la adquisición de equipo médico y de laboratorio, con excepción del ISSSTE y la SSa (Méndez & Llanos, 2021 párr. 25).

La consolidación de un sistema de salud universal y que cuente con los recursos necesarios para incrementar la cobertura universal en términos que van más allá de la afiliación, por ejemplo en cuanto a paquetes de servicios que brindan, en recursos económicos y en términos de calidad se mantiene pendiente aún con la existencia del INSABI (Méndez & Llanos, 2021).

3.5. Evaluación del sistema de salud

La salud pública mexicana moderna nació con el siglo XX. Es producto de la renovación de la medicina clínica, que se manifiesta sobre todo en la construcción del Hospital General de México (HGM), inaugurado en 1905, y los éxitos sanitarios de principios de siglo, dentro de los que destacan la conclusión de la primera gran obra de drenaje del Valle de México, el control de la epidemia de peste bubónica que surgió en Mazatlán en 1902 y el control de la fiebre amarilla, una enfermedad endémica en ciertas regiones del país.

La edificación del HGM expresa la definitiva secularización y medicalización de las instituciones hospitalarias, anticipa la labor asistencial del Estado y moderniza la medicina clínica mexicana

aprovechando la capacitación de un notable grupo de médicos mexicanos en los mejores centros clínicos europeos (Gómez & Frenk, 2019 p. 203).

La Constitución de 1917 creó dos organismos encargados exclusivamente de asuntos de salud: el Consejo de Salubridad General (CSG) y el Departamento de Salubridad Pública (DSP). Se trata de los exponentes iniciales de lo que podría denominarse primera generación de reformas de salud de México. El CSG se creó como una instancia vinculada directamente al presidente de la República, que cuenta con la facultad de dictar disposiciones sanitarias obligatorias en todo el país. Este consejo heredó algunas de las funciones del CSS, pero se estableció con la intención de reaccionar de manera rápida y efectiva ante emergencias de salud pública (Gómez & Frenk, 2019).

El DSP, por su parte, se estableció como una dependencia administrativa del Poder Ejecutivo federal y adquirió algunas de las atribuciones que tenían el CSS y las que en materia de salud tenían hasta ese entonces la Secretaría de Gobernación. Destacan dentro de estas atribuciones el diseño de la legislación sanitaria de la República; la policía sanitaria de puertos, costas y fronteras; la implantación de medidas contra enfermedades contagiosas y enfermedades epidémicas; la preparación y administración de vacunas y sueros; la inspección de alimentos, bebidas y drogas, y la organización de congresos sanitarios (Gómez & Frenk, 2019).

Figura 9 Campañas y programas de salud pública

1917	Campaña Nacional Antivariolosa
1921	Campaña Nacional contra la Fiebre Amarilla
1926	Campaña contra el Paludismo
1930	Campaña Nacional contra la Lepra
1932	Campaña Nacional contra la Oncocercosis
1934	Campaña Nacional contra la Tuberculosis
1941	Campaña Nacional contra el Cáncer
1943	Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas Campaña Nacional contra el Bocio
1951	Campaña Nacional contra la Poliomieltis
1955	Campaña Nacional para la Erradicación del Paludismo
1959	Campaña Nacional contra la Tosferina, Difteria y Tétanos
1960	Campaña Nacional para la Erradicación del Mal del Pinto
1962	Campaña Nacional contra la Fiebre Reumática
1963	Campaña Nacional contra las Diarreas Campaña Nacional contra las Neumonías
1964	Campaña Nacional de Prevención de Accidentes
1972	Programa Nacional de Planificación Familiar
1973	Programa Nacional de Inmunizaciones
1985	Establecimiento de los Días Nacionales de Vacunación
1986	Consejo Nacional para la Prevención del SIDA
1991	Programa de Agua Limpia Programa de Vacunación Universal
1992	Establecimiento de las Semanas Nacionales de Salud
1997	Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá)
2001	Programa Arranque Parejo en la Vida
2005	Plan Nacional de Respuesta ante una Pandemia de Influenza
2013	Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes

Fuente: Gómez & Frenk (2019)

Es importante destacar que, desde sus orígenes, el sistema de salud del país estuvo marcado por un cisma: entre aquéllos que tenían derechos en salud legalmente definidos por la Ley del Seguro Social, a los que se llamó derechohabientes, y los sujetos de la acción asistencial del Estado, que contaban con derechos poco precisos, a los que se denominó población abierta o derecho carecientes (Gómez & Frenk, 2019)

En 1958 hubo un cambio radical. Presionado por diversos movimientos sindicales, el Estado mexicano promovió la extensión de las prestaciones sociales. Entre 1959 y 1964 el IMSS construyó 269 unidades médicas (180 unidades de consulta externa, 61 clínicas con servicios de hospitalización y 28 hospitales) y triplicó su personal. 39 En 1964 ya

cubría a 6.3 millones de personas que representaban 17% de la población nacional (Gómez & Frenk, 2019 p. 207).

A finales de los 60 los servicios de salud aumentaron y necesitaban nuevamente una reforma, esto se fue dando hasta finales de la década de los 90, en que aparecieron nuevas enfermedades y el sistema se perfiló a lo que es ahora.

La salud pública mexicana cumplió sus 99 años de vida en 2016 atendiendo un inesperado suceso: el brote de una infección viral transmitida por los mosquitos Aedes y parecida al dengue: el Zika, que cuando se transfiere de madre a hijo durante el embarazo puede producir microcefalia. Aquel año se registraron en el país cerca de 7.000 casos de esta enfermedad. Gracias a una atinada y pronta respuesta por parte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, este brote pudo controlarse sin que se registraran casos de microcefalia (Gómez & Frenk, 2019 p. 209)

Y en la actualidad se presenta también lo relacionado a la evolución que se dio con el COVID-19.

Conclusión

En el estudio se ha dado un panorama general del funcionamiento de protección a la salud en el país, la relevancia que tiene el sistema de salud surge para toda persona que la necesite, Mediante la investigación se puede apreciar que existen factores que restringen el acceso de los individuos a la salud, como lo son la actividad económica que desempeñan, su condición laboral, la localidad en que residen, e igualmente el desconocimiento que tienen sobre los servicios de salud que les pueden ser concedidos en las unidades estatales.

A lo largo de la investigación se pudo comprobar que los recursos económicos destinados a materia de salud en el país han sido insuficientes, provocando que los que conforman se vean limitados en su funcionamiento y por ende en que la prestación del servicio no sea integral como se consagra en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

el hecho de que en México el servicio este segmentado en tres grupos como lo son Público, Privado o de Seguridad Social hoy en día conocido como INSABI (Instituto de Salud del Bienestar), origina que la atención sea desigual, lo cual hace más difícil que sea igualitario, contradiciendo lo mencionado la fracción XVI del artículo 73 de nuestra Constitución. Aunque se pensaría que los servicios privados tendrían que ser tener una eficiencia a niveles satisfactorios, no es así pues todo modelo de salud en México ha quedado rezagado y en parte se explica por la falta de infraestructura médica, tecnológica, personal capacitado y recursos que sustenten la demanda médica. En el escenario que nos presenta la Pandemia Mundial de COVID-19 puso en evidencia el mal Sistema de Salud en México, con una afectación severa a comunidades marginales por la falta de prestadores de salud.

Aunque el nivel de salud que caracteriza una población no es solo producto del esfuerzo de los gobiernos, instituciones, marcos normativos y políticas de gasto público, tampoco es únicamente producto de las fuerzas de los individuos de una familia para la búsqueda por preservar sus condiciones de vida, cuidar su alimentación o minimizar su exposición a factores de riesgo, pero es el resultado

del esfuerzo conjunto de todos estos actores económicos y sociales, de las decisiones de cada individuo, por lo cual para poder mejorar, dar una mejor protección a la salud así como el derecho a la vida de manera digna todo individuo deben caminar en una misma dirección para mejorar la salud del país.

Igualmente, los derechos que ofrece el marco jurídico en el país siguen siendo una visión de justicia distributiva incumplida. No sólo por una mala recolección fiscal, si no por que el sistema de salud tiene organizaciones con objetivos diferentes, y como resultado el derecho al acceso a los servicios de salud no tener un acceso oportuno y de calidad, para poder obtenerlo depende mas del dinero y del lugar que se tenga en la sociedad, que de la necesidad del enfermo como estos dos años de pandemia se pudo observar en noticias que no se tenia la suficiente infraestructura para la población infectada, la cual puso a prueba y dejó en evidencia que nuestro país es no tiene infraestructura médica, tecnológica, personal capacitado y recursos que sustenten la demanda médica, a lo cual nos lleva que en México se tiene derecho a la vida y protección a la salud solo si se tiene el recurso económico para poder adquirir los servicios de salud, esto se da ya que no se cuenta con una completa calidad en el sistema para la protección del mismo, ya que no se cuenta con la infraestructura médica para poder solventar en estos casos la COVID-19, así como la accesibilidad a una atención médica oportuna, de calidad, no discriminación, tener una accesibilidad económica a los servicios de salud inclusivos, disponibilidad para la atención médica para cada individuo que lo solicitara y así tener una aceptabilidad para dar a cada individuo una atención oportuna y de calidad, pero como pudimos observar en esta investigación el sistema de salud y por consiguiente la protección a la misma se vio rebasada por esta pandemia mundial; el estado quedó expuesto al no tener los recursos ni económicos, ni humanos para poder garantizar a sus ciudadanos una protección integral a la salud.

Pero cabe resaltar que es común el argumento en el cual el desarrollo se acompaña de una educación, lo cual puede estar en lo correcto, por lo cual muchos países desarrollados dan opinión sobre tener una población mejor educada en temas de alimentación y ejercicio complementados para tener individuos más sanos por lo

cual se tendría a una sociedad mas productiva, lo cual aaria el incremento a la riqueza del país.

REFERENCIAS

- ✚ Ashton, J. y. (1992). *La nueva Salud Pública, Caso Liverpool*. Barcelona : Española, Masson, S.A.
- ✚ C., E. M.-S. (2007). El derecho a la proteccion a la salud. *Salud Pública Mex.*
- ✚ ceey.org.mx. (20 de 04 de 2020). Obtenido de <https://ceey.org.mx/sistema-de-salud-en-mexico-vulnerabilidad-y-riesgos-por-covid-19/>
- ✚ CIDH. (11 de 04 de 2020). *Comisión Interamericana de Derechos Humanos*. Obtenido de <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/074.asp>
- ✚ CIDH. (24 de 04 de 2020). *Comisión Interamericana de Derechos Humanos* . Obtenido de comunicado de prensa DGC/145/2020: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2020-04/COM_2020_145.pdf
- ✚ CMDPDH. (s.f.). *Comisión Mexicana de Derechos y Protección de los Derechos Humanos*. Obtenido de Comisión Mexicana de Derechos y Protección de los Derechos Humanos: <https://cmdpdh.org/project/informe-sobre-los-efectos-de-la-pandemia-de-covid-19-en-las-personas-migrantes-y-refugiadas/>
- ✚ CNDH. (2018). *DERECHOS HUMANOS*. Obtenido de <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos>
- ✚ CNDH. (24 de 03 de 2020). *Comisión Nacional de Derechos Humanos* . Obtenido de Comunicado de Prensa DGC/097/2020:

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2020-03/COM_2020_097.pdf

✚ CNDH. (10 de 04 de 2020). *Comisión Nacional de Derechos Humanos* . Obtenido de Comunicado de Prensa DGC/131/20: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2020-04/Com_2020_131.pdf

✚ CNDH. (s.f.). *DERECHOS HUMANOS*. Obtenido de <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos>

✚ *Covid-19 México*. (23 de agosto de 2021). Obtenido de Covid-19 México: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>

✚ *Covid-19 México*. (11 de 23 de 2020). Obtenido de Covid-19 México: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>

✚ CPEUM. (s.f.). *ARTICULO 4, PARRAFO TERCERO*.

✚ CPEUM. (s.f.). *Articuló 73, fraccion XVI, parrafo primero*.

✚ DIGITAL, M. (29 de 03 de 2022). Obtenido de <https://www.milenio.com/politica/cifras-29-marzo-2022-mexico-suma-2-mil-758-casos-covid>

✚ EPN. (2013). *POLITICA NACIONAL DE SALUD*. Obtenido de <https://www.gob.mx/epn/es/articulos/politica-nacional-de-salud?tab=#:~:text=abril%20de%202013-,La%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Salud%20es%20una%20estrategia%20enfocada%20a,salud%20a%20toda%20la%20poblaci%C3%B3n>.

✚ F., I. (1997). *Drechos Humanos y salud: considerados bioeticas, en: salud, cambio social y politica: . perspectivas desde america latina . argentina* .

- ✚ Fernández Varela Mejía, H. Y. (2009). Los derechos humanos y la salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*, 43.
- ✚ Freire, L. P. (15 de 05 de 2020). *Derecho a la salud y Covid 19-*. Obtenido de Derecho a la salud y Covid-19. Una lectura en clave de derechos humanos:: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/alerta/noticias/Derecho%20a%20la%20salud%20y%20Covid%2019-PPF.pdf>
- ✚ GARZA, J. M. (s.f.). *EMERGENCIA SANITARIA* . Obtenido de COVID-19: https://archivos.juridicas.unam.mx/www/site/publicaciones/157Emergencia_sanitaria_por_COVID_19_Derecho_constitucional_comparado.pdf
- ✚ Gonzalez-Block MA, D. G.-S. (2017). Atención a la salud de grupos vulnerables. En *Instituto Nacional de Salud Pública*. Cuernavaca.
- ✚ H., C. d. (24 de 01 de 2020). *Congreso de la Unión*. Obtenido de Ley General de Salud: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
- ✚ Hancock, T. (1982). *Beyond Health Care*. The Futurist.
- ✚ Humanos, C. N. (14 de 03 de 20). *Comunicado de Prensa DGC/080/2020*. Obtenido de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2020-03/COM_2020_080.pdf
- ✚ Humanos, C. N. (20 de 03 de 2020). *Comunicado de Prensa DG/086/2020*. Obtenido de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2020-03/COM_2020_086.pdf
- ✚ I., C. (2020). *"El derecho a la salud en México y los recursos en el sector ante el Covid-19"*. México: Animal Político.
- ✚ Illán Marcos, E., & Hernández Mier, C. (2021). *El derecho a la salud es un derecho humano*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100351>
- ✚ IMSS. (s.f.). *Ley del Seguro Social, Artículo 2*.

- ✚ *Informe sobre la salud en el mundo 2008.* (2018). Obtenido de Políticas públicas para la salud pública: https://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf
- ✚ J., M. C. (2012). "La protección de la salud en México: un derecho fundamental en Construcción".
- ✚ L., M. (2004). Derecho a la Salud en México. En *Un analisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria.* (pág. 88). Revista IIDH Vol. 40.
- ✚ Latinus. (29 de 03 de 2022). *México registra 2 mil 758 nuevos contagios de Covid y 84 muertes en un día.* Obtenido de <https://latinus.us/2022/03/29/mexico-registra-2-mil-758-nuevos-contagios-covid-84-muertes-un-dia/>
- ✚ LGS. (1984). *Ley General de Salud* . México.
- ✚ LGS. (1984). *Ley General de Salud, Artículo 2.* México.
- ✚ LGS. (s.f.). *Ley General de Salud, Fracción I, II y III.*
- ✚ Lolos., F. (1997). *Derechos Humanos y Salud: Consideraciones bioéticas, En: Salud, Cambio Social y Política: perspectivas desde America Latina., Argentina .*
- ✚ M., G. (2020). "*Coronavirus en México: por qué es uno de los países con más muertes de personal sanitario por covid-19 en todo el mundo*". México: BBC.
- ✚ Maya, M. (2005). Fundamentos de salud pública . En J. M. Jorge Humberto Blanco Restrepo. colombia: Corporación para Investigación Biológicas.
- ✚ Mayer, C. (2007). "El derecho a la protección de la salud". México: Salud pública Méx vol.49 no2.
- ✚ México, G. d. (2020). *Todo sobre Covid-19.* Obtenido de <http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/informacion-de-la-vacuna/>

- ✚ México, G. d. (28 de 03 de 2022). *Covid-19 México*. Obtenido de <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- ✚ MÉXICO, G. D. (s.f.). *COVID-19*. Obtenido de [COVID-19: https://coronavirus.gob.mx/covid-19/](https://coronavirus.gob.mx/covid-19/)
- ✚ México., S. d. (14 de 04 de 2020). *Dirección General de Epidemiología*. Obtenido de Comunicado Técnico diario.: <http://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-covid-19>
- ✚ Milenio. (07 de 08 de 2021). *CdMx, Colima, Guerrero, Jalisco, NL y Nayarit pasan a rojo en semáforo covid*. Obtenido de *CdMx, Colima, Guerrero, Jalisco, NL y Nayarit pasan a rojo en semáforo covid*: <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/semaforo-covid-mexico-mapa-9-22-agosto>
- ✚ Milio, N. (1996). Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud. *OPS Washington, DC, Publicacion Cientifica*, 557.
- ✚ Mogollón, P. (2009). Los Sistemas de Salud. En En P.A. Mogollón, *Reflecciones en salud pública* (pág. 158). Colombia: Universidad del Rosario.
- ✚ OMS. (09 de Noviembre de 2005). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/28/es/index.html>
- ✚ OMS. (s.f.). *Organizaion Mundial de la Salud* . Obtenido de Mas informacion sobre la Pandemia COVID 19: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- ✚ OMS. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.
- ✚ ONU. (1948). *Declaración Univesal de Derechos Humanos*.
- ✚ OPS. (2001). *Promoción de la salud en las Americas*.
- ✚ Rodriguez de Romo.A.C., Y. R. (1998). *Historia de la salud pública en Mexico: siglos XIX y XX. Historia, Ciencias, saude-Manguinhos*. MEXICO .
- ✚ Salud, L. G. (s.f.). *Artículo 24*.

- ✚ UNIDAS, O. D. (10 de 12 de 1948). *DECLARACION UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS* . Obtenido de DECLARACION UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS : <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- ✚ V., L. (Diciembre de 1995). Justicialidad y más allá: procedimiento de quejas t el derecho a la salud. *Revista de la Comisión Internacional de Juristas*, núm. 55, 91.
- ✚ V., M. (enero-junio 2009). El derecho a la vida en la contitución mexicana. un Proyecto luminoso de resolución. *Revista Iberoamericana de Derecho Procesal Constitucional* núm. 11.