



La desatención médica de enfermedades crónicas provocada por la presencia de la COVID-19 en México

The medical neglect of chronic diseases caused by the presence of COVID-19 in Mexico

Alma Jéssica Velázquez Gallardo¹

CuCIÉnega, Universidad de Guadalajara
Ocotlán, Jalisco, México

<https://orcid.org/0000-0001-9183-7727>

alma.vgallardo@academicos.udg.mx

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4382>

DOI : 10.25965/trahs.4382

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

Resumen: La Pandemia iniciada con la aparición del virus SARS-Cov2 que provoca la enfermedad de la COVID-19 evidenció la fragilidad del Sistema Nacional de Salud en México, las estrategias que implementó el gobierno para atender la pandemia fueron tardías y afectaron a los mexicanos en diversos ámbitos, el mayor de ellos en la salud. Por eso en el presente trabajo tiene por objetivo analizar la desatención médica de las enfermedades crónicas y sus consecuencias en documentos oficiales y disponibles. Lo anterior con una investigación de corte teórica, con la metodología analítica y exegética en la que se realiza el análisis documental de datos de este tipo de enfermedades, mortalidad y su exceso, así como las estrategias implementadas en contraposición con la normativa mexicana que permiten concluir que se ha evidenciado retrocesos importantes en la garantía del derecho a la salud por el estado mexicano y se ha profundizado la vulnerabilidad del grupo de personas que padecen enfermedades crónicas, en su mayoría adultos mayores.

Palabras clave: desatención médica, COVID-19, enfermedades crónicas, derecho a la salud

Résumé : La pandémie qui a commencé avec l'apparition du virus SRAS-Cov2, cause de la maladie de la COVID-19 a montré la fragilité du système national de santé au Mexique. Les stratégies que le gouvernement a mises en œuvre pour faire face à la pandémie ont été tardives et ont affecté les Mexicains de diverses manières, en particulier dans le domaine de la santé. C'est pourquoi, dans cet article, l'objectif est d'analyser la négligence médicale des maladies chroniques et ses conséquences dans les documents officiels et disponibles. Ceci, à partir d'une enquête théorique fondée sur la méthodologie analytique et exégétique dans laquelle l'analyse documentaire des données de ce type de maladies, la mortalité sont effectuées, ainsi que les

¹ Doctora en Investigación En Medicina por la Universidad de Oviedo, España. Profesora Investigadora del Departamento de Justicia y Derecho del Centro Universitario de la Ciénega de la Universidad de Guadalajara, Presidenta de la Academia de Derecho Público-CUCIénega, Profesora con Perfil Deseable PRODEP y miembro representante del Cuerpo Académico UDG-CA-562: Educación, Políticas Públicas y Desarrollo Regional, Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI)-CONACYT.

stratégies mises en œuvre, contrairement à la réglementation mexicaine, ce qui permet de conclure que des reculs importants ont été mis en évidence dans la garantie du droit à la santé par l'État mexicain et que la vulnérabilité du groupe de personnes souffrant de maladies chroniques, principalement les personnes âgées, s'est aggravée.

Mots clés : négligence médicale, COVID-19, maladies chroniques, droit à la santé

Resumo: A pandemia que começou com o aparecimento do vírus SARS-Cov2 que causa a doença COVID-19 mostrou a fragilidade do Sistema Nacional de Saúde no México, as estratégias que o governo implementou para lidar com a pandemia foram tardias e afetaram os mexicanos de várias maneiras, o maior deles em saúde. É por isso que neste trabalho o objetivo é analisar a negligência médica das doenças crônicas e suas consequências nos documentos oficiais e disponíveis. O anterior com uma investigação teórica, com a metodologia analítica e exegetica em que se realiza a análise documental de dados deste tipo de doenças, mortalidade e seu excesso, bem como as estratégias implementadas em contraste com as regulamentações mexicanas que permitem concluir que retrocessos significativos foram evidenciados na garantia do direito à saúde pelo Estado mexicano e se aprofundou a vulnerabilidade do grupo de pessoas que sofrem de doenças crônicas, principalmente idosos.

Palavras chave: negligência médica, COVID-19, doenças crônicas, direito à saúde

Abstract: The Pandemic that began with the appearance of the SARS-Cov2 virus that causes the COVID-19 disease showed the fragility of the National Health System in Mexico, the strategies that the government implemented to deal with the pandemic were late and affected Mexicans in various ways. fields, the largest of them in health. That is why in this paper the objective is to analyze the medical neglect of chronic diseases and its consequences in official and available documents. The foregoing with a theoretical investigation, with the analytical and exegetical methodology in which the documentary analysis of data of this type of diseases, mortality and its excess is carried out, as well as the strategies implemented in contrast to the Mexican regulations that allow to conclude that significant setbacks have been evidenced in the guarantee of the right to health by the Mexican state and the vulnerability of the group of people suffering from chronic diseases, mostly older adults, has deepened

Keywords: medical neglect, COVID-19, chronic diseases, right to health

Introducción

La pandemia provocada por el virus SARS-CoV2, que genera la enfermedad de la COVID-19, afectó a todos los continentes del mundo. En las últimas semanas México ha estado inmerso en una cuarta ola de contagios con la aparición de la variante Omicrón, que es en suma contagiosa y que si bien no afecta de la misma forma que la variante original o bien delta, podemos contar al 11 de febrero de 2022 con 5'257,605 casos positivos confirmados. Mientras en el recuento de las defunciones tenemos 312,118 decesos confirmados aun cuando se estima que podrían ser más, esto según la página oficial de datos COVID-19, Asimismo, se estiman 124,734 casos activos en el país. De la misma forma se tienen registrados los datos de las comorbilidades, de la siguiente forma: Hipertensión: 13%, obesidad 10.81%, diabetes 9.85% y tabaquismo 6.02% (Consejo Nacional de Ciencia Tecnología, 2022).

Siendo así, se han tomado acciones por parte del gobierno de México desde el inicio de la pandemia, que para muchas personas no han sido las mejores, ni oportunas, asimismo se consideró la reconversión hospitalaria para atender de mejor manera los casos de la enfermedad de COVID-19. Sin embargo, se dejó de lado la atención de enfermedades catalogadas como no graves o en su caso las enfermedades crónicas, de las que se suspendieron las consultas, con el argumento de que no son prioritarias y que además ponían en peligro a quienes las padecen (muchos de ellos adultos mayores), se corría el riesgo de su contagio y se consideró su alta vulnerabilidad ante la enfermedad que se propagaba con altos contagios. Situación que si bien en su momento fue cierta y se respaldó en lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertó al respecto, también lo es, que se desatendió sin una programación y sin un análisis de riesgos sobre la posible mortalidad que habría de no atenderse las enfermedades crónicas. Situación que aconteció, primeramente, por la desatención médica (casi olvido) del sector salud para estas afecciones y en segundo término, en virtud del temor de las personas que las padecen, de contagiarse en las unidades de atención médica.

Lo anterior en perjuicio de la salud de las personas, afectando con ello el derecho a la salud, establecido en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales de los que el estado mexicano es parte, con medidas regresivas que acentuaron problemas de salud y de no atenderse de forma rápida se corren riesgos muy costosos en la materia, así como de tipo social.

El objetivo del presente trabajo es analizar la desatención médica de las enfermedades crónicas y sus consecuencias en los documentos oficiales y literatura disponibles para ello en contraposición con la normatividad que prevé el derecho fundamental a la salud.

Enfermedades crónicas

La esperanza de vida en México aumentó a 76.6 años, acorde a la OMS, quien anunció la publicación de estadísticas sanitarias mundiales en la que señala que la población general está teniendo vidas más prolongadas y saludables, en el caso de México la esperanza de vida para quienes hayan nacido a partir del 2016 es de 74 años para los hombres, mientras que para las mujeres es de 79.2 años (Quiroga, 2020).

Sin embargo, existen otras aristas que determinan la esperanza de vida y la calidad de la misma en materia de salud, como la anhelada cobertura universal en salud, en la que existe un déficit de unidades médicas para atención, de médicos, en dónde el acceso a especialidades médicas parece un sueño para muchas personas en México y

contar con atención médica especializada es un derecho humano remoto (Velázquez, 2019). Esto sin considerar los riesgos que implica vivir en un México en donde el homicidio doloso es uno de los delitos con mayor incidencia en el país (Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, 2021). Además de contar con altos indicadores de obesidad infantil y adulta en México (Pegaza, 2021).

En tanto las enfermedades crónicas se encuentran presentes de forma importante en México, las mismas se definen por la Real Academia de la Lengua Española como:

Estado producido en un ser vivo por la alteración de la función de uno de sus órganos o de todo el organismo” (Real Academia de la Lengua Española, 2022). En tanto define lo crónico como: “dicho de una enfermedad larga. (Real Academia de la Lengua Española, 2022).

Efectivamente las enfermedades denominadas crónicas son aquéllas que tienen una larga duración, tales como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, etc., la OMS, las señala también como Enfermedades No Transmisibles y sobre ellas establece:

Las ENT, también conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. (Organización Mundial de la Salud, 2022).

En México las enfermedades crónicas tienen un alta prevalencia, es decir, el número de personas que sufren de estas enfermedades está a la alza, así lo demuestra la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. En su informe final se establece que la prevalencia de la diabetes por diagnóstico médico previo en adultos en el país fue de 10.3%, y se observa mayor en mujeres con el 11.4 y 9.1% en hombres. Además, destaca que es mayor a la reportada por esta misma encuesta realizada en 2012 que fue de 9.2, y se advierte mayor prevalencia de acuerdo al aumento de edad, siendo el grupo de 60 años y más el que tiene mayor el indicador de 25% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020:149).

Este indicador es lamentable y va en incremento como se advierte de la encuesta en mención, mientras que también se consigna en el documento que son datos en los que falta contar todos aquéllos casos en los que se dan por hallazgo y no por diagnóstico previo. Ante ello el número debe ser mucho mayor, dan cuenta de ello Viqué y Galindo ya que en los resultados de su estudio establecen que hay factores de riesgo en los mexicanos, de entre ellos afecta las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y la hipertensión, señalando que la diabetes está a la alza y del 2012 al 2018 hay un aumento de 4% de la prevalencia, asimismo se señala que la prevalencia de hipertensión está en aumento también (Viqué y Galindo, 2021: 56-57).

La prevalencia en adultos mayores de enfermedades crónicas es mucho más alta el porcentaje:

De acuerdo al estudio sobre el envejecimiento global y la salud de adultos (SAGE por sus siglas en inglés), en México se estima que alrededor del 67% de las personas de 60 y más años de edad presenta diferentes enfermedades crónicas

como lo son la angina de pecho, osteoartritis, asma, cataratas, diabetes, enfermedad cerebrovascular, neumopatía crónica, hipertensión arterial y depresión, lumbalgia crónica, déficit auditivo y obesidad (Instituto Nacional de Geriátría, 2019: 15).

Se estima que en los próximos 30 años habrá un envejecimiento importante de la población en México y se duplicará la cifra de personas mayores de 60 años (Instituto Nacional de Geriátría, 2019). Es un hecho que las personas adultas mayores representan cada vez un número más alto demográficamente hablando y lamentablemente también lo es, que la prevalencia de enfermedades crónicas en este sector poblacional es mayor, ya que la promoción y prevención en salud, son tareas que han quedado a deber en nuestro país, aunado a los malos hábitos alimenticios y de prácticamente nula actividad física.

Mortalidad en México

Ahora bien, para mostrar un panorama de la mortalidad en México, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en su comunicado de prensa número 592/21 del 28 de octubre de 2021, en dónde se establecen las características de las defunciones registradas en México durante 2020, en el que se señala las causas de muertes y sus orígenes:

Durante 2020, 92.4% (1 004 083) de las defunciones se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud presentando un aumento de 3.6% con respecto a 2019 y 7.6% (82 660) a causas externas: accidentes (32 356), homicidios (36 773), suicidios (7 896) y eventos de intención no determinada (5 573) [...]

Por problemas de salud, las tres principales causas de muerte a nivel nacional fueron las enfermedades del corazón (218 704, 20.1%), la COVID-19 (200 256, 18.4%) y la diabetes mellitus (151 019, 13.9%) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021).

En efecto, las causas de muerte en México son variables, sin embargo, hay constantes y las enfermedades crónicas siguen estando presentes y por supuesto se sumó la COVID-19. Situación que indefectiblemente se presenta en muchos países del orbe, los eventos cardiovasculares incrementaron el número de muertes debido en parte a la desatención que se ha dado de dichos padecimientos, Según Lamelas, et al., (2020), señala que la caída en la atención o infrautilización de intervenciones clínicas en enfermedades cardiovasculares ha aumentado considerablemente la mortalidad no asociada a COVID-19:

Si bien estamos en una etapa temprana de la pandemia, ya existe evidencia indirecta de que la desatención de la ECV esté causando un incremento objetivo de la mortalidad. Se observó un incremento de mortalidad total en ciertas regiones de España, Italia y Europa por encima de lo esperado por la pandemia de COVID-19. (Lamelas, et al., 2020: 249).

La desatención médica de las enfermedades crónicas y no urgentes tiene en los últimos dos años su principal raíz en la aparición de la pandemia, ya que los esfuerzos de los sistemas de salud han enfocado su atención en los casos de COVID-19 y el temor al contagio también propició que sean los pacientes quienes no acudan

a atención, entre otros factores, lo que ha aumentado los indicadores de mortalidad en el mundo.

Exceso de mortalidad

El exceso de mortalidad es un parámetro que nos permite medir entre las muertes esperadas y las muertes ocurridas en un período de tiempo, según la Secretaría de Salud el exceso de muertes durante la pandemia se comporta de conformidad a la información mostrada en la siguiente tabla 1:

Tabla 1

Exceso de muertes durante la emergencia por COVID-19 período 2020-2021

Defunciones Esperadas (acumuladas)	Defunciones Observadas (Acumuladas)	Exceso de Defunciones (Acumuladas)	Porcentaje de Exceso (Acumulado)	Asociadas a COVID-19	Porcentaje de Exceso asociado a COVID-19 Acumulado	Confirmadas COVID-19 Acumuladas
1'487,258	2'154,498	667,240	44.9%	461,561	69.2%	300,386

Fuente: Información oficial del sitio web de coronavirus (Gobierno de México, 2022).

Si analizamos la información proporcionada por la fuente oficial del Gobierno de México en torno al exceso de muertes, podemos advertir que no todas son asociadas a COVID-19, es decir, hay 205, 679 muertes no asociadas a la COVID-19, mientras que las que sí están asociadas sólo el 15% en promedio o menos (como se vio en los datos oficiales), es por comorbilidades, como las enfermedades de hipertensión, obesidad y diabetes (Estatista, 2022), es decir la mayoría no está aparejada a las mismas.

La COVID-19 y las políticas públicas instauradas ante la presencia de la enfermedad en México

La aparición del Virus SARS-Cov2 provoca la denominada enfermedad COVID-19, la OMS “tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China)” (Organización Mundial de la Salud, s.f.-a).

En México el 19 de Marzo del año 2020, se reconoce mediante acuerdo del Consejo de Salubridad General, la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) como una enfermedad grave de atención prioritaria y se establecen las actividades de preparación y respuesta ante la misma, que las medidas de prevención y control de la epidemia las establecerá la Secretaría de Salud y exhorta a los gobiernos de los estados de la república y a quienes integran el Sistema Nacional de Salud a definir a la brevedad planes de reconversión hospitalaria y expansión inmediata de capacidad

con la finalidad de garantizar la atención oportuna por casos de COVID-19 (Consejo de Salubridad, 2020).

El 24 de marzo del mismo año referido, se establecen las medidas preventivas que deben implementarse para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad COVID-19, de entre las que destacan para la presente investigación:

Evitar la asistencia a centro de trabajo, espacios públicos y lugares concurridos a los adultos mayores de 65 o más años y grupos de personas con riesgo de desarrollar enfermedad grave y/o morir a causa de ella, en estos grupos se incluyeron a mujeres embarazadas o período de lactancia, menores de 5 años, personas con discapacidad, con enfermedades crónicas no transmisibles. Además, personas con hipertensión arterial, pulmonar, insuficiencia renal, lupus, cáncer, diabetes mellitus, obesidad, insuficiencia hepática o metabólica, enfermedad cardíaca, entre otras. La suspensión de actividades escolares en todos los niveles hasta el 17 de abril de 2020, suspender actividades de concentración de personas sin menoscabo de los derechos humanos de las personas, determinación de actividades esenciales en el sector público, así como del sector privado la continuación de las labores que resulten necesarias para hacer frente a la contingencia como hospitales, farmacias y laboratorios. Respecto a los derechos de los trabajadores, suspender los eventos masivos y reuniones de más de 100 personas, cumplir medidas de higiene que incluye el lavado frecuente de manos, estornudar o toser cubriendo boca y nariz con un pañuelo desechable o con el antebrazo, saludar a distancia. Y para las personas que tengan síntomas, evitar contacto con otras personas, desplazamiento en espacios públicos y mantener sana distancia durante los 15 días posteriores a los síntomas (Secretaría de Salud, 2020a).

Lo anterior obedece a que en ese momento no se contaba ni con grandes conocimientos de la enfermedad, su comportamiento en nuestro país, así como tampoco se tenían aún los implementos requeridos para hacer pruebas suficientes y las que había no se aplicaban al conglomerado poblacional, sino sólo a quien la solicitará por padecer síntomas.

Posteriormente, el 27 de marzo de 2020, se declaran diversas acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad en ese momento, grave de atención prioritaria generada por el virus ya citado. Entre otras acciones estatales se decidió disponer de los recursos médicos y de asistencia social de los sectores públicos, social y privado existentes en las regiones afectadas, así como adquirir bienes y servicios a nivel nacional o internacional, equipo médico, agentes de diagnóstico. Muchos de estos procedimientos se autorizaron sin necesidad de llevar a cabo el procedimiento de licitación pública para afrontarla, asimismo, importar y autorizar la importación y adquisición de bienes y servicios en territorio nacional sin necesidad de agotar trámite administrativo alguno para enfrentar la contingencia (Secretaría de Salud, 2020b).

En tanto el 30 de marzo de 2020, el Consejo de Salubridad General, emite diverso acuerdo en el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor a la epidemia de enfermedad provocada por SARS-CoV2 (Consejo de Salubridad General, 2020). En ese orden de las cosas, el 31 de marzo de 2020 se emiten nuevas disposiciones en torno a las medidas que los sectores público, social y privado debían implementar en ese momento las medidas siguientes:

Suspensión de actividades no esenciales del 30 de marzo al 30 de abril con la finalidad de mitigar la dispersión y transmisión del virus, para disminuir la carga de enfermedad, sus complicaciones y la muerte por COVID-19, y solo podrían continuar

en funcionamiento las actividades consideradas esenciales, como las necesarias para atender la emergencia sanitaria, como servicios y atención médica y todo lo que le rodea, seguridad pública y protección ciudadana, la procuración y administración de justicia, la actividad legislativa, sectores fundamentales de la economía, etc. Sin embargo, en los lugares en donde se realicen dichas actividades, no podrán reunirse o congregarse más de 50 personas, deberán lavarse las manos frecuentemente, estornudo de etiqueta, saludo a distancia, y todas las que ya se habían establecido.

De forma importante se establece el resguardo de todas personas que no realicen actividades esenciales a cumplir resguardo domiciliario responsable, del 30 de marzo al 30 de abril de ese año, y lo define: “limitación voluntaria de movilidad, permaneciendo en el domicilio particular o sitio distinto al espacio público el mayor tiempo posible”, mismo que se determina a aplicarse de forma estricta a toda persona mayor de 60 años de edad, estado de embarazo o puerperio inmediato, o con enfermedad crónica. Asimismo, que las medidas descritas deberán aplicarse con estricto respeto a los derechos humanos de todas las personas (Secretaría de Salud, 2020c).

Como podemos advertir de la serie de disposiciones que se dieron en México, fueron de forma paulatina y para muchos de forma tardía (como la compra de insumos).

Otro de los rubros a considerar en estas disposiciones fue la de determinar grupos vulnerables y entre ellos las personas con enfermedades crónicas, el criterio obedeció en gran medida por la experiencia previa de los países que tenían más tiempo combatiendo con la enfermedad como es el caso de Europa y las recomendaciones que hizo la OMS:

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 (Organización Mundial de la Salud, s.f.-b).

Reconversión hospitalaria y situación de la atención a la salud en México

La reconversión hospitalaria en México se dio con base en criterios de atención oportuna y de calidad para dar respuesta a la pandemia y acorde a lo que se estableció por parte de la Secretaría de Salud, en particular a lo que interesa a este trabajo, se determinó los servicios que pueden suspenderse y reprogramarse y se puso en primer término “la consulta externa para pacientes con enfermedades crónicas controladas con estricto apego a cita escalonada” (Secretaría de Salud, 2020e: 14).

Dada la reconversión hospitalaria se dejaron de lado servicios de salud a otras áreas, privilegiando la atención de los pacientes con afecciones respiratorias y/o síntomas por COVID-19. Dicha reconversión se presentó cuando el sector salud no era ni por asomo el mejor, en su lugar se podría calificar como debilitado, las circunstancias por las que pasaba la atención en salud en México, no eran ni son las propicias para atender una pandemia, en la que se contaba en 2020 con un déficit de 500 mil

profesionales de la salud y sólo 1.4 camas hospitalarias por cada 100 mil habitantes (Roldan, 2021).

Además de tener una contracción del gasto per cápita en todos los subsistemas de salud en México del 2010 al 2020, es decir, se ha ido recortando en la última década el gasto en salud en lugar de aumentarse, el año 2013 fue cuando mayor inversión se hizo y de ahí en adelante ha ido recortándose, en el 2020 se destinó el 2.6 del producto interno bruto en salud, cuando se ha recomendado por la OMS, que sea del seis la inversión en dicho rubro (Méndez, s.f.).

Asimismo, en el año 2020, se midió la pobreza en México por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, dentro de los rubros analizados, se determinó el acceso a los servicios de salud, midiendo la carencia y resultando que en la actualidad hay un retroceso ya que en el año 2016 la carencia era del 15.6% y para el año 2020 fue del 28.2%. casi el doble de carencia a los servicios de salud. (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social , 2020). De lo anterior podemos señalar que la pandemia llegó cuando las condiciones no eran ni serían propicias para atenderla en el país.

Derecho a la Salud

El Derecho a la salud, encuentra su fundamento en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales dentro de los cuales destaca la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25, que en lo general establece el derecho a la salud, mientras que por su importancia destaca el Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, que en su artículo 12 establece de forma amplia el derecho a la salud, y en su punto 2 las medidas que deben adoptar los países firmantes, que en su inciso c y d establece que se debe dar tratamiento a las enfermedades y la lucha contra éstas y crear las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (ONU, 1976).

Destaca que los estados firmantes en el Pacto como lo es México se comprometen a realizar las acciones tendentes a la progresividad de los derechos consignados en él, en particular el derecho a la salud, así lo establece la observación general número 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de agosto del año 2000. En este se plantea que la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio del resto de los derechos humanos. Continúa el documento estableciendo en el punto I número 8 que entre los derechos derivados del artículo 12 del citado Pacto, se encuentra el contar con “un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud” (Comité de Derechos Económicos. Sociales y Culturales, 2000: 3).

Se prevé en su numeral 12 que el derecho a la salud abarca elementos esenciales y que se relacionan entre sí: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y la calidad, mientras que el punto 25 refiere que el derecho a la salud de las personas mayores debe ser con un enfoque integrado que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación, que le permitan a las personas mayores funcionalidad y autonomía, en tanto se deben dar la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos[...](Comité de Derechos Económicos. Sociales y Culturales, 2000: 3,8).

En la misma tesitura existe la tesis aislada del pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación bajo el número XVI/201 de fecha 4 de julio de 2011 que señala:

Derecho a la Salud. Impone al Estado las Obligaciones de garantizar que sea ejercido sin Discriminación Alguna y de Adoptar Medidas para su Plena Realización.

Del artículo 40. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, según el cual toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho, y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado. Así, la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, por ejemplo, dispone que el derecho a la salud garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y refiere que los poderes públicos tienen obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él. Algunas de estas obligaciones son de cumplimiento inmediato y otras de progresivo, lo cual otorga relevancia normativa a los avances y retrocesos en el nivel de goce del derecho. Como destacan los párrafos 30 y siguientes de la Observación citada, aunque el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representa la limitación de los recursos disponibles, también impone a los Estados obligaciones de efecto inmediato, como por ejemplo las de garantizar que el derecho a la salud sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización, que deben ser deliberadas y concretas. Como subraya la Observación, la realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización. Al igual que ocurre con los demás derechos enunciados en el Pacto referido, continúa el párrafo 32 de la Observación citada, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2011).

Se resalta lo relativo a que la realización progresiva del derecho a la salud y que el hecho de avanzar en determinado período no exime del cumplimiento de las obligaciones contraídas en virtud del Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sino que se debe avanzar en su cumplimiento hasta el logro de la realización plena del mismo para todas y todos y finaliza la tesis con la prohibición de los países suscribientes de establecer medidas regresivas en relación al derecho citado.

Esto en concordancia con la agenda 2030 cuyo objetivo de desarrollo sostenible número 3 sobre salud y bienestar, establece: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible” (ONU, 2015).

Es así y con base en el diverso artículo primero constitucional que establece que todas las personas gozaran de los derechos humanos reconocidos en la constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte como lo es

el Pacto del que se ha hecho referencia. Además de agregar el texto del artículo en cita que siempre se deberá por parte de las autoridades promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos bajo los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

De ahí que las obligaciones que se derivan para las autoridades en el campo de los derechos sociales, son de hacer, esto es tienen un carácter prestacional que implica un papel más activo por parte del estado (Riva, 2015), en cuanto a destinar presupuesto, crear o modificar normas y en su caso generar políticas públicas que garanticen un mínimo de bienestar y en particular en el caso del derecho a la salud, el acceso a un sistema de salud que asegure la atención médica para los titulares del mismo.

Asimismo, se cuenta con los Derechos Generales de los Pacientes que en su texto establece que el primero de ellos es: contar con atención médica adecuada, entendiendo por tal la que se da por personal de la salud de forma oportuna y acorde al padecimiento que tiene cada persona. Sin embargo, esto no ha ocurrido en el período de la pandemia que prácticamente en México su aparición data de dos años.

Desatención Médica durante la pandemia

Durante la pandemia provocada por la COVID-19 se evidenció que el Sistema de Salud en México está pasando por una situación difícil como ya se ha afirmado y que no se ha logrado avanzar en estándares de calidad en el mismo, por el contrario, el propio presidente de la república ha señalado haber encontrado corrupción, sin personal médico especializado, sin medicamentos y mala infraestructura (Presidencia de la República, 2020).

Lo que ha coincidido con autores que señalan el sistema de salud presenta corrupción y malos manejos (Orellana y Guerrero, 2021).

El exceso de mortalidad por supuesto se atribuyó a la aparición de la COVID-19 pero también al tema de las co-morbilidades, sin embargo Orellana y Guerrero (2021), señalan que en realidad se han utilizado como excusas ante la falta de preparación para afrontar la pandemia: “Situaciones como la adquisición de suministros de manera tardía, la pérdida de tiempo en la preparación y una reconversión hospitalaria, que dejó en desatención otros problemas de salud como las enfermedades crónicas, cáncer y otras...”(Orellana y Guerrero, 2021: 130-131).

Algunos autores señalan que en el ámbito de la salud se priorizó todo lo referente a la COVID-19 y quedaron en segundo plano, entre otras, las consultas médicas no urgentes y el tratamiento de enfermedades no urgentes (Martínez, et al., 2021). Agregan que se vieron colapsados muchos servicios de salud, aunado además al “miedo e incertidumbre de personal de la salud y de los pacientes trajo una “desatención” de patologías crónicas que de cierta manera podían esperar; pero que terminó provocando una descompensación de las mismas y, finalmente, un aumento en la morbilidad y mortalidad” (Martínez, et al., 2021: 1). Señala Orellana y Guerrero que se invierte poco en salud pública tan sólo el 2.8 % del Producto Interno Bruto, por lo tanto que las personas se atienden en el sector privado generando con ello un gasto de bolsillo del 45% y con déficit de personal, y con la sobrecarga del sistema de salud se generan muertes asociadas con la reducción de otros padecimientos, ya que ha habido exceso de mortalidad por todas las causas y aumento de enfermedades no relacionadas con COVID-19 (Orellana y Guerrero, 2021).

Metodología

Esta investigación es teórica, con un método analítico y exegético, con técnicas de investigación documental y análisis de información relacionada a las enfermedades crónicas en el país, la mortalidad y su exceso, así como las estrategias implementadas a raíz de la pandemia. Con un análisis de contenido de la información disponible y un análisis jurídico de la normativa mexicana e internacional en materia de salud a la que está comprometido el Estado mexicano.

La selección de los documentos en análisis se debió a la información oficial que se presenta de la enfermedad por la Covid-19 y las estrategias implementadas de forma cronológica por México en la materia, así como el cruce de información de la mortalidad y las enfermedades crónicas.

Discusión

Si bien en las leyes, en los tratados internacionales y en la interpretación jurisprudencial del más alto tribunal en México, obligan al Estado mexicano a establecer las medidas presupuestarias, normativas y de política pública necesarias para satisfacer el derecho a la salud, las cuales deben ser progresivas y nunca regresivas, durante la pandemia hemos presenciado un Sistema Nacional de Salud débil, carente de infraestructura, recursos humanos, materiales y medicamentos. Como consecuencia se complicó ante la presencia de la pandemia por la COVID-19 que ha puesto a prueba a todos los sistemas de salud en los que nadie se encontraba preparado para una situación emergente de tal magnitud. Como era de suponer los países con menor nivel de desarrollo han padecido los estragos de la misma en el ámbito económico, político y particularmente en el plano de la salud.

El caso de México ha quedado claro que las estrategias implementadas por las instancias correspondientes en la toma de decisiones han sido tardías, contrarias y han dejado desatendidas a otros ciudadanos en el cuidado de su salud: en específico, quienes padecen enfermedades crónicas, han vivido su proceso de salud prácticamente en el olvido de las autoridades mexicanas. Al implementar sus medidas de reconversión hospitalaria y destinar los recursos económicos y humanos a la atención de la pandemia, por un lado “olvidaron” en sus disposiciones a las personas que padecen otras enfermedades, mientras que por el otro, prácticamente decidieron que los adultos mayores estuvieran enclaustrados en sus domicilios e inhabilitarlos para tomar la decisión de acudir a su unidad médica para la recepción de su atención y tratamiento médico, al establecerles citas a su especialidad con una temporalidad de hasta un año de distancia. Sin establecer opciones de tratamiento vía on line, llamada telemedicina o de consulta remota.

Aunque en algunas entidades de la república se hicieron esfuerzos por hacer estas consultas, en su mayoría se dirigieron a atender a pacientes con síntomas o sospecha de enfermedad por COVID-19. Sin embargo, algunas otras especialidades otorgaron consultas o interpretación de resultados a través de las tecnologías, así en el estudio de Monraz, et. al (2021) se advierten datos de atención a pacientes por estos mecanismos, misma que no se dio de forma uniforme en la República Mexicana, ni mediante una estrategia nacional de atención vía telemedicina, sino que las entidades federativas atendieron de la forma en que sus recursos se los permitía en esta modalidad (Monraz, et al. 2021).

Esto es así, no se buscó establecer una estrategia de atención a las personas con enfermedades crónicas, en un inicio de la pandemia es comprensible que se estén adaptando las estrategias de atención de la misma, pero con el paso del tiempo simplemente se dejó a los subsistemas de salud la atención a sus derechohabientes

conforme a sus posibilidades. La mayoría de estas sin organización, sin presupuesto extra asignado, que permitiría probablemente implementar la telemedicina o quizá la atención domiciliaría, en su caso, atención en kioscos de salud que se acercará a los domicilios. Otro ejemplo de lo que se pudo hacer es enviar brigadas de especialistas en salud, que sí pudieran atender a los enfermos crónicos, y no dejar la atención olvidada a dicho sector de la población, que además en su mayoría como se ha dejado patente son adultos mayores, quienes quizá no podrían recibir telemedicina por las limitaciones que se tienen en el país en cuanto al acceso a internet libre, la capacidad de contar con una herramienta tecnológica, así como la falta de apropiación en el uso y manejo de las tecnologías.

Con lo cual podemos decir que no se ha cumplido con las obligaciones de nuestra nación en el caso del acceso a la atención médica en los servicios de salud, las cuales deben ser progresivas y no regresivas, ya lo dicen algunos autores cuando analizan los derechos sociales “las obligaciones de garantizar suponen asegurar que el titular del derecho acceda al bien cuando no puede hacerlo por sí mismo” (Abramovich y Courtis, 2014: 29).

Podemos señalar entonces, que en México como en algunos otros países se dejó de lado la atención a los enfermos crónicos sin establecer estrategias y/o acciones que les permitieran regresar a los servicios de especialidades suspendidos, que a la fecha siguen sin regularizarse en los principales subsistemas del Sistema Nacional de Salud, con las consecuencias obvias en detrimento de los mexicanos:

- A) Gasto de bolsillo excesivo en salud,
- B) Falta de acceso a los medicamentos,
- C) Desatención Médica,
- D) Deterioro en la salud; y
- E) En muchos casos: la muerte.

Conclusiones

La pandemia propiciada por la COVID-19 ha puesto en evidencia las carencias en salud de los países, en particular de México, en el que la aparición de la pandemia evidenció el débil Sistema Nacional de Salud.

Las acciones tomadas por las autoridades mexicanas para atender la pandemia, entre ellas la reconversión hospitalaria, que propició la suspensión de la atención de enfermedades crónicas controladas, (entre otros servicios), se ha mantenido y en su lugar no se han establecido estrategias y/o acciones que solventen el acceso a sus consultas y tratamientos de especialidades a los enfermos crónicos que en un mayor porcentaje son los adultos mayores con lo que se ha acentuado la vulnerabilidad de este colectivo que también en un alto porcentaje padecen pobreza.

Lo que si se puede afirmar con lo anterior es que existe un exceso de mortalidad que no se explica sin voltear a ver a las personas con enfermedades crónicas, las que en el presente siguen en el olvido de las autoridades del gobierno federal y en muchos casos de las propias entidades federativas.

El derecho a la salud de los mexicanos es enunciativo en nuestra nación, ya que con la pandemia se ha visto el retroceso en el cumplimiento de las obligaciones del Estado mexicano para garantizar el cumplimiento progresivo de la salud y en su lugar lo que se advierte son medidas regresivas que lejos de tutelarla han dejado a las personas a sus propias posibilidades de gestionar su salud, lo que conlleva nuevos riesgos personales pero también sociales, como hemos visto con manifestaciones de inconformidad por la falta de medicamentos y que en su momento esto puede escalar con la desatención médica.

Referencias

- Abramovich, V. y Courtis, C. (2014). *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación general 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas. Recuperado el 28 de Enero de 2022, de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Consejo de Salubridad. (2020). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el 16 de 01 de 2022, de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020
- Consejo de Salubridad General . (2020). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el 18 de Enero de 2022, de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30/03/2020#:~:text=Primero.-,Se%20declara%20como%20emergencia%20sanitaria%20por%20causa%20de%20fuerza%20mayor,prevista%20en%20el%20numeral%20anterior.&text=%C3%9ANICO.
- Consejo Nacional de Ciencia Tecnología. (11 de Febrero de 2022). *COVID-19 México*. Recuperado el 12 de Febrero de 2022, de <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social . (2020). *Resultados de Pobreza en México 2020*. Recuperado el 03 de Febrero de 2022, de https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2020.aspx
- Estatista. (2022). *Estatista*. Recuperado el 07 de Febrero de 2022, de <https://es.statista.com/estadisticas/1203880/casos-defunciones-covid-mexico-comorbilidad/>
- Gobierno de México. (17 de Enero de 2022). *Página oficial del coronavirus*. Recuperado el 7 de Febrero de 2022, de <https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Comunidad de Prensa número 592/21. México. Recuperado el 18 de Enero de 2022, de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020preliminar.pdf>
- Instituto Nacional de Geriátría. (2019). Boletín del Instituto Nacional de Geriátría. *Boletín del Instituto Nacional de Geriátría* , 2(3), 1-28. Recuperado el 8 de Febrero de 2022, de https://anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin_Abril2019.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 Resultados Nacionales*. Recuperado el 19 de Enero de 2022, de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Lamelas, P., et al. (2020). Enfermedad Cardiovascular en tiempos de COVID-19. *Medicina Buenos Aires*(80), 248-252. Recuperado el 21 de Enero de 2022, de <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v80n3/v80n3a08.pdf>

- Martínez Peró, et al. (2021). COVID-19 e Infarto Agudo de Miocardio. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 1-3. Recuperado el 20 de Enero de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8130701.pdf>
- Méndez, J. (s.f.). *Financiamiento del sistema de salud: antes, durante y después de COVID-19*. Recuperado el 04 de Febrero de 2022, de Centro de Investigación Económica y presupuestaria: <https://ciep.mx/financiamiento-del-sistema-de-salud-antes-durante-y-despues-de-covid-19/>
- Monraz, S., et al. (2021). Telemedicina durante la pandemia por COVID-19. *NTC Neumología y Cirugía de Tórax*, 80(2), 132-140. doi:10.35366/100996
- ONU. (1976). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado el 11 de Enero de 2022, de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- ONU. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado el 4 de Febrero de 2022, de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Orellana, J., y Guerrero, R. (2021). Impacto socioeconómico de la COVID-19 en el escenario Mexicano. *Acta Odontológica Colombiana*, 127-135. Recuperado el 19 de Enero de 2022, de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/97196/81205>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 17 de Enero de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.-a). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 16 de 01 de 2022, de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.-b.). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 17 de Enero de 2022, de https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Pegaza, C. (16 de Julio de 2021). Obesidad Infantil y de Adultos: La Otra Epidemia que enfrenta México. *Equal Times*. Recuperado el 10 de Marzo de 2022, de <https://www.equaltimes.org/obesidad-infantil-y-de-adultos-la?lang=es#.Yi09MejMLIU>
- Presidencia de la República. (2020). Comunicado de Prensa 708. México. Recuperado el 10 de Enero de 2022, de <https://www.gob.mx/presidencia/prensa/presidente-pide-apoyo-a-la-ciudadania-para-denunciar-corrupcion-en-el-sistema-de-salud>
- Quiroga, R. (2020). Esperanza de Vida en México creció a 76.6 años, informa la OMS. Recuperado el 16 de Enero de 2022, de <https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/Esperanza-de-vida-en-Mexico-crecio-a-76.6-anos-informa-la-OMS-20200513-0144.html>
- Real Academia de la Lengua Española. (2022). *Real Academia Española*. Recuperado el 17 de Enero de 2022, de <https://dle.rae.es/enfermedad>
- Real Academia de la Lengua Española. (2022). *Real Academia Española*. Recuperado el 17 de Enero de 2022, de <https://dle.rae.es/cr%C3%B3nico>
- Riva, A. (2015). *Comentarios sobre la tensión entre el derecho a la salud y el derecho a la libertad* (1 ed.). México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

- Roldan, N. (2021). ¿Qué compró, a quién contrató el gobierno para afrontar la pandemia y para qué alcanzó? *Animal Político*. Recuperado el 01 de Febrero de 2022, de <https://www.animalpolitico.com/2021/03/compras-contratos-gobierno-pandemia-alcance/>
- Secretaría de Salud . (2020c). *Diario Oficial de la Federación*. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590914&fecha=31/03/2020#:~:text=ART%C3%8DCULO%20SEGUNDO.-,%2D%20Se%20establece%20como%20acci%C3%B3n%20extraordinaria%2C%20para%20atender%20la%20emergencia%20sanitaria,del%20Consejo%20de%20Salubridad%20Genera
- Secretaría de Salud. (2020-a). *Diario oficial de la Federación*. Recuperado el 17 de Enero de 2022, de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020
- Secretaría de Salud. (2020-b). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el 17 de Marzo de 2022, de [http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020#:~:text=DECRETO%20por%20el%20que%20se,CoV2%20\(COVID%2D19\)](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020#:~:text=DECRETO%20por%20el%20que%20se,CoV2%20(COVID%2D19)).
- Secretaría de Salud. (2020e). Lineamiento de Reconversión Hospitalaria. México. Recuperado el 2 de Febrero de 2022, de https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria_05042020_2.pdf
- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (2021). Incidencia Delictiva-Delitos del Fuero Común 2021. Recuperado el 18 de Enero de 2022, de <https://drive.google.com/file/d/1FIWGoHzAu5pCFakexgzyp36VPFAkeEeS/vi>
ew
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2011). Tesis Aislada del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación sobre el Derecho a la Salud. (XVI/2011). México. Recuperado el 5 de Febrero de 2022, de <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/161333>
- Velázquez, A. J. (2019). Disponibilidad-acceso a los servicios de especialidades médicas en Ocotlán, Jalisco, un derecho humano remoto. *CONAMED*, 47-52. Recuperado el 19 de Enero de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2019/cons191g.pdf>
- Viqué Sánchez, J. L., y Galindo Hernández, O. (2021). México con alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y factores de riesgo que favorecen desarrollar COVID-19. *Nutrición Clínica y Diética Hospitalaria*, 41(1), 55-60. doi:DOI: 10.12873/411vique