

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

ÉTICA EN LA PROTECCIÓN Y EN EL DEBER DE PLANEAR EN SALUD EN EL CONTEXTO PANDÉMICO

Carlos SANTOS-BURGOA

SUMARIO: I. *La crisis por la pandemia de COVID-19 y situaciones inaceptables.* II. *Los principios.* III. *Los principios y la institución del Estado para proteger la salud.* IV. *Mensaje final.* V. *Fuentes de consulta.*

I. LA CRISIS POR LA PANDEMIA DE COVID-19 Y SITUACIONES INACEPTABLES

1. *Contextos iniciales de la pandemia en México*

La Organización Mundial de la Salud declaró al SARS-CoV-2 como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional el 30 de enero del 2020 (OPS/OMS, enero 30, 2020). El 31 de diciembre del 2019, la Comisión de Salud Municipal de Wuhan, en la Provincia de Hubei, China, había informado de un brote de casos de neumonía atípica que eventualmente se identificó era producida por un nuevo coronavirus (WHO, abril 2020). Para entonces ya estaba presente en 18 países, en tres continentes. Anteriormente en México se había publicado un aviso preventivo sobre los viajes a China. El 30 de enero fue convocada la reunión extraordinaria del Comité Nacional de Seguridad en Salud, encabezada por el Subsecretario de Promoción y Prevención de la Secretaría de Salud (SS, enero 2020), retomando y actualizando los planes de Preparación y Respuesta que ya tenía la Secretaría de Salud (SS, 2017). Se tenían desde el 2010 las guías de Promoción de la Salud para distintos entornos y para los distintos sectores públicos y privados (OPS/OMS-SS, 2009) en el caso de influenza, adaptables ahora al SARS-CoV-2.

Teniendo el primer caso reconocido en México el 28 de febrero, para inicios de marzo varias instituciones de educación superior primero privadas y luego públicas suspendieron actividades; el cierre de actividades

presenciales en las escuelas fue anunciado por la Secretaría de Educación Pública el 20 de marzo (SS, marzo 2020). El 25 de marzo se anuncia por Salud la Jornada de Sana Distancia. Es el 30 de marzo cuando el Consejo de Salubridad General (CSG) publica el acuerdo por el que se declara emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) (CSG, marzo 2020).

Sin el propósito de hacer una recapitulación prematura del manejo de la epidemia que ya otros han iniciado (Chertorivski *et al.*, 2020), resalto las acciones que tomó el Estado como fue la reconversión de hospitales para atención a casos de COVID-19 en todas las instituciones públicas nacionales, así como el acuerdo para con las instituciones hospitalarias privadas (SS, 5 de abril, 2020). Se establecieron lineamientos para la adquisición de ventiladores (CENETEC, abril, 2020), y se apresuró su compra internacional. Con la intención de incrementar la existencia de medicamentos, reducir monopolios, y evitar desabasto, se publicó el acuerdo para permitir la importación de medicamentos registrados por algunas agencias reguladoras internacionales, sin los requisitos nacionales (SS, enero 29, 2020).

La experiencia ha señalado que no se puede esperar un desempeño distinto durante las crisis al que se tenía antes de las mismas. La pandemia encontró en México un sistema de salud en desorden, durante el segundo año de gestión de la nueva administración. En un proceso sin transición, desmanteló la estructura previa basado en la cobertura por el Sistema de Protección Social de Salud (Seguro Popular), y la extensión de medidas de salud en los programas sociales de combate contra la pobreza extrema (Oportunidades). Canceló parcialmente la descentralización en salud, estableciendo el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) a partir del 1 de enero de 2020 sin contar con una estructura ni reglas de operación. Esto en un contexto de reducción del gasto per cápita en salud de 2.9% del PIB en 2012 a 2.5% en 2020 (Mendez, 2019), y con pérdida presupuestal en vigilancia epidemiológica y programas de salud pública (Cámara de Diputados, 2020). El presupuesto para protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS) descendió de 2013 a 2020 de 1,018 a 705 millones de pesos (Velásquez, 2019).

2. Una nota sobre los planes de preparación a pandemia en México

El Plan Nacional de Preparación y Respuesta a Influenza fue originalmente preparado y experimentado en simulacros (SS, 2005), siguiendo los lineamientos de la OMS, y el entonces recién aprobado Reglamento Sanitario Internacional (OMS, 2005). Este fue aplicado en el 2009, luego fue

actualizado con esta experiencia en el 2010, y posteriormente renovado al 2017. En enero del 2020, este plan fue revisado por el Comité Nacional de Seguridad en Salud.

El plan fue acarreando de origen una serie de limitaciones que le afectó en su desempeño final. A pesar de lo experimentado en el 2009 en cuanto a la virtud de la colaboración intersectorial, su abordaje es altamente medicalizado, y toca pobemente la acción con otros sectores. Hay especial ausencia de consideración a la protección a trabajadores de la salud, a trabajadores en el sector informal, a la población en sus consumos, y al sistema médico en sus insumos, todos ellos impactos que se identificaron durante la epidemia de influenza A(H1N1) (Córdova *et al.*, 2010). Aprendizajes como la vinculación y empleo estratégico en 2009 de la autoridad sanitaria representada por el Consejo de Salubridad General no fueron retomados (CSG, 2009). Durante la pandemia de influenza A(H1N1), se identificó el impacto de esta en la economía nacional (CEPAL, 2010) afectando a sectores productivos y sociales por 81,314 millones de pesos. En el proceso de atención a la epidemia de COVID-19, el vocero de Salud ha señalado que se busca implícitamente un balance entre la salud y la economía (Morán Breña y Lafuente, 2020), aunque no existe al momento ningún análisis de política públicamente disponible sobre las alternativas en la interacción entre los distintos manejos de la economía y de la salud durante la epidemia.

Es notable que se encuentran representados los sectores económicos, financieros, y sociales (Secretarías de Hacienda y Crédito Público, de Economía, de Educación Pública, de Bienestar) dentro los arreglos contemplados en la estructura de coordinación como es el Comité Nacional de Seguridad en Salud (únicamente con representación gubernamental de salud y bienestar), o la estructura de autoridad sanitaria como es el Consejo de Salubridad General, que cuenta con representación académica, social y del sector privado (como es Cámara Nacional de la Industria de la Transformación [Canacintra] dentro del CSG) (CSG, 1995). Sin embargo, en la década posterior a la pandemia de influenza A(H1N1), estos otros sectores y actores nunca tomaron la iniciativa, ni consideraron los planes de preparación económica y productiva en caso de pandemia: Salud omitió dar el marco de referencia, y ellos no tomaron la iniciativa. La medicalización del manejo de la pandemia, que se encuentra plasmada de origen en el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS, permeó de modo que ni aun con la experiencia ganada, ésta sirvió para transformar los planes, ni para impulsar a la acción intersectorial que es esencial para el caso, en especial en los aspectos económicos. Globalmente tampoco se actuó en su

tiempo, sino solo hasta después de la epidemia de Ébola cuando se estableció un mecanismo solo de aseguramiento financiero por organismos multilaterales de salud y financiamiento con el establecimiento del *Pandemic Emergency Finance Facility* (PEFF 2016). El impacto económico nacional estimado por Banxico por la epidemia de COVID-19 es entre el 8.5% y 10.5% del PIB (Esquivel, julio 2020) incluyendo en ello un aumento de las familias en pobreza extrema entre el 6 y el 11%. En la etapa de la vida nacional cuando se había dado la perspectiva de proteger a los pobres, la ausencia de una estrategia económica y social enmarcada a la de salud ha impactado a los que se encuentran en peor situación de vulnerabilidad.

II. LOS PRINCIPIOS

1. *El Principio de Protección*

Siempre, al enfrentar una crisis, hay que irse a los principios. Deseo resaltar dos principios fundamentales para enmarcar esta tarea en México. Uno es la pertenencia al Tratado Internacional de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, donde se explicita en su preámbulo nueve principios, siendo el noveno el que “Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos” (OMS, 2014). Está incluido en los tratados sobre derechos humanos que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se compromete a garantizar en su artículo primero. A su vez, a partir de la reforma impulsada por el entonces secretario Guillermo Soberón Acevedo, del 3 de febrero de 1983, se cuenta el Principio de Protección a la Salud estipulado en el artículo 4 constitucional. Este establece lo que en otras naciones carecen, por ejemplo, en los Estados Unidos la responsabilidad primordial del Estado es la protección del comercio interestatal como se incluye en la denominada “Clausula de Comercio”, en su artículo uno, sección octava, cláusula 3 (Departamento de Estado, EUA, 2004) y no se cuenta con un derecho constitucional a la salud. Ciertamente es función esencial del Estado la protección contra invasiones, la seguridad personal y de los bienes, pero igual lo es en cuanto a la salud (Juárez Jonapa, 2012). Este principio fue enarbolado para la reforma en salud del 2003, y para la reforma reciente del 2019 creando, la primera, el Sistema de Protección Social en Salud y, la segunda, deshaciéndola y estableciendo el INSABI. La Constitución edifica el pacto social que nos integra como nación. Incluye ciertamente un artículo 131 donde explicita la obligación del Estado a reglamentar en materia económica.

Fue también el sustento para crear el mejor instrumento explícito para la protección de las personas, comunidades y el país contra los peligros a los que se exponen involuntariamente, denominados riesgos sanitarios, y plasmados en el decreto de creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) del 2001 (Presidencia, 2001). Ahí se articulan las acciones de protección, la preparación de personas y comunidades a través de promoción de la salud, identificación y control del peligro y atención del daño. Resalto en el contexto de la epidemia de COVID-19 que la protección incluye entre otros a los riesgos sanitarios, los laborales en salud, en el sector de la economía informal, y los riesgos químicos como pueden ser los productos de limpieza y desinfección, medicamentos e insumos.

2. *El Principio del Deber-de-Planear (PDDP)*

A. *La situación de escasez*

Construyendo sobre lo anterior, con la Pandemia de COVID-19 nos enfrentamos a dos situaciones inesperadas, en salud y en la economía. En salud, nuestra agencia de protección contra riesgos sanitarios no estaba preparada, y se ha comportado débil y reactivamente. Nuestros servicios de atención primaria están minimizados, sin capacidad ni organizacional ni de recursos para ir y encontrar los casos, rastrear a los contactos, y trabajar empoderando a las comunidades en acciones de promoción de la salud, como se ha avanzado todavía limitadamente por el Gobierno de la Ciudad de México (2020), aparentemente la mejor práctica actual. Nuestros hospitales no tenían equipamiento, ni personal, ni insumos. Por mucho tiempo hemos tolerado la simulación de una cobertura mediana, socialmente aceptando que con una baja inversión que apenas se ha acercado en algunos años al 3% del PIB, podremos generar una atención médica, aunque mediocre. Nunca como país aceptamos la realidad de que teníamos que duplicar o triplicar la proporción del PIB en salud, ni tomamos la decisión de salirnos del alto costo del énfasis en gasto médico sin fortalecer la inversión en la implementación y cobertura poblacional con intervenciones altamente costo-efectivas de las funciones de salud pública. Con la nueva administración se ha deconstruido mucho del andamiaje institucional, se ha enfatizado la política de provisión de medicamentos, y además se piensa que con baja inversión y capacidad técnica y humana podemos efectuar una rigurosa protección contra riesgos sanitarios.

Además, nuestras economía y estructura de bienestar no estaban preparadas. Incluyo en ello a autoridades federales, estatales y municipales, cámaras empresariales, y empresas particulares, perdiendo también ellos la memoria histórica de la experiencia ganada durante la pandemia de influenza A(H1N1) en México en el 2009.

Si bien hubo un plan de pandemia de influenza reconvertible al COVID-19 existente, aunque con limitaciones (SS, 2017), no se formó un plan integrado nacional sino planes específicos temáticos (SS, abril 2020). Esta se ha constituido paulatinamente en forma altamente mediatizada, relativamente reactiva ante el evento, poco integrado intersectorialmente y sin que otros sectores públicos y privados examinaran su tarea, que, con la excepción de la Secretaría de Educación Pública, puede constatarse a la fecha en los diversos sitios de consulta de información de las secretarías de Estado.

Se espera entonces ahora que los médicos se enfrenten a las decisiones difíciles de asignar recursos según una guía ética (CSG 30 de abril 2020), decidan a quien tratar, cuando por años no se les dio la infraestructura ni recursos por la sociedad. Se espera entonces que la autoridad de salud “negocie” la exposición de los trabajadores para avanzar la economía. Se presiona a que la autoridad de salud no actúe sobre la interacción social y económica en una aparente no intervención en la libertad de los individuos por el Estado, cuando en México existe una amplia cultura de solidaridad comunitaria. La pérdida de facto de la libertad se enfrenta al temor de exponerse a la enfermedad, al miedo a las personas, y a la pérdida con la caída económica de las familias. Cuando el Estado no previó, apoyándose en el rumor social de que “o se mueren de COVID-19 o de hambre”. Los más pobres pagan más.

En fin, se pone a aquellos que están en el frente de la atención médica y de salud a efectuar decisiones éticas sobre la vida propia o de los pacientes en cuanto a la asignación de recursos escasos, no por la emergencia, sino por la deficiente gestión (CSG abril 2020).

B. Tomar una base conceptual de la ética en la gestión

Es interesante entonces encontrar en otros sectores de la gestión de organizaciones el Principio del Deber-de-Planejar, un deber del directivo, inherente al puesto. Hay un ejemplo clásico, de la gerencia, desde 1991, en donde se señalaban los 12 deberes de los *coaches* en deportes. Inicia con el deber de instruir y de advertir de los daños del deporte, siendo el decimosegundo el Deber-de-Planejar (PDDP) (Gray, 1991). Esto es lo tenemos que

contemplar tanto en el sector público como en el privado, y saber manejar las probabilidades de enfrentar un riesgo en un entorno de incertidumbre.

Recientemente desde la perspectiva de la Academia Nacional de Medicina de los EUA se revisó el Principio de Deber-de-Planear estableciendo estándares de atención bajo crisis y desastres (Hick *et al.*, 2020), con bases éticas en justicia, equidad y máximo beneficio. En el caso a considerar ahora, planteo el PDDP al que se ha faltado, planear recursos que se requieren en salud para la protección a través de la acción reguladora, la promoción en la atención primaria, la vigilancia e inteligencia en salud, para la prevención comunitaria, y, en su caso, la muy abandonada área de atención y paliación médica. Esto en especial, proteger y promover la salud de la población más sensible biológicamente como son quienes tienen comorbilidades, menores de un año, embarazadas o aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad primordialmente por barreras culturales, de pobreza, de trabajo en servicios esenciales, en el sector informal, o por su trabajo en condiciones de alta probabilidad de exposición viral. Asegurando la asignación mayor a donde exista el mayor peligro de abandono (comunidades indígenas, migrantes, refugiados).

Por la falta del cumplimiento del PDDP, al estar rebasados, los directivos y médicos tienen que tomar decisiones en cuanto al *triage* de pacientes, la asignación de recursos de protección personal y terapéuticos, de calidad de la atención, de tratamiento paliativo, y escasamente, de cuidado a la familia. Surgen en la práctica, problemas de equidad y de discriminación, así como de la protección al personal de salud, no solo en cuanto a sus riesgos, sino también en cuanto a la legalidad del proceder. No se ha publicado al momento ningún lineamiento ni comunicado que dé protección legal al personal de salud en cuanto a esta toma de decisiones.

C. Aspectos intersectoriales donde debería aplicarse el Principio de Deber-de-Planear

Construyendo sobre la experiencia previa, se faltó al PDDP en aspectos cuyo impacto le es atribuible a Salud, cuando es por falta de otros. Esto incluye políticas económicas, fiscales, de decisiones de reorientación de inversión, y organización, el uso de recursos como son el Fondo de Prevención de Desastres (Fonden), o fondos internacionales como Fondo Fiduciario para Alivio y Contención de Desastres (FFACC) (FMI, 2020). Todo ello para haber cuidado la economía de las familias, para asegurar la actividad económica y para impulsar su distribución equitativa.

Igualmente, el PDDP para el desarrollo de políticas, organización y recursos en otros sectores para enfrentar educación, bienestar social, agricultura y trabajo.

D. La aplicación futura del Principio de Deber-de-Planear y su investigación

Esto aplica importantemente en cuanto a las decisiones éticas a tomar en el futuro no muy lejano, en cuanto estén disponibles los tratamientos curativos y las vacunas preventivas eficaces y seguras. Se han tomado decisiones en la distribución de pruebas diagnósticas en donde la falta de capacidad nacional ha sido notable (Conacyt, junio 2020) y no sabemos si esto se ha efectuado de acuerdo con la Guía Bioética del Consejo de Salubridad General (abril 2020). Tampoco sabemos cómo en la práctica se ha implementado la priorización en la asignación de recursos para la protección a los trabajadores de las unidades de atención médica. Es interesante que la definición a la fecha (octubre 2020) del semáforo de riesgo epidemiológico, se sustenta en un 50% para ocupación hospitalaria (camas hospitalarias, camas en unidades de cuidados intensivos, ventiladores), y el resto para la tendencia epidemiológica previa (SS, agosto 2020); no se considera adelantarse antes que sea crítica la situación, sino todo se hace al corte previo, haciendo el semáforo reactivo antes que proactivo en no dejar llegar a la situación crítica, como últimamente sucedió en Chihuahua poniéndose el semáforo rojo cuando ya se tenían varios hospitales al 100% de ocupación (Redacción, 2020).

Documentar la experiencia actual en esta toma de decisiones es importante para examinar lo que seguramente suceda en cuanto estén disponibles los tratamientos y vacunas. No identificamos ningún esfuerzo en este sentido.

III. LOS PRINCIPIOS Y LA INSTITUCIÓN DEL ESTADO PARA PROTEGER LA SALUD

1. La protección contra riesgos en el contexto del COVID-19

La función central del Estado es la de proteger al individuo contra lo que difícilmente éste puede protegerse. En el contexto de la pandemia, en las áreas médicas, el Estado nos protege en lo que concierne a las unidades de atención médica, los medicamentos, el equipamiento o que la investigación

no sea peligrosa a los participantes voluntarios. Esto es, que el ir a un servicio médico, pacientes y familiares se sientan seguros que no se expondrán a riesgos innecesarios, ni se contagiarán, o que no se les expondrá a protocolos de investigación que pongan en peligro su seguridad o su vida. Esto ha sido tema de rumores, que no han sido contrarargumentados con acción regulatoria evidente. También comprende los aspectos ambientales incluyendo los materiales y equipos de limpieza, desinfección y sus criterios de manejo, pues abunda la comercialización descontrolada de productos de uso hospitalario para hacerlo en el hogar, o aun la identificación de productos de desinfección personal que son tóxicos por estar contaminados, como el caso del alcohol gel con metanol identificado como producto originado en México. Ha habido varios comunicados en otros países contra estos productos entre junio y agosto (FDA, 19 de junio, 2020) y no fue advertido en el país sino hasta dos y medio meses después (Cofepris, septiembre 2020). También aspectos de protección laboral en el caso de personal de salud, personal en servicios, en sitios de trabajo, con particular énfasis en las pequeñas y medianas empresas (PyMES), o las medianas y grandes que frecuentemente son el foco de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social. No se diga la publicidad engañoso sobre servicios, productos riesgosos (como el caso del dióxido de cloro), y tratamientos, que solo atentan contra la economía familiar y la de las empresas (Infobae, abril 2020) y que no han contado con el control requerido. La amplia diversidad de servicios sin supervisión y regulación impiden a la población a saberse segura al participar en alguna interacción económica. La Ciudad de México ha generado una importante cantidad de lineamientos en esta materia (CDMX Lineamientos Sanitarios 2020), mismos que su usuario ha de “aceptar” cumplir estrictamente y desplegar en lugar visible, en un proceso de “regulación voluntaria”.

2. Cofepris y su debilitamiento progresivo en la protección a la población

La crisis tomó a Cofepris en proceso de modificación. Luego de una evolución histórica sesgada a la aprobación de medicamentos (Santos-Burgos *et al.*, 2018), y con el abandono de áreas importantes de protección en su mandato. Con el cambio de administración a partir de diciembre del 2018, se ha tenido un período de revisión interna prolongada, con solo algunas acciones estratégicas en el Programa Sectorial de Salud (SS agosto 2020). La falta de capacidad de respuesta y el rezago la ha mantenido relegada, y sin el liderazgo que le permita a la población el saberse protegida de modo que asegure la reactivación económica.

La capacidad regulatoria de Cofepris en este momento de urgente acción protectora se vio afectada por una serie de acciones decretadas seguramente buscando circunvalar la ineficacia de la agencia, pero que han logrado minarle aún más sus funciones. Se produjo el decreto por el que se rejudicó la acción de la autoridad reguladora para el registro de medicamentos (SS, enero 28 2020) y un acuerdo secretarial que facultó a las Instituciones de salud a la compra de medicamentos y equipo (SS, 3 de abril 2020). Así, se tiene el ejemplo de la hidroxicloroquina que en una fecha se permite su uso emergente fuera de ensayos clínicos, y a la semana siguiente fue retirada globalmente por la OMS y la FDA (15 de junio 2020), por sus altos riesgos, demostrando la falta de atención a los desarrollos globales.

Otras acciones “delegatorias” hicieron que entidades no preparadas para la actuación regulatoria tuvieran que asumir funciones. Así se dio al Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica (INDRE) la responsabilidad reguladora de pruebas diagnósticas sin mediar acuerdo legal de por medio. Igualmente se dio al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (Cenaprece) responsabilidad sobre el equipamiento (no al Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC]). El tema del manejo ambiental, entornos, ocupacional, se tomó por las comisiones estatales de protección contra riesgos sanitarios o sus contrapartes. En materia de investigación se le indicó aprobar investigaciones en menos de 24 horas posterior a someter la solicitud (Cofepris, abril 2020). No solo esto, sino que se anunció la “facultad rectora” del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) para evaluar la vacuna contra el SARS-CoV-2, sin considerar el valor estratégico de la regulación sanitaria para la protección a la salud, se mantuvieron operaciones limitadas en ventanilla, para concentrarse en asuntos de COVID-19.

Una acción final para su reducción de autoridad, con limitación de acción y potenciales conflictos de interés, resultó con el acuerdo del secretario de Salud de ubicar al órgano descentrado Cofepris dentro de las áreas centrales de la Secretaría de Salud, adscrito dentro de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SS, agosto 2020).

3. El problema para el cumplimiento del Principio de Protección

Tenemos un déficit en la protección contra riesgos a la salud en el momento en que esto es requerido por la población para protegerla contra la exposición al SARS-CoV-2, y para que dinamice la capacidad económica nacional. No se tiene ninguna evaluación de la calidad e impacto de su eje-

cución, y delega el ejercicio de su mandato protector a entidades federativas, o improvisando en otras unidades —aun fuera del sector salud— para diversas responsabilidades con gran heterogeneidad.

De ahí parte de la percepción de desamparo de la sociedad por la ausencia de protección y la pérdida de confianza social en el manejo adecuado de la epidemia por parte del Estado. Evidentemente, en su materia, la Cofepris no ejecutó su mandato de planificación para acción efectiva durante una pandemia.

Hay cuatro problemas en lo que estamos viendo de la acción gubernamental en cuanto a la protección contra riesgos a la salud en el momento de la pandemia:

1. *Hay un problema de visión.* Se tiene que ver a la protección contra riesgos sanitarios como una función esencial de salud pública, como parte del Sistema de Salud (Bettcher, 1988), impulsora de las tecnologías adecuadas, que dinamice la economía, orientadora de la sociedad, dándole el marco a las acciones de promoción.
2. *Hay un problema ético.* Dejando la implementación de las acciones de sociedad, empresa e instituciones a la acción voluntaria, se abdica la función protectora, se privilegia la agilización de procedimientos a riesgo de autorizar productos peligrosos.
3. *Hay un problema de justicia y equidad,* donde en los tropiezos dados, acaba soslayándose la justicia con los entes regulados y no se privilegia la equidad a aquellos en situación de vulnerabilidad y de mayor susceptibilidad.
4. *Hay un problema del Deber-de-Planear* para los procesos de impulso a la investigación adecuada en México, la aprobación a tratamientos innovadores, de vacunas, del manejo de entornos y de la protección permanente de trabajadores de salud, así como aquellos en el sector informal.

IV. MENSAJE FINAL

La pandemia va a continuar más allá del 2020, contrario a los múltiples pronósticos de que se va a aplanar o se va a terminar la curva. Las humanos son entes sociales y biológicos, y su situación poblacional es difícil de pronosticar a través de modelos matemáticos y físicos. Siguen creciendo las muertes, constituyendo COVID-19 la segunda causa de muerte en el país con 11,580 defunciones mensuales desde marzo hasta el 15 de octubre, solo superada por

las muertes cardiovasculares con 11,802 muertes mensuales. Esto es 4 veces más que homicidios, o 3.5 veces más que accidentes (cálculo propio basado en datos Gobierno de México, julio 2020, en comparación con las principales causas de muerte en 2017). Tener una epidemia no nos impide tener otros problemas importantes. Se puede incluir terremotos, brotes de sarampión, el año pasado tuvimos 317% más casos de dengue que en 2018, y pueden venir otras epidemias y amenazas naturales. Gobierno, empresas, personas y familias deben prever un proceso a mediano plazo y cómo van a avanzar en la construcción de la salud y desarrollo.

Bien vale considerar el párrafo resolutivo 3.f. de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en cuanto la pandemia de COVID-19 que señala:

Las medidas que los deben ajustarse a los principios “pro-persona”, de proporcionalidad, temporalidad, y deben tener como finalidad legítima el estricto cumplimiento de objetivos de salud pública y protección integral, como el debido y oportuno cuidado a la población, por sobre cualquier otra consideración o interés de naturaleza pública o privada. (CIDH, 2020)

Tenemos, ahora, en medio de la pandemia, el Deber-de-Planear, para flexiblemente ir adecuando las acciones al nuevo conocimiento de la biología del SARS-CoV-2, la fisiopatología del COVID-19, la protección, la prevención y las innovaciones en terapéutica y profilaxis. Con claridad, que nos permitan estar en la urgencia por un tiempo prolongado, pero no en la crisis y menos en el desastre, tanto en la protección y promoción de la salud, como en la atención y paliación de la enfermedad. Tenemos, ahora, en medio de la pandemia, que asegurar que la sociedad pueda ser efectivamente protegida contra los riesgos de los que las personas no pueden protegerse individualmente.

Rigurosamente asegurar a las personas que las oficinas, hospitales, empresas, restaurantes, escuelas, productos, medicamentos son seguros y pueden agilizar la economía. Requerimos adoptar de forma inmediata, urgente y con la debida diligencia, todas las medidas que sean adecuadas para proteger los derechos a la vida, salud e integridad personal de las personas que se encuentren en sus jurisdicciones frente al riesgo que representa la presente pandemia. Tales medidas deberán de ser adoptadas atendiendo a la evidencia científica.

Debemos adoptar de manera inmediata e intersectorial el enfoque de derechos humanos en toda estrategia, política o medida estatal dirigida a

enfrentar la pandemia del COVID-19 y sus consecuencias, incluyendo los planes para la recuperación social y económica que se formulen.

Hay que asegurar el diseño de un plan de actuación que guíe los procedimientos a seguir para la prevención, detección, tratamiento, control y seguimiento de la pandemia con base en la creciente evidencia científica y el derecho humano a la salud. Transformando la práctica actual, estos procedimientos deben ser transparentes, independientes, participativos, claros e inclusivos.

Es momento que con toda seriedad hagamos valer el pacto social constitucional y saber que ello requiere una transformación profunda. Esta crisis nos lo ha gritado.

V. FUENTES DE CONSULTA

BETTCHER, D. W. *et al.*, 1998, “Essential public health functions: results of the international Delphi study”, *World Health Statistics Quarterly* 51(1):44-54. PMID: 9675808.

Cámara de Diputados, 2020, Presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2019-2020, Subdirección de Análisis Económico, junio de 2020, disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-12-20.pdf>.

CDMX, 2020, Lineamientos, Normas, Guías y/o Protocolos de Protección a la Salud, Ciudad de México, disponible en: <https://medidassanitarias.covid19.cdmx.gob.mx/>. Consultado 22 de octubre de 2020.

CENETEC, Cofepris, 2020, Disposiciones para la adquisición y fabricación de ventiladores, durante la emergencia de salud pública por coronavirus 2019 (COVID-19), *DOF* 6 de abril de 2020, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/545341/Disposiciones_para_la_fabricacion_y....pdf.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), 2010, Evaluación preliminar del impacto en México de la influenza AH1N1. LC/MEX/L.958, 23 de marzo de 2010, disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/25901-evaluacion-preliminar-impacto-mexico-la-influenza-ah1n1-documento-elaborado>.

CHERTORIVSKI, S. *et al.* *La gestión de la pandemia en México: análisis preliminar y recomendaciones urgentes*, 2020, México, Consejo Consultivo Ciudadano Pensando en México.

CIDH, 2020, La pandemia y derechos humanos en las Américas. Resolución 1/2020, disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>.

COFEPRIS, 2020, “Acciones estratégicas de Cofepris por la Emergencia de COVID’19”, Comunicado de Prensa, 2 de abril, disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris/es/articulos/acciones-estrategicas-de-la-cofepris-por-la-emergencia-de-covid-19?idiom=es>.

COFEPRIS, 2020, “La Cofepris alerta sobre las diferentes marcas de gel antibacterial que contienen metanol en sus ingredientes”, 22 de septiembre. disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/579385/Alerta_gel_antibacterial.pdf.

CONACYT, 2020, “El Conacyt apoya 20 laboratorios para realizar pruebas diagnósticas del virus SARS-CoV2 en 16 estados del país”, 13 de junio, disponible en: <https://www.conacyt.gob.mx/index.php/comunicados/1278-com160-2020>.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada en *DOF* 08-05-2020, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf.

CÓRDOVA VILLALOBOS, J. A. *et al.* (eds.), 2010, *La epidemia de influenza A/H1N1 en México*, México, Editorial Medica Panamericana

CSG, 2020, Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), *Diario Oficial de la Federación*, 30 de marzo, disponible en: https://doe.gob.mx/2020/CSG/CSG_300320_VES.pdf.

CSG, 2020, Acuerdo por el que se ratifica el diverso por el que se establecen las actividades de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza, en los términos que se indican, *DOF*, 30 de abril, 2009, disponible en: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatividad/50.ACUERDO.pdf>.

CSG, 2020, Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia, 30 de abril de 2020, disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_abril_2020_7pm.pdf.

Departamento de Estado, 2004, Constitución de los Estados Unidos, con notas explicativas, 2004, disponible en: https://photos.state.gov/libraries/amgov/30145/publications-spanish/constitution_sp.pdf.

El Universal, 2020, “Dan facultad a Conacyt para elegir vacuna”, 19 de septiembre, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/video/nacion/dan-facultad-conacyt-para-elegir-vacuna>.

FDA (Food and Drug Administration), 2020, Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Revokes Emergency Use Authorization for Chloroquine and

Hydroxychloroquine, 15 de junio, disponible en: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-revokes-emergency-use-authorization-chloroquine-and>.

FDA, 2020, La FDA aconseja a los consumidores no usar productos para desinfectar manos que hayan sido fabricados por Eskbiochem, 29 junio, disponible en: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/la-fda-aconseja-los-consumidores-no-usar-productos-para-desinfectar-manos-que-hayan-sido-fabricados>.

FMI, 2020, Fondo Fiduciario para Alivio y Contención de Catástrofes. marzo, disponible en: <https://www.imf.org/es/About/Factsheets/Sheets/2016/08/01/16/49/Catastrophe-Containment-and-Relief-Trust>.

GRAY, G. R., 1991, “Risk Management Planning: Conducting a Sport Risk Assessment to Enhance Program Safety”, *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 62:6, 29-78. DOI: 10.1080/07303084.1991.10609886.

GOBIERNO CDMX, 2020, Programa de detección de casos COVID-19 y sus contactos, 12 de junio de 2020, disponible en: <https://cdmx.gob.mx/portal/articulo/programa-de-deteccion-de-casos-covid-19-y-sus-contactos>.

Gobierno de México, 2020, COVID-19, información general, 5 de julio de 2020, disponible en: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/#DownloadCSV>.

HICK, J. L. et al., 2020, “Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2”, *NAM Perspectives*, Discussion paper. National Academy of Medicine. Washington, D. C., disponible en: <https://doi.org/10.31478/202003b>.

INFOBAE, 2020, “Coronavirus en México: así funcionan los túneles sanitizantes que combaten el COVID-19 en 20 segundos”, 27 de abril, disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/04/07/coronavirus-en-mexico-asi-funcionan-los-tuneles-sanitizantes-que-combaten-el-covid-19-en-20-segundos/>.

JUÁREZ JONAPA, J. L., 2012, “Teoría General del Estado”, *Red Tercer Milenio*, disponible en: https://www.upg.mx/wp-content/uploads/2015/10/LIBRO-18-Teoria_general_del_estado.pdf.

MÉNDEZ MÉNDEZ, J. S., 2019, Contracción del gasto en salud, CIEP, 15 octubre de 2019, disponible en: <https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>.

MORÁN BREÑA, C. y LAFUENTE, J., 2020, “López-Gatell: «En México queremos un balance entre proteger la salud y a las economías más debilitadas»”, *El País*, 26 de marzo, disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-03-26/lopez-gatell-en-mexico-queremos-un-balance-entre-proteger-la-salud-y-a-las-economias-mas-debilitadas.html>.

OMS (Organización Mundial de la Salud), 2005, Reglamento Sanitario Internacional, disponible en: <https://www.who.int/ihp/publications/9789241580496/es/>.

OMS, 2014, Documentos Básicos, 48^a ed., disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1>.

OPS/OMS-SS, 2009, Influenza A(H1N1): acciones de promoción de la salud, compartiendo nuestra experiencia, México, Secretaría de Salud; Organización Panamericana de la Salud/OMS, disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&slug=influenza-a-h1n1-acciones-de-promocion-de-la-salud-compartiendo-nuestra-experiencia&layout=default&alias=356-influenza-a-h1n1-acciones-de-promocion-de-la-salud-compartiendo-nuestra-experiencia&category_slug=ops-oms-mexico&Itemid=493.

OPS/OMS, 2020, La OMS declara que el nuevo brote de coronavirus es una emergencia de salud pública de importancia internacional. Organización Panamericana de la Salud, enero, disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15706:statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-2005-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-2019-ncov&Itemid=1926&lang=es.

PAHO-WHO, 2020, Epidemiological Alert: COVID-19 among health workers, Organización Panamericana de la Salud, agosto 31, disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-covid-19-among-health-workers-31-august-2020>.

Presidencia de la República, 2001, Decreto de creación de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios, 5 de julio, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/dcreacfrs.html>.

Presidencia de la República, 2009, Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, *Diario Oficial de la Federación*, disponible en: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatividad/42.ACUERDO.pdf>.

Redacción Animal Político, 2020, “«Estamos rebasados»: Récord de casos COVID y hospitales llenos regresaron a Chihuahua al semáforo rojo”, 22 de octubre, disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2020/10/record-casos-covid-hospitales-chihuahua-rojo/>.

SANTOS-BURGOA, C. *et al.*, 2018, “Desarrollo de la capacidad para la regulación en salud en México”, *Gaceta Médica de México*, 154(3): 368-390. DOI: 10.24875/GMM.18004351. PMID: 30047952.

SANTOS-BURGOA, C., 2020, Comentarios al acuerdo por el que se adscriben las unidades administrativas y desconcentradas de la Secretaría

de Salud. 26 de marzo, disponible en: <http://187.191.71.192/portales/resumen/49948>.

SS (Secretaría de Salud), 2003, Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Seguridad en Salud, *DOF*, 22 de septiembre, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a220903.html>.

SS, 2017, Plan Nacional para la Preparación y Respuesta ante la Intensificación de la Influenza Estacional o ante una Pandemia de Influenza, Mexico, Secretaría de Salud, disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cenaprece/documentos/plan-nacional-para-la-preparacion-y-respuesta-ante-la-intensificacion-de-la-influenza-estacional-o-ante-una-pandemia-de-influenza>.

SS, 2019, Comunicado 336. A partir del 1o. de enero, Insabi ofrece atención médica gratuita y sin restricciones, 31 de diciembre, disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/a-partir-del-1-de-enero-insabi-ofrece-atencion-medica-gratuita-y-sin-restricciones>.

SS, 2019, Se reúne de forma extraordinaria el Comité Nacional para la Seguridad en Salud, disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/033-mexico-esta-preparado-para-enfrentar-coronavirus-2019-ncov>.

SS, 2020, Acuerdo por el que se reconocen como equivalentes los requisitos establecidos para la importación de medicamentos con o sin registro sanitario en México, 29 de enero, disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5585043&fecha=28/01/2020.

SS, 2020, Comunicado conjunto SEP-Salud, 14 de marzo, disponible en: <https://www.gob.mx/sep/es/articulos/comunicado-conjunto-no-3-presentan-salud-y-sep-medidas-de-prevencion-para-el-sector-educativo-nacional-por-covid-19?idiom=es>.

SS, 2020, Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias que se deberán de realizar para la adquisición e importación de los bienes y servicios, 3 de abril, disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5591156&fecha=03/04/2020&print=true.

SS, 2020, Plan de preparación y respuesta ante la Pandemia de SARS-CoV-2 en Atención Primaria, abril, disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Preparacion_respuesta_casos_SARS-CoV2_atencion_primaria.pdf.

SS, 2020, Acuerdo por el que se adscriben orgánicamente las unidades y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, 19 de agosto, disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598727&fecha=19/08/2020&print=true.

- SS, 2020, Lineamiento para la metodología de cálculo del semáforo de riesgo epidémico COVID-19, disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/10/SemaforoCOVID_Metodo.pdf.
- SS, 2020, Programa Sectorial de Salud 2020-2024, 17 de agosto, disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020&print=true.
- VELÁSQUEZ, M. C., 2019, Presupuesto Público para Salud 2020, *Código*, CANIFARMA, 8 de octubre, disponible en: <https://codigof.mx/presupuesto-publico-para-salud-2020/>.
- WHO, 2020, Timeline COVID-19, 27 de abril, disponible en: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>.