



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

“El acceso al derecho a la salud en el contexto de la pandemia generada por el SARS-COV 2: la telemedicina y sus alcances”

Ana Laura Veloz Sandoval.

Diciembre 2022



Contenido

I Introducción.	3
II. Justificación.	4
III. Objetivos de la investigación.	5
IV. Planteamiento y delimitación del problema.	6
V. Marco teórico y conceptual	28
VI. Formulación de hipótesis.	34
VII. Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis.	35
VIII. Conclusión.	39
IX. Bibliografía.	42



I. Introducción.

En este documento de investigación se utilizará el método deductivo, es decir de lo general a lo particular, en donde la generalidad es el acceso al derecho a la salud en el contexto de la pandemia generada por el virus SARS- COV 2 que provocó la enfermedad COVID 19. El marco teórico y conceptual es el garantismo y el desarrollo humano. Bajo ese contexto, entendemos la defensa de los derechos fundamentales, en este caso, de uno de los derechos que integran el desarrollo humano: la salud.

Una de las preguntas clave es: ¿En qué situación se encontraba el Sistema Nacional de Salud? y ¿Cuáles fueron las decisiones de gobierno que se tomaron en el contexto de emergencia internacional, a través de acciones legislativas o de política pública?, para ello es necesario realizar un esbozo sobre los principales aspectos de la situación del sector salud.

La pandemia nos trajo una nueva realidad a través del uso de la tecnología, el home office o teletrabajo, las clases a distancia, el comercio digital y la salud no fue la excepción a través de consultas virtuales, por ello es indispensable revisar el marco jurídico de la telemedicina en México para que sea una herramienta efectiva para garantizar el derecho a la salud.



II. Justificación.

La Salud es uno de los componentes del Índice de Desarrollo Humano. De acuerdo con la perspectiva del PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), *“el desarrollo humano supone la expresión de la libertad de las personas para vivir una vida prolongada, saludable y creativa; perseguir objetivos que ellas mismas consideren valorables; y participar activamente en el desarrollo sostenible y equitativo del planeta que comparten”*

Con indicadores como el Índice de Desarrollo Humano (IDH) se ha buscado contribuir a la discusión de una idea de bienestar que trascienda la noción del nivel de ingreso. El IDH tiene como objetivo medir el conjunto de capacidades y libertades que tienen los individuos para elegir entre formas de vida alternativas. Para ello, se toman en cuenta tres dimensiones básicas para el desarrollo: 1) la posibilidad de gozar de una vida larga y saludable; 2) la capacidad de adquirir conocimientos; 3) la oportunidad de tener recursos que permitan un nivel de vida digno.

La población mexicana experimenta desde hace varios años un paulatino proceso de envejecimiento. Esta situación es consecuencia de varios factores: los avances en las ciencias médicas, el mejoramiento de las condiciones de vida, el descenso de la fecundidad y de la mortalidad infantil y al aumento en la esperanza de vida. Se calcula que, para 2020 las personas mayores constituirán una octava parte del total de la población, con poco más de 15 millones y para 2040 uno de cada cuatro mexicanos se ubicará en este grupo de edad.

Existe un incremento de enfermedades que están matando a la sociedad mexicana como diabetes y enfermedades crónico-degenerativas; la mala administración de las instituciones de seguridad social y el diseño institucional del Sistema Nacional de Salud así como, la forma de acceder a los servicios de salud vía seguridad social (condicionado a situación laboral) hacen que el ejercicio del derecho fundamental a la salud sea más complicado, por ello es importante analizar e investigar temas actuales que permitan modernizar el sistema nacional de salud para hacer de la telemedicina una herramienta de acceso a este derecho.



III. Objetivos de la investigación.

Los objetivos generales de la investigación son esbozar la situación que guarda el Sistema Nacional de Salud en el contexto de la pandemia generada por la Covid 19 y de manera particular revisar el marco jurídico de la telemedicina para que sea una herramienta que garantice el acceso al derecho a la salud en México.



IV. Planteamiento y delimitación del problema.

La emergencia sanitaria internacional y la declaratoria en México.

El 31 de diciembre de 2019 se comunicaron a la OMS varios casos de neumonía en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Se trataba de un virus distinto a los conocidos. Una semana más tarde, el 7 de enero, las autoridades chinas confirmaron que habían identificado un nuevo coronavirus, una familia de virus que causan el resfriado común y enfermedades como el MERS y el SARS. Este nuevo virus se denominó, provisionalmente, 2019-nCoV.

Desde el momento en que fue informada del brote, la OMS trabajó con las autoridades chinas y con expertos de todo el mundo para obtener más información sobre el virus, sus efectos sobre las personas infectadas, su tratamiento y las medidas que pueden adoptar los países para hacerle frente.

Habida cuenta de que los coronavirus suelen causar síntomas respiratorios, la OMS emitió recomendaciones de protección personal contra la infección, así como para evitar el contagio de otras personas. El comité de emergencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el jueves 30 de enero de 2020, la emergencia sanitaria internacional por el brote del nuevo coronavirus.

En ese contexto el gobierno federal a través del Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 30 de marzo de 2020, decretó emergencia sanitaria:

“ACUERDO POR EL QUE SE DECLARA COMO EMERGENCIA SANITARIA POR CAUSA DE FUERZAMAYOR, A LA EPIDEMIA DE ENFERMEDAD GENERADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19)”

Primero. Se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).

Segundo. La Secretaría de Salud determinará todas las acciones que resulten necesarias para atender la emergencia prevista en el numeral anterior.”



Sistema Nacional de Salud mexicano en el contexto de la pandemia

En México, al igual que en América Latina, los cambios gubernamentales se asocian con importantes cambios en las estructuras burocráticas, matizados en menor o mayor medida por la consolidación de las instituciones. El actual gobierno mexicano entró en funciones en diciembre de 2018, caracterizando su gestión por una drástica reestructura de las instituciones de la administración federal en todos los sectores, motivada por una política central de austeridad republicana. Entre los cambios realizados en el sector salud relevantes para las condiciones a la llegada de la pandemia, destacan la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y los cambios en las reglas para el abasto de medicamentos.¹

El sistema de salud pública mexicano se divide entre servicios contributivos y no contributivos. Los primeros, son proporcionados principalmente por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los cuales dependen de un esquema de derecho habiencia mediante cuotas laborales. Dentro del esquema no contributivo, el Seguro Popular, proveía un servicio de salud de libre afiliación y amplio alcance para la población informal y no asalariada. La creación del INSABI se planteó como un sustituto del Seguro Popular que busca alcanzarla cobertura universal gratuita de los servicios de salud. La entrada en vigor de la reforma implicó la desaparición del Seguro Popular, sin que se hubieran definido reglas claras para la operación del nuevo sistema de salud, generando incertidumbres en la proporción de los servicios, confusiones sobre la operación que a la fecha no terminan por resolverse.²

Adicionalmente a la dificultad en la transición a un nuevo sistema de salud universal, el país atraviesa por un problema de desabasto de medicamento. Entre las razones del desabasto se encuentran los cambios en las reglas para las licitaciones de medicamentos.

De manera análoga a la coyuntura política, destaca el hecho de que el sector salud mexicano tiene uno de los presupuestos relativamente más bajos entre los países de la OCDE,

¹ Desarrollo humano y covid-19 en México: Desafíos para una recuperación sostenible, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2020.p.15-17.

² Ídem



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

situándose en el tercer lugar con menor gasto corriente en salud como proporción del Producto Interno Bruto (PIB) y en el último lugar en el gasto per cápita, tomando en cuenta la paridad del poder adquisitivo entre los países¹⁸. Si bien, entre 2019 y 2020 se registró un aumento superior al 6% del presupuesto público al sector salud, se observó una reducción para los recursos destinados al control y vigilancia epidemiológica. A pesar de mantener un presupuesto relativamente bajo, el sector salud incurrió en un subejercicio equivalente al 2.6% del presupuesto total asignado a la función salud para 2019.³

La desaparición del seguro popular, la creación del INSABI.

Tras un proceso legislativo con vicios, o por lo menos que deja como oficialía de partes a la Cámara revisora (el Senado de la República), ya que no se admitió que se moviera ni una coma de la minuta turnada por la Cámara de Diputados, el 29 de noviembre de 2019 se publicó en el Diario Oficial de la Federación decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud a través del cual se desapareció el Seguro Popular.

Del análisis de la reforma, se desprenden los siguientes comentarios que se vinculan con el sistema nacional de salud y que tienen implicaciones en el ejercicio del gasto público y por tanto en el ejercicio del derecho fundamental de la salud:

Prestación de servicios de salud gratuita exclusiva para quienes no tienen seguridad social. (Art.2 LGS)

De la redacción del decreto se puede interpretar que la prestación de servicios de salud gratuita es exclusiva para quienes no tienen seguridad social.

Al redactarse como una condicionante: “*tratándose de personas que carezcan de Seguridad Social*” genera que, de una interpretación a contrario sensu se determine que si una persona no cuenta con seguridad social la prestación de los servicios NO sería gratuita.

³Idem



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

¿Cuáles son las Redes integradas?

La reforma no especifica claramente a qué se refiere con redes integradas para la prestación de servicios de Salud y es de resaltar que se crean regiones del país en donde éstas funcionarán y se nombrará coordinador por regiones.

Progresividad.

En el artículo 25 y 26 de la Ley General de Salud se establece una extensión “Progresiva” hacia la universalización de la atención médica vinculándola a la regionalización y escalonamiento de servicios. El dictamen no motivó qué quiere decir, o qué entiende por dicho concepto.

Planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva.

La reforma elimina como servicio básico de salud la planificación familiar y se introduce la salud sexual y reproductiva. (Fracción V. Art.27).

Se debió argumentar la motivación de este cambio ya que, la planificación familiar está vinculada a que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos contenido en el artículo 4º constitucional.

El derecho a la salud sexual y reproductiva, es importante pero no se debe eliminar el concepto de planificación familiar sobre todo cuando tenemos tasas altas de embarazo adolescente.

Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

Se pretende que “el Cuadro Básico y Catálogo de Insumos se fusionen en un solo documento que sería el Compendio Nacional de Insumos para la Salud”. (Art. 17 LGS) Se ha señalado que, con el Compendio, se tendrá acceso a todos los medicamentos e insumos asociados, sin limitación alguna, sin embargo, está sujeto a la disponibilidad presupuestal.



Para efectos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud, se elimina la distinción entre insumos del primer nivel, segundo y tercero. Una diferencia fundamental es que determina a la “atención primaria” como parte central de la reforma legislativa. (Art.28 LGS) Permite que los licenciados en enfermería prescriban los medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud, es decir de la atención primaria, del segundo y tercer nivel. Si bien el texto señala que los licenciados en enfermería podrán prescribir medicamentos de acuerdo a la determinación de la Secretaría de Salud, quedaría sujeto a las disposiciones reglamentarias. (Art. 28 Bis)

Calidad en los servicios en Salud.

Determina que la acreditación de la calidad de los servicios prestados tendrá una vigencia de 5 años, sin embargo, deroga los requisitos que de acuerdo a la ley se deben cubrir para dicha acreditación. (Art.77 bis 9)

Elimina la atención preferentemente en beneficio de grupos vulnerables.

Al reformarse la fracción II del artículo 3 se elimina el enunciado “*preferentemente en beneficio de grupos vulnerables*”, veamos:

“Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

I. ...

II. La atención médica, ~~preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;~~”

El *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México* en materia de Acceso a los Servicios de Salud 2011 emitido por el CONEVAL emitió la siguiente recomendación:

“Acceso a los servicios de salud

- 1) En Puebla, Oaxaca, Guerrero, Michoacán, Veracruz y Chiapas las carencias en acceso a la salud en 2010 fueron mayores a 36 por ciento, destaca Puebla con 41.8 por ciento. En estos estados se localiza la mayor población indígena, que es la que menos acceso tiene. Se recomienda acelerar la cobertura universal del Seguro Popular en estas entidades (en caso de no haberse alcanzado al final del 2011), con una oferta adecuada de servicios de calidad y medicamentos, así como en la totalidad de los municipios que pertenecen a Zonas de Atención Prioritaria (con énfasis en localidades indígenas).”



La reforma del INSABI elimina la atención médica preferente de grupos vulnerables a través de las reformas a la fracción II del artículo 3 con relación a la reforma del artículo 25 y 35 de la Ley General de Salud.

Elimina derechos de los beneficiarios de Seguro Popular.

De conformidad con la fracción XVI del artículo 77 bis 37 los beneficiarios tienen derecho a ser atendidos si se inconforman por la atención médica recibida, la reforma elimina ese derecho.

La Ley General de Salud establecía supuestos para la cancelación de los beneficios de la protección social en salud:

“Artículo 77 bis 40.- Se cancelarán los beneficios de la protección social en salud y la posibilidad de reincorporación, cuando cualquier miembro de la familia beneficiaria:

- I. Realice acciones en perjuicio de los propósitos que persiguen el Sistema de Protección Social en Salud o afecte los intereses de terceros;*
- II. Haga mal uso de la identificación que se le haya expedido como beneficiario, y*
- III. Proporcione información falsa sobre su nivel de ingreso en el estudio socioeconómico para determinar su cuota familiar y sobre su condición laboral o derechohabencia de la seguridad social.*

En la aplicación de este artículo la Secretaría de Salud tomará como base la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y demás disposiciones aplicables.

*Artículo 77 bis 41.- En los casos en que se materialicen los supuestos a que se refiere este Capítulo, los interesados conservarán los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud **hasta por un plazo de sesenta días naturales a partir de la fecha de la suspensión o cancelación.** Habiendo transcurrido este plazo, podrán acceder a los servicios de salud disponibles en los términos y condiciones que establece esta Ley.”*



La reforma elimina a las Familias y al Núcleo familiar como sujetos de derecho.

Se elimina a las familias y al núcleo familiar como sujetos de derechos de prestación de servicios de salud. (derogación de los artículos 77 bis 3 y 77 bis 4 de la LGS)

Especialidades.

Elimina la facultad del Ejecutivo Federal para que a través de la Secretaría de Salud PROVEA servicios de alta especialidad. A partir de la reforma la secretaría de Salud COORDINARÁ la prestación de los mismos. (Art. 77 bis 5)

Acuerdos con los gobiernos de las entidades federativas.

Se debe valorar el alcance de los “*acuerdos con los gobiernos de las entidades federativas*” ya que no puede ir más allá del marco normativo; es decir actualmente la Ley General de Salud, establece a través de la fracción II del apartado A del Artículo 13, cuáles son las materias (de salubridad general que corresponden a la competencia del Ejecutivo Federal). La discrecionalidad de establecer “*así como aquéllas que se acuerden con los gobiernos de las entidades federativas*” excede de lo que expresamente marca la normatividad.

Participación subsidiaria y coordinada de la Federación.

Elimina la participación subsidiaria y coordinada de la Federación. (Art.77 bis 2).

Elimina la promoción de la participación de los municipios y la posibilidad de que éstos realicen aportaciones económicas mediante la suscripción de convenios (derogación de la fracción IX del apartado a) del Art. 77 bis 5)

Financiamiento.

Actualmente el Sistema de Protección Social en Salud se financia por las aportaciones de la federación, las entidades federativas y los beneficiarios; la reforma **ELIMINA** las aportaciones de los beneficiarios. (Art.77 bis 11)



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

NO establece criterios claros de financiamiento, los presupuestos históricos determinarán el presupuesto anual: además de las disposiciones reglamentarias, con lo cual se establece una gran discrecionalidad. (Art. 77 bis 12)

Se reafirma la eliminación de la cuota social y de las aportaciones solidarias, así como de las cuotas familiares.

Se eliminan las cuotas familiares. NO se hacen explícitos los criterios para determinar las aportaciones federal y estatal, ni por servicio cubierto, o respecto de las necesidades de servicios de salud. La eliminación de la cuota social por persona a afiliada elimina la certeza de que habrá recursos para atender a todos los beneficiarios. (Art. Bis 13) No se garantiza la viabilidad financiera de la prestación de los servicios de salud y medicamentos. Mucho menos alcanzar la cobertura universal que propone el actual gobierno.

Las aportaciones federales deberían determinarse, como mínimo, de la misma manera en que lo harán las entidades federativas, es decir, considerar el número de beneficiarios atendidos, los servicios prestados y medicamentos dispensados. Las reglas para la transferencia de recursos a las entidades federativas, las definirá discrecionalmente el Ejecutivo Federal, a través de las disposiciones reglamentarias y de los acuerdos de coordinación. (Art. 77 bis 15)

Eliminación del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos.

Con la derogación del artículo 77 bis 18 en la reforma por la que se crea el INSABI, se elimina la obligación de que la Secretaría de Salud, rinda un informe pormenorizado sobre la utilización y aplicación de los recursos del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos. Va en contra de la transparencia y rendición de cuentas.

Se elimina el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, y se crea un “Fondo de Salud para el Bienestar”, que además de la atención de enfermedades que originan gastos catastróficos, incluirá necesidades de infraestructura y para complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos. (Art.77 bis 29)



Con la propuesta, se pierde la certeza de la atención de enfermedades que originan gastos catastróficos, pues el fondo destinará recursos para otros aspectos, como el abasto y distribución de medicamentos con lo cual se augura que habrá menos recursos para la atención de enfermedades de alta complejidad y costo que originan gastos catastróficos para las familias.

La infraestructura será financiada con los recursos del Fondo, lo que implicará que habrá menos recursos para enfermedades que originan gastos catastróficos.

Creación del Fondo de Salud para el Bienestar.

Queda establecido que el equivalente al once por ciento de los recursos se destinará a: 8% a la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos. 2% a la atención de necesidades de infraestructura preferentemente en las entidades federativas con mayor marginación social. Y el 1% a complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos, así como del acceso a exámenes clínicos, asociados a personas sin seguridad social.

Nuevo proceso de compra de medicamentos y vacunas.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público lanzó en mayo de 2019 una licitación de medicamentos.⁴

Con las reformas a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Oficialía Mayor de la SHCP, es quien adquirirá todos los bienes que requiere el gobierno, incluidos los medicamentos e insumos médicos.

Así lo reveló la comisionada de Protección Social en Salud (Seguro Popular), Angélica Ivonne Cisneros Luján, quien explicó que, con ello se inaugura un nuevo proceso en la

⁴ “Secretaría lanzará en mayo licitación de medicamentos” en El Economista por María del Pilar Martínez 21 de abril de 2019, <https://www.economista.com.mx/empresas/SHCP-lanzara-en-mayo-licitacion-de-medicamentos-20190421-0083.html> consultada el 25 de mayo de 2020.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

compra de medicamentos, y queda atrás la compra consolidada que realizaba el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que tenía muchas fallas.

“Es la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda la que a partir de esta administración adquirirá todos los bienes que requiere el gobierno, incluidos los medicamentos y los insumos médicos. Esto ya es parte de una reforma que se hizo en noviembre, en donde se le dan las facultades a Hacienda a través de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Entonces ya todo lo que serán los medicamentos se estarán comprando a partir de este año, para abastecer el segundo semestre del 2019, a través de la Oficialía Mayor de Hacienda”, dijo en entrevista.

Destacó que, la compra consolidada que realizaba el IMSS tenía tres grandes fallas: la primera que no era obligatoria, y sólo podían adherirse las instituciones y gobiernos de manera voluntaria.

La segunda está relacionada con la firma de los contratos que realizaban, no a través del IMSS, sino de manera individual, dejando de pagar a tiempo, lo que provocaba que se incrementara el costo final del medicamento, además de que sólo adquirirían una mínima parte de medicamentos para toda la entidad. “Las compras consolidadas se unían voluntariamente.

En el último proceso que se hizo en el 2018 se sumaron 15 estados solamente con un poquito de su demanda, quienes después hacían sus propios contratos”, comentó.

A partir de mayo de 2019 se centralizaron las compras. “Estamos hablando de contratos únicos por proveedor, controlados por la Secretaría de Hacienda, y se respetará el pronto pago. Eso es algo sumamente importante para que se respeten los buenos precios”.

En ese contexto el 22 de abril de 2019, comparecieron diversos funcionarios ante la Comisión de Salud del Senado de la República con el objetivo de revisar los nuevos mecanismos de compra de medicamentos y abordar temas como la falta de liberación oportuna de permisos



de importación de principios activos para medicamentos.⁵ La titular de la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Raquel Buenrostro, habló sobre la intención de que el actual gobierno tenga una mejor distribución y de gasto público, que por ello entrarían al modelo de compra consolidada, y reducir el número de los centros de compras en todas las dependencias para lograr una mayor eficiencia del gasto público; sin embargo reconoció que aún no existía renovación del marco jurídico reglamentario y señaló que la participación de la Secretaría de Hacienda, era meramente directriz al no existir reglamento interior de la Secretaría de Hacienda, es así que esta administración no tiene la visión de estado de derecho ya que, sin contar con el respaldo legal se generaron acciones que tuvieron como resultado el desabasto de vacunas, medicamentos e insumos médicos.

Nunca existió un diagnóstico claro respecto de las políticas públicas en materia de compra de medicamentos y el esquema de adquisición de vacunas, el gobierno federal sin generar un plan de transición (así como en la eliminación de seguro popular) optó por la suspensión de los procedimientos bajo el lema del combate a la corrupción y vulnerando la garantía del derecho fundamental a la salud de la población mexicana, por un lado la reforma legal y por otro lado los funcionarios en comparecencia explicaban que aún se operaba con el marco jurídico reglamentario vigente y entonces ¿cuál sería la legalidad de las convocatorias para compra bajo ese supuesto?

En dicha comparecencia también se trató el tema de la transferencia de medicamentos en especie para las entidades federativas ya que, en sesión presidida por la Oficialía Mayor de la SHCP, en acompañamiento a la Secretaría de Salud, se dio a conocer el inicio del procedimiento de licitación pública internacional para la compra de medicamentos y material de curación que requiere el gobierno federal y las entidades federativas.

⁵ Minuta de la comparecencia de diversos funcionarios ante la Comisión de Salud del Senado de la República derivada del Acuerdo de Jucopo con fecha 28 de febrero de 2019 realizada por la autora.



Agregó que lo anterior, en virtud de que, en procesos de licitación nacional previos, se ha observado un número considerable de claves que se declaran desiertas. Ello pone de manifiesto que la producción nacional no cubre la totalidad de la demanda, así como la existencia de un nivel de incumplimiento considerable por parte de algunos proveedores, lo cual obliga a buscar alternativas que permitan garantizar el abasto.

En ese orden de ideas, 21 entidades federativas cedieron el control a la Federación para la compra de medicamentos, por otro lado, Aguascalientes, Guanajuato y Tamaulipas (PAN), así como Morelos (PES-Morena), Nuevo León (independiente) y Jalisco (Movimiento Ciudadano), son los estados que rechazaron sumarse a realizar una compra consolidada de medicamentos.⁶

El 9 de abril de 2019, el titular del Poder Ejecutivo Federal 'vetó' por oficio a las tres empresas que el Gobierno de Enrique Peña Nieto, consintió con la compra de medicamentos para el Sector Salud, sin embargo, nunca han sido claras las denuncias formales respecto a los hechos de corrupción que se han señalado.

Aunque el gobierno federal se ha dedicado a decir que todo es un invento de sus adversarios se tiene cuenta de una importante cantidad de denuncias de falta de medicamentos a lo largo de todo el país, el caso de los medicamentos para pacientes con cáncer es quizá la más representativa de todas sin demeritar ninguna demanda de las existentes. En este sentido la sociedad civil ha generado un Mapeo Nacional de Desabasto, el cual se da a conocer en el marco de la publicación del Segundo Informe sobre el Desabasto de Medicamentos, realizado por el colectivo Cero Desabasto, impulsado por Nosotrxxs en conjunto con Fundar Centro de Análisis e Investigación, Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer, Juntos Contra el Cáncer, la Asociación Mexicana de Fibrosis Quística y Derechohabientes Viviendo con VIH del IMSS.⁷

⁶ 21 estados se suman al INSABI y 6 deciden comprar sus propios medicamentos 28 de enero de 2020 consultado el 5 de junio de 2020 en <https://politica.expansion.mx/presidencia/2020/01/28/21-estados-se-suman-al-insabi-y-6-deciden-comprar-sus-propios-medicamentos>

⁷ #CERODESABASTO Invitan a reportar desabasto de medicamentos Samantha Nolasco



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

De acuerdo con este Informe sobre el Desabasto de Medicamentos, el cual se integra a partir de los reportes hechos por pacientes, familiares y profesionales de la salud en la plataforma: cerodesabasto.org, así como de fuentes secundarias de información pública, se muestra que entre mayo del 2019 y enero del 2020 se recibieron 1,410 casos, de los cuales 46% corresponde a faltantes en el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), 35% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el 11% al Instituto Nacional de Salud y Bienestar (INSABI), y el resto a otras instituciones de salud.

Los principales estados con reportes son la Ciudad de México, el Estado de México y Jalisco; 17% de los casos corresponde a falta de medicamentos para controlar la hipertensión. Esta enfermedad es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular relacionada con la primera causa de muerte a nivel nacional por enfermedades del corazón.

Además, 15% de los casos corresponden a falta de medicamentos para controlar el VIH, que afecta a más de 220,000 personas en el país, de acuerdo con Censida; 13% de los reportes refiere falta de medicamentos para la diabetes, la segunda causa de muerte a nivel nacional, de acuerdo con la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, y 11% de los reportes indica falta de medicamentos para combatir el cáncer, principalmente leucemia y cáncer de mama.

Las instalaciones del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México (AICM) y vías primarias, como el Circuito Interior o avenida Insurgentes, fueron algunos de los escenarios usados por los padres de familia y los propios niños enfermos con cáncer para exponer la desgracia de no poder adquirir un medicamento que alivie su dolor y su malestar. Las manifestaciones se replicaron en otros estados de la República Mexicana como Veracruz, Chihuahua y Puebla.⁸

19 de marzo de 2020, <https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/Invitan-a-reportar-desabasto-de-medicamentos-20200318-0166.html> consultado el 5 de junio de 2020

⁸Desabasto de medicamentos: se agudiza la crisis en el sector de salud mexicano 28 de enero de 2020 <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/01/28/desabasto-de-medicamentos-se-agudiza-la-crisis-en-el-sector-de-salud-mexicano/> consultado el 5 de junio de 2020



Respecto al desabasto de vacunas han existido diversos pronunciamientos en las entidades federativas, por mencionar sólo algunas:

“La secretaria de Salud de la Ciudad de México, Oliva López, advirtió que existe un desabasto de la vacuna BCG, que previene la tuberculosis y otras infecciones por micobacterias. En conferencia, explicó que, tras el cierre de la gerencia general de biológicos reactivos, se dejaron de producir vacunas en México, por lo que se comenzaron a comprar en el extranjero, lo cual genera los desabastos. Ahorita tenemos una disminución de BCG, es con la que estamos batallando, aunque también sucede en todo el país”.⁹

“Sarampión, hepatitis, poliomielitis y tuberculosis son algunas de las vacunas que el Gobierno Federal no había enviado a Guanajuato, algunas incluso desde diciembre pasado. Daniel Díaz Martínez, secretario de Salud de Guanajuato, dijo que a pesar de esta situación en Guanajuato no se han presentado casos de sarampión, como sí ha ocurrido en la región del Valle de México, pero no es necesario esperar a que haya un caso para enviar las vacunas, cuando éstas deberían haber sido enviadas desde hace meses; cabe destacar que en el estado desde hace 16 años no se presenta un caso confirmado de sarampión y aunque quedan pocos biológicos en stock, no es suficiente, si se toma en cuenta que en el estado nacen alrededor de cinco mil niños cada mes”.¹⁰

“Desde 2019 tenemos un desabasto de vacunas y no han llegado con el tiempo en que las requerimos”, dijo el secretario de Salud de Guanajuato, quien señaló que cuando han llegado algunos de las dosis, éstas son insuficientes, pues se terminan pronto, pues se ha dado un fenómeno de que incluso hay lista de espera para recibir una vacuna, cuando antes podían aplicarse de manera inmediata cuando ésta era solicitada.”¹¹

⁹ Disminuye abasto de vacuna contra tuberculosis en cdmx. Jorge Almazán Ciudad de México / 04.03.2020 <https://www.milenio.com/politica/en-cdmx-hay-desabasto-de-vacuna-bcg-contra-tuberculosis>.

¹⁰ Federación deja sin vacunas a Guanajuato Oscar Reyes 6 de junio de 2020 <https://www.elsoldeleon.com.mx/local/federacion-deja-sin-vacunas-a-guanajuato-daniel-diaz-martinez-secretario-de-salud-de-guanajuato-5328797.html> consultado el 8 de junio de 2020

¹¹ Ídem



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

El subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell, confirmó en enero de 2020 que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) tenía retenidos dos embarques de vacunas contra el sarampión que se compraron en India. Después de participar en la conferencia matutina del presidente, el subsecretario explicó a los medios de comunicación que la retención no se debe a que las vacunas no sean seguras para la población.¹²

Lo que sucede, es que estas se usan para prevenir tres padecimientos: sarampión, paperas y rubéola. “Al momento de hacer la inspección del primer embarque que llegó en octubre de 2019, Cofepris encontró que, de acuerdo a la regulación mexicana, las vacunas que llegaron no son suficientemente potentes en rubéola”.¹³

A través de la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura (CCAYAC), la Cofepris determinó que, en la vacuna triple viral, las fracciones sarampión y parotiditis se encuentran dentro de especificación en todos los lotes analizados, en tanto que la fracción rubéola presenta baja potencia; aunque los productos biológicos pasaron las pruebas de seguridad, por lo que no representan riesgos a la salud. López-Gatell, explicó que además de que las vacunas son seguras, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lleva varios años revisando los estándares y considera que la potencia de la vacuna de rubéola había sido catalogada como insuficiente cuando en realidad, de acuerdo a nuevas clasificaciones, es competente.

¹² Cofepris tiene retenidos dos embarques de vacunas contra el sarampión, confirma López-Gatell Por Andrea Vega 16 de enero de 2020 <https://www.animalpolitico.com/2020/01/cofepris-retiene-vacunas-sarampion/> consultado el 5 de junio de 2020.

¹³ Ídem



Cuando Cofepris hizo esta primera retención, comentó López-Gatell, quedaba 40% de ese embarque de octubre que fueron 1.4 millones de dosis. “Estamos esperando, y esto es materia de días, hoy tenemos reunión con el titular de Cofepris de hecho, para resolver esta discrepancia de visiones entre la OMS y el estándar que desde hace varios años hay en México”.¹⁴

Médicos residentes.

Estadísticas de 2015 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) refieren 139 médicos por 100 mil habitantes en el mundo. En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugiere 176 médicos por 100 mil habitantes. En México, de acuerdo con el último censo realizado en 2011 por el *Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática* había 157 médicos por 100 mil habitantes. El número de médicos per cápita se ha incrementado de 160 por 100 mil habitantes en 2000 a 220 en 2014, sin embargo, continúa siendo inferior al promedio de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) de 320.¹⁵

La OCDE en 2015, reportó en México la existencia de más médicos especialistas (ME) que médicos generales y familiares (MG) (65 versus 35 %, respectivamente), cifra similar a la de otros países de la OCDE como Reino Unido (ME = 71.4 % versus MG = 28.6 %), pero contrastante con Chile (ME = 51.8 % versus MG = 48.2 %) y Francia (ME = 49.8 % versus MG = 50.2 %).¹⁶

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), a través del Comité de Posgrado, es la instancia coordinadora del Examen Nacional para Aspirantes a las Residencias Médicas (ENARM). En 2016 compitieron 38 mil 077 médicos generales por las 7 mil 805 plazas disponibles para iniciar los estudios de

¹⁴ Ídem

¹⁵ Cfr. Gerhard Heinze-Martin, Víctor Hugo Olmedo-Canchola, Germán Bazán-Miranda, Napoléon Andrés Bernard-Fuentes y Diana Patricia Guízar-Sánchez Universidad Nacional Autónoma de México, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Ciudad de México. *Los Médicos especialistas en México*. Gaceta Médica de México, 2018.

¹⁶ Ídem



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

especialización. El Sistema Nacional de Salud cuenta con 81 cursos de especialidad, de los cuales 78 son ofertados por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Acorde con lo reportado en 2016 por la CIFRHS, 75 % de los residentes recientemente ingresados están distribuidos en seis especialidades médicas principales: medicina familiar (21.8 %), medicina interna (13.5 %), anestesiología (10.8 %), pediatría (10.8 %) ginecología y obstetricia (9.9 %) y cirugía (9.1 %) Actualmente, dentro de la plantilla escolar de la UNAM dichas especialidades representan 47 % de los alumnos.¹⁷

La generación de recursos humanos para la salud en cantidad adecuada y con las características apropiadas es una de las funciones esenciales de los sistemas de salud.

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) fue creada por Acuerdo Presidencial el 19 de octubre de 1983, con el propósito de identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud, así como entre el sector educativo y el sector salud, en el proceso de formación de recursos humanos para la salud que requiera el Sistema Nacional de Salud.¹⁸

Anualmente se abren unas 8,000 plazas para nuevos residentes, y quienes presentan el examen para conseguirlas suman no menos de 42,000 médicos. Es decir, apenas 2 de cada 10 logran acceder. Hay quienes presentan el examen hasta 5 o 6 veces sin conseguirlo.

Son los que cubren las guardias nocturnas, el área de urgencias, se quedan a cargo los fines de semana, días festivos y vacaciones, y son los de menor ingreso. Son un sostén primordial de cada hospital de tercer nivel. Si un día dejaran de trabajar los cerca de 25,000 residentes médicos activos, los hospitales con especialidades y por ende el sistema de salud pública simplemente colapsarían.¹⁹

¹⁷ Ídem

¹⁸ http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/cifrhs/acerca_dela_cifrhs.html consultado el 10 de abril de 2019.

¹⁹ Cfr. Columna Paros de residentes médicos encienden alarmas, por Maribel Ramírez Coronel 10 de abril de 2019. <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/Paros-de-residentes-medicos-encienden-alarmas-20190410-0025.html>, consultado el 29 de mayo de 2020



Las nuevas generaciones de residentes hoy ya se organizan. El año pasado se realizó una serie de paros en activo, marchas en las calles y diversas manifestaciones en hospitales de todo el país reclamando pagos retrasados. Y la gota que indignó y derramó el vaso fue la advertencia de que les descontarán el bono sexenal por 3,000 pesos. Se los dio la administración anterior en vales de papel, y amenazaron con quitarlo de su sueldo en efectivo en una sola quincena. El movimiento generó que a través de la Comisión de Salud del Senado de la República se estableciera un canal de comunicación para establecer las demandas principales de los médicos residentes con relación a su ingreso y se logró una reforma para establecer la figura del médico residente en la Ley General de Salud. La situación en la que se encuentran los médicos residentes no debe soslayarse dentro del diagnóstico del sistema nacional de salud.

Problemas del Sistema Nacional de Salud.

Dentro de los problemas más destacados del sistema nacional de salud, se pueden subrayar los siguientes:

- Insuficiente financiamiento público de los servicios y sobre todo de los destinados al fortalecimiento y expansión del sistema de salud pública.
- Deficiente organización y funcionamiento del sistema de salud.
- Asignación irregular de recursos a las entidades federativas, a las unidades de atención médica y a los programas de salud.
- Calidad heterogénea.
- No existe todavía cobertura universal ni siquiera en el caso de los servicios esenciales y menos en los de hospitalización.
- Segmentación de las instituciones prestadoras de los servicios y, por tanto, de la población a la que están dirigidos sus esfuerzos.
- Demasiado tiempo de espera
- Opacidad en el manejo de los recursos
- Debido a que la salud es una materia concurrente los montos destinados a la Salud no se encuentran englobados en una misma bolsa, y están dispersos ejemplo: Ramo 33,



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

ramo 12 del Presupuesto de Egresos de la Federación. Por tanto tenemos a dos ejecutores del recurso: la Federación y los Estados.

Telemedicina en el ámbito internacional.

Los inicios de la telemedicina, a finales de los 80 que surgieron en la Región de América Latina y el Caribe, fueron básicamente estrategias individuales, ya sea de organismos privados o profesionales entusiastas de la informática que vieron en el uso de las incipientes tecnologías de la información, herramientas que podrían ser facilitadoras de procesos tales como atención a distancia, diagnóstico a distancia o acompañamiento a distancia en intervenciones quirúrgicas.

Uno de los proyectos de telemedicina más reconocidos en América del Sur es RUTE Red Universitaria de Telemedicina- en Brasil, una iniciativa que comenzó en el año 2006, cuando se interconectaron a los hospitales universitarios en una red de telemedicina para la asistencia primaria de salud. La RUTE, además de crear formalmente núcleos de telemedicina, también apoya la realización de videoconferencias, análisis de diagnósticos, segunda opinión, educación médica continua y conferencias web entre hospitales universitarios y universidades. A nivel gubernamental se desarrolla para todo el sistema de salud, el Programa de Redes de Telesalud Brasil, una acción nacional que busca mejorar la calidad de la atención y la atención primaria en el Sistema Único de Salud (SUS), con teleasistencia y teleeducación. La ejecución del programa se inició en 2007 para mejorar de la calidad de la atención en la atención primaria en el Sistema Único de Salud (SUS).

Otro proyecto exitoso fue el SOS Telemedicina para Venezuela, un programa de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela UCV, que desarrolla e implementa soluciones tecnológicas en beneficio de la salud de la población. Para ello cuenta con una plataforma tecnológica y con médicos especialistas, capacitados para emitir segunda opinión; brinda servicios gratuitos para dar acompañamiento a profesionales y estudiantes de la salud, en Centros de Atención Primaria conectados a su red a través de sesiones de tele consulta y tele diagnóstico, videoconferencias, telefonía de voz sobre IP(telefonía digital), acceso a



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

bibliotecas digitales, entre otros, con la finalidad de ayudar al personal de salud a mejorar su desempeño y asistir efectivamente a las comunidades.

En Argentina, el Hospital de Pediatría Garrahan, desarrolla desde 1997 el primer programa de telemedicina del país. El proyecto, llamado Referencia-Contrarreferencia, promueve salud a nivel provincial y regional, y busca alentar el acceso igualitario a consultas con médicos especializados. Desde su implementación se recibieron unas 50 mil consultas y el 80% de los pacientes no tuvieron necesidad de trasladarse hasta el hospital, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.²⁰

En Colombia la telemedicina fue incorporada por primera vez en los marcos normativos, con la expedición de la Ley 1122 de 2007, la cual expresa en el párrafo 2, del artículo 26 que: “La Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas”²¹

Telemedicina en México.

En **México** encontramos antecedentes del uso de la Telemedicina en administraciones panistas en específico en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001-2006 y el Programa Nacional de Salud 2001-2006, los cuales establecieron la importancia y necesidad de utilizar las tic para lograr los objetivos generales de proporcionar acceso a la salud de manera equitativa y abatir el rezago en el nivel de atención de la población marginada. Buscando aprovechar esa oportunidad, el Gobierno Federal en asociación con universidades y organizaciones de la sociedad, creó el Programa de Acción e-Salud, el cual se compuso de dos sistemas básicos: la Telemedicina/ Telesalud y el Portal e-Salud. El primero buscó acercar los tratamientos médicos y la educación a las zonas más remotas dada la

²⁰ Chueke Daniela, Panorama de la Telemedicina en América Latina Apr 16, 2015

²¹ Jiménez Barbosa , Wilson et al. Avances en telesalud y telemedicina: estrategia para acercar los servicios de salud a los usuarios



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

concentración de estos servicios en el centro del país. Por otro lado, el portal tuvo como objetivo facilitar los trámites y brindar información sobre el sector salud a un menor costo.

En los últimos años, la evolución de las tic y su irrupción cada vez más frecuente en la vida cotidiana de la sociedad ha generado impactos en distintos ámbitos, uno de ellos el gubernamental²². Los gobiernos en el mundo han incorporado las tic en las distintas funciones que desempeñan con objetivos diversos como aumentar la transparencia, facilitar trámites, promover mayor participación, así como proveer servicios de manera más eficiente²³ Entre estos últimos destaca la provisión de servicios de salud, sobre todo considerando, por un lado, la importancia de este aspecto en el bienestar de la población y su impacto en la competitividad.

Es necesario reconocer que existen antecedentes de la telemedicina en México. Por ejemplo, en 1978, la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) daba apoyo médico a consultorios rurales por radio-enlaces o banda civil. En 1986, se inició el sistema de Tele-enseñanza médica en el Hospital Infantil de México y en 1991, iniciaron las aplicaciones del Satélite Solidaridad a la atención médica.

Una aplicación más sistemática y con mayores alcances se presentó en 1995, cuando el ISSSTE inició su programa de telemedicina mediante una prueba piloto al enlazar el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre de la Ciudad de México con el Hospital Regional Belisario Domínguez de Tuxtla Gutiérrez a través del satélite Solidaridad II, ello permitió realizar videoconferencias y enviar datos e imágenes de rayos equis.²⁴ Posteriormente esta institución creó el Programa Nacional de Telesalud que consiguió generar ahorros

²² (Gil-García y Luna-Reyes,2006) citado en Mariscal Avilés Judith, Gil -García J.Ramón. Ramírez Hernández, Fernando. Documento e- Salud en México: antecedentes, objetivos, logros y retos. Espacios públicos, vol.15, núm.34, mayo-agosto 2012.

²³ (Gil-García y Helbig, 2006; Gil-García y Pardo, 2005).) citado en Mariscal Avilés Judith, Gil -García J.Ramón. Ramírez Hernández, Fernando. Documento e- Salud en México: antecedentes, objetivos, logros y retos. Espacios públicos, vol.15, núm.34, mayo-agosto 2012.

²⁴(Grinberg, 2002) citado en Mariscal Avilés Judith, Gil -García J.Ramón. Ramírez Hernández, Fernando. Documento e- Salud en México: antecedentes, objetivos, logros y retos. Espacios públicos, vol.15, núm.34, mayo-agosto 2012.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

considerables tanto a los pacientes como a la misma institución al reducir el traslado de pacientes en 50% al impartir tele-consultas.

Por ello, el sistema de Telesalud del ISSSTE fue reconocido por la OMS como el primer modelo mundial en salud pública y con el primer lugar en número de tele-consultas en el mundo. El IMSS, por su parte, impulsó el programa COPLAMAR con el objetivo de procesar datos del sistema único de información médica como el control de riesgos de trabajo, la administración del diferimiento de intervención quirúrgica y consulta, la codificación de altas hospitalarias, los certificados de incapacidad, el sistema de evaluación sistemática de la gestión médica, y el sistema de control de medicamentos. Entre 1995-2000, se desarrolló el Sistema de Medicina Familiar Siglo XXI, se adquirió el Sistema de Administración Hospitalaria, el Sistema de Información para Laboratorios y se desarrollaron los proyectos piloto de Medicina de Familia, así como los modelos de Grupos Relacionados por el Diagnóstico y el de Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada.

Desde el 2004 se creó el CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud), como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, nombrado en 2009 centro colaborador de la OMS. La creación del CENETEC obedece a la necesidad del sistema de salud en México de contar con información objetiva y basada en la mejor evidencia posible, de la gestión y uso apropiado de las tecnologías para la salud, que apoye a la toma de decisiones y el uso óptimo de los recursos. A pesar de que hay bases legales e institucionales existen retos enormes en materia de legislación con relación a la telemedicina y a los servicios digitales en salud.



V. Marco teórico y conceptual

GARANTISMO.

Garantizar significa afianzar, asegurar, proteger, defender, tutelar algo y cuando en la cultura jurídica se habla de garantismo ese “algo” que se tutela son derechos o bienes individuales.

Un derecho garantista establece instrumentos para la defensa de los derechos de los individuos frente a su eventual agresión por parte de otros individuos y principalmente por el poder del estado.²⁵

Luigi Ferrajoli, utiliza la expresión garantismo bajo tres acepciones: en la primera, designa un modelo normativo del derecho; en la segunda el garantismo es una teoría jurídica; y en la tercera, el garantismo es una filosofía política.

Por garantía entendemos el derecho de defensa de los derechos fundamentales, en este caso, de los derechos que integran el desarrollo humano: ingreso, educación y salud. En este sentido, Ferrajoli recupera la igualdad como un principio complejo que tiene el doble fin de tutelar y valorar las diferencias como elementos de la identidad de las personas, y de eliminar o cuando menos reducir las desigualdades. Así, la igualdad en los derechos fundamentales no es otra cosa que el igual derecho de todas las personas a la afirmación de la propia identidad, en la que las diferencias están dotadas de igual valor, prescribiendo el igual respeto y el igual tratamiento entre ellas. Ferrajoli nombra a este modelo como “la igual valoración jurídica de las diferencias”.

DESARROLLO HUMANO.

Inicialmente se concibe el desarrollo económico fundado en las nociones de evolución y progreso; industrialización; y crecimiento económico. Este tipo de desarrollo se entiende como la posibilidad de un progreso económico rápido, que genera políticas sociales

²⁵Gascón Abellan, Marina. “La Teoría General del Garantismo (a propósito de la obra de L. Ferrajoli Derecho y Razón)”. Universidad Castilla – La Mancha. p. 195



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

adecuadas para cubrir a la población; sin embargo, tiene límites, no siempre es expansivo y prospectivo.²⁶

El concepto de desarrollo humano surge a la par de los estudios sobre el desarrollo y la dependencia a finales de la década de los sesentas y se da por la incorporación del capital humano a la definición del desarrollo económico. El principal promotor del carácter humano en el desarrollo, fue Dudley Seers, que introdujo los “objetivos sociales como crecimiento e igualdad, necesidades básicas, erradicación de la pobreza o reducción del desempleo”²⁷. Entre los autores contemporáneos que más han aportado a la formulación del concepto, se encuentra *Amartya Sen*, que con su enfoque de capacidades y titularidades planteado dentro de su artículo “*Conceptos sobre Desarrollo humano pobreza; una perspectiva multidimensional*”, resaltó la diferencia entre el aumento de ingresos y el de oportunidades, pues mientras que el primero sólo incrementa las posibilidades de elección, el aumento de oportunidades plantea el desarrollo potencial de los seres humanos.²⁸

Ahora bien, el crecimiento económico y el desarrollo humano, están estrechamente relacionados, pero no se deben confundir, o utilizar como sinónimos, pues el primero resalta “la formación de capitales y de otros factores de producción”, es decir es la base material que sirve para la satisfacción de las necesidades básicas de los hombres. En este orden de ideas, estos dos procesos, se complementan mutuamente y forman un círculo, que puede ser virtuoso, cuando se lleva adecuadamente, o vicioso cuando falta alguno de los dos; sin embargo, el ingreso generado por el crecimiento económico no siempre se traduce en una mejoría del desarrollo humano.

²⁶ Cfr. International Secretariat for Human Development, La gestión del Desarrollo Humano, Grant Winners 2005, Charter II, York University, 2005, pág. 31.

²⁷ Seara Vázquez, Modesto. *Las Naciones Unidas a los cincuenta años*. FCE. México, 1995. p. 286.

²⁸ Medición del Desarrollo Humano en México. Estudios Sobre Desarrollo Humano. PNUD México No. 2003-6. p 7



Conceptualmente, la discusión sobre el desarrollo económico fue redefinida a partir de las conferencias del profesor Amartya Sen, tituladas “*Equality of What*”. Sen retomó la discusión sobre la importancia de la igualdad económica planteando una pregunta central: ¿cuál es la dimensión relevante para medir la desigualdad?

Los conceptos introducidos en dicho debate serían desarrollados posteriormente en los trabajos del profesor Sen y de otros filósofos y economistas del desarrollo, de entre los cuales destaca “Bienes y capacidades” (1985). El argumento central de estos trabajos se basa en la idea de que la medición del bienestar no debe derivarse de indicadores “ex-post”, como lo planteaban los filósofos utilitaristas clásicos al otorgar una importancia central al acceso a bienes y servicios. De acuerdo con el profesor Sen, esta visión utilitarista carece de relevancia normativa. La nueva propuesta hace énfasis en el carácter instrumental del acceso a bienes y servicios, concibiéndolos únicamente como un medio para poder alcanzar un plan de vida o una realización individual plena. Así, la medición del bienestar debería verse como un proceso con varios componentes: el acceso a bienes y servicios, una función de “conversión” de estos bienes y servicios en opciones reales de planes de vida y, por último, una función de “evaluación” que transforma la elección hecha en un nivel de satisfacción individual.²⁹

La relación utilitarista que va directamente de mayor acceso a bienes a mayor nivel de utilidad se ve sustituida por una relación en la que el acceso a bienes abre un conjunto de capacidades, y son éstas las que impactan sobre el bienestar. Ampliar dicho conjunto de opciones reales a disposición de los individuos, visualizando el acceso a bienes y servicios sólo como una parte del proceso, debería ser, según este enfoque, el objetivo último del desarrollo. Es en este sentido que se puede definir el desarrollo como una ampliación de la capacidad de elección de los individuos o, en términos filosóficos, como una ampliación de la libertad en el sentido positivo.³⁰

²⁹ El Concepto de Desarrollo Humano, su importancia y aplicación en México. Estudios sobre Desarrollo Humano PNUD México No 2003 -1. p. 5

³⁰ Ídem.



El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha promovido el concepto de desarrollo humano definido como el proceso de ampliación de las posibilidades de elegir de los individuos que tiene como objetivo expandir la gama de oportunidades abiertas a las personas para vivir una vida saludable, creativa y con los medios adecuados para desenvolverse en su entorno social.

Ahora bien, dentro del marco de soluciones para mejorar las capacidades de los seres humanos, se encuentra el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que se ha encargado de realizar informes sobre el desarrollo humano en todo el mundo desde 1990, promoviendo que se lleven a cabo estos estudios también a nivel local para la elaboración de estrategias *ad hoc* a cada nación. Estos informes señalan la importancia de las libertades que poseen el hombre y la mujer para ser y hacer lo que desean; al mismo tiempo resaltan el hecho de que, sin la oportunidad de gozar de ciertos elementos básicos como el de disfrutar de una vida larga y saludable, de educación o del acceso a recursos como el agua o la luz eléctrica, no será posible alcanzar las metas que se fije la población.³¹

Para identificar el grado de desarrollo humano de un país se utilizan diversos índices realizados por la Organización de las Naciones Unidas con el fin de obtener información adecuada sobre las condiciones de vida de cualquier país; sin embargo, la misma organización señala que, aunque estas guías tratan de abarcar los elementos más substanciales, se tendrían que realizar indicadores específicos de acuerdo con cada nación, puesto que de esta forma se verían reflejadas las prioridades de cada gobierno respecto a su población.

Existen seis variantes de índices de desarrollo que buscan identificar diferentes aspectos relacionados directamente con el desarrollo humano: *Índice de desarrollo humano (IDH)*; *Índice de pobreza humana para países en desarrollo (IPH-1)*; *Índice de pobreza humana*

³¹ Véase Informe de Actividades del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México. Desarrollo Humano para vivir mejor. p. 16.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

*para países de la OCDE escogidos (IPH-2); Índice de desarrollo relativo al Género (IDG); Índice de Potenciación de Género (IPG); Índice de adelanto tecnológico (IAT).*³²

Aunque la implementación empírica del enfoque de las capacidades no es una tarea fácil, el índice utilizado internacionalmente incorpora tres funcionamientos básicos: *educación, salud y acceso a bienes y servicios mediante el ingreso.*

La concentración de la riqueza, la desigualdad social, la pobreza, la exclusión y la discriminación son los factores que llevan al abandono de la idea de un desarrollo económico como única solución de la problemática social. Es por ello que en las últimas décadas del siglo pasado se produce la “humanización del desarrollo”. De esta manera en 1990, de acuerdo con el Informe “Desarrollo Humano” del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el objetivo central del desarrollo humano es el ser humano, ya que ese desarrollo es un proceso por el cual se amplían las oportunidades de éste. Dichas oportunidades en principio pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo; sin embargo, las tres oportunidades más esenciales serían: disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos, tener acceso a los recursos necesarios para poder lograr un nivel de vida decente. Si no se poseen estas oportunidades esenciales, otras resultarían inaccesibles.³³

Telesalud

Involucra la entrega de servicios de salud a distancia usando las tecnologías de la información y comunicación, cuando la interacción presencial no es absolutamente necesaria y con el propósito de mantener la continuidad en la atención en salud.³⁴

³² El Concepto de Desarrollo Humano, su importancia y aplicación en México. Estudios sobre Desarrollo Humano PNUD México No 2003 -1. p. 35.

³³ Informe sobre Desarrollo Humano 1990, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Oxford University Press, Colombia, 1990, pág. 33.

³⁴ Desarrollado por el comité interno para la integración del glosario de telesalud, Cenetec salud 2021 cdmx.



Telemedicina

A diferencia de la telesalud la telemedicina es: la prestación de servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan las tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, así como la educación continua de proveedores de salud, todo ello en interés de promover la salud de los individuos y sus comunidades.³⁵

³⁵ Ídem



VI. Formulación de hipótesis.

La telemedicina debe ser una herramienta para garantizar el derecho a la salud.



VII. Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) están revolucionando la forma en que las personas se comunican entre sí. Durante la pandemia hubo la necesidad de comunicarse a través de las tecnologías de la información y el sector salud no fue la excepción. Es necesario revisar el marco jurídico actual en la materia para fortalecerlo y lograr que las tecnologías de la información sean un parteaguas en la forma de garantizar los derechos fundamentales.

¿Qué es la Telesalud?

Involucra la entrega de servicios de salud a distancia usando las tecnologías de la información y comunicación, cuando la interacción presencial no es absolutamente necesaria y con el propósito de mantener la continuidad en la atención en salud.³⁶

¿Qué es la Telemedicina?

A diferencia de la Telesalud, la Telemedicina es: La prestación de servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan las tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, así como la educación continua de proveedores de salud, todo ello en interés de promover la salud de los individuos y sus comunidades.³⁷

La Telemedicina es una ciencia abierta y en constante evolución, ya que incorpora nuevos avances en la tecnología y responde y se adapta a las cambiantes necesidades de salud y contextos de la sociedad.

³⁶ Desarrollado por el Comité interno para la integración del Glosario de Telesalud, CENETEC-salud 2021 CDMX. <https://www.gob.mx/salud/cenetec/acciones-y-programas/que-es-la-telesalud-y-la-telemedicina>

³⁷ Ídem



Podemos destacar de la Telemedicina: Su propósito de proporcionar apoyo clínico. Se pretende superar barreras geográficas, conectando usuarios que no están en la misma ubicación física. Implica el uso de varios tipos de TIC. Su objetivo es mejorar los resultados de salud.

Marco Jurídico.

Telesalud y telemedicina son conceptos que se encuentran en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos desde la Reforma Constitucional del 11 de junio de 2013 (reforma del expediente clínico electrónico) los conceptos de telesalud y telemedicina son referidos en el texto constitucional. En el **artículo décimo cuarto transitorio** de esta reforma constitucional se establece que:

“El Ejecutivo Federal tendrá a su cargo la política de inclusión digital universal, en la que se incluirán los objetivos y metas en materia de infraestructura, accesibilidad y conectividad, tecnologías de la información y comunicación, y habilidades digitales, así como los programas de gobierno digital, gobierno y datos abiertos, fomento a la inversión pública y privada en aplicaciones de telesalud, telemedicina y Expediente Clínico Electrónico y desarrollo de aplicaciones, sistemas y contenidos digitales, entre otros aspectos”.

Con base en lo anterior, no hay duda que se necesita asignación presupuestal para las políticas públicas en materia de conectividad digital por una parte, y por otra, asignación de recursos etiquetados con la finalidad de fortalecer y hacer realidad pendientes como el expediente clínico electrónico.

Normas Oficiales mexicanas.

Los conceptos de telemedicina y telesalud estuvieron contenidos en la Norma oficial Mexicana NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-036-SSA3-2015 sin embargo, el 27 de abril de 2018, se publicó el Aviso de cancelación de la misma, entre otros motivos se consideró que el Proyecto de Norma, no aportaba ningún elemento que contribuya a mejorar



la calidad de la práctica de la atención médica a distancia y que además pueda ser una limitante para incorporar tecnologías innovadoras o de nuevos desarrollos en este campo.

CENETEC.

En 2004, se creó el CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud), como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, nombrado en 2009, centro colaborador de la OMS. La creación del CENETEC, obedece a la necesidad del sistema de salud en México de contar con información objetiva y basada en la mejor evidencia posible, de la gestión y uso apropiado de las tecnologías para la salud, que apoye a la toma de decisiones y el uso óptimo de los recursos. A pesar de que hay bases legales e institucionales, existen retos enormes en materia de legislación con relación a la telemedicina y a los servicios digitales en salud.

Acciones legislativas.

Vale la pena mencionar que, se están dando esfuerzos legislativos en la materia, entre los que destaca una iniciativa para conceptualizar la telemedicina y la telesalud en la Ley General de Salud:

Iniciativa con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de telesalud y telemedicina.

Promovente: Senadora Alejandra Noemí Reynoso Sánchez

Fecha de presentación: 18 de marzo de 2021

Status: Comisión de Salud y Estudios Legislativos Segunda.

Objeto de la propuesta:

- Adiciona un nuevo capítulo para establecer de manera conceptual qué se entiende por *telesalud, telemedicina y teleconsulta*. Actualmente encontramos los términos “telesalud, telemedicina” en la Constitución sin que estén definidos en la Ley General de Salud.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

- El uso de las tecnologías en materia de protección del derecho a la salud debe servir para la inclusión de todas las personas; la iniciativa pondera la inclusión de las personas con discapacidad y los adultos mayores.
- El proyecto de iniciativa se realizó bajo **dos principios fundamentales: “ajustes razonables y solidaridad intergeneracional”**. La Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad establece varios principios rectores, en específico este instrumento internacional nos habla de “ajustes razonables” es decir se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, nos habla del *principio de solidaridad intergeneracional*, definido como el reconocimiento de las generaciones presentes y futuras para establecer un equilibrio entre la tradición y la innovación en el desarrollo económico, social y cultural en donde se debe priorizar la atención de los adultos mayores.

- Con estos dos principios rectores se debe priorizar un canal especial digital para personas con discapacidad y adultos mayores en la atención médica.

También se han presentado otras propuestas:

-Con fecha 4 de noviembre de 2020, el Sen. Miguel Ángel Mancera Espinoza, del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, presentó ante el Pleno del Senado la iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se adiciona un Capítulo II Bis al Título Tercero de la Ley General de Salud, en materia de teleconsultas médicas.

- Con fecha 4 de noviembre de 2021, el Sen. Américo Villarreal Anaya, del Grupo Parlamentario Morena, presentó ante el Pleno del Senado la iniciativa con proyecto de decreto por el que se adicionan los artículos 62 Bis y 62 Bis 1 a la Ley General de Salud, en materia de orientación médica a distancia de la mujer gestante.



VIII. Conclusión.

La pandemia generada por el coronavirus (Covid-19) ha puesto en el centro del debate el uso de las tecnologías de la información para garantizar el acceso al derecho a la salud de las personas.

La inversión en salud se refleja en mayor igualdad social, reducción de la pobreza y en incremento de la competitividad, contribuyendo a alcanzar mayores niveles de crecimiento y desarrollo económicos. Como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llamado la atención sobre la importancia de crear un marco conjunto de acciones relacionadas con la estrategia global de e-Salud, orientadas a asegurar el papel de liderazgo y facilitación en el plano de la cooperación internacional, coordinación política y un efectivo gobierno en salud. En México el principal reto es que se destine el Presupuesto justo para garantizar el derecho a la salud.

A pesar de que, hay bases legales e institucionales existen retos enormes en materia de legislación con relación a la telemedicina y a los servicios digitales en salud, y adicional obstáculos de conectividad en México y por qué no decirlo de voluntad política.

En el ámbito normativo vale la pena replantear lo que ha sucedido con el ECE expediente clínico electrónico. Desde la Reforma Constitucional del 11 de junio de 2013, existe obligatoriedad de utilizar el Expediente Clínico Electrónico en todo el sector salud, sin embargo, parecería que no ha existido la voluntad política para instrumentarlo. En el artículo décimo cuarto transitorio de esta reforma constitucional se establece que: ***“El Ejecutivo Federal tendrá a su cargo la política de inclusión digital universal, en la que se incluirán los objetivos y metas en materia de infraestructura, accesibilidad y conectividad, tecnologías de la información y comunicación, y habilidades digitales, así como los programas de gobierno digital, gobierno y datos abiertos, fomento a la inversión pública y privada en aplicaciones de telesalud, telemedicina y Expediente Clínico Electrónico y desarrollo de aplicaciones, sistemas y contenidos digitales, entre otros aspectos”***. A pesar de que esta reforma constitucional estableció, desde hace nueve años la obligación del



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Gobierno Federal para fomentar el Expediente Clínico Electrónico, no ha habido avances significativos al respecto.

El contar con un expediente clínico electrónico constituye una de las mayores aspiraciones por parte de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), en la medida que su manejo incrementa sensiblemente la seguridad en la atención de los pacientes al contar con información más oportuna y precisa sobre la salud-enfermedad de la población usuaria favoreciendo con ello que la atención médica sea más eficaz y segura.

Tomando en consideración los aspectos anteriores hablaré de los grandes retos legislativos en materia de telemedicina:

- Haciendo un análisis estructural de la Ley General de Salud, resulta necesario adicionar un nuevo capítulo para establecer de manera conceptual qué se entiende por *telesalud, telemedicina y los conceptos básicos para que ante esta nueva normalidad se fortalezca la telemedicina en México* cuya base está contenida en el artículo 32 de la Ley General de Salud. Se definen los conceptos telesalud, telemedicina, teleconsulta, receta electrónica o digital; actualmente encontramos los términos “telesalud, telemedicina” en la Constitución sin que estén definidos en la Ley General de Salud.
- Otro reto de la telemedicina sería implementar recetas electrónicas en donde quizá se pudiera vincular a los inventarios de medicamentos del sector salud
- El uso de las tic en el sector salud es cada vez más importante ante los retos epidemiológicos que plantean la transición y crecimiento demográficos, así como la elevada fragmentación del sistema de salud en México. Se calcula que para 2020, las personas mayores constituirán una octava parte del total de la población, con poco más de 15 millones y para 2040 uno de cada cuatro mexicanos se ubicará en este grupo de edad.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

- El uso de las tecnologías en materia de protección del derecho a la salud debe servir para la inclusión de todas las personas; me referiré en particular a los adultos mayores y a las personas con discapacidad.

En estos momentos, de manera natural la atención está puesta en pacientes infectados con Covid-19. Sin embargo, el resto de las enfermedades no se detienen y los pacientes con diabetes, hipertensión, enfermedades infectocontagiosas, mujeres embarazadas, etcétera, demandan igualmente atención de los especialistas en salud. Esto significa que todos estos pacientes requieren una atención médica que pueda resolver su problema sin el riesgo de exponerlos a un potencial contagio. El reto es que, en el Sistema Nacional de Salud, es decir, tanto en el ámbito privado como público, la tecnología sea una herramienta para garantizar el derecho a la salud. La reforma de telemedicina debe ser integral y desde la perspectiva de derechos fundamentales, y sin dudarle con acompañamiento de la sociedad civil, pero sobre todo con impulso presupuestal. La telemedicina es indispensable para el fortalecimiento del índice de Desarrollo Humano de México.



IX. Bibliografía.

ALARCON Espinozza, Giovanni, *Financiamiento del Aseguramiento Universal en Salud: Experiencias Internacionales y Elementos de Decisión para el Perú*. Health Systems 20/20 Project. Agosto, 2009.

FERRAJOLI, Luigi, *Derechos y garantías. La ley del más débil*, Trotta, Madrid, 1999

Gascón Abellan, Marina. “La Teoría General del Garantismo (a propósito de la obra de L. Ferrajoli *Derecho y Razón*)”. Universidad Castilla – La Mancha.

SEARA VAZQUEZ, Modesto. *Las Naciones Unidas a los cincuenta años*. FCE. México, 1995. p. 286.

Sitios Consultados

www.diputados.gob.mx

www.dof.gob.mx

www.juridicas.unam.mx

www.sil.gob.mx

www.senado.gob.mx

<http://www.onu.org.mx/objetivo3.html>

<http://www.onu.org.mx/Objetivo5.html>

<http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/>

<http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/>

www.imss.gob.mx

www.ss.gob.mx

<https://www.eleconomista.com.mx/empresas/SHCP-lanzara-en-mayo-licitacion-de-medicamentos-20190421-0083.html> consultada el 25 de mayo de 2020.

<https://politica.expansion.mx/presidencia/2020/01/28/21-estados-se-suman-al-insabi-y-6-deciden-comprar-sus-propios-medicamentos>

<https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/Invitan-a-reportar-desabasto-de-medicamentos-20200318-0166.html>

<https://www.infobae.com/america/mexico/2020/01/28/desabasto-de-medicamentos-se-agudiza-la-crisis-en-el-sector-de-salud-mexicano/>



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

<https://www.milenio.com/politica/en-cdmx-hay-desabasto-de-vacuna-bcg-contratuberculosis>.

<https://www.elsoldeleon.com.mx/local/federacion-deja-sin-vacunas-a-guanajuato-daniel-diaz-martinez-secretario-de-salud-de-guanajuato-5328797.html> _consultado el 8 de junio de 2020

<https://www.animalpolitico.com/2020/01/cofepris-retiene-vacunas-sarampion/> _consultado el 5 de junio de 2020.

http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/cifrhs/acerca_dela_cifrhs.html consultado el 10 de abril de 2019.

<https://www.gob.mx/salud/cenetec/acciones-y-programas/que-es-la-telesalud-y-la-telemedicina>

Documentos consultados

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, nota cefp 007 / 2015. Presupuesto de Egresos de la Federación 2015, Recursos asignados al Ramo 12 Salud.

Informe de la Salud en el Mundo. *La financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura Universal*. Organización Mundial de la Salud, 2010.

El Concepto de Desarrollo Humano, su importancia y aplicación en México. Estudios sobre Desarrollo Humano PNUD México No 2003 -1. p. 5

Financiamiento y Organización de los Servicios de Salud: Una visión para el Sistema de Salud en México del Dr. Luis Durán Arenas.

Hacia un nuevo modelo de Seguridad Social. José Narro Robles, David Moctezuma Navarro, Lourdes Orozco Hernández. Economía, UNAM, Vol.7 Número especial.

Informe de Actividades del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México. Desarrollo Humano para vivir mejor. p. 16.

Indicadores para el Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Definiciones Justificación conceptos fuentes, Nueva York 2006.

Informe sobre Desarrollo Humano 1990, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Oxford University Press, Colombia, 1990



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

International Secretariat for Human Development, La gestión del Desarrollo Humano, Grant Winners 2005, Charter II, York University, 2005

Medición del Desarrollo Humano en México. Estudios Sobre Desarrollo Humano. PNUD México No. 2003-6.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México”. Informe de Avances, 2013, Presidencia de la República, septiembre de 2013.

The Global Gender Gap Report, 2014 World Economic Forum, 395.

WHA58.33 Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad La 58ª Asamblea Mundial de la Salud.

Minuta de la comparecencia de diversos funcionarios ante la Comisión de Salud del Senado de la República derivada del Acuerdo de Jucopo con fecha 28 de febrero de 2019 realizada por la autora

Desarrollo humano y covid-19 en México: Desafíos para una recuperación sostenible, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2020

Gerhard Heinze-Martin, Víctor Hugo Olmedo-Canchola, Germán Bazán-Miranda, Napoléon Andrés Bernard-Fuentes y Diana Patricia Guízar-Sánchez Universidad Nacional Autónoma de México, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Ciudad de México. *Los Médicos especialistas en México*. Gaceta Médica de México, 2018.

Chueke Daniela, Panorama de la Telemedicina en América Latina Apr 16, 2015

Jiménez Barbosa , Wilson et al. Avances en telesalud y telemedicina: estrategia para acercar los servicios de salud a los usuarios