



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

“Desarrollo Humano: El Principio del Interés Superior de la niñez como eje rector de las Políticas Públicas en materia de Salud en México”

Ana Laura Veloz Sandoval.

Abril 2023



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Ana Laura Veloz Sandoval ¹

RESUMEN

¿Qué es el desarrollo humano? y ¿Cómo se integra? ¿Cómo está relacionado con los Objetivos de Desarrollo sostenible de la agenda 2030? Analizar la situación del Sistema Nacional de salud de manera general y en particular identificar si existen políticas públicas de salud dirigidas a la población infantil en México. Demostrar que el Principio del Interés Superior de la niñez debe ser el eje rector de las mismas con el objeto de proponer agenda legislativa y una nueva visión de política pública.

Palabras clave: Desarrollo Humano, Salud, Principio del Interés Superior de la Niñez

¹ La autora es Licenciada y Maestra en Derecho por la Facultad de Derecho, UNAM. Especialista en Argumentación Jurídica por la Universidad de Alicante, España. Catedrática de la Facultad de Derecho, UNAM. Correo electrónico analauveloz@gmail.com. Las opiniones contenidas en este documento corresponden exclusivamente a los autores y no representan necesariamente el punto de vista de SMR CONSULTORES Y GESTORES EMPRESARIALES S.C.



Contenido

I. introducción.	4
II. Justificación.	5
III. Planteamiento y delimitación del problema.	6
IV. Objetivos de la investigación.	8
V. Marco teórico y conceptual.....	9
VI. Hipótesis.....	28
VII. Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis.....	29
VIII. Conclusiones.....	55
IX. Bibliografía.....	57



I. introducción.

El documento de investigación se realiza bajo el método deductivo, es decir de lo general a lo particular. Los objetivos de la investigación son conocer qué es el desarrollo humano y cómo se integra; cómo está relacionado con los Objetivos de Desarrollo sostenible de la Agenda 2030.

Analizar la situación del Sistema Nacional de Salud de manera general y en particular revisar si existen políticas públicas de salud dirigidas a las niñas y niños en México para demostrar que el Principio del Interés Superior de la niñez debe ser el eje rector de las mismas.

El marco teórico desde el cual analizo el tema es el desarrollo humano, el garantismo y la teoría de la Argumentación jurídica de Robert Alexy, siendo la salud un derecho fundamental para integrar la medición del índice de desarrollo humano. De manera conceptual se aborda la salud, la igualdad jurídica, y qué entendemos por niñas, niños y adolescentes, así como la evolución del Principio del interés Superior de la Niñez.

Actualmente existen diversos desafíos en materia de salud infantil tales como: el tamiz neonatal ampliado; la cobertura de las vacunas que contiene la Cartilla Nacional de vacunación; el sobre peso, la obesidad y el cáncer infantil. La investigación tiene como primordial reflexión la ponderación del Principio del Interés Superior de la niñez en la elaboración de las políticas públicas en materia de Salud en donde estén involucrados niñas y niños, para generar una nueva agenda de investigación y una nueva visión de política pública.



II. Justificación.

IMPORTANTE EL MEJORAMIENTO LA CALIDAD DE VIDA.

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 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 valiosos; y participar activamente en el desarrollo sostenible y equitativo del planeta que comparten”*

En 2020, en México existían 25.2 millones de niñas y niños de 0 a 11 años; es decir, uno de cada cinco habitantes en el país forma parte de la población infantil, por ello es importante investigar sobre el tema ya que, de acuerdo a la Convención de los Derechos del Niño, a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a la Ley General de Niñas, Niños y Adolescentes la población infantil tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Cierro con una frase del Plan de Acción de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia en 1990 “No hay causa que merezca más alta prioridad que la protección y el desarrollo del niño, de quien dependen la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana”.



III. Planteamiento y delimitación del problema.

El Índice de Desarrollo Humano o IDH es elaborado cada año por Naciones Unidas. Se trata de un indicador que, a diferencia de los que se utilizaban anteriormente que medían el desarrollo económico de un país, analiza la salud, la educación y los ingresos.

En 2021 el índice de desarrollo humano (IDH) en México fue 0,758 puntos, lo que supone una mejora respecto a 2020, en el que **se situó en 0,756**. (Expansión, 2021) Si ordenamos los países en función de su Índice de desarrollo humano, México se encuentra en el puesto 86 del ranking de desarrollo humano (IDH).

El IDH, tiene en cuenta tres variables: vida larga y saludable, conocimientos y nivel de vida digno. Por lo tanto, influyen entre otros el hecho de que la esperanza de vida en México esté en 70,13 años, su tasa de mortalidad en el 9,33%.

El último Informe sobre Desarrollo Humano, *Tiempos inciertos, vidas inestables: configurar nuestro futuro en un mundo en transformación* (Del Toro, 2022), advierte de la existencia de múltiples capas de incertidumbre interconectadas entre sí que están provocando una desestabilización sin precedentes en nuestras vidas. Los últimos dos años han resultado devastadores para miles de millones de personas en todo el mundo, con la pandemia de la COVID-19 seguida por la guerra en Ucrania y su interrelación con enormes transformaciones sociales y económicas, amenazantes cambios a nivel planetario, y un extraordinario avance de la polarización.

Por primera vez en los 32 años que el PNUD lleva elaborándolo, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que mide la situación de la salud, la educación y las condiciones de vida de los países, ha empeorado a nivel mundial durante dos años consecutivos. El Desarrollo Humano ha retrocedido a niveles de 2016, revirtiendo gran parte de los avances hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.



América Latina y el Caribe se ha visto particularmente afectada como región. Al observar el IDH, que captura la situación de los países a fines de 2021, vemos que varios países de la región sufrieron retrocesos significativos en el desarrollo humano en comparación con 2019. Esto no es sorprendente, ya que la región fue una de las más afectadas por la pandemia, con el 9% de la población mundial y el 33% de las muertes por COVID-19 a nivel mundial a fines de 2021. También fue la región con la contracción económica más fuerte, de cerca del 7% en 2020. Mientras que algunas economías de la región se recuperaron en 2021, la recuperación en la región fue lenta y desigual.

En el caso de México, aunque se mantiene dentro del grupo de países con un IDH alto, el indicador se redujo de 0.779 antes de la pandemia a 0.758 en 2021 (una reducción de 2.7%), lo que implica un retroceso de 9 años, ya que este era el IDH en 2012.

El retroceso más importante se observó en la dimensión de salud, en la que regresó a valores de 1990 en la esperanza de vida al nacer. En cuanto a la dimensión de ingreso, también se observaron retrocesos en el Ingreso Nacional Bruto per cápita, con una reducción de 6.3% con respecto a 2019 y regresando a los niveles de 2011.

En ese contexto internacional, en México, el Sistema Nacional de Salud enfrenta una crisis estructural e institucional derivada de las decisiones que a partir del 2018 ha tomado el Titular del Ejecutivo Federal en medio de la pandemia, sin diagnóstico previo y bajo el argumento de austeridad republicana en donde además se generan subejercicios de gasto pero no se prioriza el desarrollo humano de las personas, por lo que, debemos conocer la situación general de salud y de manera particular cuáles son las problemáticas de salud de la infancia en México en dónde NO se ha ponderado el principio del interés superior de la niñez.



IV. Objetivos de la investigación.

Los objetivos de la investigación son conocer ¿Qué es el desarrollo humano? y ¿Cómo se integra? ¿Cómo está relacionado con los Objetivos de Desarrollo sostenible de la agenda 2030? Analizar la situación del Sistema Nacional de salud de manera general y en particular identificar si existen políticas públicas de salud dirigidas a la población infantil en México. Demostrar que el Principio del Interés Superior de la niñez debe ser el eje rector de las mismas con el objeto de proponer agenda legislativa y una nueva visión de política pública.



V. Marco teórico y conceptual.

DESARROLLO HUMANO UN PROGRESO PARA LA POBLACIÓN.

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 adecuadas para cubrir a la población; sin embargo, tiene límites, no siempre es expansivo y prospectivo. (Development, 2005)

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” (Seara Vázquez , 1995). 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. (Desarrollo, Medición del Desarrollo Humano en México. Estudio Sobre Desarrollo Humano, 2003)

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.

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. (PNUD, El Concepto de Desarrollo Humano, su importancia y aplicación en México. Estudios sobre Desarrollo Humano, 2003)

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. (PNUD, El Concepto de Desarrollo Humano, su importancia y aplicación en México. Estudios sobre Desarrollo Humano, 2003)

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. (Desarrollo, Informe de Actividades del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México. Desarrollo Humano para vivir mejor)

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 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)*. (PNUD, El Concepto de Desarrollo Humano, su importancia y aplicación en México. Estudios sobre Desarrollo Humano, 2003)

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. (PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano, 1990)



OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE. (Unidas, 2015)

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) constituyen un llamamiento universal a la acción para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y mejorar las vidas y las perspectivas de las personas en todo el mundo. En 2015, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron 17 Objetivos como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la cual se establece un plan para alcanzar los Objetivos en 15 años. Dado que quedan menos de diez años para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en la Cumbre sobre los ODS celebrada en septiembre de 2019, los líderes mundiales solicitaron un decenio de acción y resultados en favor del desarrollo sostenible, y prometieron movilizar la financiación, mejorar la aplicación a nivel nacional y reforzar las instituciones para lograr los Objetivos en la fecha prevista, el año 2030, sin dejar a nadie atrás.

Los 17 Objetivos son los siguientes:

1. Fin de la pobreza
2. Hambre Cero
3. Salud y Bienestar
4. Educación de calidad
5. Igualdad de género
6. Agua limpia y saneamiento
7. Energía asequible y no contaminante
8. Trabajo decente y crecimiento económico
9. Industria, Innovación e Infraestructura
- 10.Reducción de las Desigualdades
- 11.Ciudades y comunidades sostenibles
- 12.Producción y Consumo responsables
- 13.Acción por el clima
- 14.Vida Submarina



- 15. Vida de Ecosistemas terrestres
- 16. Paz, justicia e Instituciones sólidas
- 17. Alianzas para lograr los objetivos

Cada uno de los objetivos tiene metas específicas. De la revisión de los 17 objetivos podemos identificar que el **número 3 “Salud y Bienestar”** está relacionado con el tema que nos ocupa.

Las metas específicas del Objetivo número 3 son las siguientes:

3.1. Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos.

3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1000 nacidos vivo.

3.3. Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

3.4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

3.6. Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.



3.7. Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

3.9. Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

3.a. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.

3.b . Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.

3.c. Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.



3.d. Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

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. (Gascón Abellan)

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”.



Teoría de la argumentación jurídica de Robert Alexy (Cardenas, 2014)

La teoría de la argumentación jurídica de Alexy debe entenderse en el contexto de una teoría general del Estado y del derecho en la teoría del derecho, Alexy une las dos partes del sistema jurídico: el sistema jurídico como sistema de procedimientos, y el sistema jurídico como sistema de normas. Los procedimientos representan la parte activa del derecho, y las normas su aspecto pasivo. Las normas pueden ser reglas y principios en un sentido muy similar a la obra la obra de Dworkin. Para la interpretación de los principios constitucionales, Alexy recurre al principio de proporcionalidad *lato sensu*. ¿En qué consiste el principio de proporcionalidad? En ser un método para interpretar y argumentar principios constitucionales cuando ante situaciones jurídicas se encuentran en colisión y se hace necesario determinar cuál de los principios constitucionales en conflicto debe prevalecer. *Lato sensu* comprende tres subprincipios: idoneidad, necesidad y proporcionalidad en sentido estricto. Es obvio, que en *stricto sensu*, solo atendemos al tercero de los subprincipios. Cuando la teoría jurídica y la jurisprudencia aluden al principio de proporcionalidad lo hacen *lato sensu* y cuando se refieren al tercer subprincipio indican que es en estricto sentido.

Robert Alexy dice que los tres subprincipios expresan la idea de optimización, lo que significa que interpretar los derechos fundamentales de acuerdo con el principio de proporcionalidad es tratar a éstos como requisitos de optimización, es decir, como principios y no como reglas. Los principios son normas que requieren que algo se realice con la mayor amplitud posible dentro de las posibles jurídicas y fácticas. Los subprincipios de idoneidad y de necesidad se refieren a la optimización vinculada a las posibilidades fácticas. El subprincipio de proporcionalidad en sentido estricto alude a la optimización de los derechos fundamentales dentro de sus posibilidades jurídicas. Los tres subprincipios que componen el principio de proporcionalidad en un sentido *lato* pueden analizarse en abstracto y en concreto cuando se trata de afectaciones a los derechos fundamentales por acción o por omisión de las autoridades. La vinculación de la teoría de Robert Alexy tiene que



ver directamente con el marco constitucional y legal ya que se debe analizar desde la perspectiva de principios constitucionales.

De la Perspectiva de Infancia y del Principio del interés Superior de la Niñez (SCJN, 2021)

Para adoptar una perspectiva de infancia por parte de todas las autoridades deben tenerse en cuenta los **cuatro principios generales que fungen como ejes rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño** y por tanto de todas las actuaciones que involucran directa o indirectamente los derechos de niñas niños y adolescentes.

Dichos principios rectores son los contenidos en los artículos 2, 3, 6 y 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

- a) Que el interés superior de la infancia sea una consideración primordial en todas las medidas concernientes a niñas niños y adolescentes
- b) Respetar los derechos de niñas niños y adolescentes y asegurar su aplicación, sin discriminación;
- c) Hacer efectivo el derecho de niñas niños y adolescentes a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que les afectan y a que dichas opiniones se tengan debidamente en cuenta,
- d) Respetar el derecho intrínseco de niñas niños y adolescentes a la vida y garantizar en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo.

El interés superior de la niñez es un principio reconocido en el artículo 4º de la Constitución, cuyo texto indica:

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para el desarrollo integral. Este principio deberá el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.



Este principio se encuentra referenciado en múltiples ordenamientos nacionales e internacionales como un eje rector de los asuntos que les involucren. En ese sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que “la expresión interés superior del niño, consagrada en el artículo 3 de la Convención de los Derechos del Niño, implica que el desarrollo de éste y el ejercicio pleno de sus derechos deben ser considerados como criterios rectores para la elaboración de normas y la aplicación de éstas en todos los órdenes relativos a la vida del niño”.

Tanto la SCJN como el Comité han sostenido que, en virtud de este principio, se coloca a niños niñas y adolescentes en el centro de las decisiones que les afecten.

Así, todas las medidas y disposiciones que les impliquen directa o indirectamente, tanto en la esfera pública como en la privada, deben considerar y tener en cuenta de manera primordial su interés superior.

El objetivo del interés superior de la infancia es proteger y garantizar su desarrollo y que niños, niñas y adolescentes disfruten plena y efectivamente de todos sus derechos. Atenderlo supone reconocer que niñas, niños y adolescentes, debido al periodo de desarrollo y evolución de sus facultades y madurez, necesitan una protección legal reforzada que les asegure el ejercicio pleno de sus derechos, incluidos los reconocidos en el ámbito internacional.

La SCJN ha establecido que el interés superior de la niñez tiene una función justificativa y directiva en tanto principio normativo. Por un lado, sirve para justificar todos los derechos que tienen como objeto la protección de niños, niñas y adolescentes. Por otro, en su función directiva se presenta como un criterio orientador de toda producción normativa entendida en sentido amplio. Esto es, no sólo respecto de la interpretación y aplicación del derecho por parte de las personas juzgadoras, sino también sobre todas las medidas dictadas por las legislaturas, así como las políticas públicas, programas y acciones específicas llevadas a cabo por las autoridades administrativas que tengan incidencia en los derechos de niños, niñas y adolescentes.



Interés superior como concepto indeterminado

Una de las dificultades más conocidas que se presenta con este principio es su indeterminación. Sin embargo, aun cuando la SCJN ha sostenido que el interés superior de la infancia, en efecto, es un concepto indeterminado que no puede definirse en abstracto, ello no quiere decir que no existan estándares mínimos que permitan su evaluación y determinación.

Para una mejor comprensión, la SCJN ha recordado que todo concepto indeterminado puede estructurarse por zonas de certeza: (1) positiva; (2) negativa; y (3) intermedia. La zona de certeza positiva contiene el presupuesto necesario o la condición inicial mínima. Por ejemplo, en el caso del interés superior, esa zona de certeza positiva prevé la necesidad de protección de la afectividad de la niñez y la adolescencia. En cambio, la zona de certeza negativa permite establecer, sin duda alguna, que la medida o situación no es acorde al Interés superior de la Niñez. Por ejemplo, que se otorgue la guarda y custodia exclusiva a una persona que violenta al niño involucrado.

Por último, la zona de certeza intermedia confirma que el Interés superior de la niñez no puede ser generalizado. Para identificar si se está respetando dicho principio se requiere un estudio individualizado de las circunstancias personales y familiares de cada caso, donde el resultado podría ser distinto para cada niña, niño o adolescente.

Por ejemplo, para elegir el régimen de convivencia, se analizan las circunstancias particulares del caso, haciendo uso de valores o criterios racionales.

Así, el concepto del interés superior de la infancia es complejo, flexible y adaptable, por lo que debe determinarse de conformidad con las circunstancias concretas. Para ello, las autoridades tienen un deber reforzado de protección integral que les obliga a evaluar y determinar el Interés superior de la niñez fundamentando y motivando —de manera reforzada— el cómo y por qué la decisión tomada atiende a dicho principio rector. Lo anterior debe tomarse en cuenta, incluso, cuando sus derechos no formen parte de la litis o las partes no los hagan valer.



En consecuencia, el interés superior ordena a todas las autoridades estatales, incluyendo por supuesto a las personas juzgadoras, que la protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes se realice a través de medidas “reforzadas” o “agravadas”. Esto se traduce en una protección de mayor intensidad para sus derechos.

Interés superior como concepto triple

Tanto el Comité como la SCJN y la Corte Interamericana de Derechos Humanos han establecido que el interés superior de la niñez es un concepto triple que puede ser definido desde su acepción de derecho sustantivo, de principio jurídico interpretativo fundamental o de norma de procedimiento.

a) Derecho sustantivo

El interés superior como derecho sustantivo se refiere a que sea una consideración primordial que se tenga en cuenta al momento de tomar una decisión sobre la cuestión controvertida que comprenda niños, niñas y adolescentes. El hecho de que el Interés Superior de la Niñez se atienda como una consideración primordial significa que no puede estar al mismo nivel que todas las demás consideraciones. Además, el Comité ha hecho una precisión particular en el caso de la adopción, en el que el derecho de interés superior no es simplemente una consideración primordial, sino la consideración primordial, es decir, el factor determinante para tomar una decisión relacionada con la adopción. Esto implica que las autoridades—incluyendo las jurisdiccionales—tienen la obligación de garantizar que el derecho del interés superior se respete siempre que se tenga que tomar una decisión que afecta a una niña, niño o adolescente, a un grupo de niños, niñas y adolescentes concreto o genérico o a toda la infancia y/o adolescencia.

Al respecto, es importante tener en cuenta que el Comité ha señalado que el interés superior no sólo es un derecho individual sino también colectivo. Su aplicación, por ejemplo, tratándose de infancias indígenas, exige que se examine su relación con los derechos culturales colectivos.



b) Principio jurídico interpretativo fundamental

La dimensión del interés superior de la niñez como principio jurídico interpretativo fundamental supone que en los casos en que una norma jurídica admita más de una interpretación, se deberá elegir aquella que satisfaga de manera más efectiva los derechos y libertades de niñas, niños y adolescentes a la luz del interés superior. Al respecto, la SCJN ha reconocido que, en el ámbito jurisdiccional, el interés superior es un principio orientador de la actividad interpretativa que se relaciona con cualquier norma jurídica que tenga que aplicarse a la infancia y la adolescencia en casos que puedan afectar sus intereses.

Entonces, cuando se estudian medidas legislativas o administrativas afectan derechos de niños, niñas y adolescentes, el interés superior demanda que los órganos jurisdiccionales realicen un escrutinio mucho más estricto en relación con la necesidad y proporcionalidad de la medida analizada. Esta mayor exigencia en el examen de constitucionalidad se explica por la especial protección con la que cuentan niños, niñas y adolescentes a nivel constitucional y convencional.

c) Norma de procedimiento

La SCJN ha determinado que el principio de interés superior de la niñez se constituye como un criterio de interpretación mediante el cual se puede examinar cualquier disposición normativa, no sólo las que regulan o impactan en un derecho sustantivo, sino también las que reglamentan el procedimiento jurisdiccional que están atravesando. Al respecto, se ha sostenido que analizar el Interés superior de la niñez como norma de procedimiento implica que, cuando se traten asuntos que comprendan Niños, niñas y adolescentes, las personas juzgadoras deben cerciorarse de que los derechos y las garantías procesales que les asisten sean respetadas en todas las etapas del procedimiento, asegurándose que cuenten con un acceso efectivo a la justicia, con una defensa adecuada y que se cumpla con las formalidades debidas del proceso. Además, en la justificación de las decisiones debe constar expresamente que se ha tenido en cuenta dicho interés superior.



Este requisito se cumple cuando se reúnen los siguientes factores: i) Que a través de la explicación se logre demostrar que se ha respetado este derecho dentro de la decisión; ii) Que se desarrollen los elementos que se han considerado para atender al interés superior; iii) Que se expongan los criterios en que se basó la decisión, y iv) Que se justifique la forma en que se ponderaron los intereses de niñas, niños y adolescentes frente a otras consideraciones, ya sea en casos concretos o en cuestiones normativas.

Fue hasta el año 2000 que la Constitución Federal se reformó por primera vez para reconocer que niños, niñas y adolescentes eran titulares de derechos. Con esta reforma, la Constitución abandonó el término “menores” y, por primera vez, apareció la distinción gramatical de género con la intención de señalar el compromiso de trato igualitario entre niñas y niños.

IGUALDAD JURÍDICA. (UNAM)

La idea de igualdad ha sido, una exigencia ética fundamental que ha preocupado profundamente a la ciencia política, a la filosofía política, así como al lado dogmática jurídica y a la filosofía del derecho.

La idea de igualdad dentro del mundo del derecho puede ser considerada en dos aspectos fundamentales: a) como un ideal igualitario, y b) como un principio de justicia, estos dos aspectos de la idea de igualdad aparecen, como veremos, en la noción de garantía de igualdad propia de la dogmática constitucional.

El ideal igualitario se traduce así en un dogma del constitucionalismo moderno: “el derecho de todos los hombres para ser juzgados por las mismas leyes, por un derecho común, aplicable a todos”. Un derecho compuesto por reglas generales anteriores y no por tribunales ni leyes creados ad hoc.



La igualdad, por otro lado, es considerada elemento fundamental de la justicia. En efecto, la justicia únicamente puede existir entre personas que son tratadas de la misma manera en las mismas circunstancias y cuyas relaciones, en tales circunstancias, son gobernadas por reglas fijas.

El requerimiento de igualdad no significa: “lo mismo para todos”. el requerimiento igualitario de la justicia significa que, por un lado, los iguales deben ser tratados igual, y otro, los desiguales deben ser tratados teniendo en cuenta sus diferencias relevantes. Los corolarios de la igualdad son la imparcialidad y la existencia de reglas fijas. La justicia requiere imparcialidad en el sentido de que la discriminación o el favor en el trato de individuos es hecho sólo en virtud de circunstancias relevantes.

La igualdad que garantiza el orden jurídico a los hombres no significa que éstos tengan siempre los mismos derechos y facultades. La igualdad así considerada es jurídicamente inconcebible: es prácticamente impensable que a los hombres se les impusieran las mismas obligaciones y tuvieran los mismos derechos sin hacer ninguna distinción entre ellos (menores, hombres, mujeres, alienados, extranjeros) La igualdad jurídica no es esencialmente diferente de la idea de igualdad como condición de justicia. El principio de la igualdad jurídica significa que, en las relaciones jurídicas, no deben hacerse diferencias de trato sobre la base de ciertas consideraciones bien determinadas (por ejemplo, la raza, el credo religioso, la clase social, etcétera). Éste es un aspecto importante en la idea de la igualdad jurídica, si el orden jurídico contiene una fórmula que proclama la igualdad de los individuos, pero, si no se precisa qué tipo de diferencias no deben hacerse, entonces la fórmula de la igualdad jurídica sería normativamente superflua. Establecer la igualdad jurídica significa que las instituciones que crean y aplican el derecho no pueden tomar en consideración, en el trato de individuos, diferencias excluidas por el orden jurídico, los órganos de aplicación sólo pueden tomar en consideración las diferencias aceptadas o recibidas por las normas de un orden jurídico.



SALUD

La Organización Mundial de la Salud de 1948 define la salud como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa (OMS, 1986) destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud.

La OMS considera que la salud es un derecho humano fundamental y, en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos. Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

La salud como derecho fundamental

La Salud es un derecho fundamental. El párrafo cuarto del artículo 4o. constitucional garantiza para todas las personas el derecho a la protección de la salud. En su segunda parte, dicho párrafo faculta al legislador a definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como disponer la concurrencia entre los



distintos niveles de gobierno sobre la materia, de acuerdo con lo establecido en la fracción XVI del artículo 73 constitucional.

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”
(CONSTITUCIÓN)

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de bienestar físico, psíquico y social, tanto del individuo, como de la colectividad”, (Alcántara Moreno, 2008) desde esa perspectiva la salud tiene un componente individual y un componente colectivo o social. Desde luego, el goce de la salud es un bien individual, pues cada persona puede o no tenerlo, con independencia de que su familia o sus vecinos también tengan buena salud.

Pero la salud tiene una dimensión colectiva si consideramos que hay factores sociales que tienden a preservarla o a quebrarla, tales como las epidemias, la contaminación, la circulación de agentes patógenos, la falta de hábitos higiénicos, las inapropiadas medidas de prevención de enfermedades, las pandemias, etcétera. La salud como un bien social solamente se puede preservar mediante un esfuerzo colectivo, por medio del cual se desarrolla un sistema de atención sanitaria adecuado. (Carbonell & Carbonell, 2013)

La protección de la salud y el desarrollo de los correspondientes sistemas sanitarios asistenciales es una de las tareas fundamentales —en términos políticos y económicos— de los Estados democráticos contemporáneos y representa una de las claves del Estado de bienestar. (Carbonell & Carbonell, 2013)



NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Para efectos de la Convención sobre los Derechos del Niño se entiende por niño:

“Artículo 1. Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.”

De conformidad con La *Ley General de Niñas, Niños y Adolescentes*:

“Artículo 5. Son niñas y niños los menores de doce años, y adolescentes las personas de entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad. Para efectos de los tratados internacionales y la mayoría de edad, son niños los menores de dieciocho años de edad.

Cuando exista la duda de si se trata de una persona mayor de dieciocho años de edad, se presumirá que es adolescente. Cuando exista la duda de si se trata de una persona mayor o menor de doce años, se presumirá que es niña o niño”.



VI. Hipótesis.

La hipótesis que se plantea es que el ejercicio de los derechos en el actual sexenio se da en razón del presupuesto y de los intereses propios de la política; no así de las personas que tienen esos derechos. Esta política también aplica a niñas y niños, respecto de los cuales, todos los estados tienen una obligación reforzada; lo que a su vez también excluye la interseccionalidad y el principio de igualdad jurídica para que las Niñas y Niños indígenas y afrodescendientes sobre derechos como el acceso a la salud.

Para demostrar la empíricamente la hipótesis, se analizarán las políticas y resultados desde la emergencia sanitaria, las políticas implementadas y las condiciones poblacionales en México.



VII. Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis.

De acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), tras poco más de dos años de pandemia por el Covid, México registró un retroceso de 9 años en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que mide la situación de la salud, educación y las condiciones de vida de los países. (Páez, 2022).

En 2019, previo a la pandemia, la esperanza de vida de los mexicanos era de 75 años, pero el Covid y las condiciones de salud en México, bajaron esta expectativa a 71 años, justo la misma variable que había en 1990 donde el promedio era de 70.5 años en la esperanza de vida.

En este orden de ideas observamos que la incidencia de salud fue lo que trajo como consecuencia un retroceso. Por ello realizaremos un esbozo del panorama nacional de salud ya que desde 2019 contamos con un escenario mundial y nacional diferente derivado de las decisiones de la actual administración federal tomadas en el contexto de la pandemia.

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 2022 decretó emergencia sanitaria:

“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)

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. (PNUD, Desarrollo humano y covid-19 en México: Desafíos para una recuperación sostenible, 2020)



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. (PNUD, Desarrollo humano y covid-19 en México: Desafíos para una recuperación sostenible, 2020)

La desaparición del seguro popular, la creación del INSABI.

Tras un proceso legislativo 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.

Tras un rotundo fracaso, el 31 de agosto de 2022 el Ejecutivo Federal publicó el DECRETO por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR).



“El IMSS-BIENESTAR tiene por objeto brindar a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados, bajo criterios de universalidad e igualdad, en condiciones que les permitan el acceso progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación alguna, ya sea mediante el Modelo de Atención Integral a la Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social o, en su caso, el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, mismo que debe considerar la atención integral que vincule los servicios de salud y la acción comunitaria (...) Lo anterior, con independencia de los servicios de salud que presten otras instituciones públicas o privadas”, especifica el decreto. El IMSS-Bienestar brindará servicios de salud para personas no afiliadas en aquellos estados del país con los que haya convenio de coordinación de estos servicios.

Nuevo proceso de compra de medicamentos y vacunas.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público lanzó en mayo de 2019 una licitación de medicamentos. (Martínez, 2019)

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 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. (Veloz Sandoval, 2019) 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 Secretaria 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 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. (Arista, 2020)

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.

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, 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 países. 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. (Arista, 2020)

Desabasto de medicamentos

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.

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 Nosotrxs 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. (Nolasco, 2020)

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.



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. (Infobae, 2020)

POBLACIÓN INFANTIL EN MÉXICO

Los resultados de la Encuesta Intercensal 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) muestran que en México habitan 119,530,753 personas, de las cuales 51.4% son mujeres y 48.6% hombres. (UNICEF, Los derechos de la Infancia y la Adolescencia en México, 2018)

De 2010 a 2014, al igual que en el decenio anterior, la población en México creció a una tasa de 1.4% anual.

Como en otros países que transitan hacia un nivel de desarrollo alto, la pirámide poblacional de México ha ido paulatinamente reduciendo su base y aumentando el tamaño proporcional del centro y la parte superior. **En otras palabras, la proporción de niñas, niños y adolescentes ha disminuido, a la vez que ha crecido la de adultos y adultos mayores.**

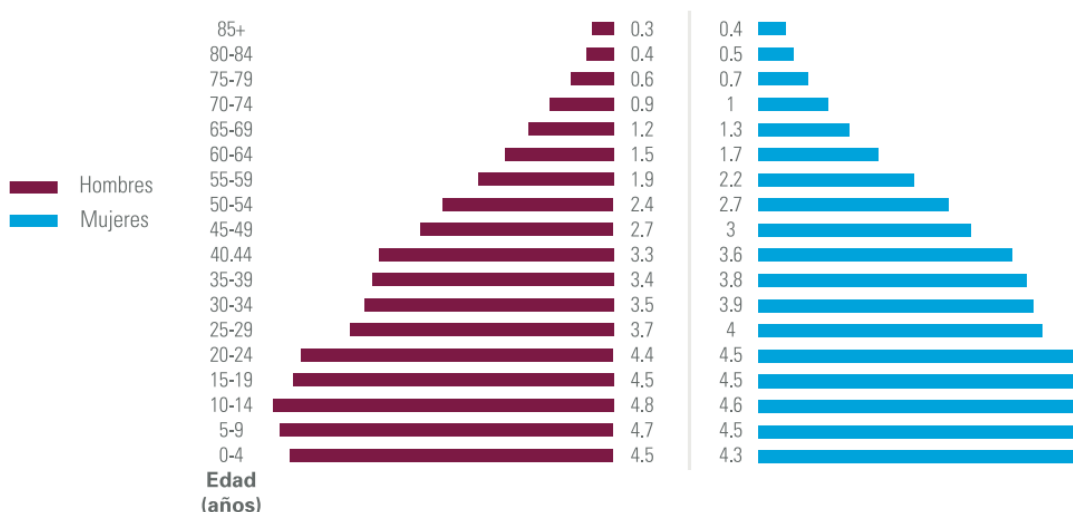
Lo anterior se refleja en un aumento de la edad mediana de la población mexicana, que ha pasado de 26 a 27 años en el periodo de 2010 a 2015, según la información del Censo de Población y Vivienda y de la Encuesta Intercensal 2015.

Uno de los factores que explican la transición demográfica hacia una población con mayor proporción de adultos en México es el descenso en las tasas de fecundidad. Los resultados del Censo de Población 2005, del Censo 2010 y de la Encuesta Intercensal 2015 muestran que el promedio de hijos nacidos vivos ha disminuido gradualmente durante la última década, pasando de 2.0 en el 2000 -de acuerdo con el Censo general de población y vivienda de ese año- a 1.7 en el 2015.



Esta disminución es generalizada en todas las mujeres en edad reproductiva, entre las cuales las que alcanzaron un mayor nivel de escolaridad presentan un menor número de hijos, lo cual a su vez sugiere que la educación es un factor importante en las decisiones de reproducción de las mujeres.

Composición de la población por grupo de edad (porcentajes)



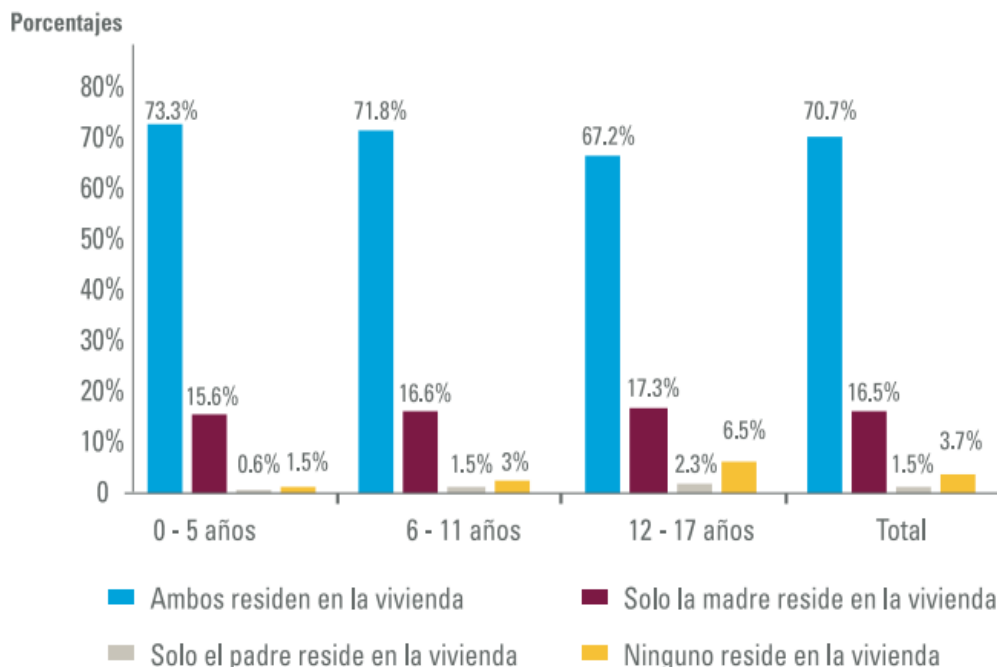
Fuente: Encuesta Intercensal, 2015 INEGI, citado en “Los derechos de la Infancia y la Adolescencia en México”. UNICEF, México, 2018.

De los más de 119 millones de habitantes del país, 32.8% tienen menos de 18 años, y están distribuidos en casi la misma proporción en tres grupos de edad: 32% son niños y niñas menores de cinco años, 34% tienen entre 6 y 11 años, y 34% son adolescentes entre 12 y 17 años.

El Estado de México es la entidad federativa con mayor número de niños, niñas y adolescentes, ya que en él residen más de cinco millones de niños y niñas. Le siguen Jalisco (2,612,241), Veracruz (2,582,521) y Puebla (2,166,945). En su conjunto, estos cuatro estados concentran una tercera parte (32%) de la población infantil del país.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL



Fuente: Encuesta Intercensal, 2015 INEGI, citado en “Los derechos de la Infancia y la Adolescencia en México”. UNICEF, México, 2018.

La sociedad mexicana está predominantemente organizada en familias que, como tales, son el principal ambiente de desarrollo de los niños, niñas y adolescentes hasta edad adulta. Según datos de la Encuesta Intercensal 2015, los habitantes de México conforman 31.9 millones de hogares, de los cuales 28.4 millones son hogares familiares (al menos uno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe del hogar) y 3.5 millones son hogares no familiares, es decir, ninguna de las personas que conforman estos hogares tiene relación de parentesco con el jefe del hogar. La mayoría de la población de niños, niñas y adolescentes vive con alguno de sus progenitores. Según la información proveniente de la Encuesta Intercensal 2015, y como se puede ver en el siguiente gráfico, 70.7% vive con ambos padres y 18% reside con alguno de ellos (en la mayoría de los casos la madre), mientras que un 3.7% del total de la población infantil no reside con ninguno de sus padres biológicos en el hogar que habita. En el grupo de niños de cero a cinco años -una etapa en que la presencia, cuidado y estimulación son fundamentales- 1.5% de los niños no habita con ninguno de sus progenitores, y en



el grupo de 11 a 17 años este porcentaje llega a 6.5%. Las principales razones por las que estos niños, niñas o adolescentes no conviven con alguno de sus padres son la muerte o la migración internacional de uno de ellos. Así lo reporta la información de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) 2015, la cual informa que 4.9% de los niños menores de 18 años tiene al menos un progenitor muerto, y 0.7% tiene alguno que reside en el extranjero.

Los resultados de la Encuesta Intercensal 2015 muestran también que en México las familias están compuestas por 3.7 integrantes en promedio, resultado de la disminución en el tamaño medio de los hogares y de la expansión en el número de viviendas. Este fenómeno también se refleja en una menor tasa de dependencia infantil, que ha pasado de 45 a 42 de 2010 a 2015. En la Ciudad de México esta tasa es de 28, mientras que en el estado de Chiapas es aproximadamente del doble, lo cual significa que en dicho estado habría dos veces más niños que las personas en edad productiva en comparación con la Ciudad de México.

El progresivo incremento de la participación laboral de la mujer dada por cambios en los patrones culturales y sociales y una mayor inclusión en el mercado laboral ha contribuido a reconfigurar su rol en muchos hogares de México, que ya no se limita a la de cuidadora principal de los hijos y a la realización de los quehaceres domésticos. Los registros de jefatura de hogar de la Encuesta Intercensal 2015 reflejan este cambio, al reportar que tres de cada diez hogares en México (29%) están encabezados por una mujer, una cifra 4.4 puntos porcentuales mayor que la de los registros de 2010. La Ciudad de México es la entidad federativa con una mayor prevalencia de la jefatura de hogar femenina, ya que más de uno de cada tres hogares está encabezado por una mujer (35.7%).

De acuerdo con el INEGI (INEGI, 2022) en 2020, en México existían 25.2 millones de niñas y niños de 0 a 11 años; es decir, uno de cada cinco habitantes en el país forma parte de la población infantil.



En México, 427 mil niñas y niños se auto identifican como población afroamericana o afrodescendiente, de los cuales, 182 mil se concentran en los estados de Guerrero, Estado de México, Oaxaca y Veracruz. Se estima que 3.8 millones de personas, de 3 a 11 años de edad, se auto identifican como indígenas; Oaxaca y Chiapas son los estados en donde se concentra el mayor número de esta población con 476 mil y 469 mil personas, respectivamente.

¿CÓMO ESTABA EL DESARROLLO HUMANO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN MÉXICO ANTES DE ESTA ADMINISTRACIÓN FEDERAL?

El Informe sobre la equidad del gasto público en la infancia y adolescencia en México 2015, (UNICEF, Informe sobre la equidad del gasto público en la infancia y la adolescencia en México, 2015) resultado de la colaboración entre UNICEF y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), analiza el cumplimiento de los derechos y el desarrollo humano de los niños, niñas y adolescentes en México.

El reporte enfatiza la obligación de garantizar los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes para que todos encuentren las mismas oportunidades de desarrollar sus capacidades y puedan vivir plenamente.

De acuerdo al Informe de 2015 mencionado, México había dado prioridad a la atención de la infancia y ha adquirido obligaciones al respecto y ha progresado en asegurar el cumplimiento de estas obligaciones al poner en marcha programas y políticas nacionales para acabar con la desnutrición, combatir la pobreza y ampliar el acceso a los servicios de salud y educativos.

Señala que persisten importantes obstáculos para el ejercicio universal y equitativo de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes (NNA). Además, se observan brechas de desarrollo humano entre niños indígenas y quienes no lo son. Asimismo, se detectó que el gasto público en desarrollo humano (GDH), es decir, el gasto público destinado a salud, educación e ingreso, no se distribuye necesariamente entre los grupos o dimensiones donde existen mayores carencias.



Esta publicación enfatiza que una asignación equitativa del presupuesto público que comience desde las primeras etapas de la vida puede ampliar las oportunidades de desarrollo y garantizar el goce de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Esta redistribución de recursos es fundamental para garantizar el desarrollo sostenido y más igualitario en todo el país.

En este informe el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de los niños, niñas y adolescentes es mayor que el de los adultos. Incluso en los estados con menor nivel de desarrollo, existe una brecha en favor de la infancia. Aunque persisten las disparidades en el IDH entre niños y niñas de distintas entidades federativas (19.3%), son menores a las de los adultos (45.3%).

El índice resalta que la infancia es un grupo clave para impulsar el desarrollo humano a través de acciones que fomenten la igualdad y la inclusión social. Las carencias y rezagos en el desarrollo sufridos en la infancia son irreversibles y causan impactos negativos a lo largo de la vida, por lo que es vital la implementación de políticas públicas que reconozcan y combatan las diferentes dimensiones de la desigualdad del desarrollo humano y con ello posibiliten el ejercicio efectivo de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Políticas públicas de salud dirigidas a Niños niñas y adolescentes en materia de Salud (2019-2024)

En el Plan Nacional de Desarrollo 2019 -2024 no se especifican políticas públicas en materia de salud dirigidas a niñas y niños, únicamente se hace referencia sobre la corrupción encontrada en el Sistema de Salud, y se reitera que el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita. Si bien existe el Programa de Acción Específico de Vacunación Universal 2020-2024 no se cuenta con la certeza de tener las vacunas y no está etiquetado el recurso para adquirirlas.



En ese contexto hay diversas situaciones de salud que enfrentan las niñas y los niños en México que se encuentran pendientes o que presentan retos legislativos en la actual administración: Tamiz neonatal, cobertura de vacunas en la Cartilla Nacional de vacunación, alimentación (sobrepeso y obesidad infantil) y cáncer infantil.

ALGUNOS DESAFÍOS ACTUALES EN MATERIA DE SALUD INFANTIL

Tamiz neonatal

El tamiz neonatal consiste en pruebas de laboratorio que se aplican a niñas y niños a horas o días de nacer y que, puede detectar de manera oportuna diversas enfermedades. Existen cuatro tipos: metabólico, auditivo, cardiaco y visual. (García, 2022) En México, desde 1974, se realiza el tamiz neonatal; en sus primeros años era de aplicación opcional y permitía la detección sólo de tres enfermedades. Desde 1988, el tamiz metabólico neonatal es una prueba obligatoria y reglamentaria en la Norma Oficial Mexicana, que se realiza a todos los recién nacidos en el país.

En los años recientes, el avance de la ciencia y de la tecnología han conducido a la factibilidad de realizar el tamiz neonatal para un número cada vez mayor de enfermedades, la mayoría de las normas que regulan el tamiz neonatal, en casi todo el mundo, han sido rápidamente rebasadas por la ciencia y la tecnología y una consecuencia de esto ha sido que existe una enorme disparidad entre países y regiones sobre el número de enfermedades que se detectan en el neonato de manera rutinaria y obligatoria en cada uno de los lugares.

En el caso de México, la disparidad no solamente la tenemos respecto a otros países, sino que hoy en nuestro país, dependiendo de la entidad federativa o de la institución de salud, es decir, dependiendo el subsistema (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena), donde cada uno de los tamices es diferente, dependerá la prueba de tamiz que se le aplique a las niñas y niños recién nacidos.



En México, la Ley General de Salud se ha reformado varias ocasiones en el tiempo para garantizar la atención de la niñez y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal, así como la prevención y detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, y en su caso atención, que incluya la aplicación de la prueba del tamiz ampliado, y su salud visual (2005 y 2013); la aplicación del tamiz oftalmológico neonatal, a la cuarta semana del nacimiento, para la detección temprana de malformaciones que puedan causar ceguera, y su tratamiento, en todos sus grados (2005, 2013, 2016); la revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro (2013); la realización de la detección de cardiopatías congénitas graves o críticas, antes del alta hospitalaria (2021). (Ramírez Barba, 2022)

En este orden de ideas vale la pena recordar que el 11 de diciembre de 2019 en el Pleno del Senado de la República, como consecuencia del Primer Foro Nacional de Enfermedades Raras se aprobó el Dictamen que reforma el artículo 61 de la Ley General de Salud para incorporar el Tamiz Metabólico Ampliado que deberá contener el diagnóstico de Enfermedades por Depósito Lisosomal. Actualmente se encuentra pendiente de dictamen en la Cámara de Diputados. Lamentablemente, tras varias horas de discusión en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, el 28 de junio de 2022 la aprobación del dictamen en materia tamiz neonatal se detuvo con el voto de Morena, Partido del Trabajo (PT) y Partido Verde debido al impacto presupuestal.

Cobertura de Vacunas

Las vacunas han jugado un papel importante en la salud pública del país, México asumió políticas nacionales y compromisos internacionales destacables en materia de vacunación. El Programa de Vacunación Universal, surgió con la finalidad de mejorar la sobrevivencia infantil y promover, proteger y cuidar la salud de todos los niños del país, a través de acciones de vacunación.



A partir de su introducción, en 1991, el Programa de Vacunación Universal había logrado elevadas tasas de cobertura de las vacunas, cumpliendo con casi todas las metas planteadas, que incluyen la erradicación de poliomielitis, difteria, sarampión y tétanos neonatal, y el control de la tos ferina y de las formas graves de tuberculosis. (LatinComm S.A, 2015) A más de 30 años de su implementación urge revisar el marco legal que lo sostiene. Actualmente hay una crisis y escasez de vacunas en México.

En el documento *“Mapeo del desabasto de medicamentos en México. Informe de transparencia en salud 2019-2020”* se señala lo siguiente:

*“Las vacunas han tomado el centro de la discusión pública en todo el mundo con la llegada de la COVID-19. A un año del primer caso registrado en el país, las autoridades mexicanas han logrado aplicar más de 10 millones de vacunas a personal médico y adultos mayores de 60 años (Zerega, Camhaji y Galindo, 2021). Aún queda un largo camino para lograr la meta de vacunación (117 millones de personas) que permita dar ese paso de vuelta a la normalidad. A este gran reto se le suman los tropiezos de la actual administración en salud para lograr la meta vacunal en el país para la defensa contra otros tipos de enfermedades. Cero Desabasto logró recopilar información de 38 instituciones de salud pública, tanto del ámbito federal como local. **De acuerdo con la Secretaría de Salud (2018), el esquema de vacunación contempla a menores de 11 años como la principal población objetivo**, le acompañan personas adultas mayores, mujeres embarazadas y poblaciones de riesgo (por ejemplo, pacientes con VIH/SIDA). De acuerdo con la información proporcionada por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) — autoridad rectora— el número total de vacunas aplicadas en México, tanto en 2019 como en 2020, fue de 53 millones de dosis. Sin embargo, es importante aclarar que como parte de la estrategia federal contra la COVID-19, en la época invernal de 2020 se desplegó una campaña de vacunación masiva contra la influenza para mitigar paralelamente los contagios por el SARSCov-2. De acuerdo con lo reportado por CENSIA, mientras que en 2019 se*



*aplicaron 18 millones de dosis en la campaña de vacunación, en 2020 se aplicaron casi 33 millones de vacunas contra la influenza. Ahora bien, si restamos este dato atípico del total registrado, **encontramos que hay una fuerte caída en el número de dosis aplicadas entre años para otro tipo de enfermedades. Esto debido en su mayoría a la falta de adquisición de los biológicos: ya sean vacunas como la BCG (tuberculosis) y la DPT (difteria, tos ferina y tétanos) las cuales la Secretaría de la Función Pública inhabilitó al único proveedor (Melgar, 2020) o por la falta de oferta en el mercado a nivel mundial de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano.***

*De las principales vacunas del esquema de vacunación en México, la SRP o Doble Viral es la que muestra un mejor resultado con más de 900 mil dosis aplicadas en 2020. De igual forma la Triple Viral presenta un incremento entre años del 30% con 2.5 millones de dosis aplicadas. **Por el contrario, se observan fuertes reducciones de la aplicación de vacunas** contra la tuberculosis (BCG), así como escasez de vacunas contra el tétanos y el Virus del Papiloma Humano (VPH) — caídas del 92%, 81% y 73% respectivamente. “*

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”. (Almazán R., 2020)

“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”. (Reyes, 2020)

“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.” (Reyes, 2020)

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. (Político, 2020)

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”. (Político, 2020)

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.

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”. (Político, 2020)

Las vacunas nos salvan la vida al protegernos de enfermedades que pueden llegar a ser mortales y mejoran nuestra calidad de vida. La inmunización es la forma más simple y eficaz de reducir la propagación de enfermedades infecciosas graves y de proteger a una población. (Vacunación, s.f.) No se están logrando las coberturas deseables para prevenir brotes en México, como lo podemos observar en el reporte de 2020 de México de la WHO-UNICEF donde se observan coberturas de bajas para 2019 de BCG (56%), hepatitis B (56%), Sarampión y rubéola (73%), difteria, tosferina y tétanos (82%) y otras más. (Vacunación, s.f.)

Estas cifras son preocupantes, y explica el incremento en los casos de tosferina y parotiditis o paperas reportados en México, además del resurgimiento de casos de sarampión, que necesita coberturas de más del 95% para prevenir brotes.

En el caso del sarampión, la evidencia indica la necesidad de realizar esfuerzos para identificar poblaciones en riesgo e iniciar medidas para recuperar cobertura. De no hacerlo se corre el riesgo de perder décadas de progreso en la prevención de enfermedades prevenibles por vacunación.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

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

Desabastecimiento de las vacunas

MEX	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antineumo. conj.	●	●	●	●	●	●	●	●
BCG	●	●	●	●	●	●	●	●
DTP	●	●	●	●	●	●	●	●
Fiebre amarilla			●					
HepB	●	●	●	●	●	●	●	●
Hib	●	●	●	●	●			
Influenza	●	●	●	●	●	●	●	●
IPV		●	●		●	●	●	
Polio	●	●	●	●	●	●	●	●
Rotavirus	●	●	●	●	●	●	●	●
Sarampión	●	●	●	●	●	●	●	●
Tdap		●		●	●	●	●	●
TT	●	●	●	●	●	●	●	●
Cajas de seguridad	●			●	●	●	●	
Jeringas AD				●	●			
Jeringas desechables	●					●	●	
Jeringas para reconst.	●			●	●	●	●	

- con desabastecimiento
- sin desabastecimiento
- sin datos disponibles

Fuente: Infografía del Informe de País del PAI de la Organización Panamericana de la Salud.



De acuerdo con el Observatorio Mexicano de Vacunación (Omevac), al 31 de diciembre del del 2021, de 144 mil 228 niños de 12 a 23 meses, únicamente 30 por ciento obtuvo los 14 biológicos de su esquema completo, entre ellos la triple viral, que protege contra sarampión, rubéola y parotiditis.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2021, ese año, sólo uno de cada tres niños menores de dos años tuvo el esquema de vacunación completo; mientras que 27.5 por ciento de los menores de un año, tienen la cartilla completa con BCG, pentavalente, hepatitis 8, neumocócica, rotavirus y triple viral.

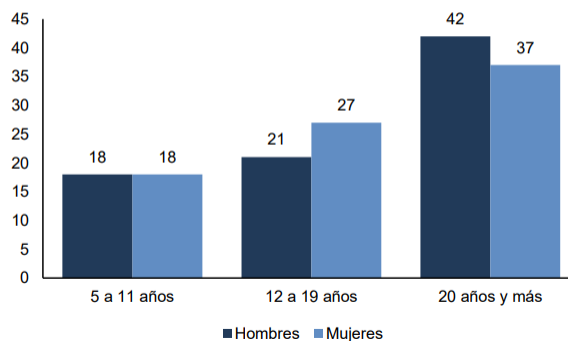
Alimentación: Sobre peso y Obesidad Infantil

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 revela que en el país poco más de una quinta parte (22%) de niñas y niños con menos de 5 años, tienen riesgo de padecer sobrepeso.

En 2018, de la población de 5 a 11 años, 18% tiene sobrepeso y va en incremento conforme aumenta la edad; 21% de los hombres de 12 a 19 años y 27% de las mujeres de la misma edad, presentan sobrepeso.

En las zonas urbanas el sobrepeso en niñas y niños de 5 a 11 años representa 18%, mientras que en las rurales es de 17 por ciento.

Prevalencia de sobrepeso en la población de 5 años o más por grupos de edad y sexo 2018



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018



Riesgo de sobrepeso en la población con menos de 5 años

La salud en la primera infancia, periodo de la vida que ocurre antes de los 5 años de edad, es de prioridad para los gobiernos del mundo. Su relevancia queda de manifiesto al incluir el Desarrollo Infantil Temprano dentro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la cual establece que los niños deben tener todas las condiciones necesarias para alcanzar su máximo nivel de desarrollo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] e Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2019).

El desarrollo físico, cognitivo y socioemocional de los niños en sus primeros años de vida, se asocia en gran medida con la alimentación que reciben, en particular se considera que la lactancia materna es un factor protector de enfermedades y además disminuyen el riesgo del sobrepeso. Se ha comprobado que la duración prolongada de la lactancia materna se asocia con una reducción de 13% de las probabilidades de prevalencia de sobrepeso u obesidad (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

La ENSANUT 2018 reporta que en el país poco más de una quinta parte (22%) de niñas y niños con menos de 5 años, tiene riesgo de padecer sobrepeso.

Sobrepeso y obesidad en población de 5 años o más de edad

El sobrepeso y la obesidad son considerados un problema de salud pública relacionado principalmente con aspectos genéticos, pero en especial con el estilo de vida. Se ha documentado que la ingesta de alimentos de alta densidad energética, bebidas azucaradas y la inactividad física tiene una relación directa con el sobrepeso y la obesidad. Investigaciones en escuelas del país, revelan la elevada disponibilidad de alimentos procesados, fritos y con azúcares adicionales, así como, la oportunidad de comer durante el periodo escolar, generando consumos por arriba del promedio recomendado y en periodos cortos de tiempo.



Datos de la ENSANUT 2018 indican que el sobrepeso en la población de 5 a 11 años no muestra diferencias por sexo (18%), y se incrementa conforme aumenta la edad; 21% en los hombres de 12 a 19 años y 27% de las mujeres de la misma edad, presentan sobrepeso.

De acuerdo a las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (Ensanut), realizadas por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en los años 2006, 2012 y 2018, la prevalencia de sobrepeso en niños menores de cinco años fue de 20.2%, 19.8% y 18.1% respectivamente. Para la obesidad siguiendo el mismo orden de años de levantamiento de la Ensanut, las prevalencias fueron de 14.6%, 14.6% y 17.5%.

El sistema de etiquetado regulado por la COFEPRIS no ha logrado limitar el consumo de alimentos altos en azúcares y grasas saturadas, ni prevenir eficazmente la obesidad. Ante esta situación, es necesario ajustar la regulación del etiquetado y la mercadotecnia de estos productos y contar con políticas públicas transversales en donde el deporte juegue un papel fundamental.

Cáncer Infantil (Adolescencia, 2019)

Una de las principales causas de morbimortalidad en niños y adolescentes alrededor del mundo es el cáncer. Según las últimas estimaciones hechas por Globocan 2018, cada año se diagnostican aproximadamente 18 millones de casos nuevos de cáncer en todo el mundo de los cuales, más de 200,000 ocurren en niños y adolescentes. Aunque el cáncer en la Infancia y la Adolescencia es poco frecuente, es un problema de Salud Pública ya que es una de las principales causas de mortalidad por enfermedad en este grupo de edad y tiene un gran impacto físico, social, psicológico y económico, tanto para el paciente como para sus familiares.

En países con altos ingresos la sobrevida es mayor al 80%, sin embargo, en países de ingresos medios o bajos la sobrevida apenas alcanza un 20%.



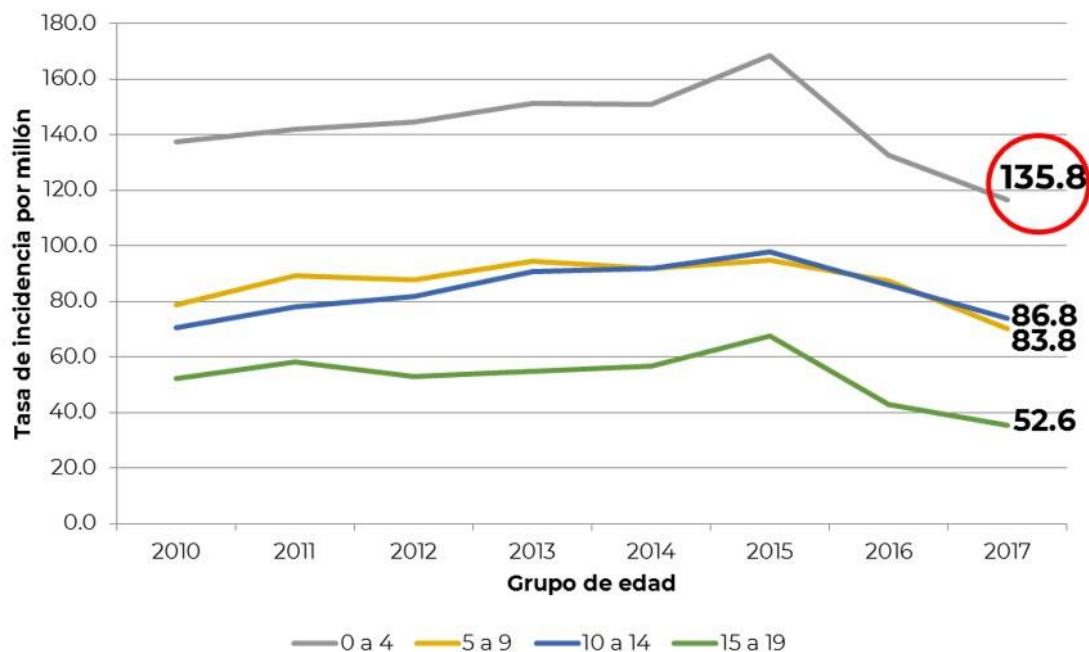
Algunas de las principales causas que repercuten en las bajas tasas de supervivencia de países con medianos o bajos ingresos son: incapacidad para tener un diagnóstico preciso y oportuno, poco o nulo acceso a los tratamientos, abandono del tratamiento, defunciones por toxicidad y exceso de recidivas, entre otras.

Panorama Nacional

En México de acuerdo con las proyecciones de la Población de los municipios de México 2010-2030 del Consejo Nacional de Población (CONAPO), hasta el 2018 la población de niños y adolescentes entre los 0 y los 19 años fue de 44,697,145, de los cuales 26,493,673 no cuentan con ningún tipo de Seguridad Social. Lo anterior resulta preocupante debido a que el cáncer es una enfermedad costosa que ocasiona un gasto de bolsillo considerable en la familia de los pacientes y puede condicionar, cierto grado de empobrecimiento.

De acuerdo con los datos del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA) las tasas de Incidencia (por millón) hasta el 2017 fueron: 89.6 Nacional, 111.4 en niños (0 a 9 años) y 68.1 en Adolescentes (10-19 años). Por grupo de edad, el grupo de 0 a 4 años presentó la mayor tasa de incidencia con 135.8, mientras que el grupo de adolescentes entre los 15 y los 19 años tuvo la menor incidencia con 52.6.

Gráfica 1. Tasas de Incidencia por grupo de edad, RCNA

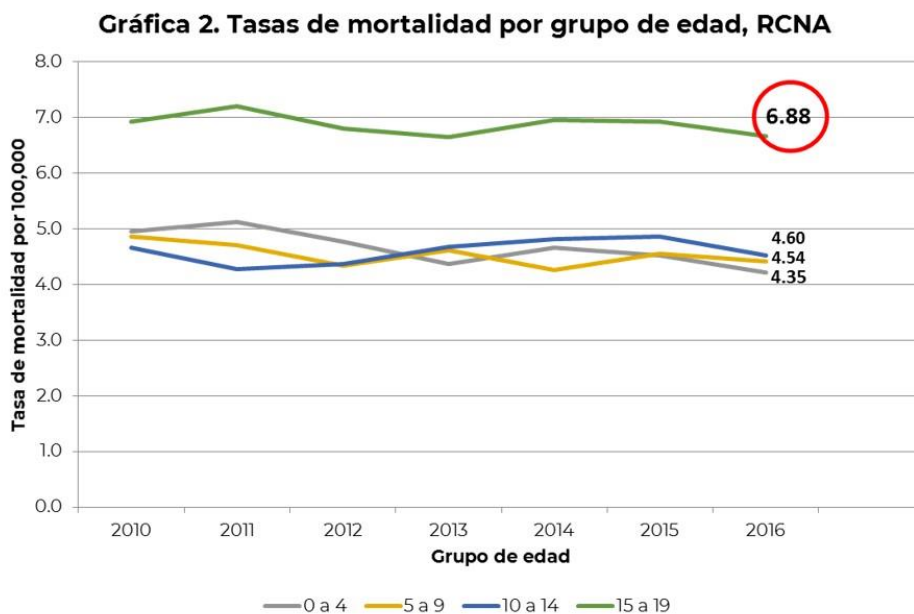


Fuente: Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA).

Los estados de la República con mayor tasa de Incidencia por cáncer en la infancia (0 a 9 años): Durango (189.53), Colima (187.42), Aguascalientes (167.36), Sinaloa (163.44) y Tabasco (158.94). En la adolescencia (10 a 19 años), las entidades con mayor tasa de Incidencia por cáncer son: Campeche (149.56), Colima (117.27), Aguascalientes (106.29), Nuevo León (99.79) y Morelos (98.73).

Respecto a las tasas de mortalidad (por 100,000 habitantes) los adolescentes entre los 15 y los 19 años de edad tuvieron la mayor tasa de mortalidad con 6.88, mientras que la menor tasa de mortalidad fue para el grupo de edad entre los 0 y los 4 años con 4.35. Entre los 5 y los 14 años las tasas se mantuvieron similares entre ambos grupos con 4.60 (5 a 9 años) y 4.54 (10 a 14 años)

Las entidades federativas con mayor tasa de mortalidad en niños (0 a 9 años) son: Campeche (6.3), Chiapas (6.2), Aguascalientes (6.0), Colima y Tabasco (5.6). En adolescentes (10 a 19 años) la mayor tasa de mortalidad corresponde a: Campeche (8.6), Tabasco (7.6), Chiapas (7.0), Oaxaca (6.5) e Hidalgo (6.4) .



Fuente: Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA).

Por sexo, 56% de los casos registrados corresponde a varones y 44% a mujeres. La mayor tasa de mortalidad (6.79) ocurrió en adolescentes hombres y la mayoría de los casos del RCNA fueron: Leucemias (48%), Linfomas (12%) y Tumores del Sistema Nervioso Central (9%).

Entre el primero y el cuarto año de vida predominan los tumores del Sistema Nervioso Simpático, Retinoblastoma, Tumores Renales y Tumores Hepáticos⁵. A partir de los 10 y hasta los 19 años (Adolescencia) los tipos de cáncer que ocurren con mayor frecuencia son similares a los que se presentan en la edad adulta y debido a que el cáncer en adolescentes suele ser más agresivo, el tratamiento condiciona un mayor riesgo de inmunosupresión y de infección que puede desencadenar la muerte.

La sobrevivencia Nacional en niños y adolescentes registrados en el RCNA es de 57%⁵, en comparación con la de países con altos ingresos donde la probabilidad de que una niña, niño o adolescente con cáncer sobreviva es del 90%.



VIII. Conclusiones.

El derecho fundamental a la salud es uno de los indicadores del Desarrollo Humano y es obligación del Estado mexicano reconocerlo y garantizarlo. La Salud y el bienestar es el tercero de los 17 objetivos del Desarrollo sostenible y de la Agenda de 2030.

De acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), tras poco más de dos años de pandemia por el Covid, México registró un retroceso de 9 años en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que mide la situación de la salud, educación y las condiciones de vida de los países.

En ese contexto, ante los desafíos de salud que enfrenta actualmente la población infantil como la cobertura de vacunas, medicamentos y tratamientos oportunos para combatir el cáncer, que todos los niños y niñas que nacen tengan el mismo derecho y acceso a las diferentes pruebas de tamiz neonatal, que tengan información suficiente y transparente para tomar las mejores decisiones sobre su alimentación, entre otros es relevante tener presente los cuatro principios que señala la Convención sobre los Derechos del Niño:

- a) Que el interés superior de la infancia sea una consideración primordial en todas las medidas concernientes a niñas niños y adolescentes
- b) Respetar los derechos de niñas niños y adolescentes y asegurar su aplicación, sin discriminación;
- c) Hacer efectivo el derecho de niñas niños y adolescentes a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que les afectan y a que dichas opiniones se tengan debidamente en cuenta,
- d) Respetar el derecho intrínseco de niñas niños y adolescentes a la vida y garantizar en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo.



Desde el punto de vista de los principios constitucionales cobra relevancia la ponderación del Principio del Interés Superior de la Niñez ya que debe ser el eje rector de las políticas públicas de salud en México pues no se puede condicionar el derecho fundamental a la salud a un tema presupuestal. De manera adicional se debe tener en cuenta la interseccionalidad y el principio de igualdad jurídica para que las Niñas y Niños indígenas y afrodescendientes tengan igual acceso al derecho a la salud, sin olvidar la perspectiva de género en el caso de la salud de las niñas. Atendiendo a la diferencia de etapas de la niñez y la adolescencia es importante mencionar que los adolescentes serán producto de una nueva agenda de investigación, se deben generar las bases legislativas de una nueva visión de política pública que pondere el Principio del Interés Superior de la Niñez con la obligación de etiquetar los recursos que se destinan a garantizar el derecho a la salud de Niñas, Niños y Adolescentes.



IX. Bibliografía.

Adolescencia, C. N. (15 de abril de 2019). *Cáncer Infantil en México*. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/articulos/cancer-infantil-en-mexico-130956>

Alcántara Moreno, G. (2008). *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. (Vol. 1). (U. d. Andes, Ed.) Revistya universitaria de Investigación.

Almazán R., J. (4 de marzo de 2020). *Milenio*. Obtenido de Disminuye abasto de vacuna contra tuberculosis en CdMx: <https://www.milenio.com/politica/en-cdmx-hay-desabasto-de-vacuna-bcg-contra-tuberculosis>

Arista, L. (28 de enero de 2020). *Expansión Política*. Obtenido de 21 estados se suman al INSABI y 6 deciden comprar sus propios medicamentos: <https://politica.expansion.mx/presidencia/2020/01/28/21-estados-se-suman-al-insabi-y-6-deciden-comprar-sus-propios-medicamentos>

Carbonell, J., & Carbonell, M. (2013). *El derecho a la salud: Una propuesta para México*. México: Instituto de investigaciones jurídicas.

Cardenas, J. (2014). *Manual de Argumentación Jurídica*. México: Porrúa.

CONSTITUCIÓN. (s.f.). *CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS*. México.

Del Toro, A. (08 de septiembre de 2022). *Naciones Unidas México*. Obtenido de Múltiples crisis frenan el progreso en desarrollo humano causando retrocesos en 9 de cada 10 países, alerta informe de PNUD: <https://mexico.un.org/es/198356-m%C3%BAltiples-crisis-frenan-el-progreso-en-desarrollo-humano-causando-retrocesos-en-9-de-cada-10>

Desarrollo, E. P. (2003). *Medición del Desarrollo Humano en México. Estudio Sobre Desarrollo Humano*. México.

Desarrollo, E. P. (s.f.). *Informe de Actividades del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México. Desarrollo Humano para vivir mejor*. México.

Development, I. S. (2005). *La gestión del Desarrollo Humano*. Grant Winners: York University.

Expansión. (2021). *Expansión*. Obtenido de Datosmacro: <https://datosmacro.expansion.com/idh/mexico>



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

García, C. (3 de julio de 2022). *Expansión Política*. Obtenido de Tamiz neonatal: ¿qué es y por qué los recursos peligran para el 2023?: <https://politica.expansion.mx/congreso/2022/07/03/tamiz-neonatal-que-es-y-por-que-los-recursos-peligran-para-el-2023>

Gascón Abellan, M. (s.f.). *La Teoría General del Garantismo "a propósito de la obra de L. Ferrajoli Derecho y Rázon"*. España: Universidad Castilla - La Mancha.

INEGI, I. N. (2022). *COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 213/22, ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA DEL NIÑO*. México.

Infobae. (28 de enero de 2020). *Infobae*. Obtenido de Desabasto de medicamentos: se agudiza la crisis en el sector de salud mexicano: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/01/28/desabasto-de-medicamentos-se-agudiza-la-tesis-en-el-sector-de-salud-mexicano/>

LatinComm S.A, e. d. (2015). Obtenido de Historia y avances de la vacunación en México: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/400159/Varios_-_Historia_y_avances_de_la_vacunaci_n_en_M_xico.pdf

Martínez, M. (22 de abril de 2019). *El Economista*. Obtenido de SHCP lanzará en mayo licitación de medicamentos: <https://www.eleconomista.com.mx/empresas/SHCP-lanzara-en-mayo-licitacion-de-medicamentos-20190421-0083.html>

Nolasco, S. (19 de marzo de 2020). *El Economista*. Obtenido de Invitan a reportar desabasto de medicamentos: <https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/Invitan-a-reportar-desabasto-de-medicamentos-20200318-0166.html>

OMS, O. M. (17-21 de noviembre de 1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Obtenido de UNA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA PROMOCION DE LA SALUD: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Páez, A. (25 de septiembre de 2022). *Crónica*. Obtenido de Por la pandemia, México retrocede nueve años en desarrollo humano: <https://www.cronica.com.mx/nacional/mexico-retrocede-9-anos-indice-desarrollo-humano-onu-salud-principal-rezago.html>

PNUD, E. P. (1990). *Informe sobre Desarrollo Humano*. Colombia: Oxford University Press.

PNUD, E. P. (2003). *El Concepto de Desarrollo Humano, su importancia y aplicación en México. Estudios sobre Desarrollo Humano*. México.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

PNUD, E. P. (2020). *Desarrollo humano y covid-19 en México: Desafíos para una recuperación sostenible*. México.

Político, A. (16 de enero de 2020). *Cofepris tiene retenidos dos embarques de vacunas contra el sarampión, confirma López-Gatell*. Obtenido de <https://www.animalpolitico.com/2020/01/cofepris-retiene-vacunas-sarampion/>

Ramírez Barba, É. J. (13 de diciembre de 2022). *El Economista*. Obtenido de Tamiz por el futuro de la niñez: <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/Tamiz-por-el-Futuro-de-la-Ninez-20221213-0059.html>

Reyes, O. (6 de junio de 2020). *El Sol de León*. Obtenido de Federación deja sin vacunas a Guanajuato: <https://www.elsoldeleon.com.mx/local/federacion-deja-sin-vacunas-a-guanajuato-daniel-diaz-martinez-secretario-de-salud-de-guanajuato-5328797.html>

SCJN, S. C. (2021). *Protocolo para juzgar con Perspectiva de Infancia y Adolescencia*. México.

Seara Vázquez, M. (1995). *Las Naciones Unidas a los cincuenta años*. México: Fondo de Cultura Económica.

UNAM, I. d. (s.f.). *Diccionario Jurídico Mexicano*. México: Porrúa.

UNICEF, E. F. (2015). *Informe sobre la equidad del gasto público en la infancia y la adolescencia en México*. México.

UNICEF, E. F. (2018). *Los derechos de la Infancia y la Adolescencia en México*. México.

UNICEF, E. F. (16 de julio de 2020). *Comunicado de prensa*. Obtenido de La OMS y UNICEF advierten sobre una reducción en la cobertura de vacunación durante la COVID-19: <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/la-oms-y-unicef-advierten-sobre-una-reducci%C3%B3n-en-la-cobertura-de-vacunaci%C3%B3n>

Unidas, N. (25 de septiembre de 2015). *Objetivos de desarrollo Sostenible*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Vacunación, A. p. (s.f.). *BLOG DE VACUNOLOGÍA*. Obtenido de ESQUEMA DE VACUNACIÓN IDEAL POR LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE VACUNOLOGÍA: https://vacunacion.org/old/ver_entrada/51-Eschema+de+vacunaci%C3%B3n+ideal+por+la+Asociaci%C3%B3n+Mexicana+de+Vacunolog%C3%ADa



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Veloz Sandoval, A. L. (2019). *Minuta de la comparecencia de diversos funcionarios ante la Comisión de Salud del Senado de la República*. México.