



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

“Derecho Humano a la Salud: Retos del Sistema Nacional de Salud en materia de vacunación”

Ana Laura Veloz Sandoval

Mayo 2024



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Derecho Humano a la Salud: Retos del Sistema Nacional de Salud en materia de vacunación

Ana Laura Veloz*

Documento de Trabajo No. 909

Mayo 2024

Clasificación temática: Salud

Resumen

El Sistema Nacional de Salud presenta retos en materia de vacunación. ¿Qué debe ponderar el Estado en la política pública para garantizar el derecho a la salud?

Palabras claves: Desarrollo Humano, Derecho a la Salud, Esquema Nacional de Vacunación, políticas públicas, abasto, vacunas, principio de interés superior de la niñez, igualdad.

*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 analaaveloz@gmail.com. Las opiniones contenidas en este documento corresponden exclusivamente a los autores y no representan necesariamente el punto de vista de la Fundación Rafael Preciado Hernández A.C.



Contenido

I. Introducción.....	4
Problemática abordada.....	4
II. Justificación.....	5
III. Objetivos de la Investigación.....	6
IV. Planteamiento y Delimitación del Problema.....	7
V. Marco teórico y conceptual.....	26
VI. Hipótesis.....	35
VII. Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis.....	36
Desarrollo del tema.....	36
VIII. Conclusiones.....	54
Posibles soluciones:.....	54
IX. Bibliografía.....	55



I. Introducción

El documento de investigación está realizado bajo el método deductivo; es decir de lo general a lo particular, partiendo de identificar los Objetivos de desarrollo sostenible que forman parte de la Agenda 2030, en específico el Objetivo número 3 “Salud y bienestar”, así como las metas particulares que están relacionadas con la vacunación.

Las vacunas constituyen uno de los avances más importantes en materia de salud y desarrollo a nivel mundial. Durante más de dos siglos, las vacunas han reducido de manera segura enfermedades como la polio, el sarampión y la viruela, ayudando a niños y niñas a crecer sanos.

Problemática abordada.

El cambio del partido en el gobierno ha traído como consecuencia cambios en el Sistema Nacional de Salud y una crisis institucional que se ha visto reflejada en desabasto de medicamentos y vacunas. El marco teórico desde donde se aborda es el desarrollo humano, así como el garantismo.

El objetivo es revisar el marco jurídico de la vacunación en México, la obligación del Estado de garantizar y aplicar las vacunas, así como el derecho a recibirlas. ¿Qué se pondera en esa política pública o debiera ponderarse? ¿Cuáles son los retos actuales del Estado mexicano en materia de vacunación en el marco de la Agenda 2030?



II. Justificación

Las vacunas constituyen uno de los avances más importantes en materia de salud y desarrollo a nivel mundial. Durante más de dos siglos, las vacunas han reducido de manera segura enfermedades como la polio, el sarampión y la viruela, ayudando a niños y niñas a crecer sanos. Existen datos que indican que durante 2019 y 2020 se dejó de vacunar en México a por lo menos seis millones de niños. Es indispensable investigar sobre el tema ya que recientemente se han comprobado brotes de sarampión, enfermedad que ya estaba erradicada, y también hablar sobre las vacunas que forman parte del Programa Permanente de Vacunación, como la influenza y covid-19 y para las cuáles la ciudadanía ha tenido que interponer juicios de amparo para obtener la inmunización.



III. Objetivos de la Investigación

El objetivo de la investigación es revisar el marco jurídico de la vacunación en México, la obligación del Estado de garantizar y aplicar las vacunas, así como el derecho a recibirlas. ¿Qué se pondera en esa política pública o debiera ponderarse? ¿Cuáles son los retos actuales del Estado mexicano en materia de vacunación en el marco de la Agenda 2030?



IV. Planteamiento y Delimitación del Problema

Índice de Desarrollo Humano

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 0,756.¹ 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 años, su tasa de mortalidad en el 9,33 % y su renta per cápita sea de 8.653 € euros.

El último Informe sobre Desarrollo Humano, ***Tiempos inciertos, vidas inestables: configurar nuestro futuro en un mundo en transformación***², 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

¹<https://datosmacro.expansion.com/idh/mexico>

² <https://mexico.un.org/es/198356-m%C3%BAltiples-crisis-frenan-el-progreso-en-desarrollo-humano-causando-retrocesos-en-9-de-cada-10>



interrelación con enormes transformaciones sociales y económicas, amenazantes cambios a nivel planetario, y un extraordinario avance de la polarización.

Por primera vez, indica el Informe, 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.



Objetivos de Desarrollo Sostenible. ³

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

³ <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>



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

El objetivo **número 3 “Salud y Bienestar”** cuenta con metas específicas:

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.

El tema que investigo forma parte del Objetivo número 3 “Salud y Bienestar”, en específico la meta 3.8 y 3 inciso b. Desde esa perspectiva cobra relevancia conocer cuál es la situación de las vacunas en México

El derecho a la 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 Ottawa⁴ destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema

⁴<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>



estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerequisites 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. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de 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.

Promoción de la salud (Health promotion)

De acuerdo a la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986: La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla.

La Carta de Ottawa identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud. Éstas son : la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud: 1) Establecer una política pública saludable; 2) Crear entornos que apoyen la salud; 3) Fortalecer la acción comunitaria para la salud; 4) Desarrollar las habilidades personales, y 5) Reorientar los servicios sanitarios.

La Declaración de Yakarta sobre la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, (1997), confirma que estas estrategias y áreas de acción son esenciales para todos los países. Además, existe una evidencia clara de que: Los que utilizan combinaciones de estas cinco estrategias son más eficaces que los enfoques de una sola vía. La participación es esencial para sostener los esfuerzos. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces.

La Salud como derecho fundamental en México

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.”⁵

Vacunación en el mundo

Durante el siglo XX la vacunación ha sido una de las medidas de mayor impacto en salud pública, ya que con su administración se ha conseguido disminuir la carga de enfermedad y la mortalidad por enfermedades infecciosas en la infancia. Con excepción del acceso al agua potable, no ha habido otra medida preventiva o terapéutica, ni siquiera los antibióticos, que haya tenido mayor efecto en la reducción de la mortalidad de la población de todo el mundo.⁶

Historia de las vacunas ⁷

En junio de 1798 se publicó en Inglaterra una obra redactada por el cirujano Edward Jenner (1749-1823) que revolucionó la lucha contra la viruela. Un texto donde plasmó, después de veintiocho años de indagación metódica, una variante en la práctica inoculatoria basada en la observación empírica de que las personas infectadas por viruela desarrolladas en el ganado vacuno, denominado cowpox, se hacían refractarias a la viruela humana. Al método jenneriano se denominó vacuna, y por ello, su descubridor será reconocido mundialmente como el padre de la vacunación.

España también fue uno de los primeros países en adoptarlo, Francisco Píguillem y Verdaguer (1770-1826), médico y académico de Barcelona, inauguró su práctica el

⁵Cfr. Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

⁶ <http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org/vacunas/historia-de-las-vacunas>

⁷Idem.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

3 de diciembre de 1800 en el Puigcerdá (Cataluña). El pus vacuno fue remitido desde París por François Colon (1764-1812), gracias al contacto mantenido por la medicina catalana y la francesa.

Sin embargo, su implantación y aplicación de la vacunación no mantuvo una línea uniforme, a la falta de adhesión de la población, quien recurría a la medida preventiva sólo cuando la enfermedad alcanzaba un carácter epidémico, debemos añadir las dificultades en el abastecimiento constante del fluido vacunal.

A lo largo de todo el siglo XIX confluyen diversos decretos, órdenes o leyes dirigidos a implementar la vacunación contra la viruela. Pero nunca se llegó a hacer implícita la obligatoriedad de la vacuna, por lo que no se alcanzaron coberturas de vacunación adecuadas.

Con la ley de Bases de Sanidad, en 1944, se declaró obligatoria la vacunación contra la viruela y la difteria en España, consiguiéndose, en el caso particular de la viruela, su eliminación en 1954, a excepción de un brote ocurrido en 1961 en la capital del país, a partir de un caso importado de la India.

Años más tarde, se declarará oficialmente la erradicación de la enfermedad por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante la XXXIII Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra el 8 de mayo de 1980, tras la aparición del último caso de viruela en 1977.

Durante los últimos 200 años, desde el descubrimiento de la vacuna de la viruela por E. Jenner, la vacunación ha controlado, al menos en algunas partes del mundo, enfermedades que causaban gran morbilidad (muertes causadas por enfermedad); ha conseguido, por primera vez en la historia, la erradicación mundial de una enfermedad: la viruela en 1980, el 9 de diciembre de 1979 se declaró la erradicación de esta enfermedad y se recomienda la suspensión de la vacunación.

Con relación a la poliomielitis, en España se usó, entre los años 1959 y 1963, la vacuna de polio inactivada (VPI), que se administraba gratuitamente a los



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

económicamente débiles. La vacuna se aplicaba en tres dosis entre los cinco meses y los ocho años de edad. Las coberturas fueron bajas, ya que la cantidad de vacunas disponibles era escasa. Sin embargo, en 1963, tras la experiencia acumulada en diversos países, se inició la vacunación con la vacuna oral atenuada (VPO).

Al principio, se realizó un estudio piloto en las provincias de León y Lugo, para desarrollarse a continuación la primera campaña gratuita y masiva de vacunación, dirigida a niños con edades comprendidas entre los dos meses y los siete años. Se aplicaban 2 dosis, la primera con VPO monovalente (poliovirus 1) y la segunda con VPO trivalente (poliovirus 1, 2 y 3). Las coberturas alcanzadas, tanto en la captación como en la segunda dosis, fueron muy altas. En 1965 se inicia una nueva campaña masiva, utilizándose, en este caso, 2 dosis de VPO trivalente. Al mismo tiempo se añadió la vacunación frente a la difteria, el tétanos y la tosferina (DTP). La vacunación se realizaba a los niños entre los tres meses y los tres años de vida. El éxito de estas intervenciones determinó que, a partir de este momento, se realizaran de manera continua en forma de dos campañas anuales, una en primavera y otra en otoño.

Se estima que la introducción de las vacunas en el mundo ha evitado anualmente 5 millones de muertes por viruela, 2,7 millones por sarampión, 2 millones por tétanos neonatal, 1 millón por tos ferina, 600.000 por poliomielitis paralítica y 300.000 por difteria.

Desde 1900 a 1973 se produjo un uso masivo de vacunas, fundamentalmente en países desarrollados (viruela, tuberculosis (BCG), difteria-tétanos-pertussis (DTP), vacunas atenuadas e inactivadas contra la poliomielitis (VPO, VPI) y vacuna contra el sarampión).

En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) implanta el Programa Ampliado de Inmunización, PAI (Expanded Programme on Immunization, EPI), con el objetivo de hacer llegar la vacunación a los países en desarrollo; dicho programa



incluye la vacunación de tuberculosis (BCG), difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis y sarampión.

En 1993 se incluye en dicho programa la vacunación de hepatitis B y de fiebre amarilla en aquellos países en los que la enfermedad es endémica. En 1998 se introdujo en el PAI la vacuna de *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib).

Historia de la vacunación en México⁸

México cuenta con una extensa historia en materia de aplicación y producción de vacunas, lo que resultó en un programa de vacunación prestigioso a partir de la elaboración de vacunas efectivas, de bajo costo, aplicables a gran escala y con efectos protectores duraderos.

El inicio de la vacunación se apoya en el primer trabajo científico del médico Edward Jenner, quien planteó el control de la viruela mediante la inoculación de un niño con linfa de lesiones de una mujer infectada con viruela bovina, un agente infeccioso similar al de la viruela humana. Los antecedentes históricos de la vacunación se remontan a 5 años después de la publicación de Jenner, momento en el que el Rey Carlos IV de España estableció la introducción de la vacunación contra la viruela en todos los territorios españoles de América y Asia.

En México, la vacunación contra la viruela fue introducida por el Dr. Francisco Xavier de Balmis, que utilizó la técnica de vacunación de brazo en brazo, a partir de su llegada a Yucatán, el 25 de abril de 1804. Como resultado de esta expedición, se logró la primera vacunación masiva en todo el territorio mexicano, desde Guatemala hasta el actual sur de los Estados Unidos.

⁸ México: País pionero en la producción local de vacunas . Historia y avances de la vacunación en México, artículo de Latest Review, elaborado por el departamento de redacción médica de LatinComm S.A.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Con posterioridad, a principios de 1805, el Dr. Balmis partió del puerto de Acapulco hacia las islas Filipinas con 24 niños expósitos mexicanos, empleando la linfa vacunal para diseminar la inoculación contra la viruela en Filipinas y China.

El decreto de Carlos IV estableció la capacitación para preparar la vacuna y la organización de consejos municipales de vacunación, en todos los territorios correspondientes a España, para registrar las vacunaciones y mantener la linfa para usos futuros. En 1868, Ángel Gabiño Iglesias introdujo en México la semilla del virus de *vaccinia* desde París, para la producción masiva de la vacuna contra la viruela. En 1912, se fundó en Mérida, Yucatán, el primer laboratorio para la producción a gran escala de linfa vacunal procedente de bovinos. El uso de esta vacuna fue aprobado en 1915 para su utilización en todo el territorio nacional, y fue preparada, desde 1916, bajo la responsabilidad de Braulio Ramírez, en el Instituto Bacteriológico Nacional.

Luego de la introducción inicial de la vacunación contra la viruela, en México, se fueron incorporando otros tipos de inmunizaciones. En abril de 1888, el Dr. Eduardo Liceaga, que había traído de Francia un cerebro de conejo en el que se había fijado el virus de la rabia, aplicó por primera vez la vacuna antirrábica en un niño mordido por un perro rabioso. En ese mismo año, el Dr. Miguel Otero Arce logró replicar la técnica de Pasteur, fijando el virus de la rabia en cerebros de perros, método que sirvió como base para la producción de la vacuna atenuada antirrábica, aplicada por primera vez en 1890. A partir del año 1960, la vacuna antirrábica se empezó a producir en el Instituto Nacional de Virología de la Secretaría de Salud.

Por su parte, la vacuna de Bacilo Calmette y Guérin (BCG) tiene sus inicios en México en 1891, momento en el que Eduardo Liceaga utilizó la tuberculina con fines terapéuticos en la tuberculosis. En 1948 se introdujo en México la cepa de BCG, utilizada para la producción de la vacuna BCG líquida, que fue empleada en los años cincuenta para campañas masivas de vacunación. A partir de 1971, comenzó



la producción de la forma liofilizada de esta vacuna en el Instituto Nacional de Higiene, usando la cepa Danesa 1331.

La vacuna antipoliomielítica tiene sus orígenes en México en 1955, como resultado del aislamiento de la primera cepa del virus de la poliomielitis por parte de la científica mexicana Dra. Pizarro. A partir de 1960, comenzó la preparación de la vacuna trivalente antipoliomielítica de Sabin, en el Instituto Nacional de Virología.

Historia de producción de vacunas en México⁹

La producción de vacunas en México constituye otro aspecto relevante de la historia de la vacunación en el país. La creación, en 1905, del Instituto Bacteriológico Nacional, cuyo nombre fue cambiado por el de Instituto Nacional de Higiene, en 1921, ha permitido la elaboración local de vacunas para la inoculación masiva de la población. En 1960, inició sus actividades el Instituto Nacional de Virología, que se convirtió en Centro Regional de Referencia para Vacunas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido a la capacidad técnica y a la calidad de las vacunas producidas.

Como resultado, en 1990, México fue uno de los siete países del mundo autosuficientes para elaborar todas las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Mientras que el Instituto Nacional de Higiene producía las vacunas DPT, BCG y contra el toxoide tetánico, el Instituto Nacional de Virología elaboraba la antipoliomielítica oral y la vacuna contra el sarampión.

Evolución del Programa de Vacunación Universal¹⁰

⁹ Idem

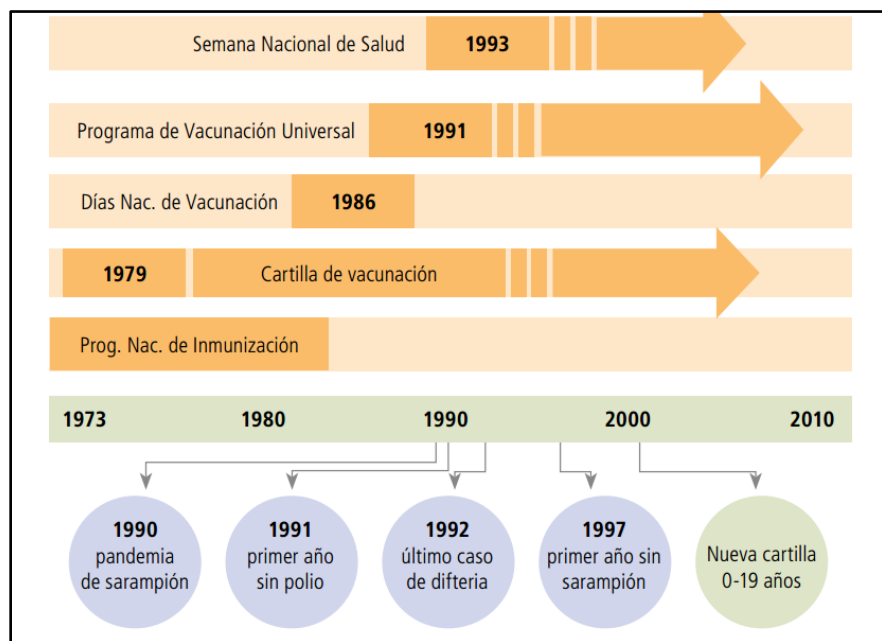
¹⁰ Idem.



México ha asumido políticas nacionales y compromisos internacionales destacables en materia de vacunación. Durante las últimas 8 décadas, el estado mexicano ha firmado y ejecutado con creces diferentes compromisos internacionales, entre ellos, la erradicación de la viruela, la eliminación de la poliomielitis y la elevación de las coberturas de vacunación.

El programa de vacunación, en México, se inició en el año 1973, incluso un año antes de que la OMS lanzara el Programa Ampliado de Inmunizaciones. La Campaña Nacional de Vacunación de 1973 estableció la aplicación de seis biológicos incluidos en cuatro vacunas esenciales: BCG, antipoliomielítica, DPT (difteria, pertussis y tétanos) y antisarampión.

Evolución de la vacunación universal en México.



Cfr. Adaptado de Santos JI. Rev Fac Med UNAM 2002 citado en México: País pionero en la producción local de vacunas. Historia y avances de la vacunación en México, artículo de Latest Review, elaborado por el departamento de redacción médica de LatinComm S.A.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

A pesar de estos avances, diferentes situaciones marcaron la necesidad de un cambio en la estrategia de vacunación en el país. En 1990, se produjo un brote de sarampión que afectó a 68 782 habitantes mexicanos, generando 5899 defunciones y poniendo de manifiesto la existencia de una cobertura insuficiente de vacunación. En el mismo año, la Encuesta Nacional de Cobertura de Vacunación (ENCOVA) estableció que, pese a los esfuerzos, sólo 46 de cada 100 niños mexicanos de 1 año a 4 años de edad recibían el esquema básico de vacunación de ocho dosis de manera completa.

Ante esta realidad, se creó el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) y los Consejos Estatales de Vacunación (COEVA), que fueron presididos por los gobernadores de cada entidad federativa y coordinados por las autoridades del área de salud.

El CONAVA estableció, entonces, el Programa de Vacunación Universal (PVU), que se creó por decreto presidencial el 22 de enero de 1991, y tenía como propósito fundamental que, para 1992, todos los niños menores de 5 años contaran con el esquema básico de vacunación determinado en ocho dosis de vacuna: tres dosis de Sabin, tres de DPT, una dosis de BCG y una de antisarampión.

El CONAVA desarrolló diversas acciones para asegurar la vacunación universal de la población infantil, incluyendo la vacunación permanente a través de las unidades del Sistema Nacional de Salud; los Días Nacionales de Vacunación enfocados en la vacunación de un gran número de niños en el corto plazo; la vacunación en áreas de difícil acceso, como zonas urbanas marginales y rurales dispersas, y actividades de vacunación en torno a brotes epidémicos.

El Programa de Vacunación Universal, que representa un orgullo para México, 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.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Los objetivos principales planteados inicialmente en el Programa de Vacunación Universal incluyeron el hecho de asegurar el esquema básico de vacunación, erradicar diferentes infecciones prevenibles, reforzar la vigilancia epidemiológica y educar a la población para la prevención de enfermedades que no se evitan con la vacunación

En su diseño, el Programa de Vacunación Universal incluyó tanto acciones permanentes como estrategias intensivas. Las acciones permanentes se ofrecen a la población de manera cotidiana en todas las unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud, en los centros de custodia temporal de niños o mediante brigadas, con cierta periodicidad, en las localidades sin servicios permanentes de salud. Por su parte, las acciones intensivas se desarrollan con la finalidad de romper la cadena de transmisión de los padecimientos que se desean evitar, así como elevar las tasas de cobertura de vacunación en un período muy corto de tiempo. Las actividades se llevan a cabo en forma previa al pico de incidencia de las enfermedades infecciosas o de acuerdo con las necesidades epidemiológicas. Desde su implementación en México, las acciones intensivas de mayor relevancia incluyeron las Fases Intensivas de Vacunación contra la poliomielitis y el sarampión (iniciadas en 1980), los Días Nacionales de Vacunación Antipoliomielítica (1986) y las Semanas Nacionales de Salud (que comenzaron en 1993) Como resultado de estas acciones, hoy en día, México cuenta con un programa de vacunación que está entre los más completos del mundo, ofreciendo cobertura contra 15 enfermedades infecciosas prevenibles.

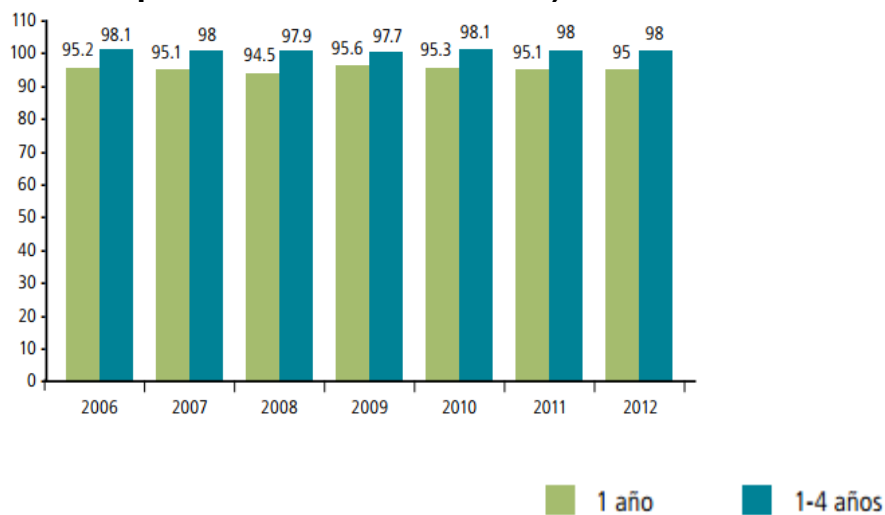
La comparación entre los datos estadísticos de diferentes encuestas nacionales de salud deja en claro que la implementación del Programa de Vacunación Universal ha permitido logros considerables en términos de salud pública. Los resultados de la ENCOVA, llevada a cabo en 1990, evidenciaban la existencia de una deficiente inmunización de la población mexicana. Las coberturas vacunales contra DPT, Sabin y BCG de niños preescolares fueron de sólo 60.1%, 73.1% y 73.6%, respectivamente.



La vacunación contra el sarampión demostraba la mayor cobertura, alcanzando a 85.4% de los infantes. Como dato integral, sólo 46% de los niños había completado su esquema de ocho dosis de acuerdo con ENCOVA 1990.

Entre los logros destacables de la implementación del Programa de Vacunación Universal, en los últimos 25 años, cabe mencionar el amplio esquema de vacunación y las altas coberturas de inoculación. Estos avances han permitido la erradicación de la viruela y la polio, la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, la difteria y el tétanos neonatal, y una reducción importante en algunas enfermedades inmunoprevenibles, como las enfermedades diarreicas por rotavirus y las infecciones graves por *Haemophilus influenzae* de tipo B y *Streptococcus pneumoniae*. Por otro lado, las coberturas administrativas de vacunación reportadas por el CONAVA alcanzan valores apreciables para cualquier país. Sin embargo, los resultados de la ENCOVA de medio camino, llevada a cabo en 2010, sugieren que las tasas efectivas de cobertura no son tan halagadoras como las reportadas por el CONAVA.

Coberturas administrativas de vacunación en México en el periodo 2006-2012 (esquema completo en la población menor de 5 años)



Cfr. Adaptado de Santos JI. Gaceta médica 2014, citado en México: País pionero en la producción local de vacunas. Historia y avances de la vacunación en México, artículo de Latest Review, elaborado por el departamento de redacción médica de LatinComm S.A.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Los hallazgos de la encuesta establecen que la tasa de cobertura del esquema completo es <65% en menores de 1 año, de 57% en menores de 2 años y de 60% en los menores de 5 años. A su vez, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 ha establecido que la cobertura de vacunación en general ha mejorado en relación a encuestas previas, aunque, a excepción de la BCG, las demás vacunas presentan coberturas insuficientes.

ENSANUT 2012 detectó, además, que la cobertura de vacuna individual es superior al esquema completo de todas las vacunas, hallazgo que sugiere que no siempre se lleva a cabo la vacunación múltiple. El hecho de que la cobertura administrativa de vacunación, basada en censos nominales reporta valores superiores a los datos registrados en ENSANUT 2012 podría expresar el probable subregistro de dosis aplicadas a los niños en la Cartilla Nacional de Salud (CNS). En ese contexto, el Instituto Nacional de Salud Pública planteó una serie de recomendaciones y acciones con la finalidad de mejorar el registro y la aplicación de vacunas sin restricciones.



V. Marco teórico y conceptual

Marco Teórico

Desarrollo Humano

Inicialmente se concibe el desarrollo económico fundado en las nociones de evolución y progreso; industrialización; y crecimiento económico. Este tipo de desarrollo se entiende como la posibilidad de un progreso económico rápido, que genera políticas sociales adecuadas para cubrir a la población; sin embargo, tiene límites, no siempre es expansivo y prospectivo.¹¹

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”¹². 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.¹³

Ahora bien, el crecimiento económico y el desarrollo humano, están estrechamente relacionados, pero no se deben confundir, o utilizar como sinónimos, pues el primero

¹¹ Cfr. International Secretariat for Human Development, La gestión del Desarrollo Humano, Grant Winners 2005, Charter II, York University, 2005, pág. 31.

¹² Seara Vázquez, Modesto. *Las Naciones Unidas a los cincuenta años*. FCE. México, 1995. p. 286.

¹³ Medición del Desarrollo Humano en México. Estudios Sobre Desarrollo Humano. PNUD México No. 2003-6. p 7



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.¹⁴

¹⁴ El Concepto de Desarrollo Humano, su importancia y aplicación en México. Estudios sobre Desarrollo Humano PNUD México No 2003 -1. p. 5



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.¹⁵

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.¹⁶

¹⁵ Ídem.

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



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)*.¹⁷

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

¹⁷ El Concepto de Desarrollo Humano, su importancia y aplicación en México. Estudios sobre Desarrollo Humano PNUD México No 2003 -1. p. 35.



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.¹⁸

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.¹⁹

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, uno de los derechos que integran el desarrollo humano: la 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

¹⁸ Informe sobre Desarrollo Humano 1990, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Oxford University Press, Colombia, 1990, pág. 33.

¹⁹ Gascón Abellan, Marina. “La Teoría General del Garantismo (a propósito de la obra de L. Ferrajoli Derecho y Razón)”. Universidad Castilla – La Mancha. p. 195



ellas. Ferrajoli nombra a este modelo como “la igual valoración jurídica de las diferencias”.

Marco conceptual

Salud

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”,²⁰ 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.²¹

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.²²

²⁰ Alcántara Moreno, Gustavo. *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. Universidad de los Andes. Revista universitaria de Investigación, Año 9, número 1, junio 2008, p.96

²¹ *El derecho a la Salud como derecho fundamental*. Capítulo Primero. Instituto de Investigaciones Jurídicas 2013, p.2.

²² Ídem.



Vacunas

Las vacunas se utilizan para reforzar el sistema inmunitario y prevenir el riesgo de infección y la gravedad de infecciones, incluyendo aquellas que causan enfermedades graves y potencialmente mortales.²³

Las vacunas son aquellas preparaciones (producidas con toxoides, bacterias, virus atenuados, muertos o realizadas por ingeniería genética y otras tecnologías) que se administran a las personas para generar inmunidad activa y duradera contra una enfermedad estimulando la producción de defensas.²⁴

Vacunación.²⁵

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

Tras vacunarnos, nuestro sistema inmunitario produce anticuerpos, como ocurre cuando nos exponemos a una enfermedad, con la diferencia de que las vacunas contienen solamente microbios (como virus o bacterias) muertos o debilitados y no causan enfermedades ni complicaciones.

La mayoría de las vacunas se inyectan, pero otras se ingieren (vía oral) o se nebulizan en la nariz.

²³ Cfr. Enciclopedia médica disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002024.htm>

²⁴ <https://huesped.org.ar/informacion/vacunas/que-son-y-como-funcionan/>

²⁵ Vacunas e inmunización: ¿qué es la vacunación? 23 de abril de 2024, Organización Mundial de la Salud en <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination>



Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la

Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.²⁶

Igualdad jurídica.²⁷

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.

²⁶ Art.5, Ley General de Salud.

²⁷ Cfr. Diccionario Jurídico Mexicano. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. Editorial Porrúa, p. 1905, 1907, 1908.



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.



VI. Hipótesis

Los cambios institucionales del Sistema Nacional de Salud han traído como consecuencia que la cobertura de vacunación no sea eficaz; ¿Qué principios se deben ponderar en la política pública para garantizar el derecho a la salud de los mexicanos?



VII. Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis

Desarrollo del tema

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 y vacunas.²⁸

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 alcanzar la 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.²⁹

²⁸ Desarrollo humano y covid-19 en México: Desafíos para una recuperación sostenible, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2020.p.15-17.

²⁹ Ídem



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

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 2019.³⁰

De acuerdo con datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en México el gasto que se ejerció en el 2020 para salud representó 6.2% del PIB. El gobierno del Poder Ejecutivo Federal continuó con el subejercicio en el gasto de salud, entre enero y noviembre del año pasado.

En los primeros 11 meses del 2022, el gobierno destinó 610,539 millones de pesos al gasto funcional de salud, el cual considera a todas las dependencias de la administración pública que ofrecen servicios de salud, así como el gasto en infraestructura, nómina, entre otros.

Si bien en comparación anual el gasto en salud aumentó en 0.9%, presentó un subejercicio de 213,642 millones de pesos, es decir, se gastó menos a lo que se aprobó para el periodo mencionado.

³⁰ídem



Para el periodo de enero a noviembre de 2022, se aprobaron recursos por 824,181 millones de pesos, lo que significa que a tan sólo un mes de finalizar el año se ejerció 72.4% de los recursos previstos.³¹

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,

³¹ Artículo Registran subejercicio de 213,642 mdp en sector salud, por Belén Saldívar 12 de enero de 2023 en <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Registran-subejercicio-de-213642-mdp-en-sector-salud-20230112-0003.html>



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.³²

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

³² “Secretaría lanzará en mayo licitación de medicamentos” en El Economista por María del Pilar Martínez 21 de abril de 2019, <https://www.economista.com.mx/empresas/SHCP-lanzara-en-mayo-licitacion-de-medicamentos-20190421-0083.html>



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.³³ 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

³³ Minuta de la comparecencia de diversos funcionarios ante la Comisión de Salud del Senado de la República derivada del Acuerdo de Jucopo con fecha 28 de febrero de 2019 realizada por la autora.



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.³⁴

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



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.

Marco jurídico de vacunas

La Ley General de Salud contiene el Capítulo II BIS denominado “**vacunación**”; en el cual se establece:

La universalidad y gratuidad de las vacunas.

Toda persona residente en el territorio nacional tiene derecho a recibir de manera universal y gratuita en cualquiera de las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, del Sistema Nacional de Salud, las vacunas contenidas en el Programa de Vacunación Universal, **independientemente del régimen de seguridad social o protección social al que pertenezca.**³⁵

Responsabilidad de padres de familia

Las personas que ejerzan la patria potestad, tutela, guarda o, en términos generales, sean responsables de menores o incapaces, estarán obligados a tomar todas las medidas necesarias para que, éstos reciban las vacunas contenidas en el Programa de Vacunación Universal.³⁶

³⁵ Art. 157 bis 1, Ley General de Salud

³⁶ Idem



La participación de las instituciones federales y locales.

Las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, que forman parte del Sistema Nacional de Salud, deberán instrumentar mecanismos necesarios para garantizar la vacunación de las personas que forman parte de los grupos de población cautiva.³⁷

Por grupo de población cautiva se entiende al conjunto de personas que se encuentran bajo custodia en instituciones del Estado cuyo servicio es de cuidado, capacitación, control o que comparten de manera, tanto temporal como permanente, un área geográfica específica.

Los responsables de las instituciones darán todas las facilidades y colaborarán en el desarrollo de las actividades de vacunación y control de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que constituyen el Sistema Nacional de Salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, y de acuerdo con los lineamientos que al respecto establezca la Secretaría de Salud, **deberán llevar a cabo campañas de comunicación permanentes, con el fin de informar a la población en general sobre los beneficios de las vacunas** y el riesgo que representa tanto para la persona, como para la comunidad la falta de inmunización oportuna.³⁸

Las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, deberán participar con recursos humanos, materiales y financieros suficientes para la atención de los operativos y campañas de vacunación, tanto ordinarias como

³⁷ Art. 157 bis 2, Ley General de Salud.

³⁸ Art.157 bis 3, Ley General de Salud



extraordinarias, cuando alguna de las autoridades sanitarias del país así lo requiera.³⁹

Facultades de la Secretaría de Salud en materia de vacunación ⁴⁰:

Definir, con la opinión del Consejo Nacional de Vacunación, los criterios y procedimientos para lograr el control, la eliminación o la erradicación de enfermedades prevenibles por vacunación;

Emitir normas oficiales mexicanas relativas a la prestación de los servicios de vacunación, aplicación, manejo y conservación de las vacunas que se apliquen en territorio nacional;

Dirigir el Programa de Vacunación Universal y coordinar las campañas y operativos de vacunación, tanto ordinarios como extraordinarios;

Implementar y coordinar el sistema de información en materia de vacunación y definir los lineamientos para su operación;

Vigilar y evaluar las actividades de vacunación en todo el territorio nacional y aplicar las medidas necesarias para su adecuado desarrollo.

En el Programa de Vacunación Universal se integrarán aquellas vacunas que determine la Secretaría de Salud, con la opinión del Consejo Nacional de Vacunación.⁴¹

³⁹ Art.157 bis 6, Ley General de Salud

⁴⁰ Art. 157 bis 4, Ley General de Salud.

⁴¹ Art.157 Bis 5, Ley General de Salud.



La Secretaría de Salud supervisará el cumplimiento de los indicadores de desempeño del Programa de Vacunación Universal que servirán como elemento para la vigilancia del uso eficiente de los recursos que se destinen a las acciones de inmunización.

La Secretaría de Salud promoverá la investigación, desarrollo y producción de vacunas en el territorio nacional, en coordinación con las instancias competentes.

Cartilla Nacional de Vacunación. ⁴²

La Cartilla Nacional de Vacunación es un documento gratuito, único, individual e intransferible, a través del cual se lleva el registro y el control de las vacunas que sean aplicadas a las personas.

La Secretaría de Salud determinará las características y el formato único de la Cartilla Nacional de Vacunación, misma que deberá ser utilizada en todos los establecimientos de salud de los sectores público, social y privado, en todo el territorio nacional.

Aplicación, autorización y registro de vacunas.

Los establecimientos y el personal de salud de los sectores público, social y privado deberán registrar y notificar a la Secretaría de Salud la presencia de casos de enfermedades prevenibles por vacunación y eventos supuestamente atribuibles a dicha inmunización. ⁴³

⁴² Art. 157 Bis 9, Ley General de Salud.

⁴³ Art. 157 Bis 10, Ley General de Salud.



Todas las vacunas e insumos para su aplicación en seres humanos, que se utilicen en el país deberán ser de la mayor calidad disponible y cumplir con los requisitos sanitarios necesarios, a efecto de salvaguardar la seguridad en la administración de las vacunas.⁴⁴

Los procedimientos para la autorización del registro, importación y liberación de vacunas serán considerados como prioritarios en razón de su importancia para la salud pública y la seguridad nacional. En casos de emergencia, dichos procedimientos se atenderán de manera inmediata.⁴⁵

Las vacunas deberán ser aplicadas por personal de salud capacitado.⁴⁶

Abasto de Vacunas

El Estado mexicano **procurará el abasto y la distribución oportuna y gratuita**, así como la disponibilidad de los insumos necesarios para las acciones de vacunación.⁴⁷

La Cámara de Diputados asignará en cada ejercicio fiscal, los recursos presupuestarios suficientes para ese fin.⁴⁸

La operación del Programa de Vacunación Universal en el ámbito local, corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, quienes deberán contar con los recursos físicos, materiales y humanos necesarios.

⁴⁴ Art. 157 Bis 11, Ley General de Salud.

⁴⁵ Ídem.

⁴⁶ Art. 157 Bis 8, Ley General de Salud.

⁴⁷ Art. 157 Bis 12, Ley General de Salud.

⁴⁸ Art. 157 Bis 13, Ley General de Salud.



Desabasto de Vacunas⁴⁹

La cobertura de vacunación en México ha caído en los últimos años, hasta llegar a menos de 30% en los menores de 24 meses, cuando lo recomendable es estar en rangos de 90% según la OMS.

En 2019 y 2020 el Gobierno federal dejó a 6 millones de niños sin vacunas porque no las compró o lo hizo con retraso.

El gobierno de AMLO gastó 24% más en la compra de vacunas en 2019, que en 2018; sin embargo, compró menos dosis. Por eso, cuando las familias buscaron las vacunas obligatorias para sus niños, no las encontraron, dejándolos desprotegidos contra la hepatitis B, tétanos, difteria, rotavirus, neumococo o sarampión. Todas, enfermedades prevenibles por vacunación.

La disminución se explica por decisiones como ésta: por primera vez en tres décadas, el gobierno no compró en 2019 la vacuna BCG para recién nacidos que los protege contra la tuberculosis, pese a ser considerada como la segunda enfermedad infecciosa más mortífera.

Tampoco adquirió la vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina (DPT) en ese mismo 2019. Resultado: México fue uno de los 10 países con menos niños con esa vacuna, cifra que lo igualó a Angola, país del continente Africano, de acuerdo con la comparación hecha por la UNICEF.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2022, elaborada por el Instituto Nacional de Salud Pública de México, da cuenta que en 2022, se estimó que sólo 51.2% de los hogares con niños y niñas entre 0 y 4 años de edad pudieron acreditar

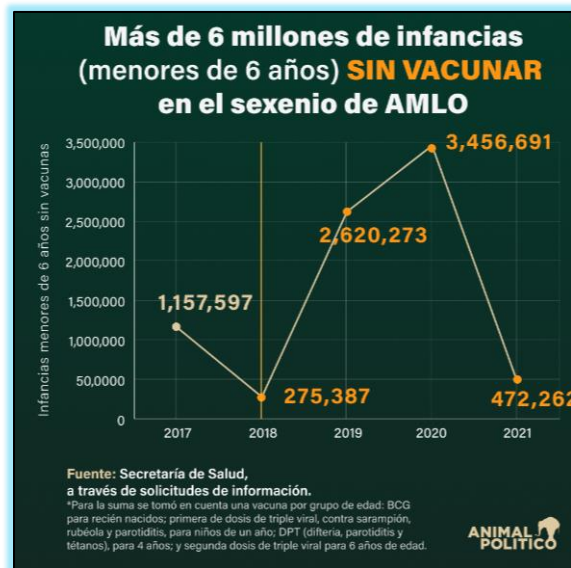
⁴⁹ Datos obtenidos del reportaje “Vacunación en México: Gobierno de AMLO dejó a 6 millones de niños sin vacuna; gastó más que Peña Nieto y compró menos “ por Nayeli Roldán y Judith Méndez (CIEP), 26 de febrero de 2024. <https://www.animalpolitico.com/salud/gobierno-amlo-vacunas-mexico-gasto-mas-que-pena-nieto>

el estado de vacunación del menor, al tiempo que no se alcanza la meta de cobertura de 90% para ningún inmunógeno investigado.

La cobertura de vacunación para niños, niñas y adolescentes en México estuvo por debajo del nivel de cobertura útil de 95% en 2022, de acuerdo con los resultados más recientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2022 .

En tanto, se redujo significativamente la cobertura de la primera dosis de triple viral (SRP) respecto a 2021, pues pasó de 72.6 a 61.8%.

En suma, solo el 26.6% de las y los niños en los hogares encuestados alcanzaron un esquema completo a los dos años de edad, mientras que en 2021 ese porcentaje fue de 31.1%. En tanto, el 42.6% tuvieron el esquema completo al año de edad, a diferencia del 27.5% que se registró en 2021. En específico, los niveles de cobertura de la vacuna triple viral contra sarampión, rubéola y parotiditis pasaron de 46.1% en 2018 a 52.6% en 2021 y solo 31.2% en 2022.



Cfr: <https://www.animalpolitico.com/salud/gobierno-amlo-vacunas-mexico-gastos-que-pena-nieto>



Los problemas con las coberturas coinciden con el rebrote de enfermedades como el sarampión y la tuberculosis. En México, se presentaron 196 casos de sarampión en 2020. Y, de acuerdo con el Boletín Epidemiológico de la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud, hasta julio de 2022 se habían registrado 11 mil 117 casos de tuberculosis respiratoria, frente a 9 mil 224 casos que se documentaron hasta el séptimo mes de 2021, un incremento de 20%.⁵⁰

Celia Alpuche, directora del Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), y Tonatiuh Barrientos, director del Centro de Investigación en Salud Poblacional del mismo organismo, explican ⁵¹que hay varios factores que se han conjugado para esta caída en la cobertura de vacunación.

Los especialistas señalan en el artículo para Animal Político que un factor es la logística. “Un aspecto importante es que el esquema de vacunación ha crecido en el país, se le agregaron biológicos, grupos de población (como en el caso de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano para adolescentes o la influenza, que se pone cada año a niños y adultos), y lo que se ha discutido en diversos foros, aunque no está medido, es el hecho de que la infraestructura y el personal para vacunar no han crecido al ritmo que requiere una vacunación universal tan grande como la de México”, dice Alpuche.

La estrategia se complica —precisa— porque hay más vacunas y más población, “y los centros de vacunación siguen siendo casi los mismos, y el personal es el mismo, aunque con mucha experiencia, pero siguen siendo en cantidad los mismos”.

⁵⁰ Falta de infraestructura y personal y fallas de proveedores causan caída en la vacunación infantil desde hace una década, 23 de agosto, 2022 Por: Andrea Vega disponible en <https://www.animalpolitico.com/2022/08/vacunacion-infantil-caida-falta-infraestructura-abasto>

⁵¹ <https://www.animalpolitico.com/2022/08/vacunacion-infantil-caida-falta-infraestructura-abasto>



En infraestructura, Alpuche destaca también la importancia de tener una red de frío para poder llevar las vacunas a todo el país. “México es un país grande y complejo; entonces, todos los estados deben tener esas cadenas de frío al 100% para recibir las vacunas y poder acompañar las campañas de vacunación a todos los puntos”.

José Francisco Figueroa, coordinador estatal del Programa de Vacunación en Oaxaca, dice que en este estado han mermado los recursos que llegan de la Federación para inmunizar a la población. Hasta antes de finales de 2020, tenían cuatro ingenieros que se encargaban de dar mantenimiento a la red de frío, que conserva a temperatura adecuada las vacunas. Pero desde octubre de ese año ya no habían tenido recursos para su contratación.

Retos del Sistema Nacional de Salud en materia de vacunación

La Asociación Mexicana de Vacunología recomienda un esquema de vacunación se divide en dos sectores principales⁵²:

Grupos de edad:

Niños de 0-9 años

Adolescentes de 10 a 19 años

Adultos de 20 a 60 años

Adultos Mayores de 60 años en adelante.

⁵² <https://vacunacion.org/2023/03/31/esquemas-de-vacunacion-ideal-2023-por-la-asociacion-mexicana-de-vacunologia/>



Vacunación en situaciones especiales:

Prematuros

Mujeres embarazadas

Hombres y Mujeres con VIH

Enfermedad renal terminal

Enfermedad cardíaca

Enfermedad pulmonar

Diabetes

Hipertensión

Personal de salud

Cada uno de estos grupos tiene características diferentes por lo cual es muy importante tomar en cuenta el tipo de vacunas que debemos considerar en cada grupo de edad y también muy importante para las personas que viven con situaciones especiales.

La Cartilla Nacional de vacunación debería digitalizarse ya que es un registro personal del cual no hay resguardo en las instituciones de salud; se debe realizar una campaña de concientización respecto de que las vacunas son importantes en todas las etapas de la vida, no solo en la infancia.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Es importante tomar en cuenta las recomendaciones⁵³ sugeridas por el Instituto Nacional de Salud Pública para mejorar el registro y la aplicación de vacunas sin restricciones:

- Ampliar la promoción de vacunas para mantener tanto las Semanas Nacionales de Salud, como un programa de comunicación educativa continúa en medios masivos que alerte a los padres sobre las oportunidades para completar el esquema de vacunación.
- Poner en marcha el registro nominal de vacunación (PROVAC) anclado a la información del registro nacional de nacimientos, para lograr una mejor estimación de coberturas y desempeños estatales y un mejor cumplimiento de las metas del programa nacional de vacunación.
- Mantener una vigilancia continua del desempeño de los proveedores de vacunas para evitar desabastos y retrasos en las entregas.
- Mejorar la coordinación institucional del sector salud para impulsar las compras consolidadas multianuales y evitar desabastos.
- Mejorar la utilización de las cartillas nacionales de salud como fuentes de registro y validación y como instrumento educativo para los padres de familia.
- Desarrollar estrategias de entrenamiento al personal de salud, con énfasis en la revisión sistemática del esquema de vacunación en cada contacto con los servicios de salud, a partir de las dosis registradas en la cartilla nacional de salud, y referir al área de inmunizaciones a los niños elegibles para vacunación.
- Promover la cultura de vacunación mediante mensajes que aclaren dudas relacionadas con la vacunación en niños, que disminuyan el peso de creencias erróneas o mitos sobre la aplicación de vacunas.

⁵³ México: País pionero en la producción local de vacunas . Historia y avances de la vacunación en México, artículo de Latest Review, elaborado por el departamento de redacción médica de LatinComm S.A.



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

- Abatir las falsas contraindicaciones para vacunar y el temor a la vacunación múltiple, el conocimiento insuficiente del esquema de vacunación y de la edad en que se aplican las vacunas mediante cursos específicos y talleres de casos clínicos en los que se refuerce la toma adecuada de decisiones en la práctica diaria.



VIII. Conclusiones

El Estado mexicano debe recuperar el liderazgo que tenía en materia de vacunación y es indispensable que se haga valer la ley con relación a la asignación presupuestal y el seguimiento al ejercicio eficaz de esos recursos. La política pública en materia de vacunación obedece a tomar en cuenta a los diferentes grupos etarios y a las condiciones de salud; sin embargo, se debe partir de que todas las personas tienen derecho a tener acceso a las vacunas, quizá en diferente momento en cuanto a su aplicación, pero deben estar presupuestadas maximizando el derecho fundamental a la salud.

Posibles soluciones:

El abasto de medicamentos y vacunas debe planearse como política de estado para que, con independencia de los partidos que lleguen al poder, no sea razón para entorpecer la logística de abasto y distribución. Sin duda hay una agenda legislativa que surge del análisis del tema ya que la Cartilla Nacional de vacunación presenta grandes retos y oportunidades; se debe revisar el Programa permanente con vacunas como covid e influenza y fortalecer a la COFEPRIS para que los registros sanitarios sean acordes a los estándares internacionales y aumentar la inversión pública en materia de ciencia y tecnología.

El mayor reto del Sistema Nacional de Salud es poner en el centro de las políticas públicas a las personas para garantizar el derecho a la salud.



IX. Bibliografía

Alcántara Moreno, Gustavo. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Universidad de los Andes. Revista universitaria de Investigación, Año 9, número 1, junio 2008.

Diccionario Jurídico Mexicano. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. Editorial Porrúa.

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

El derecho a la Salud como derecho fundamental. Capítulo Primero. Instituto de Investigaciones Jurídicas 2013.

Estudios Sobre Desarrollo Humano. PNUD México No. 2003.

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

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

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



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

México: País pionero en la producción local de vacunas . Historia y avances de la vacunación en México, artículo de Latest Review, elaborado por el departamento de redacción médica de LatinComm S.A.

Seara Vázquez, Modesto. Las Naciones Unidas a los cincuenta años. FCE. México, 1995.

<https://datosmacro.expansion.com/idh/mexico>

<https://mexico.un.org/es/198356-m%C3%BAltiples-crisis-frenan-el-progreso-endesarrollo-humano-causando-retrocesos-en-9-de-cada-10>

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

<http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org/vacunas/historia-de-las-vacunas>

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

Enciclopedia médica disponible en
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002024.htm>

<https://huesped.org.ar/informacion/vacunas/que-son-y-como-funcionan/>



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Vacunas e inmunización: ¿qué es la vacunación? 23 de abril de 2024, Organización Mundial de la Salud en <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination>

Artículo Registran subejercicio de 213,642 mdp en sector salud, por Belén Saldívar 12 de enero de 2023 en <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Registran-subejercicio-de-213642-mdp-en-sector-salud-20230112-0003.html>

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

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

Datos obtenidos del reportaje “Vacunación en México: Gobierno de AMLO dejó a 6 millones de niños sin vacuna; gastó más que Peña Nieto y compró menos “ por Nayeli Roldán y Judith Méndez (CIEP), 26 de febrero de 2024. <https://www.animalpolitico.com/salud/gobierno-amlo-vacunas-mexico-gasto-mas-que-pena-nieto>

<https://vacunacion.org/2023/03/31/esquemas-de-vacunacion-ideal-2023-por-la-asociacion-mexicana-de-vacunologia>

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Ley General de Salud



PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Documento registrado ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor
D.R. © 2024, Partido Acción Nacional