

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

MAESTRÍA EN DEFENSA Y PROMOCIÓN

DE LOS DERECHOS HUMANOS

**La vulneración al derecho humano
a la salud en un pueblo otomí de Tenango de Doria, Hidalgo**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN DEFENSA Y PROMOCIÓN
DE LOS DERECHOS HUMANOS

P R E S E N T A

MARTHA JAZMÍN LUCAS ALVARADO

DIRECTOR: **DR. TONATIUH HERNANDEZ CORREA**

CODIRECTORA: **DRA. MONTSERRAT BALCORTA SOBRINO**

Ciudad de México, a diciembre de 2024.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

COMITÉ TUTORIAL

DIRECTOR

DR. TONATIUH HERANANDEZ CORREA

CODIRECTORA

DRA. MONTSERRAT BALCORTA SOBRINO

LECTORAS

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES LARA LÓPEZ

DRA. ADRIANA TERÁN ENRÍQUEZ

LECTOR

MTRO. RUBÉN RABINDRANATH GARCÍA CLARK

DEDICATORIAS

A mi papá

*Que inspira mi vida y su amor sigue siendo mi guía.
Siempre estás presente en cada logro, tus enseñanzas
me han moldeado.*

Gracias por tu apoyo incondicional y tus cuidados.

*Eres mi primer amor, mi héroe, mi más grande
admiración, mi orgullo y mi mejor ejemplo.*

*“Cada momento que me diste viven en mí, porque soy
parte de ti” y*

“aunque te lleve en la sangre me duele sentirte tan lejos”.

Te amo papito con todo mi ser

A mi mamá

*Eres el sol que ilumina mi vida y el pilar que sostiene
nuestro hogar.*

Admiro tu fortaleza y paciencia

Gracias por ser mi guía y por tu amor infinito.

Te amo mi hermosa flor

A mi hermano

*Eres la prueba de que con esfuerzo y dedicación se
pueden lograr grandes cosas.*

*Tu determinación y perseverancia son mi modelo para
alcanzar nuevas metas.*

Gracias hermano por estar conmigo.

Te amo hermanito

A mis abuelitos Estela y Benigno

Son un tesoro de vida y experiencia.

Son un ejemplo de vitalidad y energía

Admiro su fuerza y determinación.

Gracias por sus enseñanzas y por estar con nosotros.

Los amo abuelitos

A Adrián...

Gracias por siempre creer en mí y por acompañarme en cada paso de mi camino.

Hemos crecido y aprendido juntos.

Agradezco compartir contigo cada aventura.

Eres la pieza que faltaba en mi rompecabezas.

Gracias amor por estar ahí

A mi familia y a Adrián, mi más sincero agradecimiento por su amor y apoyo.

Los amo Familia

Gracias Vida, Gracias Dios

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi agradecimiento a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) por brindarme la oportunidad de cursar la maestría en Defensa y Promoción de los Derechos Humanos. Esta experiencia ha enriquecido mi formación académica, profesional y mi compromiso para incidir positivamente en los derechos de la población indígena.

Quiero reconocer al programa del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por su compromiso con la formación de académica que me ha permitido realizar mi investigación. Agradezco profundamente a esta institución por su apoyo.

Agradezco a cada uno de mis profesores de la Maestría por compartir sus conocimientos y experiencias conmigo. Gracias a ellos, he podido ampliar mis aprendizajes y desarrollar nuevas habilidades.

Quiero expresar mi más profunda gratitud mis profesores a la Dra. Montserrat Balcorta Sobrino y al Dr. Tonatiuh Hernández Correa mis directores en esta investigación.

Dra. Montserrat Balcorta Sobrino, agradezco, su constante apoyo y orientación a lo largo de este tiempo. Su paciencia, experiencias, dedicación, motivación y conocimientos me han permitido crecer académicamente y personal. Gracias a usted maestra, he adquirido pasión y habilidades por la investigación. Siempre llevaré conmigo sus enseñanzas. Gracias por su confianza que fue fundamental para la realización de este trabajo.

Mi gratitud al Dr. Tonatiuh Hernández Correa por su apoyo durante la realización de este trabajo. El gran conocimiento que posee me motiva para alcanzar nuevas metas. Admiro el compromiso con su labor académica y su dedicación en la formación de nuevas generaciones.

A mis lectoras Dra. Adriana Terán Enríquez y Dra. María de los Angeles Lara López y, a mi lector, Mtro. Rubén Rabindranath García Clark, por los comentarios y sugerencias invaluable que abonaron a la mejora de este trabajo.

A mi familia, gracias por celebrar mis logros, por apoyarme y estar ahí para mí. Agradezco por ser mi hogar, por todo el amor a lo largo de mi vida.

Gracias por creer en mí.

Gracias a Adrián por tu paciencia, tu ánimo para la realización de este trabajo. Agradezco que juntos logramos esta aventura, porque los dos fuimos estudiantes de esta maestría.

Agradezco a Tenango de Doria, por ser mi inspiración. La riqueza natural, cultural, histórica y social que me permitieron desarrollar mis investigaciones de licenciatura y de posgrado. Gracias por dejarme crecer en mi vida personal, académica y profesional. Eres mi lugar especial.

ÍNDICE

DEDICATORIAS

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN	1
I. Justificación	2
II. Planteamiento del problema	4
III. Pregunta general y preguntas específicas.....	9
IV. Hipótesis.....	9
V. Objetivo general y objetivos específicos	9
VI. Marco teórico metodológico	10
VII. Estado del arte	13
VIII. Resumen de capítulos.....	14
IX. Consideraciones metodológicas para la aproximación al campo de estudio ...	16

CAPÍTULO I. EL DERECHO HUMANO A LA SALUD EN LA HISTORIA	19
Presentación del capítulo.....	20
1.1. El derecho humano a la salud en la historia occidental.....	20
1.2. El derecho humano a la salud en la historia de México.....	27
Conclusión del capítulo.....	33

CAPÍTULO II. LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD.....	36
Presentación del capítulo.....	37
2.1. Conceptualización de la Salud.....	37
2.2. Salud desde el derecho humano	39
2.3. Derecho a la Protección de la salud	43
2.4. Derechos Prestacionales	45
2.5. Sistema Nacional de Salud Mexicano – Seguridad Social	48
2.5.1. Servicios de Salud	55
2.5.2. Servicios Privados de Salud	56
2.5.3. Gasto de bolsillo	57
2.5.4. Niveles de Atención en Salud.....	58
2.5.5. Trabajadores no sujetos a afiliación obligatoria.....	59
2.5.7. Cobertura de salud	61
2.5.8. Vulnerabilidad en Salud	61
2.6. Conclusión del capítulo.....	66

CAPÍTULO III. ANTECEDENTE ECONÓMICO-POLÍTICO DEL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO	68
Presentación del capítulo.....	69
3.1. Antecedentes económico político del derecho a la salud en México.....	69
3.2. Democracia y derecho a la salud.....	78

3.4. Sistema de salud mexicano	80
3.5. Conclusión del capítulo	81

CAPÍTULO IV. MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD 84

Presentación del capítulo.....	85
4.1. De la visión integral de los derechos humanos de acuerdo a Gregorio Peces Barba	85
4.2. Antecedente universal de los derechos sociales	88
4.2.1. El derecho humano a la salud en el ámbito convencional.....	94
4.2.2. Criterios de la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CEDESC). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	104
4.3. El derecho humano a la salud en el ámbito regional	107
4.4. El Convenio 169 y el Derecho Humano a la Salud.....	111
4.5. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en el marco de la pandemia del COVID-19.....	111
4.6. El derecho humano en el ámbito constitucional	112
4.7. El derecho humano a la salud en el ámbito de la legalidad.....	117
4.8. Sentencia. Pabellón 13	120
4.9. Conclusión del capítulo	130

CAPÍTULO V. LA VULNERACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA SALUD EN LA POBLACIÓN OTOMÍ DE TENANGO DE DORIA, HIDALGO 132

Presentación del capítulo.....	133
5.1. La conformación cultural, política, histórica, económica de las y los pobladores de Tenango de Doria, Hidalgo	135
5.2. Recuerdos y experiencias sobre Tenango de Doria sin el servicio público de salud	154
5.3. La noción de salud de las y los pobladores de Tenango de Doria, Hidalgo .	160
5.4. Enfermedades de las y los pobladores de Tenango de Doria, Hidalgo.....	162
5.5. ¿Cómo se relaciona la comunidad con los servicios de salud?	166
5.6. La disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad al derecho humano a la salud de las y los pobladores de Tenango de Doria, Hidalgo	171
5.7. Acceso al Servicio de Salud en Pandemia del COVID 19	187
5.8. Análisis y reflexiones de la información de campo	189

REFLEXIONES FINALES	214
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	235
ANEXOS.....	253

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Carencias Sociales en México, 2008 y 2018	6
Gráfica 2 Afiliación a Servicios de Salud en Tenango de Doria, 2020	8
Gráfica 3 Pirámide de Población en Tenango de Doria, 2020.....	139
Gráfica 4 Indicadores demográficos 2020	141
Gráfica 5 Distribución de la población según tiempo de traslado (2020).....	143
Gráfica 6 Distribución de la población según tiempo de traslado al colegio (2020)	144
Gráfica 7 Tiempo de traslado al trabajo según medio de transporte (2020).....	144
Gráfica 8 Niveles de escolaridad de la población de 15 años y más en Tenango de Doria	149
Gráfica 9 Niveles de escolaridad de la población de 15 años y más en Tenango de Doria	149
Gráfica 10 Distribución de la población analfabeta de Tenango de Doria, 2020.	150
Gráfica 11 Estudiantes de Nivel Superior	151
Gráfica 12 Distribución de personas afiliadas a servicios de salud por sexo (2020)	152
Gráfica 13 Discapacidades por tipo de actividad cotidiana en la población	152
Gráfica 14 Distribución de la población con discapacidad visual por sexo y edad	153
Gráfica 15 Distribución de casos confirmados según rango de edad y sexo	153

ÍNDICE DE MAPAS

Cuadro 1 Diferencias entre el Derecho a la Salud y el Derecho a la Protección de la Salud.....	43
Mapa 2 Sistema Nacional de Salud	49
Mapa 3 Tenango de Doria, Hidalgo	135
Mapa 4 Regiones Geoculturales de Hidalgo	137
Mapa 5 Representativo de densidad de población indígena	137

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Pabellón 13	121
Tabla 2 Proyecciones de población por grandes grupos de edad según sexo, 2021-2030	140
Tabla 3 Localidades del Municipio de Tenango de Doria	141
Tabla 4 Título de la tabla	142

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Economía	145
------------------------------	-----

INTRODUCCIÓN

I. Justificación

De acuerdo a Rojas Soriano (2013) la justificación de una investigación científico social se desarrolla en tres aspectos: 1. la razón de ser de la investigación, 2. el eje epistemológico, empírico e histórico y, 3. las necesidades que atiende, por lo que, me permito presentar la justificación de esta propuesta desde lo personal, lo científico-social y desde el posible aporte social que podría representar.

Desde el ámbito personal, mi motivación por realizar este trabajo cuando fui testigo de las vulneraciones al derecho humano a la salud en la región otomí del municipio de Tenango de Doria, Hidalgo, lugar donde habita mi familia paterna. En esta región del país, el Estado mexicano históricamente ha garantizado mínimamente el derecho humano a la salud y no presta en su totalidad una atención adecuada y especializada en materia de salud. Además de lo anterior, no provee la suficiente infraestructura e insumos médicos para que la población otomí pueda recibir una atención pronta, justa, integral y digna.

En cuanto al interés científico de este trabajo de grado, cabe resaltar que surge de una experiencia de investigación previa en el ámbito de las Ciencias Sociales donde realicé una etnografía sobre la organización social, las prácticas y narrativas culturales en torno a la Fiesta Patronal de San Agustín en Tenango de Doria, Hidalgo. Los resultados de dicho estudio arrojaron una línea de investigación poco explorada en la región, en lo específico, sobre los derechos humanos y en lo particular, sobre el derecho humano a la salud como derecho social del pueblo otomí en Tenango de Doria.

De igual manera, el tema sobre el derecho a la salud cobró gran relevancia tanto en la discusión mediática por la pandemia del Covid-19¹, como en la discusión política, ya que resalta este asunto por virtud del abandono en que se le tenía al sistema institucional de salud en gobiernos previos a la “cuarta transformación”². El proyecto político actual en México indica que prescindirán de las políticas de corte neoliberal, además que han mostrado preocupación por fortalecer los derechos

¹ El COVID 19 es un virus que se declaró como pandemia por la OMS en el año 2019 y que provocó que la mayoría de los países del mundo impusiera restricciones de movilidad a su población.

² La cuarta transformación es el modo en que los integrantes del grupo político de MORENA nombran al proyecto que encabezan.

sociales, particularmente el derecho a la salud de los pueblos indígenas y afroamericanos. Con ello, podríamos decir que este gobierno inició con algunos esfuerzos para beneficio de las y los integrantes comunitarios, sin embargo, cabe precisar que este trabajo se sitúa en el proceso histórico que vulneró derechos humanos en ese contexto previo en perjuicio de los actores/as principales de este estudio.

Desde el punto de vista profesional, este trabajo surge de mi reflexión como egresada de la licenciatura en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), experiencia que abre vías de investigación para el análisis del derecho humano a la salud bajo un enfoque multidisciplinario. También se toman en cuenta los aspectos jurídicos, pues este derecho se concreta en una expresión normativa vinculada al derecho social, en ámbitos nacionales e internacionales, consagrado en nuestra Carta Magna y en los Tratados Internacionales de los que México es parte. De esta manera se abre un puente de reflexión entre los derechos humanos, el derecho a la salud y su garantía para la población indígena otomí. Además, son pocos o nulos los estudios sobre el derecho a la salud desde la perspectiva de los derechos humanos en esta región indígena del país.

Como aporte social, esta investigación podría aportar una reflexión sobre la situación que guarda el derecho humano a la salud en pueblos indígenas ubicados en regiones del centro del país, además que propone un análisis histórico-conceptual y teórico-normativo en cuanto al derecho a la salud, en lo particular, respecto de la problemática que enfrenta Tenango de Doria para la mejora en la protección de ese derecho. Este trabajo de tesis podría dar opciones para resolver las problemáticas que enfrentan los habitantes de este pueblo en materia de salud y para el goce de su derecho.

De lo anterior, retomando el aporte del autor Norberto Bobbio (1997) en su obra *El tiempo de los derechos*, se afirma que el problema de fondo de los derechos humanos no es hoy tanto el de justificarlos o encontrar su fundamentación, sino el de protegerlos y hacer efectiva dicha protección, es decir, la necesidad de crear condiciones de distinta índole para su instrumentación efectiva. Esta justificación

nos muestra esa necesidad, ya que el reconocimiento del derecho humano a la salud existe normativamente y se tiene una variedad de argumentos para su justificación, pero sigue estando presente la necesidad de su efectividad.

II. Planteamiento del problema

El problema de la investigación radica en que el derecho humano a la salud ha sido vulnerado históricamente en contra de integrantes de comunidades y pueblos indígenas de México. En lo específico, se plantea que este derecho sigue sin garantizarse plenamente a favor de la población indígena de Tenango de Doria, Hidalgo³ por parte del Estado mexicano.

El derecho humano a la salud es un derecho social prioritario que tiene serios obstáculos para su cumplimiento y tiene una gran demanda para acceder al sistema de salud integral y universal, no sólo en nuestro país sino en la mayoría de los Estados que forman parte del concierto internacional. Actualmente, las personas o grupos sociales sufren vulneraciones al derecho humano a la salud porque no tienen acceso al servicio de salud público y gratuito, que debería de garantizar el Estado, en este caso el mexicano.

El derecho a la salud en este trabajo, se define como el más alto nivel posible de salud, que se relaciona tanto a las condiciones biológicas como socioeconómicas y que debe de entenderse este derecho como el disfrute de toda la gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud en diversos aspectos, como la salud física, mental y emocional (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2000, p. 3).

Cabe hacer mención de la forma en que en nuestro país se organiza administrativamente la cobertura de salud. Esto parte de un modelo que está

³Tenango de Doria, Hidalgo, es un pueblo indígena de México situado en la Sierra Madre Oriental. Se le conoce de varias formas, entre estas, Sierra Norte de Puebla, Sierra Oriental, Sierra de Tenango, Sierra Otomí – Tepehua, o bien, Sierra de Tututepeque, además que colinda con otros poblados cercanos como Huehuetla y San Bartolo Tutotepec (Vázquez, E., 2008). Actualmente, la Huasteca Hidalguense, el Valle del Mezquital y la Región Otomí - Tepehua se encuentran en situación de marginalidad, exclusión y vulnerabilidad (Vargas, P., 2011). Como aduce Vargas (2011), la Sierra Otomí es una de las regiones rurales e indígenas de México y Latinoamérica, que, en las últimas décadas, ha enfrentado el proceso globalizador desestructurante, agresivo, de gran impacto social, demográfico, productivo y ambiental (Vargas, P., 2011, p. 93).

fragmentado y las instituciones que se encargan de brindar los servicios básicos en el rubro están divididos por tipo de población como es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)⁴ que brinda servicios a la población que se encuentra trabajando en la industria privada, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)⁵ que brinda servicios a los trabajadores y trabajadoras del Estado, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM)⁶ que cuenta con sus propias instituciones de salud, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) protección de la salud de la población no afiliada a la seguridad social por condiciones laborales, actualmente IMSS-Bienestar (Murayama, C. y Ruesga, S., 2016).

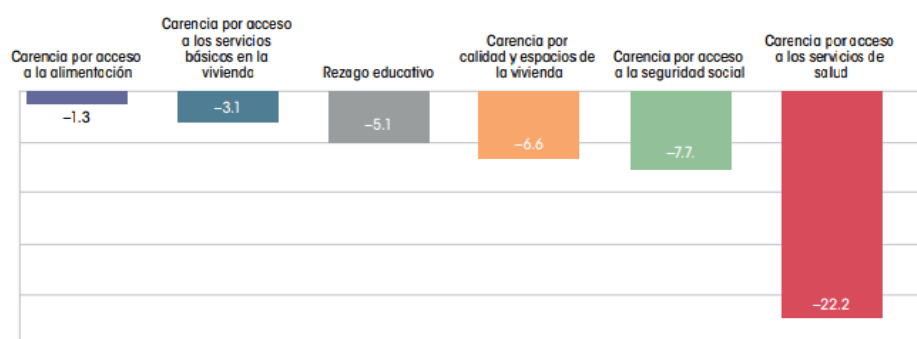
La mayor carencia social en México es la cobertura de acceso a los servicios de salud. Según el CONEVAL en el año 2018 la cobertura del Seguro Popular (ahora INSABI – IMSS Bienestar) logró un 42.2 por ciento de la población (52.8 millones de personas) afiliadas para acceder a este servicio de salud; el 36.4 por ciento (45.5 millones de personas) derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el 5.5 por ciento (6.8 millones de personas) aseguradas al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

⁴ IMSS, brinda cobertura de servicios de salud a los trabajadores asalariados formales del sector privado y sus familias, determina las prestaciones que brinda este organismo como los derechohabientes (Murayama, C. y Ruesga, S., 2016).

⁵ ISSSTE, ofrece cobertura a los servidores públicos de la federación (*ídem*).

⁶ ISSFAM, tienen acceso a sus propias instituciones de salud (*Ibídem*).

Gráfica 1 Carencias Sociales en México, 2008 y 2018



Fuente: Tomado del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2021) Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2020. México⁷.

En México existen 23.2 millones de personas de tres años de edad y más, que se autoidentifican como indígenas, lo que equivale a 19.4 por ciento de la población total de ese rango de edad. Con base en los resultados del Cuestionario Ampliado del Censo de Población y Vivienda, el 51.4 por ciento (11.9 millones) fueron mujeres y 48.6 por ciento fueron hombres (11.3 millones). La población total en hogares indígenas en 2020 fue de 11 800 247 personas, lo que representa un 9.4 por ciento de la población total del país (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022 [Página web]).

En 2017, según la Encuesta Nacional Sobre Discriminación (ENADIS) el 20.3 por ciento de las personas indígenas señaló haber sido discriminado en al menos un ámbito social: “trabajo, escuela, familia, servicios médicos, negocio, redes sociales, atención médica, servicios en alguna oficina de gobierno y programas sociales” (CONAPRED. INEGI, 2018, citado en CONEVAL, 2021 [Página web]).

Para el año 2022, en relación a la población indígena de 12 años y más, el 28.1 por ciento de mujeres y 27.9 por ciento de hombres, expresaron haber sido víctimas de discriminación en los últimos 12 meses y el ser persona indígena o afroamericana fue la causa. También se señala que el 38.5 por ciento de la población indígena de 12 años y más, señaló que en México sus derechos se respetan poco. (INEGI, 2022 [Página web]).

⁷ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2021) Revisar en https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/Informes/IEPDS_2020.pdf

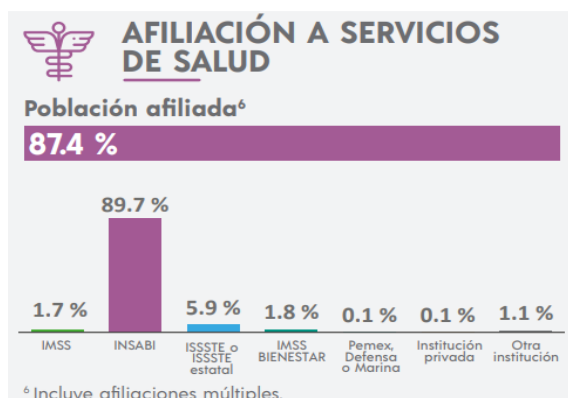
Por lo tanto, los pueblos indígenas se encuentran en una desprotección histórica, representando inequidad por la vulneración a sus derechos, principalmente al derecho a la salud⁸, ya que, las condiciones de este sector poblacional, enfrenta rezagos de desnutrición, mortalidad, morbilidad materna e infantil, que son servicios básicos de la protección a la salud. (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud [SIDSS], 2012 [Página web]).

Según Juárez *et al.* (2014) las poblaciones indígenas se encuentran minimizadas en lo que se refiere a inversiones en recursos humanos y materiales por parte del Estado, por lo tanto, son los que no cuentan con los servicios de salud adecuados, insumos necesarios, con menores posibilidades de atención y menor cobertura de salud.

En el municipio de Tenango de Doria, Hidalgo, en el año 2020, el 87.4 por ciento de su población fue atendida de salud principalmente por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI, anteriormente el Seguro Popular), en cambio del 5.9 por ciento y el 1.7 por ciento fue atendida por el Seguro Social (IMSS o ISSSTE). El Ayuntamiento de Tenango histórica y actualmente no mantiene una cobertura amplia en los servicios de salud, sin embargo, se esfuerza por atender a la mayoría de las demandas de la población, donde persiste la falta de medicamentos y médicos. (Plan Municipal de Desarrollo Hidalgo [PMDH] 2016 – 2020, s.f.; Censo de Población y Vivienda, 2020).

⁸El CONEVAL, señala que una persona se encuentra en situación de pobreza, de desigualdad e inequidad social cuando presenta una insuficiencia en alguno de los indicadores de derechos sociales (Salles Sainz - Grant Thornton, 2020).

Gráfica 2 Afiliación a Servicios de Salud en Tenango de Doria, 2020



Fuente: Censo de Población y Vivienda (2020). Panorama Sociodemográfico de México 2020. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], México, p. 135. Consultado en: https://inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197865.pdf

Dicho lo anterior, la mayor parte de la población de Tenango de Doria accede al servicio de salud bajo un modelo de cuidado primario⁹, donde la población carece de seguridad social que cubren como mínimo, los servicios de consulta externa en el primer nivel. En relación al segundo nivel de atención¹⁰ la comunidad no cuenta con seguridad social, con base a las consideraciones de universalidad, igualdad e inclusión para garantizar el acceso a la salud (Sistema de Información Legislativa de la Secretaría de Gobernación, s.f. [Página Oficial]).

Del planteamiento expuesto, se realizan a continuación las siguientes preguntas y objetivos de la investigación.

⁹ El primer nivel de atención, es dirigido para la mayor parte de la sociedad, cuyos servicios son diagnóstico, tratamiento, información sobre higiene, alimentación y forma de vida (Dávila y Guijarro, *Op.Cit.*).

¹⁰ El segundo nivel de atención, está conformado por hospitales generales, brinda atención a los padecimientos de alta demanda que requieran apoyo de especialidades médicas para cirugía, tratamientos y diagnósticos específicos (*Idem*).

III. Pregunta general y preguntas específicas

El detonante de la investigación son los cuestionamientos que hacemos del tema de nuestro interés, en este caso, la pregunta general y las preguntas específicas, que se plantean como ejes de este trabajo son las siguientes:

La pregunta general es, *¿Cómo se expresan las vulneraciones al derecho humano a la salud en la población otomí de Tenango de Doria Hidalgo?*

Mis preguntas específicas son,

- ¿Cuál es la configuración histórico-normativa del derecho humano a la salud?
- ¿Cómo se conceptualiza del derecho humano a la salud?
- ¿Cuáles son los antecedentes económicos – políticos del derecho a la salud en México?
- ¿Qué mecanismos conforma el marco normativo a nivel convencional, constitución y de la legalidad del derecho humano a la salud?
- ¿De qué manera se vulnera el derecho humano a la salud en la población de Tenango de Doria, entidad federativa de Hidalgo, México?

IV. Hipótesis

La hipótesis que se planteó en este trabajo es que el derecho humano a la salud en nuestro país, es un derecho prestacional, colectivo o de derecho social, que no se garantiza como un derecho universal, ya que, en Tenango de Doria, Hidalgo, un pueblo Otomí – Tepehua, se encuentra en situación de vulnerabilidad; por su condición étnica se posiciona en condiciones de desigualdad e inequidad en relación con el resto de la población no indígena, lo que ha conllevado a una grave vulneración a su derecho humano a la salud que debería de garantizar el Estado mexicano.

V. Objetivo general y objetivos específicos

El objetivo general de mi investigación es, identificar y analizar las vulneraciones y omisiones del derecho humano a la salud en la población otomí de Tenango de Doria, Hidalgo.

Los objetivos específicos son,

- Conocer la configuración histórico - normativo del derecho humano a la salud
- Trazar un marco conceptual del derecho humano a la salud
- Identificar los antecedentes económicos – políticos del derecho a la salud en México
- Describir la conformación el marco normativo a nivel convencional, constitución y de la legalidad del derecho humano a la salud.
- Analizar las posibles vulneraciones al derecho humano a la salud y cómo se expresan en la población otomí de Tenango de Doria, Hidalgo.

VI. Marco teórico metodológico

Este trabajo se inscribe en el enfoque de los derechos humanos de acuerdo al profesor Gregorio Peces Barba que considera a los derechos humanos como hechos y realidades sociales, donde se ha centrado en el estudio y la promoción de los derechos fundamentales, incluyendo los derechos humanos que se encuentran interrelacionados con otros derechos (Meléndez, F., s.f.).

Este enfoque también aborda la realidad sociohistórica, las ciencias jurídicas y sociales que el derecho puede ser estudiado también como una ciencia social reguladora de conductas que se establece para conducir a los hombres hacia determinados fines de progreso, paz y armonía individual y colectiva (Witker, J., 2017).

En el presente trabajo, se abordarán los principales conceptos claves relacionados con el derecho a la salud, tanto desde una perspectiva occidental como nacional, esta investigación incluye la conceptualización del derecho a la salud desde el contexto histórico que se comprende como un derecho fundamental que ha evolucionado a lo largo del tiempo por los factores culturales, sociales, económicos y políticos, visualizando los cambios de la salud para garantizar el bienestar de la salud en las personas.

El abordar el marco jurídico internacional es reflejar la protección del derecho a la salud que incluye los tratados y convenciones relevantes, como el Pacto

Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que establece el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud.

A nivel nacional, las normas jurídicas son prioritarias para garantizar la efectividad del derecho a la salud donde se alinean los compromisos internacionales, pero a su vez el derecho a la salud en México se garantiza, a través de la protección al derecho a la salud, por medio de alternativas públicas, programas de salud donde se brinda cobertura sanitaria para asegurar a la población que tengan acceso a los servicios de salud.

A su vez, la protección del derecho a la salud en México deriva diversos conceptos clave, como el derecho Constitucional Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4°, y la Ley General de Salud que regula el acceso a los servicios de salud y garantiza el derecho a la salud, por medio de los servicios de salud incluidos en el Sistema Nacional de Salud que, a su vez está constituido por entidades públicas, privadas y por los niveles de atención a la salud.

Esta investigación que tiene una perspectiva desde los Derechos Humanos, en ámbitos sociales, pero también normativos, conceptuales e históricos. Pretende ser una trabajo desde una perspectiva en derechos humanos, con un enfoque socioantropológico, ya que, la intención es construir un marco normativo del derecho humano a la salud, en ámbitos convencionales, constitucionales y de la legalidad, incluyendo también en este ámbito, la sentencia conocida como *Pabellón 13* emitida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), respecto de los alcances en nuestro país, del derecho social conocido como el Derecho a la Salud y la justiciabilidad del mismo, además de incluir el análisis socioantropológico respecto a la salud de la población indígena otomí de Tenango de Doria, Hidalgo, para generar una propuesta con el fin de fortalecer este derecho.

En cuanto a la metodología empleada en la investigación debo resaltar que, en una primera etapa se usó el método de análisis jurídico y comparativo¹¹. En esta etapa inicial me permitió analizar los instrumentos nacionales como internacionales

¹¹ El objetivo principal del método comparativo, consiste en la generalización empírica y la verificación de la hipostasis, que trae ventajas, como es, comprender cosas desconocidas a partir de cosas conocidas, la posibilidad de explicarlas e interpretarla, sistematizando la información distinguiendo las diferencias con fenómenos o cosas similares (Gómez, L., y León, E.).

relacionadas con el derecho humano a la salud para equiparar entre estas normas y saber cuáles son los alcances de cada uno referente al derecho a la salud, además de conocer que normas son más protectoras en dicho ámbito, cuyo objetivo es entender como estas normativas pueden ser aplicadas o adaptadas para identificar las deficiencias en el acceso y la calidad de los servicios de salud, lo que limita el derecho a la salud en esta comunidad otomí.

Este enfoque metodológico no solo responde a las preguntas establecidas, sino que busca documentar la vulneración al derecho humano a la salud en Tenango de Doria, a través de las experiencias de los pobladores del municipio. Esta investigación puede contribuir al bienestar de la salud y puede tener un impacto positivo en el marco jurídico y social del derecho a la salud en México, específicamente en Tenango de Doria.

El uso del método cualitativo¹² en la investigación permite una comprensión profunda de las experiencias y percepciones de los pobladores otomís respecto a su salud, además, este enfoque me ayudó a recolectar información, a través de la observación directa, trabajo de campo y las entrevistas semiestructuradas para identificar, conocer y analizar las vulneraciones al derecho humano a la salud.

El método utilizado, se conecta con mi pregunta general ¿Cómo se expresan las vulneraciones al derecho humano a la salud en la población otomí de Tenango de Doria?, pues, permite captar las narrativas y realidades que enfrentan los pobladores. Las respuestas recopiladas, por medio de las entrevistas y las observaciones proporcionan un panorama sobre las experiencias vividas que, es fundamental para entender la vulneración al derecho humano a la salud.

El método utilizado, hace conexión con las preguntas y objetivos específicos de este trabajo con relación a la configuración histórica – normativa del derecho humano a la salud y su contextualización que, permite explorar las tradiciones y creencias culturales de los pobladores que influyen en la comprensión del derecho a la salud y en el impacto de los marcos normativos a nivel convencional, nacional

¹² El enfoque cuantitativo, se usa para adquirir información con base a gráficas numéricas y análisis estadística. (Sampieri, R., Collado, C., y Lucio, P., 2003).

y de la legalidad del derecho humano a la salud, es importante conocer si se implementa en el contexto de la región otomí.

Las entrevistas semiestructuradas proporcionaron la recolección de información de los problemas enfrentados de los servicios de salud, la discriminación en el tratamiento, los recursos adecuados de la atención a la salud, es decir, refleja las vulnerabilidades en el efectivo derecho humano a la salud en la región de Tenango de Doria.

VII. Estado del arte

Algunas de las investigaciones y publicaciones (tomando en cuenta recursos bibliográficos como revistas académicas, artículos, capítulos de libros, tesis, tesinas y libros en general), con el objetivo de identificar las propuestas metodológicas recientes relacionadas al tema en cuestión. De la consulta realizada, existen propuestas y líneas de investigación desde el punto de vista del derecho a la salud. A continuación, presento un breve recorrido bibliográfico sobre unos cuantos autores y sus propuestas, que se han realizado en torno al tema desde el ámbito general y local.

Esta propuesta es a nivel internacional y se relaciona con la garantía del derecho a la salud por María Dalli (2017) que presenta su investigación titulada, *La Titularidad universal del derecho a la salud: algunos límites en su implementación*, en este texto habla sobre las limitaciones principales para acceder a la asistencia sanitaria universal y la manera en cómo se implementa esta cobertura de salud, su estudio lo enfoca desde los derechos humanos.

Gutiérrez, A. (s.f.) *La Justiciabilidad del Derecho a la Salud en México*, este trabajo indagado en las normas en México que hace justiciable el derecho de la salud en este país con valor constitucional, también retoma a la Suprema Corte para verificar tal garantía.

Lucía Montiel (s.f.) en su texto *Derecho a la Salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria*, en el texto se centra en estudiar la búsqueda de implementación de leyes y mecanismos judiciales retomando el derecho a la salud como marco de referencia.

Fernández, G., (2008) en su estudio *Perspectiva de la Política de Salud en el Estado de Hidalgo: El caso del Valle de Tulancingo*. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, se enfoca en el análisis de elementos que aporten a dirigir una política de salud en el Valle de Tulancingo, sin embargo, como tal no habla de un derecho a la salud, pero se puede visibilizar la estructura del sistema de salud mexicano.

A diferencia de los trabajos ya realizados en cuanto al derecho humano a la salud en México, la investigación sobre la vulneración al derecho humano a la salud en una región otomí en Tenango de Doria en el Estado de Hidalgo, tiene un impacto directo, ya que ofrece aportes específicos es importantes porque abarca aspectos históricos, sociales, culturales y de derechos humanos esto permite una indagación profunda de las particularidades anteriores que influyen en la salud de los pobladores de la región y este trabajo permite entender una realidad específica.

Pues, la salud es un derecho fundamental que refleja desigualdad y vulnerabilidad en la zona otomí de Tenango de Doria donde enfrentan obstáculos para acceder a los servicios de salud de manera eficiente, de calidad, disponible y adecuada que permiten garantizar el derecho humano a la salud.

VIII. Resumen de capítulos

Este trabajo de investigación se desarrolla en diversos apartados como la introducción, cuatro capítulos, conclusiones finales, referencias bibliográficas, anexos y fotografías, los cuales exponen el análisis de la información registrada en el trabajo del campo en el área de estudio.

El primer capítulo se enfoca en el marco histórico del Derecho Humano a la Salud que se centra en el contexto histórico del derecho a la salud desde una visión occidental y cómo se lee en lo local.

El segundo capítulo, se centra en la conceptualización del derecho a la salud, pero que en nuestro país se garantiza este derecho, por medio de la protección al derecho a la salud que, a su vez, se derivan conceptos claves para el desarrollo de la investigación. Estas perspectivas son referencias teóricas que dan sustento a esta investigación.

El tercer apartado, se abordan algunos antecedentes económico-políticos del derecho a la salud en México donde se explica, grosso modo, los tipos de gobierno que buscaron promover el bienestar social y económico, a través de los derechos sociales. El Estado de Bienestar de México se creó con la intención de disminuir la pobreza, mejorar y brindar el acceso a la educación, salud y protección a los trabajadores, con base en programas sociales, sin embargo, la privatización de los derechos sociales limita a la población el acceso universal al derecho a la salud.

En segundo momento, se presenta una indagación sobre la transición de este Estado de Bienestar a la administración del sector privado, donde se transferirían los servicios públicos a empresas privadas, con lo cual traería problemáticas en el ámbito de la salud.

El cuarto capítulo, se presenta el marco teórico y normativo del derecho humano a la salud. Se presenta la perspectiva teórica de análisis de este trabajo que tiene que ver con una visión integral de los derechos humanos de acuerdo a Gregorio Peces Barba (1995) como una noción de hechos, normas y realidades sociales. Asimismo, se parte de una normativa desde un ámbito convencional, constitucional y de legalidad para conocer la protección del derecho humano a la salud.

El quinto apartado, se titula la vulneración al derecho humano a la salud en la población otomí de Tenango de Doria, Hidalgo. Se sumerge al conocimiento de la conformación y sus particularidades de Tenango de Doria, así como sus antecedentes con respecto a la noción de salud de sus pobladores, para finalmente explicar la disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad del derecho humano a la salud en esta región.

Al término de este trabajo de investigación, se realizan el análisis de datos de la investigación relacionada a mi objetivo principal, posteriormente, se muestran las conclusiones generales de la investigación, así como la reflexión sobre los hallazgos de cada capítulo, de manera general y se da respuesta a la hipótesis planteada en esta investigación.

IX. Consideraciones metodológicas para la aproximación al campo de estudio

De principio en mi investigación, consulté fuentes primarias de archivo relacionadas a mi tema principal que fue la vulnerabilidad del derecho a la salud en Tenango de Doria, Hidalgo. Sin embargo, no encontré suficientes referencias sobre este tema en la región de estudio.

Dada mi experiencia en el campo de estudio, decidí contactar a nuevos informantes claves que me cedieron su apoyo en la realización de este trabajo, a través de entrevistas semiestructuradas logré obtener información relevante sobre el tema. Para facilitar este proceso, me adapté a sus disponibilidades y horarios, así como a los diferentes escenarios en los que se desarrollaron las entrevistas, esto incluyó a considerar los aspectos climáticos que influyeron en la dinámica de las conversaciones, ejemplo de ello, es la lluvia que postergo la realización de algunas entrevistas.

En un primer momento, opté por un enfoque metodológico centrado en el trabajo de campo y la realización de entrevistas semiestructuradas cuyo objetivo fue reconstruir el antecedente histórico sobre cómo se atendían los padecimientos de salud de la población indígena de Tenango de Doria, utilizando los recuerdos y experiencias compartidas por mis informantes clave.

Asimismo, se indagó sobre las principales enfermedades que han afectado a la comunidad en contextos previos y las que enfrenta actualmente en este municipio. Al comparar los contextos históricos, se observa un incremento en el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes y la hipertensión, que son condiciones de salud que progresivamente afectan la calidad de vida de las personas.

Para recopilar información precisa, se optó por entrevistar a informantes de la tercera edad bajo el supuesto grupo que ha sido testigo de la evolución de estas enfermedades. Su mayor tiempo habitando en el municipio les permite ofrecer recuerdos sobre cómo han cambiado los procesos de salud-enfermedad y la manera en que se atendían a lo largo del tiempo, bajo una óptica de sus sistemas culturales, en relación a la medicina tradicional, por lo cual, se buscó comprender las prácticas y creencias que influyen en la atención a la salud.

Conté con el apoyo de algunos familiares que me ofrecieron información sobre la manera en cómo se atienden su salud. Además, me dirigieron a posibles informantes, lo que me facilitó una mayor recolección de datos.

No obstante, al presentarme oficialmente con las instituciones públicas de salud del municipio y de la región aledaña de San Bartolo fue complicado. Los funcionarios públicos del centro de salud que visité, no aportaron mayor información adicional a mi tema de investigación, ni me permitieron el acceso a los espacios.

En la segunda etapa del trabajo de campo, la realicé en el Centro de Salud de la región con dirección Cornelio Mendoza, col. Centro Tenango de Doria. Aunque, me brindaron cierta información, está resulto insuficiente. Sin embargo, me permitió comparar la información de la institución con los datos proporcionados por los informantes que asisten o han asistido a dicho servicio de salud.

Durante mi estancia en el municipio de Tenango de Doria, tuve la oportunidad de observar la atención por las Unidades Móviles de Salud y recopilar datos de las personas que acudieron a recibir atención médica.

Asimismo, en la zona central del municipio se encuentra el área del Desarrollo Integral de la Familia (DIF), donde la persona responsable de la unidad me brindó información con relación a la atención especializada disponible en el municipio como en sus localidades.

Al igual, que el personal de Protección Civil me ofreció detalles sobre su labor con relación a la atención de salud de las personas. En este escenario, fue más accesible interactuar con el personal, quienes me atendieron de manera amable y amena, esta apertura facilitó la obtención de información valiosa para mi investigación.

Al llevar a cabo mis entrevistas, también utilicé la observación participante que, se convierte un componente fundamental de mi investigación. Esta herramienta me permitió captar diversos aspectos de las instituciones de salud, como su infraestructura, la población asistente y la falta de capacitación del personal para la atención a los derechohabientes. Por otra parte, fue complicado documentar momentos con una cámara en las instalaciones, ya que no nos fue permitido hacerlo.

Cabe agregar que, realicé notas sobre los datos centrales de mi investigación y los obstáculos que me enfrenté en mi trabajo de campo. Complementariamente, registré información a partir de las fotografías y narrativas en la grabadora, lo que me permitió enriquecer aún más el análisis.

Para concluir, la información proporcionada por los pobladores de Tenango de Doria era en gran medida similar, sin embargo, se observó una variación en las respuestas entre las personas con menores recursos económicos que acudían al Centro de Salud del Municipio y aquellas personas con más posibilidades, quienes ofrecían datos semejantes entre sí.

La temporalidad del estudio se establece a partir del año 2023 a la fecha de su presentación.

CAPÍTULO I. EL DERECHO HUMANO A LA SALUD EN LA HISTORIA

***“La salud es el primer deber del hombre
hacia sí mismo y hacia la sociedad”.***

-Norbert Wiener-

Presentación del capítulo

En este capítulo se expone la configuración histórico normativa del derecho humano a la salud y su conceptualización, es decir, se indaga el contexto histórico occidental de la salud hasta su concepción actual y evolución como un derecho social en nuestro ámbito mexicano.

El derecho a la salud se ha transformado, a través del tiempo donde se remonta desde las primeras civilizaciones con las curaciones para dar atención a la salud y la participación de la iglesia católica con la práctica médica; seguido de los avances científicos y los problemas de salud en la industrialización que la población enfrentaba por las condiciones laborales y sociales de aquella época.

Los avances científicos y tecnológicos implicó en la modificación de la salud hasta buscar el bienestar para la población y establecer el derecho humano que garantiza que todas las personas tengan las mismas oportunidades de acceder a la atención en salud.

1.1. El derecho humano a la salud en la historia occidental

Según Jaramillo (2001), la conceptualización de la salud se remonta en las antiguas civilizaciones como la sumeria, acadia y egipcia donde aparecieron los médicos sacerdotes.

Por otro lado, en Oriente se creó el primer documento de leyes conocido como el Código de Hammurabi que buscaba establecer un orden justo y equitativo, a través de las costumbres y tradiciones. Si bien este escrito no abordaba específicamente el derecho a la salud, se inquietaba por brindar protección a los más vulnerables e impartir justicia (Barragán, F., 2006).

A inicios de nuestra historia, la salud estaba ligada a lo espiritual, lo divino y a lo natural, por ejemplo: en la Grecia clásica, Esculapio *Dios de la salud y sus hijas* Panacea e Hygea asociadas a la curación y la salud (Restrepo, H. y Málaga, H., 2001).

Asimismo, en Grecia con Hipócrates fue el inicio de la medicina científica que introdujo la teoría de los humores donde la salud dependía de un equilibrio vinculados con los cuatro elementos que constituyen el universo (aire, agua, fuego, tierra y el ser humano) de lo contrario se originaba la enfermedad (Gavidia, V., y Talavera, M., 2012 y Jaramillo, J., 2001).

Hipócrates sentó las bases para una visión holística de la salud, posteriormente Galeno establece principios para la salud, cómo la libertad y la independencia para alcanzar un estado de vida saludable que relaciona a la salud con factores sociales de la salud (Gavidia, V., y Talavera, M., 2012)

En la Edad Media, generaron una conciencia sobre la importancia de la salud enfocándose a la higiene con la construcción de infraestructuras (acueductos, sistemas de alcantarillado y hospitales) para prevenir enfermedades, cuyas bases fueron mejoras en salud (*ídem*).

Por otro lado, en la Escuela Médica de Alejandría, se contribuyó en la comprensión de la estructura y el funcionamiento del cuerpo humano, así como el distribuir el agua potable mediante los acueductos de manera sistemática para brindar solución a los problemas de salud de la sociedad, sentando bases para el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho fundamental (Jaramillo, J., 2001).

Llamas, C. (2005) enuncia que, con la aparición del Estado moderno surge la historia de los derechos fundamentales, por medio de la creación de instituciones estatales fundando los principios para el reconocimiento del derecho a la salud. A partir de los siglos XVI y XVII, se produjo una transición en el pensamiento jurídico occidental, pues el surgimiento del Estado moderno y la consolidación de los derechos individuales, personajes como Loocke (1632-1704), Stuart Mill (1806-1873), Rousseau (1712-1778) y Voltaire (1694-1778) fueron pioneros en la defensa de los derechos individuales (*ídem*).

El derecho anglosajón en los pactos entre monarcas y parlamentos fueron cruciales de los derechos individuales (derecho a la vida, la libertad y a la propiedad), estos tratados sentaron precedentes para la protección del derecho a la

salud donde “la visión moderna de los derechos humanos parte de un *homo juridicus* con derechos de concepción abstracta” (*Ibídem*).

En el caso de las colonias norteamericanas reconocen los derechos fundamentales desde el nacimiento de los derechos naturales, concentrado en el iusnaturalismo jurídico (Llamas, C., *Op. cit.*).

Entre los textos que destacan en este sentido se encuentran:

- **Cuerpo de Libertades de Massachussetts (1641):** Primeros textos constitucionales de Estados Unidos que estableció una serie de libertades civiles y políticas para los habitantes de la colonia
- **La Carta de Privilegios de Pennsylvania (1701):** Garantizaba libertades (libertad religiosa, libertad de expresión y el derecho a la propiedad)
- **La Declaración de Derechos del Buen Pueblo de Virginia (1776):** Adoptada al inicio de la Guerra de Independencia de Estados Unidos donde se enumeró una serie de derechos fundamentales que debían ser protegidos por el gobierno
- **La Declaración de Derechos y Normas Fundamentales de Delaware (1776):** Estableció principios básicos para el gobierno de Delaware
- **La Declaración de Independencia de los Estados Unidos (1776):** Separó las colonias norteamericanas de Gran Bretaña, proclamó la igualdad de todos los hombres y estableció que todos los hombres son creados iguales y que cada individuo, está dotado de derechos (a la vida, la libertad, y a la búsqueda de felicidad) (Llamas, C., *Op. Cit.*, p. 284).

Llamas, C. (2005) señala que la visión contractualista que se originó en la Edad Moderna, cuya perspectiva sobre el nacimiento del poder político y los derechos individuales donde las personas son titulares de derechos, cuyos primeros derechos se establecen en la Carta Magna (1215) que incluyen el derecho a la vida, libertad y la propiedad como privilegios de los ciudadanos de Londres y una manera de buscar una protección para la libertad.

Estos primeros derechos individuales apertura y adicionan los derechos sociales como lo es, el derecho a la salud, donde en el XVIII existió la necesidad de mejorar las circunstancias de salud moldeando la comprensión actual del derecho a la salud. En aquella época surgieron las epidemias (viruela, tifus, cólera) por las

pésimas condiciones de vida y la falta de saneamiento básico, estas situaciones de salud pusieron de manifiesto la falta de acceso a las circunstancias de vida adecuadas y servicios de salud (Fierros, A., 2014).

Por lo que, la aparición de los hospitales no solo representó un progreso en la atención a la salud, sino que se reconoció el derecho humano a la salud como un derecho fundamental al priorizar el bienestar de la sociedad, a través de los hospitales. En Inglaterra, el desarrollo de hospitales fue un enfoque de progreso social con la idea de mejorar la calidad de vida de las personas (*Ídem*).

Por otra parte, en la época de la Revolución Francesa con la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, al proclamar la igualdad de todos los ciudadanos ante la ley, lo cual, también se relaciona con la igualdad en el acceso a la salud (*íbidem*).

Según Doval, H. (2004) afirma que en la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano fundó las bases para el reconocimiento a la asistencia social para ayudar a los más vulnerables. Montyon abogaba por medidas para garantizar el bienestar de los indigentes y denunciaba el efecto nocivo de la pobreza en la salud “la pobreza era un lento veneno que destruye a la persona que la padece... los pobres podían recibir ayuda en su domicilio y la mejor caridad era garantizarles trabajo” (p. 1).

Mientras que, el duque Rochefoucauld Liancourt (noble de Francia) conmovido por las carencias de los más desfavorecidos, se convirtió en un defensor de la necesidad de mejorar la asistencia social y generó hospitales para mejorar la salud (*Ídem*).

El Comité de la Asamblea Nacional Francesa reformó la asistencia pública que represento un sustento en la historia de los derechos social, ya que, de esta manera, nació el concepto de *salud como un derecho*, que debe ser responsabilidad del Estado en representación de todos los Estados generales (*íbidem*).

El Comité se enfocó en dos aspectos principales:

- La primera, en solucionar complicaciones instantáneas.
- La segunda, preparar un plan nacional sistemático para la reconstrucción de la asistencia pública de Francia (*Íbidem, p. 1*).

Sin embargo, Liancourt según Doval, H. (2004), proclamó el derecho de todo hombre a la existencia:

“Es la opinión del Comité, que esta verdad fundamental de toda sociedad, que exige imperiosamente un lugar en la Declaración de los Derechos del Hombre, debe ser la base de toda ley y de toda institución política que se proponga eliminar la mendicidad... hasta ahora ningún Estado ha considerado a los pobres en su Constitución francesa... porque no se ha respetado, hasta la fecha, los derechos del hombre de este modo, la misión de la sociedad es prevenir la desgracia y la miseria, ayudar a los que están ofreciendo trabajo a quienes lo necesitan para poder vivir, obligando a trabajar a los que se niegan hacerlo, ayudar aunque no trabajen, a los que por edad o por enfermedad no puedan velarse por sí mismos... ... donde quiera que existan hombres privados de medios de vida, existe una violación de los derechos del hombre, donde se ha quebrado el equilibrio de la sociedad” (Doval, H. *Op. Cit.*, p.2).

La asistencia pública no solo es obligación individual o por una colectividad, sino de toda la nación donde se debe de organizar y financiar a nivel nacional. En 1792, Bernar (diputado por el departamento de Yonne) expresaba que,

“(...) el principio que todavía falta en la Declaración de los Derechos Humanos, el principio que debía de estar colocado al principio del Código de Humanidad que ustedes van a promulgar: todo hombre tiene derecho a ganarse la existencia por medio del trabajo si está capacitado físicamente y por medio de la asistencia sino puede trabajar”. (Doval, H., *Op. Cit.*, p.2).

En 1793 se constituyó las bases para un Sistema Nacional de asistencia que garantizaba la atención médica a todos los ciudadanos, este sistema parte del concepto de salud como un bien público y una responsabilidad del Estado (Doval, H., *Op. Cit.*).

En 1848, Europa experimentó una transformación en la concepción de la salud que fue enfocada en aspectos biológicos y en la creación de instituciones de salud a considerar los factores sociales. De esta manera, Bernardino Ramazzini y Johann Peter Frank, postulaban que la salud de las personas no solo se inclinaba

a lo biológico, sino parten de las condiciones sociales que determinan el estado de salud de la población (Jaramillo, J., 2001)

Salomón Neumann y Rudolph Virchow, señalaban que las condiciones sociales y económicas tenían un efecto sobre la salud de la población y que el Estado debía asegurar la protección de la salud de toda la sociedad para reducir las desigualdades en salud y reducir las injusticias que puedan apoyar en las condiciones de vida de la sociedad (Cardona, A., 1999).

Según Cardona, A., (1999) con la industrialización, existió una conexión entre salud y condiciones sociales, Neumann pensador de esa época manifestó que la pobreza, la desigualdad y las condiciones laborales eran determinantes de la salud de la población, esto como sustento futuro para mejorar la condición de salud. Por lo cual, el Estado asume un cargo en la protección de la salud, cuya obligación es de garantizar las condiciones de vida saludables para los ciudadanos mediante una salud pública que, debe de controlar las enfermedades, brindar personal médico y generar Instituciones apropiadas para la salud (Doval, H., 2004).

Asimismo, la Ley de Salud Pública [*Public Health Act*] (1848) es aprobada en Gran Bretaña por la reina Victoria, como parte de un movimiento reformador en la evolución del derecho a la salud al vincular los problemas de salud con la pobreza, desigualdades y condiciones de vida (Cardona, A., 1999).

Se sostenían que el mejorar las condiciones de vida de las personas es responsabilidad del Estado, así se integraron propuestas sanitaristas a Ley de Salud Pública que, comprendía: (*Ídem*).

- Mejorar las condiciones higiénicas de las empresas;
- Reducir la jornada laboral para mujeres y los niños;
- Elevar los niveles educativos de todos los ciudadanos;
- Suministro obligatorio de agua en todas las viviendas;
- Construcción de alcantarillados y sistemas de drenaje de aguas residuales en todos los sitios de concentración de la población trabajadora;
- Creación de establecimientos administrativos para garantizar la implantación de las disposiciones sanitarias realizadas por la ley (*ibídem*, p. 72).

La Ley de Salud Pública, marcó la transición hacia el Estado Benefactor, como un Estado cuyo responsable es proteger el bienestar social (Cardona, A., *Op.Cit.*).

Sir John Alfred Ryle (1889 - 1959) apoyaba la creación del estado Benefactor, favorecido por William Henry Beveridge (1879 - 1963) y John Maynard Keynes (1883 - 1946) estos pensadores compartían la idea de que el Estado debían asumir un papel activo en el financiamiento de los servicios básicos para el desarrollo de la economía, educación, seguridad social, salud y trabajo (*Ídem*).

Sin embargo, a pesar de los avances conceptuales y normativos, el Estado enfrenta desafíos para garantizar el derecho a la salud (Doval, H., 2004, p. 4).

En la Declaración de *Almá Atá, Kazajistán* de 1978, reafirma el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel de salud que establece adoptar medidas sanitarias y sociales para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo (Santos, J., Martínez, D., Valdez, J. y Martínez, G., 2018)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a la salud como un derecho y como parte fundamental de los derechos humanos que se entiende como una vida digna, el derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. En 1946, se proclamó la Constitución de la OMS donde señala que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Parra, O., 2003).

Por otra parte, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (CIAPS) priorizó que los gobiernos tendrían el deber de cuidar de la salud de la sociedad y cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas con el fin de mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978, p. 19. [Página Oficial]).

Algunos postulados de la Declaración de Alma Ata hacen hincapié en la importancia de la sociedad que tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la aplicación de salud y que, los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos e impartir medidas sanitarias y sociales adecuadas. Por lo cual, la atención primaria de salud es una meta de justicia social

y de asistencia sanitaria que conforma parte del sistema nacional de salud, como el desarrollo social y económico global de la comunidad (*Ídem*).

Brevemente, se recapituló el contexto histórico desde un enfoque occidental para identificar la noción de salud partiendo de la enfermedad – malestar, su evolución hasta las condiciones sociales que la afectan. En este recorrido histórico se observó que surge el fundamento del derecho a la salud que desde su nacimiento es considerado como un derecho que debía (y debe) ser atendido principalmente por los Estados a favor de las poblaciones y grupos sociales considerados vulnerables. Por lo anterior, la historia nos indica que para garantizar este derecho fue importante crear movimientos sanitaristas y salud pública, para ir atendiendo las causas de estas poblaciones.

1.2. El derecho humano a la salud en la historia de México

Los orígenes del cuidado de la salud en México se manifiestan con las prácticas ancestrales de los pueblos indígenas, actividades basadas en los saberes tradicionales, haciendo uso de los recursos naturales y vinculando al cuerpo, mente, espíritu y lo natural (Gómez Fröde, C., 2017).

Actualmente, se desempeña la atención primaria de la salud a través de la medicina tradicional (hueseros, hierberos y sobadores), prácticas ancestrales que resistieron a pesar de la atención de la salud mediante la medicina europea. Estas prácticas ancestrales desempeñaron un complemento en la atención a la salud por las instituciones médicas de aquella época, como el hospital de Jesús Nazareno (1524) que se fundó en la Nueva España erradicando prácticas tradicionales (*Ídem*).

Las Leyes de Burgos de 1512 corresponden a un intento por proteger a los derechos de los pueblos indígenas. Asimismo, las órdenes religiosas como los dominicos y franciscanos asumieron la atención de salud de aquella época, por medio de hospitales y casas para enfermos como parte de la caridad cristiana y una forma de asistencia social en salud (Llamas, C., 2005 y Lugo, M., 2015)

En 1628, el Consejo de las Indias estableció el Real Tribunal del Protomedicato reguló la salud pública donde evaluaron y supervisaron el ejercicio

profesional de los médicos, cirujanos, boticarios y parteras para mejorar las condiciones de vida de la población (Gómez Fröde, C., 2017).

Por otra parte, los primeros reconocimientos constitucionales del derecho a la salud en México se fundamentan en la Constitución española promulgada en Cádiz el 19 de marzo de 1812 se regulaba la salud del territorio. De esta manera, se estableció su Artículo 131°, “Aprobar los reglamentos generales para la policía y sanidad del Reyno” (se habla de un estado del ser u organismo vivo que tiene buena salud) (Gutiérrez, F., 2017).

A su vez, en Apatzingán (1814), en el Artículo 118° se aprobaban la regulación de la salud de los ciudadanos, a su comodidad y demás objetos de policía. Sin embargo, en las constituciones mexicanas posteriores (el Reglamento Provisional Político del Imperio Mexicano de 1822, la Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos de 1824, las Leyes Constitucionales de 1836, las Bases de Organización Política de la República Mexicana de 1843, el Acta Constitutiva y de Reformas de 1847, así como la Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos de 1857) el tema de salud fue ausente ya que, hacen caso omiso de los conceptos de sanidad y de salud (*ídem*).

La infraestructura en salud era deficiente y desigual, pues, la población carecía de atención en salud. En el México Independiente (1831) Anastasio Bustamante entonces Presidente de la República, suprimió el Real Tribunal del Protomedicato suplantada por la junta denominada Facultad médica del Distrito Federal y formo profesionales en salud para elaborar el Código sanitario marcando una nueva etapa en la historia de la salud en México (Gómez Fröde, C., 2017).

Según Gómez Fröde (2017) en el siglo XIX, existió un conflicto ideológico entre conservadores y liberales, centralistas y federalistas. La Constitución conservadora llamada “*Las Siete Leyes*” con poder conservador para regular acciones de los poderes: ejecutivo, legislativo y judicial, donde en la Constitución de 1836 y las bases orgánicas de 1843 se encargaron de regular por primera vez la salubridad pública. No se concebía el derecho a la atención de la salud como un derecho autónomo, sino que, se establecían facultades a los ayuntamientos para ofrecer servicios de salud.

Para el siglo XIX, se incorporó en México el Consejo Superior de Salubridad (1841) se institucionaliza la salud pública de México y en 1859, Benito Juárez desconoce las órdenes religiosas y el Estado mexicano se encargó de velar por el cuidado y supervisión de la salud de la población (Fierros, A., 2014 y Gómez Fröde, C., 2017).

En cambio, durante la dictadura de Porfirio Díaz, existió un señalamiento ante la falta de servicio de salud pública. Según Fierros (2014) expresa que,

“El porfiriato no ofrecía condiciones propicias para mejorar la salud de los mexicanos, ya que el reparto desigual de la riqueza hacía que la mayoría de las gentes y ante los pobres, carecieron de servicios médicos, la medicina organizada, aunque participaban en las tareas sanitarias, las clases dominantes justificaban su indiferencia ante la enfermedad y la miseria dando la indolencia y la degeneración de la raza” (Fierros, A., 2014, p. 195).

De acuerdo a Fierros (2014) en 1876, durante el gobierno de Porfirio Díaz destinó recurso económico al Consejo Superior de Salubridad y fomentó la creación de instituciones como el hospicio para los pobres, estas acciones representaron transformaciones en el ámbito de la salud (*Ídem*).

Ante la insuficiencia de instituciones de salud, a finales del siglo XIX se construyó el Hospital General por Eduardo Liceaga y Roberto Gayol, así también se fundaron como institutos dedicados a la investigación (1888) el Instituto Médico Nacional y el Instituto Geológico (1891) (*Íbidem*).

El 15 de julio de 1891, se sentaron las bases en el Código sanitario del México independiente para regular las prácticas médicas y garantizar la calidad de los servicios de salud, actualmente es la *Ley General de Salud* (Gómez Fröde, C., 2017).

Este marco normativo fue transformándose a lo largo del tiempo, según Gómez Fröde, C. (2017), esta ley está conformada por 18 artículos:

- Sistema Nacional de Salud.
- Prestación de servicios de salud.
- Protección de servicios de salud.
- Protección social en salud.
- Recursos humanos.

- Genoma humano.
- Información para la salud.
- Promoción.
- Prevención.
- Control de enfermedades y accidentes.
- Cuidados paliativos.
- Asistencia social.
- Programas contra las adicciones.
- Productos y servicios.
- Publicidad.
- Donación.
- Trasplante de órganos y pérdida de vida.
- Sanidad internacional.
- Vigilancia sanitaria y medidas de seguridad (*idem*, p. 4).

Posteriormente, la Constitución de 1917 resultado de la Revolución Mexicana consideró los principios sociales básicos al incorporar los denominados “*derechos sociales*”, encaminados a los campesinos y a los obreros. La Constitución Mexicana de 1917 transformó la doctrina tradicional de los derechos del hombre, ya que explicitó nuevas responsabilidades del Estado frente a la sociedad (*Íbidem*).

A partir de la Constitución de 1917, México adoptó un Estado Social de Derecho, es decir, un estado en el que se establecen, respetan y defienden los derechos públicos subjetivos, llamados entre nosotros “*garantías individuales*”, actualmente *derechos humanos*, así como también el respeto y la defensa de los derechos sociales de grupos sociales en situación de vulnerabilidad (Gómez, F., *Op., Cit*).

Gutiérrez, F., (2017) señala que, la Constitución de 1917 marca una trascendencia importante centrada en el bienestar de los trabajadores (Artículo 123°), donde las personas que laboran tuviesen la calidad de salud lo que implica un estado de completo bienestar físico, mental y social, que excluye a las enfermedades y afecciones. De acuerdo, con el Artículo 73°, tiene la facultad de

legislar la salubridad incorporando temas como población, colonización, emigración e inmigración.

Para garantizar la implementación de las políticas, se estableció el Consejo de Salubridad General, como la dependencia encargada de coordinar las prácticas en materia de salud (*Ídem*).

José María Rodríguez (como se citó en Gutiérrez, F., 2017) ofreció conceptos como el de salubridad, higiene y salud en el proyecto de Constitución (motivo de debate en la Asamblea Constituyente de Querétaro), en cambio en ninguno de sus postulados fue determinado como “derecho a la salud o a la protección de la salud” (Gutiérrez, *Op. Cit.*).

Pero, en 1983 se experimenta un hito significativo en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que postula el derecho a la protección de la salud con la reforma al artículo 4° que es la responsabilidad del Estado de garantizar el acceso a los servicios de salud, así como atender los servicios de agua, drenaje, limpieza y medio ambiente, es decir, se refiere a los determinantes básicos o sociales de la salud (Lugo, M., 2015).

María Ahuja (como se citó en Gutiérrez, F., 2017) expresa que en 1983 en el artículo 4° se incorpora el derecho a la protección de la salud, este artículo ha sido objeto de diversas reformas para incorporar el derecho respecto a la igualdad entre el hombre y mujer, alimentación, medio ambiente sano, acceso al agua, vivienda digna y decorosa, acceso a la cultura, pero la redacción original del párrafo relativo al derecho a la protección de la salud continúa desde 1983.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por medio de la adición al artículo 4°, se estableció el derecho a la protección de la salud, señalando que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y la ley, indicará las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud (*ídem*).

Hay que destacar que, los tratados e instrumentos jurídicos internacionales instituyen el derecho a la salud, no el de la protección de la salud, por lo que se considera que el Estado no puede garantizar la salud, sino que el derecho que se

establece en el rango constitucional es el de *protección de la salud* y no el *derecho a la salud* (*ibídem*).

La evolución del concepto de salud en este país, es incorporada desde “la protección de la salud”, Baltazar Pahuamba Rosas y José Luis Soberanes Fernández argumentan que la salud no podía ser garantizada por el Estado porque no sólo depende de que se brinde atención médica, sino que establece otros factores que van desde los genéticos, biológicos o los desastres naturales que pueden afectarla. Proteger la salud en lugar de asegurar el goce de salud, es lo más confiable (Gutiérrez, F., *Op. Cit.*).

De acuerdo con, Gutiérrez, F., (2017) el entonces presidente Miguel de la Madrid Hurtado (1982), estableció que la salud es una responsabilidad compartida entre la sociedad, los individuos y el Estado, es último debe establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud.

El 7 de febrero de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud reglamentaria del derecho a la protección de la salud que constituye las modalidades para el acceso a los servicios de salud (*Ídem*).

En 2011, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos fue reformada en materia de derechos humanos, compuestos en el contenido de la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado sea parte, esta reforma constitucional fue la transición para reconocer la integralidad de los derechos humanos y garantizar las necesidades de todas las personas (Lugo, M., 2015).

La reforma del 2011 se alinea con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad establecidos en el Artículo 1º constitucional, además el Estado Mexicano y los servidores públicos tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, así como prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en lo que establezca la ley (Gutiérrez, F., 2017).

También, se restringe toda discriminación por origen étnico o nacional, el género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión,

opiniones, preferencias sexuales, estado civil que tenga por objeto anular los derechos y libertades de las personas. La reforma constitucional, una de las más importantes y trascendentes por su contenido publicada en el Diario Oficial de la Federación del 10 de junio de 2011 que regula la protección de los derechos humanos que determina que ninguna persona puede ser discriminada por su condición de salud (*ídem*).

Además, el Artículo 2º de la Constitución, reconoce la diversidad cultural de los pueblos indígenas y que se debe de fomentar, promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar la discriminación, establecer y determinar políticas, garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo de los pueblos indígenas (*ibídem*).

Respecto a la salud, el Estado debe de asegurar el acceso efectivo a los servicios de atención médica, por medio de la cobertura del Sistema Nacional (Gutiérrez, F., *Op. Cit.*).

Conclusión del capítulo

El apartado anterior, visualiza la configuración del contexto histórico de la salud desde el ámbito occidental y el mexicano, hasta llegar a consolidar a la salud como un derecho fundamental para la población.

La atención a la salud desde las primeras civilizaciones, seguida de las órdenes religiosas de la época colonial que edificaron instituciones de salud para salvaguardar el cuidado biológico de la persona, de esta manera, se refleja una transformación del derecho a la salud por medio de la historia.

El derecho a la salud desde las antiguas civilizaciones como la cultura griega refleja un interés del bienestar de la población, la búsqueda del equilibrio y la armonía entre el individuo y su entorno, estas cosmovisiones han contribuido a la comprensión actual de la salud y han sentado las bases para el desarrollo del derecho a la salud como un derecho humano fundamental.

A lo largo de la historia, desde la antigua Grecia hasta la Edad Media, las concepciones de salud y enfermedad han evolucionado, pero siempre han estado vinculadas a factores sociales, económicos y ambientales.

En cada periodo determinado, las creencias y tecnologías de cada época, han reflejado una preocupación constante por el bienestar humano. Las creencias, prácticas e ideas han sentado las bases para el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho humano fundamental, que implica en las condiciones de vida adecuadas.

La salud como un derecho fundamental, se origina desde las transformaciones sociales que se produjeron a lo largo de la historia, pues las prácticas en salud de la Edad Media y la consolidación del Estado moderno establecieron las bases para el reconocimiento de la salud donde se debe de garantizar como un derecho.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada en 1948, reconoció formalmente el derecho a la salud como un derecho fundamental. Sin embargo, a pesar de esta consolidación, la desigualdad en el acceso a la salud sigue siendo una vulneración al derecho a la salud.

Por otra parte, en la Revolución Francesa proclama la igualdad de todos las personas para garantizar el bienestar de los más vulnerables, a partir de esto, se fortalecieron las bases para la protección a la salud, esta nueva perspectiva contribuyó a la consolidación del derecho a la salud como un derecho humano fundamental y se edificó el sistema de salud.

Pues, al reconocer las enfermedades en el siglo XIX, se visualizaron las condiciones de vida de la población, ante esto, la necesidad de dar soluciones a la salud y se contribuyó al derecho a la salud como prioritario.

Por otra parte, el reconocimiento constitucional a la diversidad cultural en nuestro país implica garantizar el derecho a la salud de toda la población, incluyendo a los grupos sociales más vulnerables, como los pueblos indígenas. Que se debe de respetar los conocimientos tradicionales y cosmovisiones relacionadas a la salud.

El proceso histórico del derecho humano a la salud en México se ve impactado por las diversas épocas, creencias, transformaciones sociales. Que inicia con las prácticas ancestrales de los pueblos indígenas y que actualmente se refleja en nuestra sociedad, pero que se vio influenciada por la colonización y la intervención de las órdenes religiosas para brindar atención a la salud.

Durante nuestra historia, se establecieron diversos marcos normativos, sin embargo se omitió el tema a la salud, pero en el 2011 a partir de la reforma constitucional se consolidó el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental que, debe de ser garantizado por el Estado, generando igualdad y las mismas oportunidades para toda la población.

CAPÍTULO II. LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD

***“La salud tradicional y la salud occidental
no son mutuamente excluyentes,
sino que pueden complementarse y enriquecerse mutuamente”.***

-Jaime Breilh-

Presentación del capítulo

En el presente capítulo se abordará la conceptualización de la salud que ha experimentado una evolución, a través del tiempo y no solo se define como la ausencia de enfermedad, sino que se consolidó como derecho fundamental para la población.

El derecho humano a la salud, se debe de garantizar por parte del Estado mexicano, a través, de la protección del derecho a la salud con base en el Sistema Nacional de Salud que ofrece acceso a servicios de salud de calidad mediante las instituciones de salud, por lo tanto, el gobierno mexicano debe de establecer las medidas necesarias para hacer efectivo este derecho a toda su población, sin excepción.

Sin embargo, los mecanismos establecidos por el Estado para garantizar el acceso a los servicios de salud en México, se limita por las desigualdades y la carencia del acceso a los servicios de salud, lo que obstaculiza el pleno goce del derecho a la salud.

2.1. Conceptualización de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Constitucional (1946) define a la salud como el *“Estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afectaciones o enfermedades”*. Según la Organización Mundial de la Salud el máximo grado de salud se debe lograr y cumplir como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (Parra, O., 2003).

Sin embargo, esta noción ha sido cuestionable por Salleras (1985 como se citó en Gavidia, V. y Talavera, M., 2012) donde se toma en cuenta que la salud es utópica, estática, subjetiva.

- **Utópica:** el completo estado, tanto de salud como de enfermedad, no existe porque suena a algo absoluto, “completo”, es la ilusión y no algo hecho.
- **Estática:** considera a la salud como un “estado”, una situación establecida, y no algo cambiante
- **Subjetiva:** la idea de bienestar, como la de malestar es subjetiva y depende de cada persona que no puede ser medible (*idem*, 172).

Briceño (2000) parte de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde expone que, es complejo alcanzar “el completo estado de bienestar”, pues no existe una salud completa, ni mental, ni físicamente que depende de las condiciones históricas de cada sociedad y como cada grupo social se imagina su propio bienestar (Briceño, R., s.f., como se citó en Currea, V., 2005).

La salud es una conceptualización compleja y multidimensional. Según San Martín (1981) expresa que

“el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población, la idea que tiene las personas de su salud está obstaculizada por el marco social en el que actúan” (San Martín, 1981 como se citó en Gavidia, V. y Talavera, M., 2012, p. 162).

En el siglo XX, René Sand (1877 - 1953) conceptualizó a la salud como

“...el arte de prevenir y curar, considerando sus bases científicas, así como individuales y colectivas, que vinculan la salud de los hombres a dichas condiciones” (Fajardo, G., 2004, p. 256).

La salud puede ser usada desde diversas conceptualizaciones, como desde la libertad, la colectividad, la política, lo económico, lo cultural y entre otras cuestiones (*idem*).

La salud, no es sólo “sentirse bien”, sino encontrarse bien; la salud se constituye a la libertad, como dice Marx:

“para cultivarse con mayor libertad, un pueblo necesita estar exento de la esclavitud de sus propias necesidades corporales” (Currea, V., 2005, p. 23).

Dicho de otra manera, por Galeno (como se citó en Currea, V., 2005) la salud abarca las cuatro formas de vida humana:

- La vida del hombre libre y sano.
- La que con la salud escasa es libre.
- La del sano atado por las obligaciones de la vida.
- La del siervo enfermizo que persigue el mundo civilizado y que sueña con la vida libre y sana". (*idem*, p. 23).

Mientras que, Gavidia, V. y Talavera, M. (2012) sostienen que la salud es parte significativa de la libertad, la democracia, la igualdad, la seguridad, las relaciones internacionales o la estabilidad política.

Para Sen, la salud está estrechamente relacionado con el bienestar económico, ya que la generación de ingresos facilita el acceso a mejores condiciones de vida, de esta manera, se puede llevar una vida más sana (Currea, V., 2005).

La salud está influenciada por los factores económicos, políticos y culturales como determinantes en la salud de las personas, también se condiciona la salud por el PIB, el gasto en salud y la industria farmacéutica que impacta en el acceso y la calidad de los servicios de salud (Gavidia, V. y Talavera, M., 2012).

La conceptualización de salud, es compleja y diversa, pues se define desde diversas perspectivas a lo largo de la historia según a los enfoques filosóficos, culturales, religiosos, políticos y económicos, sin embargo, para este estudio, nos centramos particularmente en la definición de la salud como un derecho humano.

2.2. Salud desde el derecho humano

El derecho a la salud es un derecho integral donde se vincula con el acceso a los servicios de salud que implica garantizar el acceso equitativo y oportuno. Así mismo, el derecho a la salud tiene una dimensión individual y colectiva que contiene elementos de carácter asistencial, elementos de promoción y prevención (Parra, O., 2003).

El hablar del derecho a la salud, es garantizar una vida lo más funcional posible que además, abarca una diversidad de aspectos, tanto sociales, culturales,

alimenticios, económicos para restablecer, mantener y salvar la salud (Currea, V., 2005). El derecho a la salud, según (Lugo, M., 2005),

“no se puede conceptualizar cómo estar sano, sino centrarse en los medios y en los recursos disponibles, accesibles, aceptables y de calidad, que permiten garantizar el máximo nivel de salud posible” (p. 27).

Pedro Salazar (2012 como se citó en Murayama, C. y Ruesga, S., 2016) señala a la OMS que,

“el derecho a la salud puede y debe ir más allá de la mera atención médica para atender otras funciones de la preservación y reproducción de la vida humana y su calidad material y social. Desde esta perspectiva, el derecho a la salud se extiende a otras funciones, como el acceso al agua potable y al aire respirable u otros parámetros de la calidad ambiental, vivienda adecuada, higiene urbana y rural, condiciones laborales saludables (seguridad e higiene), atención especial a la infancia (educación, entre otras) y una amplia gama que, insistimos, constituyen componentes inexcusables de una vida armónica para todos los ciudadanos sin distinciones”. (Salazar, P., 2012, s.p, como se citó en Murayama, C. y Ruesga, S., 2016, p. 13).

Según, Currea, V., (2005) el derecho a la salud se conforma de libertades y medidas de protección:

“Libertades: control de la persona a su propio cuerpo y de su propia salud, a la información respecto a la salud, a oponerse a terapias y tratamientos, a la salud reproductiva y sexual, a no ser torturado, a la búsqueda de alternativas para mejorar la salud

Medidas de protección: acceso a los medios, recursos que permiten mejorar, curar y mantener la salud (oportunidades, disponibilidad, eficacia y eficiencia de los servicios de salud)” (Currea, V., 2005, p. 28).

También, el derecho a la salud se conforma de libertades y derechos (OMS, 2023).

“Libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados)”.

“Los derechos se brinda al derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar”. (OMS, 2023, s.p. [Página Oficial]).

Por otra parte, el derecho a la salud es planteado como la prestación de servicios de salud más que una garantía de derecho social (Currea, V., 2005).

Para Bobbio (como se citó en Currea, V., 2005), el fundamento de derechos a la salud implica al disfrute de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel, pues la salud, se entiende “como un todo” que incluye factores sociales (la vivienda, la educación, el trabajo).

Para Galtung (como se citó en Currea, V., 2005), la salud es una necesidad que parten de los derechos humanos, porque estos parten de necesidades humanas (sobrevivencia “contra la violencia”, bienestar “contra la miseria”, identidad “contra la alienación”, libertad “contra la represión”).

El derecho a la salud como un derecho fundamental establecido desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) marca una trascendencia en la conceptualización de la salud (Oficina del Alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, s.f., [Página Oficial]).

El reconocimiento constitucional del derecho a la salud en México (1983) donde los establecimientos, bienes y servicios a los que es posible acceder sin distinción de género, ciclo de vida, situación de discapacidad y/o diversidad cultural para alcanzar la mayor cobertura, están a cargo del Estado donde se vincula la relación entre derechos y obligaciones (Parra, O., 2003).

El derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la *disponibilidad* de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentación adecuada. El goce del derecho a la salud forma parte de una red de derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2023 [Página Oficial]).

El derecho a la salud exige adoptar medidas encaminadas a respetar y proteger los derechos humanos que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder vulneradas por la inequidad en el ámbito de la salud (*Ídem*).

Un enfoque basado en los derechos humanos es tomar en cuenta que las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las implicaciones para lograrlo se realizan por principios y establecimientos que incluyen: (OMS, 2023).

- **No discriminación:** garantiza la actividad de los derechos sin discriminación alguna por motivos étnicos, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud.
- **Disponibilidad:** se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones:
- **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
- **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico, médico y ser de buena calidad.
- **Rendición de cuentas:** los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.
- **Universalidad:** los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos”. (*Ídem*, [Página Oficial]).

Las políticas y los programas de salud buscan satisfacer las necesidades de la población para alentar a las instancias normativas y a los prestadores de servicios a que cumplan sus obligaciones en materia de salud (OMS, *Op. Cit.*, [Página Oficial]).

De esta manera, el derecho a la salud se constituye de diversos ámbitos como los servicios de salud, la protección a la salud, prestación de servicios de salud. Un sistema de salud basado en derechos humanos asegura a toda la población sin excepción para que tengan la oportunidad de alcanzar el más alto nivel posible de salud (OMS, *Op. Cit.*).

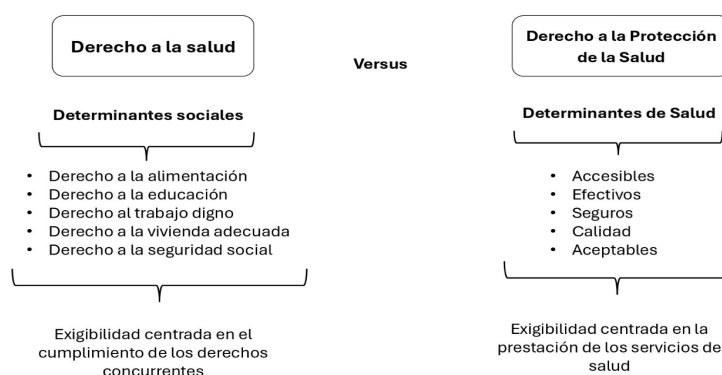
2.3. Derecho a la Protección de la salud

El derecho a la protección a la salud en México se ha ido transformando, anteriormente era concebida como una cuestión religiosa y de caridad.

Sin embargo, el derecho a la salud, fue reconocido como un derecho humano fundamental a nivel internacional incorporado desde 1983 en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como el Derecho a la Protección de la Salud (DPS) (López, S., 2015).

El derecho a la salud implica un conjunto de condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud, el derecho a la salud se enfoca en proveer servicios de salud a la población, como lo ilustra la siguiente imagen:

Cuadro 1 Diferencias entre el Derecho a la Salud y el Derecho a la Protección de la Salud



Fuente: Elaboración propia

En México el Sistema Nacional de Salud está estrechamente vinculado al derecho a la protección de salud, siendo el Sistema de Salud el instrumento para hacer

efectivo el derecho a la protección de salud (OMS, 2007 como se citó en López, S., 2015).

Según López (2015) en México aún es necesario precisar cuáles son las obligaciones del Estado en materia de protección de la salud bajo un enfoque de derechos humanos (*ídem*).

“El Estado mexicano debe garantizar que la protección de la salud sea parte de los principios transversales que sustentan una política pública con enfoque de derechos humanos.

Las acciones diseñadas y ejecutadas en materia de atención pueden y deben basarse en el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho (aunque las acciones sanitarias se sujetan a las obligaciones del Estado en materia de protección del derecho a la salud)

Alternativa de diseñar un sistema de atención universal para ofrecer iguales oportunidades de servicio a todo los que lo requieran, independientemente de su capacidad de pago, a fin de alcanzar equitativamente el más alto nivel posible de salud (esto implica garantizar el derecho de todos y acceder a servicios de salud de buena calidad, efectivos, seguros, suficientes y oportunos para tener el derecho a la protección de la salud)”. (*Ibidem*, p. 65).

En algunos países, la salud solo se puede exigir desde “la protección de la salud”, pues, el Estado es responsable de la oferta de servicios de salud, mediante la protección a la salud se fortalece de las aportaciones del gobierno federal y de los gobiernos estatales (Murayama, C. y Ruesga, S., 2016 y Currea, V., 2005).

Las reformas de la Constitución en 1983 y 2001, establecen que toda persona tiene derecho a la protección a la salud y la federación, los estados y los municipios, tienen la obligación de asegurar el acceso efectivo a dichos servicios, a través de la ampliación de la cobertura del Sistema Nacional (Murayama, C. y Ruesga, S., 2016).

Con la Revolución mexicana (1910) surgieron ideas progresistas que transformaron esa concepción a un carácter social, ya en el año 1983 el derecho a la protección de la salud se elevó a rango constitucional al reformarse el Artículo 4°

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, donde la ley establecerá el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad que dispone la fracción XVI del artículo 73 (Gómez, C., 2017, p. 3).

El derecho a la protección de la salud se encuentra de manera específica en el Artículo 2° de la Ley General de Salud el cual dispone el derecho a la protección de la salud: bienestar físico y mental de la persona; mejoramiento de la calidad de la vida; conservación y disfrute de las condiciones de salud para contribuir al desarrollo social; conservación, mejoramiento y restauración de la salud; disfrute de servicios de salud y de asistencia social (*ídem*).

Para Salazar (2012) es importante mencionar que, a pesar del reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud en México se encuentra limitado y con barreras que impiden su pleno ejercicio como el acceso a la cobertura de servicios de salud para toda la población.

2.4. Derechos Prestacionales

La salud como un servicio público genera un conjunto de derechos fundamentales a su vez, tanto derechos prestacionales como derechos fundamentales. De acuerdo Parra Vera, O., (2003) la ley establece cuales son las prestaciones en salud a las que toda persona tiene derecho y establece los mecanismos para acceder a la seguridad social.

De acuerdo al mismo autor, la obligación del Estado debe responder a la demanda de servicios de la población, denominado derecho prestacional que, requiere de un desarrollo político, legislativo, económico y técnico para garantizar acceso de salud a toda persona. Estos derechos prestacionales se transforman en derechos subjetivos, porque son exigibles individualmente (*ídem*).

El derecho a la salud al ser un derecho prioritario, no se puede transferir o negociar, así como subordinar a otros intereses, este derecho tiene obligación constitucional donde los servidores públicos tienen la obligación de proteger el más mínimo vital de la población más vulnerable y marginada (*ibídem*).

Escobar, G., (2012) compara los derechos de prestación y los derechos de defensa que responden a garantizar la igualdad ante la ley, y los primeros exigen al Estado la provisión de bienes o servicios como acciones obligadas e impuestas por el derecho público para la satisfacción de las necesidades de la población. Estas acciones pueden ser directas, como la provisión de servicios básicos, o indirectas, como la regulación de ciertas actividades.

- **Servicios públicos o redes públicas de asistencia**, que ponen a disposición de los titulares del derecho las infraestructuras y el personal correspondiente (sistema educativo “derecho a la educación”), sistema sanitario “derecho a la salud” y sistema de atención a la dependencia “derecho a la autonomía de las personas con discapacidad” y a situaciones de especial necesidad no cubiertas por otras figuras “derechos a los servicios sociales”.
- **Bienes**, de acceso público libre o mediante solicitud.
- **Individualizada**. Red pública de bibliotecas o museos “derecho a la cultura” y medicamentos “derecho a la salud”; dinero, “salario - derecho al trabajo, pensiones, derechos a la Seguridad Social, derecho al mínimo vital”; compra de un bien “derecho a la vivienda” o un servicio para el desarrollo de una actividad “fomento del arte derecho a la cultura”.
- **Obligaciones administrativas**, como la información, la inspección o la sanción.
- **Indemnizaciones**, para los casos de producción de daños por incumplimiento, total o parcial de las prestaciones anteriores. (*idem*, p. 502).

De acuerdo a Escobar (2012) las prestaciones son obligaciones estatales, exigibles como derechos subjetivos o no (contenido objetivo), pero en todo caso obligaciones derivadas de la Constitución. Las obligaciones de prestación sirven a la satisfacción de necesidades básicas, son medios, no fines en sí mismos, y así deben de interpretarse.

La administración pública se transforma en una doble garante de derechos: los derechos prestacionales, de un lado y de los derechos fundamentales de los destinatarios de la prestación social por otro¹³. La libertad, la dignidad y los derechos

¹³ El cambio del Estado liberal de derecho en un Estado Social y democrático se consolida en Europa a partir de la Segunda Guerra Mundial, tras introducir la cláusula del Estado social, para definir al

fundamentales necesitaban de condiciones o mínimo vitales para ser efectivo donde el Estado que pasa a la Administración pública, se convertirá como prestadora o prestacional. El Estado actual es un Estado administrativo y prestador, ya que su principal cargo es hecho por la Administración Pública que se convierte en una Administración prestadora. La Administración Pública encargada en ejecutar las prestaciones sociales y de alcanzar el fin último del Estado social (Delgado, L., 2021).

Por prestación que ofrece un servicio o bien que una autoridad que sirven o le piden a otro, es decir, una prestación es aquel servicio que el Estado o una empresa privada están obligados a brindar por medio de sus empleados y que garantizan bienes o servicios para mejorar la calidad de vida, como es el cuidado de la salud (Rosales, C., 2018).

Los derechos prestacionales sobre la existencia de recursos o no, Currea, V., (2005) lo plantea de la siguiente manera:

- Existe el reconocimiento del derecho y su garantía.
- El reconocimiento del derecho y su difícil garantía ante problemas de disponibilidad de recursos materiales.
- El reconocimiento del derecho, una relativa disposición de recursos y una distribución injusta de tales recursos.
- La negación del derecho (Currea, V., 2005, p. 44).

El Estado debe garantizar las necesidades básicas de la sociedad, principalmente de las poblaciones en situación en vulnerabilidad en igualdad de condiciones. El Estado administra la riqueza, y al mismo tiempo presta servicios públicos, cuyos fines son conseguir una vida digna, así que el Estado debe contar con una

Estado alemán, en los arts. 20 y 28 de la ley fundamental de Bonn de 1949. La fórmula del Estado social aporta una nueva ideología sobre las relaciones entre el Estado y la sociedad en la que los poderes públicos intervienen en los ámbitos social y económicos para reducir las desigualdades que habían generado el liberalismo (Delgado, L., 2021). El Estado social tenía como objetivo una igualdad entre los ciudadanos, donde el punto de partida fue el Estado liberal que intentaba proteger a la sociedad del Estado en el Estado social.

infraestructura adecuada de asistencia y destinar recursos suficientes para los programas que lo sostienen y respaldan (Rosales, C. M., 2018).

Según el autor chileno Carlos Manuel Rosales (2018) en su artículo *La gratuidad de los derechos prestacionales como derechos humanos: una propuesta para su ponderación y otorgamiento* los derechos de prestación son derechos programáticos, debido a que los derechos de prestación exigen un esfuerzo presupuestal y logístico del Estado que sólo se puede realizar con la debida planeación y arbitrio de recursos mediante el procedimiento fijado por la Constitución y las leyes orgánicas.

Por lo tanto, un derecho de prestación es su condición programática, que luego se convierte en un derecho subjetivo, es decir que, el titular del derecho puede exigir su ejecución a través de las vías judiciales, pero a su vez, no puede ser exigida a través de los mecanismos judiciales. En este último caso, son principios orientadores de la función pública, pues los derechos de prestación con contenido programático tienen tal entidad porque son sólo un programa de acción estatal, una intención institucional (*Ídem*).

2.5. Sistema Nacional de Salud Mexicano – Seguridad Social

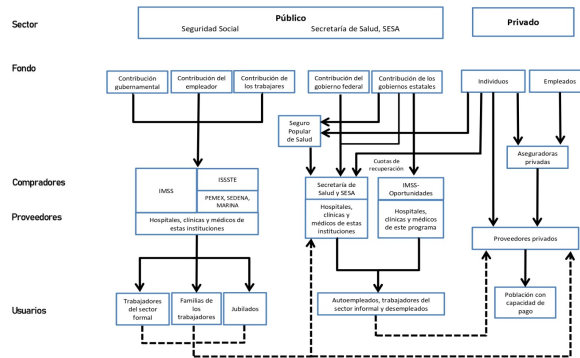
El derecho a la protección en salud se garantiza, a través del Sistema Nacional de Salud Mexicano a partir de un conjunto de servicios de salud públicos y privados.

El Sistema Nacional de Salud Mexicano (SNS), según Cobo (*et. al.*, 2022) está conformado por dependencias y entidades de la administración pública y de sectores públicos y privados, una de las peculiaridades del SNS, es su clasificación y fragmentación. Los dos sectores público y privado que a su vez, están divididos en subsectores o instituciones que dependen de la condición laboral de la población. (Cobo, F., Flores, P., Charvel, A., Palacio, L., Hernández, J. y Molina, D., 2022).

El Sistema Nacional de Salud en México se caracteriza por dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, de personas físicas y morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud y los mecanismos de coordinación de acciones entre dichos organismos. La coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud (SS)

(dependencia del poder ejecutivo que se encarga de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud de la población) (Gómez, C., 2017).

Mapa 2 Sistema Nacional de Salud



Fuente: Salud Pública de México (s.f.) Vista de Sistema de salud de México. Recuperado en junio 2024.

La Secretaría de Salud constituye el eje del Sistema de Salud mexicano, bajo su tutela de 13 institutos nacionales especializados en oncología, cardiología, nutrición, enfermedades respiratorias y entre otras (*idem*).

El origen del Sistema Nacional de Salud (SNS) en México se establece en 1943, con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, como una respuesta a las necesidades de la población trabajadora y atender las demandas de la industrialización, sin embargo, a su vez se origina la fragmentación del Sistema mexicano y la vinculación del acceso a la salud con la condición laboral (Cobo, F., *et. al*, 2022).

En 1960, se edificó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el objetivo de brindar la seguridad social a los empleados del gobierno federal (*Ídem*)

El segundo periodo de reformas en el SNS está enfocado en la cobertura y la concreción de la protección de la salud como un derecho constitucional. En 1983,

se formulan las reformas sanitarias en el Artículo 4º constitucional y se conformó el derecho a la protección de la salud como un derecho humano. En este periodo se promulgó la Ley General de Salud y se renombró la Secretaría de Salubridad y Asistencia actualmente Secretaría de Salud representaron avances significados establecidos de un sistema de salud más justo y equitativo (*ibídem*).

La ley postuló bases para regular el acceso a los servicios de salud y la distribución de facultades entre la Federación y las entidades federativas donde se comenzó con la descentralización de la prestación de servicios que se adjudica la atención de las personas sin seguridad social a las entidades federativas generando así los Servicios Estatales de Salud (SESA) (Cobo, *Op. Cit.*).

La Seguridad Social, está conformado por instituciones proveedoras de servicios de salud que son financiadas por recursos públicos y contribuciones de los trabajadores y patronos. Estos establecimientos atienden las necesidades de salud de los trabajadores que desempeñan sus actividades laborales de manera formal (Murayama, C. y Ruesga, S., 2016).

Según Dávila, E. y Guijarro, M., (2000) El Sistema Nacional de Salud (SNS) se conforma por los seguros sociales y los servicios de salud para la población asegurada, los seguros sociales cubren a los trabajadores asalariados del sector público (IMSS, ISSSTE e ISSFAM), privado y a sus familiares. Los gobiernos estatales han creado seguros sociales para sus trabajadores ISSSTE estatales y los organismos descentralizados, Petróleos Mexicanos que cuentan con servicios independientes.

Los sujetos de aseguramiento son quienes legalmente están obligados a cotizar a los seguros sociales, y también lo hacen de manera voluntaria para obtener estos derechos, por ejemplo: (*ídem*).

- **IMSS.**

“La Ley del Seguro Social se constituye de todas las personas trabajadoras de manera eventual o permanente y se afilian al régimen obligatorio”. (Murayama y Ruesga, S., 2016).

- **ISSSTE.**

La Ley del ISSSTE (LISSSTE) se aplica (Artículo 1),

“Primero, a los trabajadores al servicio civil de las dependencias y de las entidades de la administración pública federal que por ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal se incorporen a su régimen, así como a los pensionistas y a los familiares derechohabientes; segundo, las dependencias y entidades de la administración pública federal y de los Poderes de la Unión; tercero, las dependencias y entidades de la administración pública federal en los estados y municipios y a sus trabajadores en los términos de los convenios que el Instituto celebre de acuerdo con esta Ley”. (Dávila, E. y Guijarro, M., 2000, p. 28).

La Ley del ISSSTE señala una gama de prestaciones determinados en mejorar las condiciones de vida de los trabajadores públicos y de sus familias (*ídem*).

- **ISSFAM**

Conforme a la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (LISSFAM), quienes están asegurados son “los militares en situación de activo y de retiro (los militares son los miembros del Ejército de la Fuerza Aérea y de la Armada de México) (*ibídem*).

La LISSFAM establece en su Artículo 16,

“el haber de retiro; Pensiones; Compensaciones; Pagas de defunción; Ayuda para gastos de sepelio; Fondo de trabajo; Fondo de ahorro; Seguro de vida; Venta y arrendamiento de casas; X. Préstamos hipotecarios y a corto plazo; Tiendas, granjas y centros de servicio; Hoteles de tránsito; Casas hogar para retirados; Centros de bienestar infantil; Servicio funerario; Escuela e internados; Centros de alfabetización; Centros de adiestramiento y superación para esposas e hijas de militares; Centros deportivos y de recreo; Orientación social; Servicio médico; Servicio médico subrogado y de farmacias económicas”. (Dávila, E., y Guijarro, M., 2000, p. 34).

Los asegurados realizan aportaciones (empleados) a los servicios sociales de salud donde se benefician y benefician a sus familiares y a los pensionados, que son

nombrados como derechohabientes y tienen acceso a los servicios que ofrece el sistema de seguridad social.

Por otra parte, los Servicios Estatales de Salud (SES) ofrecen atención médica a toda la población, con cuotas de recuperación adaptadas a la capacidad económica de cada persona con el objetivo de acceder al Paquete Básico de Servicios de Salud [PBSS] (*Ídem*).

Los SES no llevan a cabo un seguimiento sistemático del estado de salud de las familias, como el que realizan los seguros sociales. La principal labor de la Secretaría de Salud se refiere a normatividad y evaluación, programa de Ampliación de Cobertura y componente de Salud del Progreso (*Ibídem*).

Pero, también se crearon alternativas para equilibrar las oportunidades del acceso a la salud porque existe una clasificación de derechohabientes y personas sin seguridad social que causa una diferencia entre la sociedad resultando inequidades estructurales, de esta manera, para ampliar la cobertura a la salud se originó en 1979 el programa IMSS – Coplamar con el fin de proveer servicios y medicamentos a personas de comunidades rurales e indígenas sin seguridad social en el país. Este programa se ha ido renombrando desde su edificación (Cobo, F., *et. al.*, 2022).

- **IMSS – COPLAMAR**

Atiende las necesidades de los grupos sociales más vulnerables, en 1977 se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) para atender la pobreza y ampliar la cobertura de salud en zonas marginadas de México (Gobierno de la República, 2017).

- **IMSS – Solidaridad (1989)**

El Gobierno Federal retoma una política de combate a la pobreza extrema en todo el país, por lo cual, cambia el nombre de IMSS – Coplamar a IMSS – Solidaridad, donde se implementó servicios en comunidades rurales marginales (Dávila, E. y Guijarro, M., 2000).

- **IMSS – Oportunidades (2002)**

Programa Federal que contribuye en garantizar el derecho a la protección de la salud, a través, de ofrecer servicios preventivos gratuitos en comunidades rurales y urbano marginadas (Gobierno de la República, 2017).

- **IMSS – Prospera (2014)**

Prestador de servicios de salud a otras instituciones y programas que, está inscrito en el Sistema de Protección Social en Salud, Seguro Popular. Este programa respondió a la inquietud del Estado por ampliar los servicios de salud a la población no asalariada, en pueblos indígenas y campesinos (*Ídem*).

En el año 2000 no se tenía elementos estructurales para considerar que se garantizaba el derecho establecido en el Artículo 4º, pero se debía atender a la población derechohabiente y sin seguridad social en comunidades rurales. En 2003, se reformo la LGS cuyo fin fue crear un esquema de protección financiera con los elementos jurídicos financieros y administrativos que permitieron extender la cobertura de manera progresiva a la población que no cuentan con aseguramiento, por lo cual, se creó el Seguro Popular (*Ibidem*).

El Seguro Popular como un sistema de protección financiera creado con el objetivo de desarrollar y administrar recursos para brindar servicios de salud a la población que no están afiliadas a los servicios de seguridad social. Como una propuesta de aseguramiento público, no una institución proveedora de servicios (su impacto fue tal que en 2016 el 50.4% de las personas afiliadas a algún instituto pertenecía al Seguro Popular y únicamente 13.4% por ciento no tenía ningún tipo de protección en salud, este financiamiento incremento el acceso y disminuyó las barreras del mismo, ocasionadas por el diseño institucional, no fue todo positivo, pues, la progresividad fue poco clara y la corrupción en el manejo de los recursos a nivel estatal) (Gobierno de la República, *Op. Cit*).

En 2019, las cámaras del Congreso de la Unión aprobaron una reforma a la LGS para garantizar la provisión universal y gratuita de los servicios de salud para la población sin seguridad social y crear el INSABI y de eliminar el Seguro Popular, modificó el esquema de protección del derecho a la salud. Está ola de reformas

buscó las alternativas para la provisión universal y gratuita de los servicios de salud (Cobo, F., et al., 2022).

En 2020, se modificó el Artículo 4º constitucional para crear el sistema de salud para el bienestar y explicitar que se debe de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención de las personas que no cuenten con seguridad social, de esta manera se reorganizó la SS y se otorgaron facultades de coordinación al INSABI (*Ídem*).

El INSABI se creó con la intención de aumentar el acceso, así como unificar la calidad y cobertura que ofrecían los SESA. En principio, tenía el objetivo de ser un órgano prestador de servicios que operara desde la federación, no un financiador. En 2022, el SNS enfrentó el SNS por la pandemia Covid – 19, este instituto no logró establecerse como una institución proveedora de servicios para las personas sin seguridad social (*Ibídem*).

- **IMSS – Bienestar (2018)**

El Programa IMSS – Bienestar durante el 2018, con vínculo de servicios integrales de salud y las prestaciones de solidaridad social establecidas en la Ley del Seguro Social, a favor de la población sin capacidad de contribuir y en condiciones de marginación en zonas rurales y urbanas en 28 entidades en el país. Este programa sería la nueva denominación de IMSS – Prospera sustentado en la Atención primaria con servicios médicos preventivos ((Cobo, F., *Op. Cit.*).

Cobo (*et. al.*, 2022) señala que anteriormente de la implementación del Programa de Salud para el Bienestar (2022), este programa tenía presencia en 28 entidades y en 2018 ofreció cobertura a 13.1 millones de personas, principalmente de áreas rurales y semiurbanas que no cuentan con seguridad social.

Ahora bien, el Sistema Nacional de Salud mexicano en los años 80's, el pilares de la estructura del SNS se establecieron en tres principales subsectores:

- El primero estaba compuesto por las instituciones que atendían a la población sin seguridad social como la SS, los servicios estatales de salud y el IMSS Coplamar.
- Se implementa, el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) conforma el principal instrumento del sector de salud para que la población rural marginada pueda acceder al Programa Básico de los Servicios de Salud, anteriormente el PAC

operaba a través de unidades móviles pero ha otorgado énfasis en la construcción de centros de salud, pero también se conforman por el Programa de Apoyo a las Zonas Indígenas, que cubre más de mil localidades, el Programa de Cirugía Extramuros y los Programas Emergentes para Grupos Vulnerables (Dávila, E., y Guijarro, M., 2000).

- El segundo sector, se constituye el bloque de instituciones enfocadas en la provisión de servicios a las personas con seguridad social vinculadas al empleo formal (IMSS, ISSSTE, PEMEX y las instituciones para miembros de las Fuerzas Armadas)
- Por último, el sector privado, integrado por hospitales, consultorios y clínicas para atender a la población no asegurada de todos los niveles socioeconómicos, a través de seguros privados o de pagos directos, como segunda reforma se consolida el SNS y la ampliación de la cobertura. (Cobo, F., *et. al.*, 2022, págs. 18-19).

2.5.1. Servicios de Salud

El servicio de salud, no son solo las instituciones de salud (clínicas), sino la unión de los recursos, instituciones, servicios y procedimientos que un Estado debe de garantizar para promover la salud. La disponibilidad, calidad, seguridad y oportunidad de los servicios de salud están impactados por el contexto geográfico, cultural, económico de una población, es decir, esto determina para acceder a un servicio de salud (Currea, V., 2005).

El derecho a la salud implica una distribución justa de los recursos entre los distintos ámbitos (salud, educación, justicia) de acuerdo con las necesidades de cada sector para poder garantizar la atención a la salud (Currea, V., 2005).

Según Currea, V. (2005) señala que el financiamiento de la seguridad social depende de la distribución de lo que la nación considere,

“los que deberían de sentirse amenazados por el financiamiento, son los militares, pues utilizan los recursos públicos para el acceso al servicio de salud, ya que se les da prioridad a los armamentos que a la salud y a la educación” (p. 46).

Además, los servicios públicos de salud son el principal mecanismo a través del cual el Estado garantiza el derecho a la salud, pero estos se encuentran limitados y

ofrecen como alternativa a la institución privada en salud que, se establece mediante: (Currea, V., 2005)

“La inexistencia en que la salud como derecho humano solo se garantiza por la oferta pública que, a su vez los garantiza el Estado mediante la oferta de servicios, pero si no lo hace, se aproximaría a los servicios prestados por particulares.

Amplitud de igualdad de condiciones de las obligaciones del Estado en materia de derechos humanos a los particulares.

Responsabilidad jurídica que pertenezca al ámbito de los derechos humanos, es decir, las instituciones privadas están sujetas al derecho, sino que se deben a principios de convivencia social” (*idem*, p.47).

2.5.2. Servicios Privados de Salud

Dávila y Guijarro (2000) señalan que los servicios privados de salud en México, son utilizados por un porcentaje significativo de la población que, abarcan desde grandes (lujosos) hospitales, clínicas, por lo cual, el aseguramiento privado en materia de salud se apoya en los servicios privados de salud.

Los servicios privados de salud son diversos, pero carecen de una integración efectiva, pues no ofrece una cobertura universal, sino que solo se enfoca en determinada parte de la población (*idem*).

Además, se cuenta con un Sistema Privado de salud en México, por corporaciones como el Centro médico ABC, Hospital Inglés, Hospitales Ángeles, Star médica, Médica sur, san Angel Inn, Sanatorio Durango, Hospital de la beneficencia española. Según, la Organización para la cooperación y desarrollo económico (OCDE) (Gómez, C., 2017).

México cuenta con hospitales privados con fines de lucro, cuyo objetivo es satisfacer sus intereses que cumplir con la atención de salud de las personas, por lo tanto, se considera la salud como una mercancía y no como un derecho (*idem*).

Aunque, Ochoa (2017) señala que se ofrece el servicio privado de salud a bajo costo, a través establecimientos privados denominados Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF) que ofrecen consultas médicas, exámenes de laboratorio y medicamentos de bajo costo.

Los bienes privados son individuales y solo los adquiere la población que paga por ellos, mientras que, los servicios públicos desarrollan beneficios colectivos, es decir, se extiende a toda la sociedad y son financiados por recursos públicos (Currea, V., 2005).

Los seguros de servicios de salud en México, se enfocan en cubrir gastos médicos mayores, lo que ocasiona una desprotección a un amplio sector de la población (Dávila y Guijarro, *Op. cit.*).

2.5.3. Gasto de bolsillo

El gasto de bolsillo, se define como los gastos directos que hacen las familias para cubrir las atenciones de salud (Cobo, F., Flores, P., Charvel, A., Palacio, L., Hernández, J. y Molina, D., 2022).

Los gastos catastróficos, son los altos desembolsos para cubrir necesidades en salud, como resultado de la falta de acceso de salud que pone en riesgo la economía de las familias. La desaparición del Seguro Popular en 2019 más de 16 millones de personas en México carecía de algún tipo de protección financiera en salud. En 2002, se registró el valor máximo de gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud. El aumento del gasto de bolsillo puede relacionarse con las faltas de cobertura y de atención después del desmantelamiento del Seguro Popular (Cobo, *et. al.*, 2022).

En el año 2020, el gasto se registró un aumento de 40% respecto a 2018, al ser de 2,358 a 3,299 pesos, por la pandemia Covid – 19. Este incremento se observa de manera relevante e inversamente proporcional en todos los niveles socioeconómicos: bajo 57.5%, medio bajo 55.8%, medio alto 52.8% y alto 32.4% (*Ídem*).

La población presenta gasto de bolsillo para adquirir medicamentos y acceder a servicios de salud como consulta externa y hospitalización. El gasto catastrófico en salud, es cuando las familias deben reducir su gasto básico por un periodo para cubrir los gastos en salud. Por lo cual, un hogar con gastos catastróficos es aquel que destina más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de la familia (*Ibidem*).

2.5.4. Niveles de Atención en Salud

Entre el año 1933 a 1995, se encontraba obstáculos al acceso a los servicios de salud, por lo que, se constituyó en tres niveles de servicios médicos en que está estructurado el servicio de salud público (Dávila, E. y Guijarro, M., 2000).

“Primer nivel: este nivel atiende la mayor parte de la sociedad, utiliza el 26% de los recursos dirigidos a la atención médica y la entrada del paciente al resto del sistema de salud (donde el médico familiar está responsabilizado de atender a una población de 2,400 derechohabientes que, están sujetos a una unidad específica de primer nivel, el médico debe de atender enfermedades de menor grado de dificultad “diagnóstico, tratamiento, información sobre higiene, alimentación y forma de vida”. En caso de presentar un padecimiento con mayor dificultad, es orientado a un hospital de segundo nivel” (*ídem*, p. 40).

En las unidades de medicina familiar que es parte de la atención del primer nivel, se conforman de consultorios, diagnósticos de rayos X, laboratorios, archivos de afiliación, vigencia y expedientes médicos de las personas adscritas a la institución médica y cuentan con una farmacia. Además de, ofrecer apoyo a la salud de la población no derechohabiente (población abierta) por medio del fomento a la salud, vacunación (*ibídem*).

El primer nivel de atención es el más vulnerable, pues realizan las personas largas esperas para recibir atención, falta de medicamentos, escasez de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de la unidad, despersonalización en la relación médico paciente, quejas de los trabajadores de empresas por la asignación y pago de incapacidades. Por lo tanto, causa la ineficiencia de resolver los padecimientos de la población con eficacia dentro del primer nivel de atención, esto desarrolla sobrecargas en el resto del sistema (Dávila, E. y Guijarro, M., *Op. Cit.*).

Según, la atención primaria de salud:

- Es una consecuencia de las condiciones económicas, socioculturales y políticas
- Orientación a los principales problemas de salud y servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

El gobierno debe de formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales para mantener la atención primaria de salud ((Dávila, E. y Guijarro, M., 2000, p. 42).

El segundo nivel de atención de salud en un servicio público, se refiere a:

“Segundo nivel de atención: constituido por hospitales generales de región, zona y subzona que cubren la totalidad del territorio, donde se atienden derechohabientes que le derivan un determinado número de unidades de primer nivel. Brinda atención a los padecimientos de alta demanda que requieran apoyo de especialidades médicas para cirugía, tratamientos y diagnósticos específicos” (Dávila, E. y Guijarro, M., 2000, p. 41).

La atención hospitalizada se enfoca en especialidades de cirugía general, pediatría, gineco obstetricia y medicina interna donde la labor es en equipo con enfermeras y técnicos, cuya atención es de urgencias las 24 horas los siete días de la semana, con un nivel del 54% del gasto total del sistema (*Ídem*).

Los obstáculos de este nivel son vinculados con el abasto de medicamentos y otros insumos relacionados con el diagnóstico, la saturación de las áreas de urgencias, así como el diferimiento de consulta de especialidades y de intervenciones quirúrgicas (*Íbidem*). *El tercer nivel* de atención de salud en un servicio público, se refiere a:

“**Tercer nivel:** conformado por los 42 hospitales de alta especialidad, este nivel atiende a los pacientes con enfermedades no tan comunes y que por su elevada dificultad requieren recursos médicos y técnicos especializados para su diagnóstico y tratamiento, las quejas de este nivel, son por los medicamentos e insumos de diagnóstico, generando retrasos a veces significativos en la atención de los pacientes” (Dávila, E. y Guijarro, M., 2000, p. 43).

2.5.5. Trabajadores no sujetos a afiliación obligatoria

Según Dávila y Guijarro (2000) la población no asegurada (población abierta) atendida por la Secretaría de Salud (SS) que es operada por el componente de Salud del Progreso y el Programa de ampliación de Cobertura (PAC); las entidades coordinadas por la SS, los servicios estatales de salud (SES) que con apoyo financiero del gobierno Federal han respondido una parte de los servicios que antes

operaba la SS; y el sistema IMSS solidaridad que se financia con recursos del Gobierno Federal

El PAC conforma el principal instrumento del sector de salud para que la población rural marginada pueda acceder al Programa Básico de los Servicios de Salud, a través de unidades móviles que cubre regiones en situación de vulnerabilidad (*Ídem*).

Según Cobo (*et. al.*, 2022) se instauraron programas específicos enfocados en enfrentar la falta de cobertura ocasionada por el diseño institucional por la falta de acceso a la atención de salud de la población. En 2003, se originó el Seguro Popular para cubrir a la población sin seguridad social. Posteriormente, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica clasificado en la SS. Creado con la reforma a la LGS en 2019 para ser el sistema encargado de proveer de servicios de salud a la población sin seguridad social. Posteriormente, el INSABI (actualmente IMSS - Bienestar) cuya finalidad de proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos para las personas que no cuentan con seguridad social. Su financiamiento proviene de recursos públicos con la asignación directa de Presupuestos de Egresos de la Federación (PEF) y aportaciones de las entidades federativas (*Ídem*).

En la tercera ola de reformas (visto en el SNS), iniciados en 1995, se concretó la descentralización del sistema.

2.5.6. Descentralización

La Ley General de Salud (LGS), en el Acuerdo Nacional para la descentralización Integral de los Servicios de Salud (1997), se crearon 32 organismos públicos estatales los cuales se transfirieron competencias federales en materia de atención médica y salud pública, donde gestionaron sus recursos y definieron sus prioridades en el marco de las políticas nacionales señaladas por el Consejo Nacional de Salud (Dávila, E. y Guijarro, M., 2000).

La descentralización de los servicios de salud requirió apoyo financiero de la Federación mismo que se formalizó al crearse el Fondo de Aportaciones para los

Servicios de Salud (FASS) que, se creó en virtud de las reformas a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF) de diciembre 1997. Los recursos del FASS se determinan anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación permitiendo a las entidades federativas asumir nuevas responsabilidades en materia de salud (*ídem*).

2.5.7. Cobertura de salud

La cobertura de los servicios de salud se entiende como el acceso equitativo de la población a servicios integrales. Los cambios a la Ley General de Salud en 2019 tenían como principal propósito aumentar la cobertura gratuita de la población sin seguridad social. Pues, las modificaciones se centran en reformar la estructura de una parte de las personas usuarias del SNS, se dificulta que se hable de una cobertura universal. La cobertura sanitaria universal (CSU) significa que todas las personas puedan acceder a servicios de salud de calidad sin tener que experimentar dificultades financieras. Además, la cobertura universal se refleja como un derecho humano, así como en los principios de equidad y solidaridad (Cobo, F., *et. al*, 2022).

2.5.8. Vulnerabilidad en Salud

La vulnerabilidad en salud se refiere a la situación de determinados grupos sociales que enfrentan obstáculos para acceder a servicios de salud y reducir riesgos, debido a carencias y la falta de apoyo social, económico e institucional para obtener atención y la reducción de los riesgos de salud (Juárez, C., Márquez, M., Salgado, N., Pelcastre, B., Ruelas, M. y Reyes, H., 2014).

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) señala que en América Latina, es la región más inequitativa del mundo, pues la escasez de recursos sociales es nombrado como las “viejas desigualdades de América Latina”, que desfavorece en las desventajas socioeconómicas que genera obstáculos en el acceso a la salud (Juárez, *et. al.*, 2014).

La vulnerabilidad en salud, se caracteriza como la desprotección y el desamparo al acceso a la salud de aquellos grupos poblacionales que enfrentan límites sociales como la pobreza, desempleo, discriminación y bajo nivel educativo

que se traducen como aspectos sociales que desprotegen la salud de las personas (*idem*).

La vulnerabilidad no es estática, se encuentra influenciada por las condiciones sociales que genera una inequidad social. Las poblaciones indígenas, por ejemplo, presentan una falta de cobertura en servicios de salud, sumando a ello, las barreras culturales, los prejuicios sociales, la relación médico paciente, su lengua o al menos que el personal de salud hable la misma o se cuente con un traductor (*ibídem*).

La vulnerabilidad social en salud, no es característica inseparable de las personas sino que está determinada por factores sociales como la pobreza, discriminación y la falta de acceso a servicios básicos. Los grupos indígenas, migrantes, mujeres, niños, ancianos, jóvenes y otros grupos, se enfrentan a mayores obstáculos de cobertura de servicios de salud (Gobierno de México, 2020, <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables.html>

- La Organización de las Naciones Unidas (2014) plantea que el grupo social, en particular los pueblos indígenas enfrentan obstáculos en materia de salud, como:
- El racismo y la discriminación estructural.
- La falta de aplicación del principio de autodeterminación, que en la práctica incluye el consentimiento previo libre e informado y la participación en la adopción de decisiones.
- La falta de cumplimiento efectivo de los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas.
- La violación de los derechos humanos y la violencia.
- La falta de consideración de referentes indígenas como la espiritualidad.
- Las limitaciones para concebir la continuidad cultural basada en la interculturalidad (Naciones Unidas, 2014, p. 202).

Al definir la vulnerabilidad, se entiende con una connotación multidimensional donde se refiere a las desigualdades sociales y regionales (Granados, A., 2017). Aranibar (2001) menciona que la vulnerabilidad es un

“... fenómeno social multidimensional que da cuenta de los sentimientos de riesgo, inseguridad e indefensión y de la base material que los sustenta, provocado por la

implementación de una trascendencia de desarrollo que afectan a la mayoría de la población” (Aranibar, 2001, s.p., como se citó en Granados, A., 2017, p. 36).

Mientras que, Brow (2001 como se citó en Granados, A., 2017) considera que las vulnerabilidades no son solo individuales sino estructurales, es decir, están arraigadas en el sistema social, político y económico, los cuales establecen las condiciones de vida de las personas.

La vulnerabilidad, también se hace referencia a una condición de la ausencia o limitación de recursos personales, familiares, comunitarios, sociales y económicos. Asimismo, cuando se mezclan características sociales y biológicas, así como contextos estructurales, es posible identificar grupos poblacionales que son socialmente vulnerables (Salgado, V., González, T. Bojorquez, L. e Infante, C., 2007).

Para Salgado (*et al.*, 2017) la vulnerabilidad es una conceptualización significativa para analizar las desigualdades sociales y sus consecuencias en la salud de las poblaciones. Este autor sostiene una combinación de factores sociales, (como la clase, género, etnia, preferencias sexuales) biológicos (sexo y edad) y las condiciones estructurales del contexto (cultura, política, economía) determinan el grado de vulnerabilidad de una persona o grupo. La vulnerabilidad, está implicada por:

- La pertenencia a un grupo y las redes sociales del individuo (migrantes indocumentados mexicanos que se dirigen a los EU, en este caso, son las mujeres y los menores indígenas de comunidades marginales y de reciente incorporación a la migración los más vulnerables a daños en su salud).
- El acceso a servicios y programas de salud
- El ambiente social como son las decisiones políticas, la inequidad económica, las normas, valores y marcos legales que actúan como barreras o facilitadores de la promoción de la salud. Estas influencias y determinantes pueden llevar a la inclusión o exclusión de los individuos y grupos (Ejemplo: violaciones de los derechos humanos hacia los migrantes y la falta de acceso que tienen a uso de servicios de salud y a mecanismos legales de protección. Estos aspectos negativos de la migración están determinados por las políticas públicas sobre

migración, salud y derechos humanos) (Salgado, V., González, T. Bojorquez, L. e Infante, C., 2007, p. 9).

La pobreza y la inequidad son dos de los ámbitos más importantes de enfermedad. La ausencia de recursos es un indicador de vulnerabilidad que pone en riesgo el bienestar de las poblaciones, cabe agregar que, también se refiere a la desprotección de un grupo de personas cuando enfrentan daños a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos humanos por no contar con recursos personales, sociales y legales (Cáceres, 1999 como se citó en Salgado, V., et., al., 2007).

La vulnerabilidad es el resultado de la intersección de diversos factores (económicos, políticos y sociales) los cuales ocasionan el nivel de riesgo de las personas (Laska 2008 como se citó en Granados, A., 2017).

La vulnerabilidad en salud, según Hurts (2008 como se citó en Granados, A., 2017) es una consecuencia de la distinción sistemática y estructural en la salud entre y al interior de los grupos sociales que, suma los aspectos que influyen en la salud, como los socioeconómicos, alimentación, el nivel educativo, el empleo, las condiciones de la vivienda. Las personas con menores condiciones sociales, se encuentran en un menor o bajo nivel socioeconómico de acceder a un mejor estado de salud. A mayor grado de desigualdad de ingresos, entre pobres y ricos La población indígena, al igual que otros grupos en situación de vulnerabilidad se enfrentan en desigualdades por acceso a la cobertura de salud específicamente en zonas rurales y marginadas (Candia, A. y Olivera, S., 2021).

En las regiones de Oaxaca, Guerrero y Puebla, en la sierra Tarahumara (Chihuahua) y la Huasteca (San Luis de Potosí, Querétaro e Hidalgo) son los municipios que presentan un alto índice de vulnerabilidad, al no contar con los recursos sanitarios suficientes y tener un sistema salud limitado en sus capacidades de cobertura hospitalaria y de atención primaria (*idem*).

Los territorios con ninguna atención médica, requieren realizar traslados entre 3 a 10 km en el caso de las ciudades capitales y entre 1 a 12 horas en el caso de municipios distantes (*ibídem*).

Las enfermedades respiratorias, en particular en los municipios de alta y media exposición a la pandemia por COVID-19, se destaca que, las ciudades y localidades que cuentan con los recursos sanitarios específicos, estas no están preparadas para cubrir una alta demanda de hospitalización en cortos espacios de tiempo pero, en la primera y segunda ola de la pandemia el sistema sanitario de estos municipios se vio colapsado (Candia, A. y Olivera, S., *Op. Cit*).

Hasta el 24 de enero de 2021, se registraron 1 752,347 casos acumulados, cerca de 150,000 defunciones y más de 107,000 casos activos, lo que genera una mayor presión al sistema sanitario del país. Por lo que se precisa generar medidas inmediatas de apoyo y mitigación de los efectos de la COVID-19 en los municipios de muy alta vulnerabilidad, tales como: la implementación de más unidades ambulatorias, el cerco a las comunidades de muy alta vulnerabilidad, así como una distribución equitativa y eficiente de las vacunas (Candia, A. y Olivera, S., *Op. Cit*). Los estados que más o menos vulnerables son en comparación con el resto del país, son Hidalgo, Nayarit, Puebla y Tlaxcala. Por el contrario, la CDMX, Aguascalientes y Baja California Sur fueron los estados que menos vulnerabilidad muestran a nivel nacional (Semáforo Económico, 2020). [Página Oficial]).

En el caso de Hidalgo, uno de los estados con vulnerabilidad tanto en salud como en economía, los resultados reflejan su posición como el tercer estado con la tasa de informalidad más alta a nivel nacional (70.8 por ciento) y el fuerte peso de las manufacturas en su economía (aportan alrededor de una cuarta parte); además, ocupa el segundo lugar en términos de mayor proporción de adultos con diabetes y es el séptimo estado con menor número de camas de hospital por cada 100 mil habitantes (*Ídem*).

En México la conceptualización de vulnerabilidad se incorpora oficialmente dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND) en el periodo del 2007-2012, inscribiéndolo como el resultado de una acumulación de las posibles desventajas sociales, las cuales causan escenarios de riesgo o daño en cualquier situación o dimensión (social, cultural, política, económica), derivadas de posibles causas sociales y de características personales o culturales. Considerando a la población de niñas, niños, jóvenes, los migrantes, las personas con discapacidad, los adultos

mayores y grupos de pueblos originarios, que más allá de su condición de pobreza, viven en un riesgo frecuente en aspecto social (Gobierno de México, 2007 como se citó en Acevedo, J., 2023).

La vulnerabilidad, afecta no solo a la dignidad humana, sino viola los derechos y garantías fundamentales, de las personas, de los grupos, las comunidades, y sociedades en general.

2.6. Conclusión del capítulo

De esta manera, se fue estableciendo la importancia de contar con establecimientos enfocados en los servicios de salud, hasta incorporar los derechos sociales en nuestro país y, con ello, dando responsabilidad al Estado considerando la salubridad, higiene y salud en la Carta Magna enfocado a los trabajadores y en el desarrollo laboral, pero aún no se concebía como un derecho a la salud. En este transcurso, se fueron edificando organismos encargados en la prevención y promoción de la salud de las personas.

Sin embargo, después se establece en la Constitución párrafo tercero el derecho a la protección de la salud donde la ley establece las modalidades y las bases para el acceso a los servicios de salud, por lo cual, en nuestra Constitución no se establece un “*derecho a la salud*”, sino un derecho a la protección de la salud donde se brindan prestaciones y servicios de salud encaminados a la atención en salud de las personas donde se brinda, a través de un “Sistema Nacional de Salud” que, considero representa una diferenciación institucional de salud en la población mexicana.

Este Sistema de Salud trae consigo, efectos sobre las condiciones de salud y acceso a los servicios de salud de la sociedad, por lo cual, el Estado participa en ofrecer los servicios para brindar a la población la atención de la salud, lo que genera es regular, financiar y prestar los servicios.

- El Estado regula, porque establece las normas o leyes en cuanto a la atención, acceso de la salud.
- El Estado aporta una parte del financiamiento, porque también son los empleados y los trabajadores que lo hacen.

- El Estado presta los servicios de salud, porque brinda los servicios de salud, a través de la seguridad social como el IMSS, ISSSTE, entre otros y son instituciones propias del Estado.

Hay una gran parte de la población que no puede acceder a los servicios de salud porque no son empleados con aseguramiento al servicio de salud público, por ejemplo, las poblaciones indígenas son grupos en situación de vulnerabilidad que se enfrentan a obstáculos para acceder al servicio de salud (el idioma, el transporte hacia las clínicas y la situación económica, entre otros).

Sin embargo, el Estado parte del asistencialismo social para enfocarse a esas poblaciones en situación de vulnerabilidad, para los grupos sociales en marginación o pobreza pero, estos cuentan con los servicios mínimos de protección a la salud, no cuentan con una atención de segundo o tercer nivel.

Ahora bien, el Sistema Nacional de Salud de nuestro país, se divide en sectores, el público y el privado. En el privado como una alternativa de acceso a la salud para personas que no pueden acceder a un servicio público de salud, sin embargo, en este rubro privado se dirige especialmente a las personas que cuentan con recursos económicos para sustentar el servicio, y esto causa un gasto de bolsillo en la sociedad.

Finalmente, se considera que el Estado a partir de esto, controla los principios acceso a los servicios de salud pero que, no considera los otros aspectos en la población, la economía, trabajo, alimentación, vivienda, educación, ambiente, entre otros factores que intervienen en la salud y son limitantes para garantizar el derecho a la salud, reflejado en nuestro país como el derecho a la protección de la salud.

CAPÍTULO III. ANTECEDENTE ECONÓMICO-POLÍTICO DEL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

Presentación del capítulo

Este es un apartado económico – político trata de recapitular cómo la salud se consideró un derecho prioritario y fundamental durante el Estado Benefactor en México y reflexionar sobre cómo la transición hacia un Estado liberal y la entrada de las organizaciones internacionales provocó paulatinamente la privatización de los derechos sociales, específicamente el derecho a la salud.

3.1. Antecedentes económico político del derecho a la salud en México

Nuestro país, pasó de un cambio de Estado Benefactor a la administración del sector privado, donde la competencia de empresas nacionales con las extranjeras donde México al aceptar un modelo neoliberal de vida los derechos sociales sean tenido que privatizar y convertirse en privilegios para las personas que cuentan con dinero, la relación de la sociedad con el Estado es alterada por la oferta de sus servicios como la salud (Soto, R., y Quintana, A., 2014).

Los Estados de Bienestar son consecuencia de las élites políticas y económicas, estas políticas sociales impulsaron reformas de seguro obligatorio, protección al trabajo, salario mínimo, expansión de los servicios sanitarios y educativos. El establecimiento del Estado de Bienestar se completó posteriormente a la Segunda Guerra Mundial.

Es en la Segunda Guerra Mundial cuando el pacto o consenso keynesiano, que origina a los sistemas de seguridad social y de relaciones laborales vigentes, el Plan Marshall, nombrado European Recovery Program o ERP, fue el principal programa de los Estados Unidos para la reconstrucción de Europa después de la Segunda Guerra Mundial mientras que Estados Unidos interviene en la reconstrucción de los países europeos de la posguerra para abrir lazos comerciales con Europa y de ser la contraparte política de la URSS en el escenario internacional (Olmos, C., y Silva, R., 2011).

Según Norberto Bobbio (2002) el Estado de Bienestar como mercado autorregulado y de la mercantilización de la relación salarial y el principio de igualdad tienen exigencias incompatibles pues, el primero exige la no intervención del Estado y el segundo, por el contrario, postula que el Estado debe eliminar todos los obstáculos que impiden a los ciudadanos gozar de los derechos políticos y

sociales formalmente reconocidos, la sociedad trata de defenderse del mercado autorregulado, que produce miseria, desigualdad, desocupación que, a través de la acción del Estado, ponen límites al imperialismo de la lógica capitalista (Bobbio, N., 2002, s.p., como se citó en Olmos, C. y R. Silva, 2011).

El Estado de Bienestar, reconoce la seguridad social, según, Otto von Bismarck manifestó leyes sociales dirigiendo las demandas de los trabajadores; Seguro contra Enfermedad (1883); Seguro contra Accidentes de Trabajo (1884); Seguro contra la Invalidez y la vejez (1889). El enfoque de Estado del Bienestar se basa en un sistema de seguros sociales de carácter obligatorio con descuentos donde se emplea el ciudadano, así cotiza a su seguro social individual, este modelo se extendió a Europa y luego a otras partes del mundo, para Marshall (*idem*).

“La ciudadanía social es una idea central de este modelo, en el que los derechos sociales en su forma moderna suponen la invasión del contrato por el estatus, la subordinación del precio de mercado a la justicia social, la sustitución de la libre negociación por la declaración de derechos” e incluye la categoría de los Derechos socioeconómicos, estos derechos sociales: derecho a un mínimo de bienestar, seguridad económica, sistema educacional y los servicios sociales (siglo XX extensión de estos derechos)... Marshall (1997) incluye los derechos de los trabajadores para ser protegidos de las enfermedades y accidentes del trabajo, a tener una vivienda y una jubilación, mutualidades de previsión, ayudas a vivienda y políticas de pleno empleo” (1997, en Olmos, C. y Silva, R., 2011, p.2).

Con respecto a, el Estado de Bienestar en México se asocia al periodo del Milagro Mexicano (1940 a 1970), a partir de la Revolución Mexicana, tomando en cuenta los derechos sociales y la promoción de la equidad. El aumento de las empresas estatales por la industrialización que se encontraba el país, se extendieron los impuestos a nuevas fábricas y la inversión era únicamente de empresarios nacionales (Portilla, O., 2005).

Se crearon instituciones de seguridad social (1943), Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) para generar asistencia médica a la población trabajadora y para proveer pensiones, posteriormente fue sustituido por las Afores. Otra institución de seguridad social que se creó, es la de (1960) Servicios Sociales de

los Trabajadores del Estado (ISSSTE), es decir que, este servicio es dirigido para las personas que laboran para el Estado. Al mando del presidente de la república Adolfo López, S. Mateos, las políticas sociales se promovían (*idem*).

El Estado Bienestar Mexicano, visualizaba por universalizar, garantizar a la educación y la salud, además de eliminar la pobreza. Los Estados de Bienestar intervinieron para mejorar el nivel de vida de los obreros; el concepto de seguridad social tiende hacer hincapié en los derechos sociales de ciudadanía y no en los derechos de los trabajadores de participar en la gestión económica o la gestión productiva (Portilla, O., 2005; Olmos, C. y Silva, R., 2011).

En cambio, México encontraba problemas en el Estado de Bienestar, según Emilio Duhau (s.f.), los límites universalistas se encontraban en la educación y salud, donde las industrias desaparecerían el Estado Bienestar, lo que le permitiría libertad de acción en el terreno económico, por lo tanto excluiría a las políticas sociales (Duhau, E., s.f., s.p., como se citó en Portilla, O., 2005).

De esta manera, surge la entrada del neoliberalismo que propone dismantelar las instituciones de protección social implementadas por el Estado de Bienestar, disminuir el gasto público, bajar los impuestos y retomar un camino hacia un desarrollo de la economía internacional.

El siglo XIX hasta la Segunda Guerra Mundial, los Estados occidentales se transforman pasando de Estados liberales a "Estados Sociales" o "Estados de Bienestar". El modelo de Estado liberal parte de que el individuo es consciente de sus intereses básicos, definidos derechos naturales: a la vida, a la libertad y a la propiedad (Olmos, C. y Silva, R., 2011).

El neoliberalismo señala que, el Estado moderno coexisten en realidad dos Estados: un *Estado de Derecho*, guardián de la democracia y garante de las libertades esenciales, y un *Estado intervencionista* que, destruye esas libertades (reducir o suprimir el segundo para conservar el primero). El Estado actúa como una estructura social y que ha sido dismantelada la categoría de "Bienestar" con las privatizaciones, externalización de servicios y subcontrataciones de empresas y servicios que antes otorgaban los Estados y que ahora deben costear los ciudadanos (*idem*).

El modelo de bienestar culminó por los regímenes políticos neoliberales para satisfacer la demanda externa y desregulación financiera, pues, nuestro país emprendió políticas de apertura económica, ya que, perdió soberanía económica con su endeudamiento bajo el impacto de las políticas estructurales (1982 - 2000). La desestabilización de los antiguos regímenes y en contra de las políticas nacionalistas y socialistas en América Latina, fueron suplantadas por un nuevo gobierno mundial conformado por dirigentes de las instituciones financieras internacionales. Las transnacionales toman decisiones que afectan a grandes sectores económicos y sociales relacionados con los estados imperiales y las multinacionales que tienen influencia sobre ellos, pues, los recursos para las propias instituciones financieras internacionales provienen de los estados imperiales (Hart, M. y Negri, A., 2000).

Se originó, una "nueva economía" que ha suplantado a la "vieja economía" de la fabricación, la minería, la agricultura, por la tercera revolución científica como una forma nueva de capitalismo (*idem*).

El ex presidente José López Portillo antes de concluir su sexenio, firmó la Carta de Intención con el Fondo Monetario Internacional que, obliga a México a estar al mando de esta organización y la del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) variante del neoliberalismo que se aplica en los países del Tercer Mundo que enfrentan problemáticas de endeudamiento externo con los países ricos (Cadena, E., 2005).

McNamara (como se cita en Robinson, W., 2017), expresa que el Banco Mundial debe intervenir para prestar sumas cada vez más importantes a los países en vías de desarrollo y que el crecimiento del endeudamiento fuera superior al de los ingresos por exportación, así que el Banco Mundial mantuvo la presión sobre los países del Tercer Mundo a fin de que incrementaran su endeudamiento y también, subordinaban a los países del Tercer Mundo, es decir, limitaba la actividad a los países más pobres, reprimiendo el acceso a los mercados de capital para dominar la economía mundial (Robinson, W., 2017).

Al entrar al apoyo financiero y hacer frente a la deuda de los 80's, México favoreció las políticas de ajuste estructural "Consenso de Washington" donde la

economía estadounidense y las élites internas de América Latina generadas por el FMI y Banco Mundial, “coopera” en los desequilibrios macroeconómicos, desarrolla capacidad de pago internacional e implementa economía de mercado (Williamson, 1990, Guillén, 2008 y Correa, 2008 en Ortíz, A., A., 1988).

La aparición del Estado liberal significó una transformación fundamental, según Karl Polanyi (1989), el mercado autorregulador representaba una inversión radical de la tendencia que era entonces la del desarrollo, una economía de mercado es un sistema económico regido, regulado y orientado únicamente por las grandes organizaciones. El asegurar el orden en la producción y la distribución de bienes es confiada a ese mecanismo autorregulador, lo que se espera es que los seres humanos se comporten de modo que pretendan ganar el máximo dinero posible (como se cita en Olmos, C. y Silva, R., 2011).

El ajustar las cambiantes economías, no es solucionar la crisis interna y tampoco, se deriva un desarrollo económico y social, sino que se organiza la explotación de los recursos naturales, humanos y financieros en destino de asegurar que se pague la deuda externa (Ortíz, A., 1988).

Los compromisos que asume México, hacen referencia al *orden macroeconómico*, manejo de (Cadena, E., 2005, p. 4 y Ortíz, A., 1988):

- Reducción del gasto público.
- Eliminación del déficit presupuestal, liquidando todo tipo de subsidios (alimentos, transporte barato para la población pobre).
- Reducción del tamaño del Estado: despido masivo de burócratas, reprivatización de empresas paraestatales.
- Mayor libertad económica para los empresarios, banqueros industriales y comerciantes (menor intervención del Estado en la Economía).
- Eliminación de los controles de precios (no erradicar ganancias, salarios fijar en función de las leyes de la oferta y la demanda).
- La apertura total e indiscriminada a la inversión extranjera y a las mercancías provenientes del exterior y tomar control del país subordinado (Ortíz, A., 1988, p. 11).

En los años 70's e inicios de los 80's, el país se enfrentó a una economía inestable (1982) donde la devaluación del peso frente al dólar estadounidense, causo crisis e incremento acelerado en los precios en la canasta básica, la inflación del 100%. En el sexenio de Miguel de la Madrid (1982 - 1988), donde el país se encontraba en inestabilidad y con deuda externa del sector público el PIB bajo (Ramos, 1988 y OECD, 2010 como se citó en Cadena, E., 2005).

La crisis de 1982 ocasiona un descenso en el PIB, mientras que, en 1983 y 1984 se dirigió a disminuir la inflación a la mitad de 1982; se corrige el déficit público; se restablece los pagos por servicio de la deuda; se reduce el déficit comercial. En el 1984 la política económica se concentró en inflación, crecimiento del PIB, déficit del sector público, ingresos por precios y tarifas por ciento del PIB, esto sucedió por los años posteriores (Baillet, 1993 como se citó en Cadena, E., 2005).

Según Cadena (2005) en el periodo de Miguel de la Madrid y en gobiernos neoliberales posteriores no hubo un crecimiento económico en nuestro país, por lo cual, no se ha podido superar la consonancia de aumento económico durante el Estado Bienestar, por lo tanto, el proceso de desindustrialización con relación de aumento del valor incorporado en la industria tiende a decrecer, lo que causa un debilitamiento de la industria local, y a su vez, se convierte en un país importador y no en productor, esto es, México producía una descapitalización y la pérdida de la economía nacional en el contexto mundial (Cadena, E., 2005).

Las promesas de las políticas de ajuste estructural referente a las condiciones de salud de la población mexicana se quedaron en teoría, porque con la economía de mercado empeoraron, por la reducción del gasto del servicio de salud (*ídem*).

En el sexenio de Carlos Salinas, generó la reforma del Estado con una adecuación a un nuevo modelo de nación moderna “un país del primer mundo”, esta reforma es el diseño para los inversionistas donde se habla de una visión política y económica, donde la apertura a la inversión extranjera con la firma del Tratado de Libre Comercio (TLCAN) en Estados Unidos y Canadá, se privatizarían los bienes públicos, la eliminación de algunos subsidios y las políticas salariales y de empleo a la estabilización macroeconómica (Somuano, A., 2015).

Estados Unidos, intervino para salvar y evitar colapso del sistema financiero en México, el presidente Clinton se adentró para enviar 20.000 millones de dólares al estado mexicano para estabilizar el peso, este país juega un papel dominante en el manejo de la crisis para evitar de la quiebra a los principales inversionistas (Hart, M. y Negri, A., 2000).

Las reformas estructurales han desencadenado crisis internas en México pues, las amenazas o presiones económicas y los acuerdos comerciales multilaterales, el Tratado de Libre Comercio en América del Norte (TLCAN) y el Área de Libre Comercio de América Latina (LAFTA) establecidos y creados para abrir nuevos mercados para las multinacionales, es aquí, donde el Estado mexicano elimina las barreras y desestabiliza los regímenes nacionalistas (*ídem*).

El Estado mexicano no solo le garantiza la expansión de las inversiones corporativas, sino que, está involucrado durante el proceso previo, durante y después de la expansión de las multinacionales en el exterior y hacia el mercado internacional, sino que, promueve los intereses de las transnacionales de los países con mayor riqueza, dominio y poder y extienden su poder para seguir controlando (*ibídem*).

Nuestro país, abandonó su protección de las poblaciones campesinas e indígenas en la década de los ochenta, a su vez, por la presión de Estados Unidos para adoptar prácticas de privatización neoliberales y con la ayuda financiera, la apertura del mercado estadounidense al comercio a través del TLCAN (Harvey, D., 2004).

A partir de la entrada al TLCAN y del desplome de la inversión pública en el aparato productivo se atacó a empresas públicas: como PEMEX, Comisión Federal de Electricidad, los sectores básicos como salud, educación, agricultura y se niegan a la nación el derecho a tener una política de desarrollo. El Tratado es descrito como un convenio entre magnates, un acuerdo para ricos y poderosos de Estados Unidos, México y Canadá (Saxe - Fernández, J., 2008).

Saxe - Fernández (2008) enuncia que, la integración de México en la "América del Norte" como "socio" en igualdad de condiciones no impresiona a las burocracias de Washington.

El TLCAN ahora se tiene una economía que abarca la parte norte del continente e incluye a Canadá y México, dos países soberanos cuyas economías están permanentemente vinculadas a la nuestra, una economía es del tercer mundo, donde cien millones de personas más del 40% viven con dos dólares al día son controladas por una delgada capa de oligarcas, el neoliberalismo en México ha fracasado, pues, el nivel de vida de los ciudadanos comunes está peor que hace diez años, mientras que los ricos, aliados con el capital estadounidense y canadiense, se han enriquecido más (*ídem*).

En el año 1991, el gobierno de Salinas aprobó una ley de reforma que permitía y alentaba la privatización de las tierras del ejido, el gobierno estaba abandonando su responsabilidad en el mantenimiento de esa seguridad, también desmantelaron las protecciones de seguridad social (Harvey, D., 2004).

Después de 1994 en México, causo una rebelión contra el sistema, pues, una de las funciones principales de la intervención estatal y de las instituciones internacionales fue devaluar, es decir, acumular por desposesión administrados por el FMI, beneficiando las grandes potencias capitalistas, como Estados Unidos (*Ídem*).

Las políticas de ajuste estructural y económico se refieren al poder de clase, la riqueza y el control (Según, Petras J, y Veltmeyer, H., 2004).

El programa de ajuste estructural es una estrategia de la clase gobernante dominante, un estado ideológicamente comprometido a despojarse de su papel histórico como entidad independiente y rechazar la idea de la soberanía popular para aplicar políticas impopulares (Hart, M. y Negri, A., 2000).

La estrategia del libre mercado donde cubre un mínimo de servicios de salud y educación, donde obliga la menor intervención del Estado y la mayor participación de los sectores privados y sociales, incluyendo programas focalizados para combatir la pobreza, disciplina fiscal (gasto social subordinado a las políticas económicas), descentralización (ceder responsabilidad administrativa) y privatización (*ídem*).

A través, de la entrada de las transnacionales en nuestro país, se incluyeron programas focalizados para combatir la pobreza, como el Plan Nacional de Desarrollo para proveer de servicios básicos de seguridad pública, vivienda,

educación, salud, participación ciudadana, abasto, alimentación y medio ambiente a la sociedad (Valverde, 2015, p. 146 como se citó en Martínez, I., 2020).

La política social que se implementó en el sexenio de Salinas de Gortari, fue el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) y la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).

El PRONASOL (Dic 1988), aseguró a la población mexicana en materia de alimentación, salud, educación y vivienda para combatir la marginación social y la extrema pobreza (Gómez, C. Bruera, 2015 en Martínez, I., 2020).

De esta manera, se puede decir que, se creó un asistencialismo con la intervención y protección del Estado (como se citó en Olmos, C. y R. Silva, 2011).

Como se había dicho anteriormente, el FMI y el Banco Mundial impusieron programas de ajuste estructural y acuerdos de libre comercio, pues, incluyeron la privatización de los sectores públicos, la seguridad social de la salud que es primordial para toda la sociedad (Robinson, W., 2017).

Pues, el Banco Mundial invierte en salud que está determinado a constituirse por propuestas encaminadas a estados de medianos y bajos ingresos, para diseñar sus servicios de salud donde ofrece una oferta privada de servicios a respuesta de la ineficiencia e inequitativa de los servicios de salud. En 1980, el Banco Mundial realizó préstamos directos para los sistemas de salud y en 1983 se edificó como fuentes de financiamiento de los servicios de salud de los países pobres (Curra, V., 2005).

- En 1987, se establecieron alternativas para la reorganización de los servicios de salud:
- Traslado a los usuarios los gastos en el uso de las prestaciones mediante el cobro de servicios de salud.
- Brindar seguros para los principales casos de riesgo, provisión de seguro u otra protección frente a riesgos.
- Eficiencia de los servicios privados, empleos garantizables de los recursos gubernamentales.
- Descentralizar los servicios de salud gubernamentales.

3.2. Democracia y derecho a la salud

La situación de salud en poblaciones indígenas, presentan un sentido de inequidad por la desprotección que se encuentran a las necesidades básicas de salud, ya que, las condiciones de los pueblos indígenas en cuanto a la garantía del derecho a la salud enfrenta rezagos de desnutrición, mortalidad, morbilidad, materna e infantil, rezago educativo, inequidad de género y migración (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, 2012).

Según Juárez, C., Márquez, M., Salgado, N., Pelcastre, B., Ruelas, M. y Reyes, H. (2014) las poblaciones indígenas se encuentran minimizadas en lo que se refiere a inversiones en recursos humanos y materiales por parte del Estado, por lo tanto, son los que no cuentan con los servicios de salud adecuados e insumos necesarios con menores posibilidades de atención y menor cobertura de salud.

Pues, la soberanía del poder recae en la sociedad, sin embargo, la democracia y la política respecto a la salud donde el régimen político daña la salud de la población, ya que, los gobiernos democráticos con mejor desempeño mantienen un estado de salud favorable y gran expectativa de vida de una población, porque brinda grandes recursos públicos para satisfacer las necesidades de los grupos sociales en situación de vulnerabilidad (Santos, J., et. al., 2018).

Los países con mayor ingreso poblacional son más demócratas, mientras que los países de bajos ingresos tienen gobiernos dictatoriales (*Ídem*).

Según Ponce, S. (2021), la democracia es la forma de gobierno que centra la participación en el pueblo, un gobierno que respeta a las minorías y que, se manifiesta en una constitución, es igualdad ante la ley, representatividad, disfrute de los derechos humanos como el voto, la salud, entre otros.

La salud es un derecho primordial en las democracias y es la obligación del Estado materializarlo a través del acceso efectivo al sistema de salud. Los sistemas de salud son las estructuras sociales encargadas de la implantación, desarrollo y ejercicio del derecho a la salud (*Ídem*).

Avedis Donabedian (como se citó en Santos, J., et. al., 2018), conceptualiza el Sistema de salud como la respuesta social organizada para resolver las

necesidades de la población. Los obstáculos del sistema de salud mexicano al inicio del siglo XXI es alcanzar mayor equidad en las condiciones de salud, mejorar la calidad de servicios y brindar protección financiera a su población a México

El cambio político hacia la construcción de una democracia con sustento de los valores civiles, justicia sanitaria y equidad de oportunidades cuyos principios son la libertad, la razón, la justicia y la equidad para aumentar el bienestar y asegurar los mecanismos de participación ciudadana que le garanticen el control político y social que le permita reformar nacionalmente el sistema de salud en México (*ídem*).

En México, el sistema de salud se encuentra entre dificultades debido a la carente estructura y funcionalidad del sistema de salud, pues, su cobertura no es universal, por lo que, genera inequidades, desigualdad en la atención de la prestación de instituciones a la salud de la población, por lo cual, se desarrollan enfermedades en territorios pobres con un bajo nivel de democracia. Mientras que, las regiones con un desarrollo de democracia influyen en una mejor salud de las personas porque implica en mejorar las acciones sociales en beneficio del bienestar poblacional (Ponce, S., 2021).

En el siglo XXI el 60% de la población mexicana se encuentra en trabajo informal, por lo que no cuentan con protección social a la salud. Hay regiones donde los servicios médicos y la seguridad social cubren al 80% de la población, Oaxaca y Guerrero solo tienen cobertura de seguridad social en el 20% de la población, por lo cual, refleja la inequidad nacional a inequidad estatal (Santos, J., *et. al.*, 2018). El nuevo papel del sistema de salud en el marco de la lógica del mercado, donde los servicios de salud mínima permiten trascender en menús de prestaciones de medicamentos y asistencia (Currea, V., 2005, p. 83).

Según Currea, V., (2005) el sector internacional dirige en que los hospitales públicos se conviertan en empresa y vender servicios de salud para hacer rentable el hospital, en cambio aumenta el asistencialismo y se reducen subsidios estatales, por lo que la venta es:

- Selección adversa de pacientes
- Limitaciones en los materiales por procedimiento para disminuir costos.
- Creación de requisitos inexistentes para evadir pacientes.

- Sobrefacturación para recibir más recursos.
- Aumento de la carga asistencial por médico por unidad de tiempo.
- Disminución de ventajas salariales o renegociación de acuerdos laborales.
- No aumento salarial o incluso disminución.
- Aumento de contratación de personal administrativo.
- Sujeción de la función y de la remuneración al desempeño.

La idea del mercado, compite con el negocio de servicios con los hospitales privados sin igualdad en los deberes entre los dos: el hospital público no debe de cobrar (Currea, V., 2005).

3.4. Sistema de salud mexicano

El sistema de salud mexicano surgió desde finales de los años 30, en la época Cardenista con la intención de ampliar la cobertura de salud en los territorios rurales e indígenas, donde se ha desarrollado a partir de las luchas sociales por los obreros ferrocarrileros, electricistas, petroleros, maestros y los médicos en el siglo XX (Ochoa, J., 2017).

Pero, también se luchó con la reforma Sanitaria de 1983 cuando se estableció en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a la protección de la salud y, a través de la Ley General de Salud, donde se señaló normativamente los reglamentos y normas oficiales (*ídem*).

Estas exigencias, han sido cambiantes por la condición a la disponibilidad de recursos que el Estado Mexicano ha destinado para su cumplimiento y la capacidad organizativa del propio sistema de salud. La carencia del Sistema de Salud Mexicano, es la fragmentación y desarticulación del sistema con el desperdicio de los recursos (*ibídem*).

La división del sistema se manifiesta en la existencia de diversas instituciones de salud que atienden a segmentos de diversa población caracterizadas de acuerdo a su posición laboral (Ochoa, *Op. Cit.*).

La carencia del sistema de salud fue el modelo económico de 1982 - 1988, que ha sido la insuficiencia de recursos financieros para satisfacer las necesidades crecientes de salud de la población (Ochoa, *Op. Cit.*).

Hay población que no cuenta con acceso a la atención médica y es una deficiencia considerable que representa a las personas, por lo tanto se encuentran imposibilitados de ejercer su derecho a la protección de la salud (Ochoa, J., 2017). De esta manera, en México, se ha cuestionado sobre la ampliación de un sistema universal de accesos a los servicios de salud, que refiere a la Seguridad Social Universal donde se creará una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud” donde establece, las necesidades de atención a la salud son más demandantes, pues la demografía aumenta, la expansión de las enfermedades crónico degenerativas y los nuevos brotes de enfermedades contagiosas (Murayama, C. y Ruesga, S., 2016).

La consolidación de un Sistema Nacional Público de Salud (SNPS) se compone de tres elementos, el Identificar la fuente y monto de recursos públicos que hagan viable al sistema; la transición de la dispersión hacia un SNPS, e ir reemplazando las contribuciones de los trabajadores y patrones de las instituciones de salud de la seguridad social por un esquema de financiamiento con base en impuestos generales y las características del SNPS para generar mecanismos de atención, de gestión y provisión de los servicios. (Murayama, C. y Ruesga, S., 2016).

3.5. Conclusión del capítulo

En conclusión, se puede decir que el Estado de Bienestar como modelo económico y político buscó garantizar los derechos sociales a la sociedad, es decir, distribuyendo de manera equitativa e igual a la población para que todos gozaran de mejores condiciones de vida, principalmente de seguridad social y derechos laborales.

Ahora, el Estado de Bienestar como modelo económico y político buscó garantizar los derechos sociales a la sociedad, es decir, distribuyendo de manera equitativa e igual a la población para que todos gozaran de mejores condiciones de vida, principalmente de seguridad social y derechos laborales. Surge la seguridad

social donde se cubre la enfermedad y los riesgos del trabajador, es aquí donde el Estado debe de otorgar salud, prestaciones y educación gratuita.

Por lo cual, el Estado de Bienestar debió de cubrir los derechos sociales como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, entonces, la población que no puede alcanzar un determinado nivel de bienestar lo puede hacer por medio de los servicios sociales para cubrir las necesidades de la población.

El debilitamiento del Estado de Bienestar, donde el Estado dejó de intervenir en la economía y solo reguló el funcionamiento de los servicios, se redujo el empleo, se privatizaron las empresas, se redujeron los servicios públicos, se descentralizan las funciones del gobierno, pues es el mercado quien distribuyó la economía dando origen el Estado Neoliberal.

El modelo Neoliberal prioriza la economía, y con sus propias leyes, ejerce de manera absoluta sus libertades para explotar e imponer de qué manera va a generar y a producir su economía, de esta manera, la sociedad pasó a segundo término, al igual que sus derechos sociales.

En México la seguridad social se refiere sólo a un sector de la población para las personas que son derecho habientes por el hecho de trabajar en una institución que se encuentra afiliada en un sector del gobierno, mientras que las personas no afiliadas por trabajar en un sector de empleo informal, se les otorga un programa de seguridad asistencialista, de esta manera se cubre la seguridad social “universal”. Sin embargo, una cosa es el derecho a la salud con un enfoque universalista y otra, la protección a la seguridad social, la limitación a la garantía de los derechos sociales, causa exclusión, desigualdad e inequidad para algunos grupos sociales que se sitúan en situación de vulnerabilidad.

La seguridad social como manera de cubrir la enfermedad y los riesgos del trabajador, es aquí donde el Estado otorgaría salud, prestaciones y educación gratuita. Por lo cual, el Estado de Bienestar debe de cubrir los derechos sociales como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, entonces, la población que no lograba alcanzar un determinado nivel de bienestar lo pretendía hacer por medio de los servicios sociales para cubrir las necesidades de la población.

Después de la caída del Estado Liberal al Estado de Bienestar donde se proveía el conjunto de acciones, a través de dar una mayor distribución a la riqueza a manera que todos los habitantes gozarán y accedieran gratuitamente y universal a los servicios sociales fundamentales para las condiciones de vida de una persona.

Sin embargo, el debilitamiento del Estado de Bienestar, donde el Estado dejó de intervenir en la economía y solo fungió en regular el funcionamiento de los servicios donde se privatizaron las empresas, se redujeron los servicios públicos, se descentralizaron las funciones del gobierno, pues es el mercado tomó el cargo de distribuir distribuye la economía dando origen el Estado Neoliberal.

El modelo Neoliberal prioriza la economía, y con sus propias leyes ejerce de manera absoluta sus libertades para explotar e imponer de qué manera va a generar y a producir,

Sin embargo, una cosa es el derecho a la salud con un enfoque universalista y otra, la protección a la seguridad social, la limitación a la garantía de los derechos sociales, causa exclusión, desigualdad e inequidad para algunos grupos sociales que se sitúan en situación de vulnerabilidad. De este modo, a pesar que en la Ciudad de México se encuentra focalizado principalmente este programa es ineficiente, esta alternativa de protección a la salud “universal”, es causa de la privatización de la salud que se dio en nuestro país.

Finalmente, este apartado despliega ciertas cuestiones, donde se van desarrollando, entre ellas, unas de las interrogantes sobre si todos somos iguales, pues, no. No todos tenemos las mismas condiciones de vida, ni las mismas formas de vivir, como las poblaciones indígenas.

Por lo cual, se debe de ejercer una inclusión de la participación de todos los ciudadanos en una nación. En México es cuestionable el que exista “un sistema universal de accesos a los servicios de salud”, pues, la entrada de las transnacionales en nuestro país, incluyeron programas focalizados para combatir la pobreza y el proveer de servicios básicos de seguridad pública, vivienda, educación, salud, participación ciudadana, abasto, alimentación y medio ambiente a la sociedad.

CAPÍTULO IV. MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD

Presentación del capítulo

En este apartado presento la visión integral de los derechos humanos de acuerdo a Gregorio Peces Barba (1997) como una noción de hechos, valores y realidades sociales. Asimismo, se parte de una normativa desde un ámbito convencional, constitucional y de legalidad para conocer la protección del derecho humano a la salud.

4.1. De la visión integral de los derechos humanos de acuerdo a Gregorio Peces Barba

Gregorio Peces Barba (1995), considera que los derechos humanos son hechos y realidades sociales, donde se ha enfocado en el estudio y la promoción de los derechos fundamentales, incluyendo los derechos humanos (Meléndez, F.).

Los derechos humanos, son pues, ante todo, valores esenciales de la persona, que le permiten vivir con autonomía, en libertad, en condiciones de igualdad con los demás seres humanos y grupos sociales, vivir fundamentalmente con dignidad. Pero de igual forma, los derechos humanos son hechos y realidades sociales que nos acompañan en todos los ámbitos de nuestras actividades cotidianas y nos protegen frente a los diferentes problemas y necesidades que tenemos como personas y como parte de los grupos sociales o de las grandes colectividades (*Ídem*).

A partir de la noción de moral sustentada en la idea de dignidad humana. Luis Prieto (como se citó en Peces, G., 1995), considera estudiar el fundamento y la noción de los derechos humanos desde el pensamiento jurídico y de las ramas del Derecho estatal o del Derecho internacional (describiendo las fuentes, las garantías y técnicas de protección, las clasificaciones de las normas que recogen derechos fundamentales) solo se contempla el para qué, pero no el por qué (como se citó en Peces, G., 1995).

Los derechos humanos son una forma de integrar justicia y fuerza desde la idea de la persona apropiada de la cultura antropocéntrica del mundo moderno. La comprensión de los derechos humanos, moral y derecho se relacionan por el poder.

Los derechos fundamentales que se originan y se fundan en la moralidad se desatan en el derecho mediante el Estado, que refleja la visión jurídica (*idem*).

Los derechos fundamentales, implementados de la moralidad convertidas en derecho de los derechos humanos, donde la justicia y la validez de la eficacia es tema carente que refleja la posibilidad igualitaria de los derechos y más en su justicia que en su validez (*ibídem*).

Los derechos económicos, sociales y culturales, como el derecho a la educación, a la salud o a la vivienda, tienen una acción de los poderes públicos para repartir una escasez que impide la existencia del derecho fundamental (Peces, G. *Op. cit*). Los derechos fundamentales son:

- Una pretensión moral justificada que facilita la autonomía y la independencia personal, sumergidas en la visión de libertad e igualdad que aportan solidaridad y seguridad jurídica con un contenido igualitario.
- Un subsistema interno del sistema jurídico, el Derecho de los derechos fundamentales, que obliga jurídicamente para cumplir con el efectivo derecho
- Los derechos fundamentales son posibles en el ámbito del Derecho Público, donde los principales obligados son los poderes públicos, aunque puede serlo los particulares cuando actúan en ese campo.
- Los derechos fundamentales son una realidad social y condicionados en su existencia por factores extrajurídicos de carácter social, económico o cultural que favorecen, dificultad o impiden su efectividad. Como un impacto en la sociedad y del condicionamiento de la justicia o moralidad de las normas o de su validez o legalidad, por factores sociales (Peces Barba, G., 1995, p. 10).

La dificultad de los derechos humanos no puede ser separado del estudio del contexto histórico, social, económico, psicológicos, como se señala:

“el problema de fondo relativo a los derechos humanos no es tanto de justificarlos, como el de protegerlos”, los derechos humanos han sido resueltos a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobado por 48 países de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, representa

la manifestación de un sistema de valores considerado fundado y reconocido” (Hernández, A., 1997, p. 172).

Una fundamentación histórica, mediante un proceso de un sistema de principios o valores aceptados universalmente. Las cuatro dificultades sobre el fundamento de los derechos humanos:

- Expresión vaga, pues las expresiones de “derechos humanos”, pertenecen al hombre, por lo cual es difícil encontrar una fundamentación absoluta.
- Los derechos humanos, son históricamente relativos.
- La clase de los derechos humanos es heterogénea.

Los derechos individuales y los derechos sociales, no pueden tener el mismo fundamento absoluto (Hernández, A., 1997, p. 172).

La fundamentación absoluta de los derechos humanos no es una garantía para su plena realización:

- Los derechos humanos no se han respetado más en la época en que los pensadores estaban de acuerdo a la creencia de encontrar en la naturaleza humana argumentos para defenderlos
- El proclamar una Declaración Universal de los Derechos Humanos, ahora, se centra en buscar soluciones para protegerlos.
- La plena realización de los derechos humanos, es la transformación de ciertas condiciones históricas y sociales (*ídem*).

Los derechos humanos son derechos históricos que han surgido gradualmente, se diferencia de tres postulados:

- El nacimiento de los derechos humanos, en tanto derechos naturales (teorías del iusnaturalismo moderno).
- La positivación de esos derechos en el ámbito de los diversos estados nacionales
- Afirmación al mismo tiempo positiva y universal en la comunidad de todas las naciones (*ibídem*).

Como expresa Hernández (1997), “Los derechos humanos nacen como derechos naturales universales se desarrollan como derechos particulares, para ejercer de plena realización como derechos positivos universales” (Hernández, 1997, p. 173).

4.2. Antecedente universal de los derechos sociales

Según Ballester, M. (2015) a mediados del siglo XVII, en el proceso de la Primera Revolución Inglesa, en Inglaterra se transformó la política y se despojó de las tradicionales formas de soberanía. La soberanía del monarca fue cuestionable por la población inglesa y por el Parlamento.

En Inglaterra se estableció las regulaciones de la autoridad, en lo que se destaca la Carta Magna Inglesa (1215) y la Carta de Derechos británica (1688) que limitaban el poder del monarca para repartirlo con la nobleza. Además del, Acta de Habeas Corpus (1679) que obligó a la autoridades a dar cuentas de las personas privadas de libertad (*ídem*).

La Revolución Inglesa o la Primera Revolución Inglesa (1642 - 1653) fue una guerra civil entre el Parlamento y el Rey y culminó con la ejecución de Carlos I y la conformación de la república. La Revolución gloriosa o la Segunda Revolución Inglesa (1688 - 1689) generó el derrocamiento de Jacobo II y al establecimiento de una monarquía constitucional protestante controlada por Whig o partido liberal de Bretaña (Secretario de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, s.f.).

Un siglo después se generó la Revolución Americana (1776) que proclamó la independencia de las colonias americanas de la corona británica instituyendo la república. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en su Artículo XI, establece:

“El Derecho a la preservación de la salud y al bienestar: Toda persona tiene derecho a que su salud sea reservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad “. (OEA, 1948 en López, S., et. al 2015, págs. 55-56).

Mientras que, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala en el Artículo 10,

- **Derecho a la Salud:** Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social para garantizar este derecho a la salud donde los Estados se comprometen a reconocer la salud como bien público y adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho.
- **Atención primaria de la salud:** Asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos.
- Beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.
- Total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole.
- Educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud.
- Satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables. (OEA, 1988 como se citó en López, S., et. al., 2015, p. 56).

La Revolución Francesa (1789 - 1799), que impacto en el ascenso de la burguesía en la estructura social de esa época y la consolidación del capitalismo industrial (Secretario de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, s.f.).

Entre los Siglos XVII y XVIII se establecieron ideas liberales que promovieron los derechos naturales del “hombre y el gobierno de las leyes como resultado del acuerdo o contrato entre ciudadanos”. En el siglo XVIII, las burguesías emergentes de Francia y las colonias británicas en América se confrontaron contra el poder absoluto de los monarcas, dando origen a las primeras declaraciones de *derechos del hombre* (Fundación Juan Vives Suria, 2010).

La Declaración de Independencia de los Estados Unidos de América del Norte (1776) afirma que todos los hombres han sido creados igual y que son provistos por Dios de ciertos derechos inalienables. Mientras que, la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789) francesa establece en su primer Artículo que los hombres “nacen y permanecen libres e iguales en derechos” (*ídem*).

Ambas declaraciones, a pesar de su cosmovisión universal, se dirigían a reconocer y garantizar la igualdad, la libertad y la seguridad del varón Blanco, J., adulto y nacional, esto se convivió con la esclavitud y la falta de derechos para mujeres, niños/niñas y en la práctica para las clases populares (Secretario de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, s.f.).

La igualdad en el constitucionalismo liberal consagraba el derecho a la libertad, el derecho a la autonomía, o los derechos civiles y políticos en poblaciones desiguales sociales. (*ídem*).

En el siglo XIX las luchas de los trabajadores por mejores condiciones de trabajo, reducción de la jornada laboral a 8 horas, restricciones al trabajo nocturno para niños que advierten a los estados de establecer normas que protejan a los trabajadores de la explotación que caracterizaba el sistema capitalista, de esta manera, surge el derecho al trabajo digno y los derechos económicos, sociales y culturales conformados por el derecho a la seguridad social, a la educación, a la salud, a la vivienda, a la alimentación, derechos para desarrollar una vida digna de las personas (*ibídem*).

Estos establecimientos dieron fin con el orden y a la soberanía del monarca sobre sus súbditos y establecen la igualdad de derechos considerados consustanciales a la naturaleza del hombre. Tanto Francia como Estados Unidos se constituyen en repúblicas y acuerdan las primeras Constituciones modernas, que señalan el enfoque de democracia parlamentaria representativa, el gobierno de las leyes, la alternancia en el poder y la administración de justicia conforme a los principios en el parlamento. De esta manera, se originó una nueva era de la civilización occidental (Fundación Juan Vives Suria, 2010).

Los Derechos humanos, se han manifestado una parte por el siglo XVII por medio de la adjudicación de Declaraciones como la francesa de 1789, entre las

luchas de la burguesía (la vida, la libertad y la propiedad que considera características inviolables y sagradas). Posteriormente, en 1945, en la culminación de la Segunda Guerra Mundial y con la creación de la Organización de las Naciones Unidas, se consagraba el Derecho Internacional como un ordenamiento jurídico que ordenaba las relaciones entre los Estados, es decir, los Estados como sujetos de Derecho Internacional para ser reconocidos de derechos y de responsabilidades (Colección Digital de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL], s.f.).

La armonía entre sociedades, necesitaba ser regulada de manera equilibrada entre Estados con el régimen de la soberanía, de esta manera, se origina el Derecho Internacional también conocido como *Derecho de Gentes* con base en la justicia y alejar la guerra entre naciones, esto es, el Derecho Internacional como una forma de prevenir enfrentamientos bélicos (Bossamo, L., s.f.).

Jeremías Bentham incursionó el concepto de Derecho Internacional, mientras que Juan Bautista Alberdi (1866), concluye que, si la persona de un Estado ve afectados sus derechos fundamentales por su propio gobierno, puede intervenir en el ámbito internacional (Chipoco, C., s.f.).

La Primera Guerra Mundial y con la edificación de la Organización Internacional, la Sociedad de Naciones, cuestionaron la función el Derecho Internacional, por la sociedad que no contaban con derechos y eran vistos como objetos (Oraá, J. y Gómez, C. F., 2008).

Solo se permitía la influencia humanitaria¹⁴, esto es, la responsabilidad de los Estados con obligación internacional que debían de garantizar a sus nacionales “derechos básicos”. Con lo anterior, se comenzaba a originar restricciones a la soberanía absoluta de los Estados (*idem*).

El nacimiento de los Derechos Humanos se suscita con el fin de la Segunda Guerra Mundial y la creación de las Naciones Unidas, resguardados por el mandato nacional pero también internacional (Chipoco, C., s.f.).

¹⁴ La intervención humanitaria también protegía algunos Tratados Internacionales del Siglo XIX, protegían a las minorías cristianas en el Imperio Otomano. Restricción a la esclavitud, tráfico de esclavos (Acta General de Bruselas (1890), la Convención Internacional para la Abolición de la Esclavitud y la Trata de Esclavos (1926). El Derecho Internacional humanitario originado a partir de las Convenciones de Ginebra (1864) y la Haya (1899 y 1907), como un antecedente en la protección del Derecho Internacional Humanitario (Oraá, J. y Gómez, C. F., 2008)

Pues, en el año 1939, los derechos humanos se construirían en uno de los objetivos de las Potencias del Eje en su lucha contra el fascismo, ya que el régimen nazi en Alemania la organización internacional se concienciaba que este sistema no respetaba los derechos, la idea de protección de los derechos humanos se extendió (*Idem*).

- En 1941, Franklin Roosevelt expresidente de Estados Unidos, expresaba las libertades primordiales que se deben de garantizar a toda persona y combatir el totalitarismo de una manera internacional de protección de derechos (Oraá, J. y Gómez, C. F., 2008):
- La libertad de religión.
- Libertad ante la necesidad.
- Libertad ante el miedo (Oraá, J. y Gómez, C. F., 2008, p. 23).

La manifestación de Roosevelt, sería el preámbulo para la proclamación de los derechos humanos. El movimiento de Roosevelt y Winston Churchill (Primer Ministro del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), buscaban una ideología de Estado democrático con la Carta del Atlántico, creada en 1941 con la idea de lograr mejores condiciones de vida (*idem*).

El 1° de enero de 1942, los Estados Unidos, el Reino Unido, China y la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), establecieron los principios en la Carta del Atlántico lo que se nombró como “Declaración de las Naciones Unidas” y, se utilizó por primera vez oficialmente la noción de “Naciones Unidas”, posteriormente otros 21 Estados se unieron a esta Carta (O’Donnell, D., 2007).

El constituir una Organización Internacional fundamentada en el principio de la igualdad soberana de los países por la paz, participación y la seguridad internacional, Estados Unidos, el Reino Unido, la URSS y China denominaron Comités nacionales se emplearon para elaborar una carta para la organización (*idem*).

El año de 1944 en Dumbarton Oaks, Washington, Estados Unidos, la Unión Soviética, China, Reino Unido y los Estados Unidos, se erigió como primer avance para la implementación de la Declaración de Moscú ante la necesidad de una

organización internacional en la posguerra. En esta Conferencia de la Organización de Seguridad para la Paz (Órgano Judicial, Corte Suprema de Justicia, 2020).

Después de esta conferencia, el proceso se desarrolló en la Conferencia de San Francisco¹⁵ donde se adoptó la Carta de las Naciones Unidas, documento constitutivo de la nueva Organización Internacional construida de la Segunda Guerra Mundial, la Organización de las Naciones Unidas. La Conferencia de San Francisco, va considerar a los derechos humanos en la Carta de las Naciones Unidas, fundamentalmente en las cuestiones económicas y sociales, esta prioridad fue trascendental en países latinoamericanos como México, Chile, Cuba, Panamá o Uruguay (Oraá, y Gómez, C., 2008).

Panamá, manifestó una Declaración de Derechos Humanos Esenciales que, introducían los derechos civiles y políticos como derechos económicos, sociales y culturales que sería parte de la Carta de las Naciones Unidas, esta noción fue rechazada por las grandes potencias porque podían interferir en asuntos internos de estas organizaciones, por otra parte, porque Estados Unidos discriminaba racialmente contra las personas de color (*idem*).

Las Naciones Unidas revalidan la “fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de las naciones grandes y pequeñas” (*Ibidem*).

La Carta de las Naciones Unidas, fue el preámbulo de la Declaración de derechos fundamentales, la Comisión de Derechos Humanos, creada en 1946, elaboró un Tratado Internacional jurídicamente vinculante a las obligaciones de los países en cada uno de los derechos. De esta manera se constituyó la Declaración Universal en 1948 y posteriormente a los Pactos Internacionales de Derechos Humanos (1976) (Oraá, y Gómez, C., *Op. Cit*).

¹⁵ Antes de la Conferencia de San Francisco, en México entre los meses de febrero y marzo de 1945, se celebró la Conferencia Interamericana sobre conflictos de la Guerra y la Paz, a su vez, es conocida como la Conferencia de Chapultepec, los Estados Latinoamericanos, postularon: Ascender la función de las pequeñas potencias en el seno de la nueva organización y democratizarle; Establecer la función del derecho sobre las consideraciones políticas en la solución de conflictos. México, estaba en contra de la incompetencia de la organización en cuestiones de jurisdicción. México fue uno de los 51 países que firmaron la Carta de San Francisco. (Organización de las Naciones Unidas, s.f.).

Sin embargo, fue difícil la tarea de la Comisión de Derechos Humanos por el conflicto ideológico político, económico como, Estados Unidos y la Unión Soviética, pues los derechos humanos no pasaban por alto la soberanía de los estados y la organización internacional no podía intervenir y criticar los derechos humanos en un determinado país. El 10 de diciembre de 1948, se aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁶ (DUDH) por la Asamblea General de las Naciones Unidas como un referente en materia de Derechos Humanos (Oraá, y Gómez, C., *Op. Cit*).

4.2.1. El derecho humano a la salud en el ámbito convencional

La Declaración Universal de los Derechos Humanos se constituye de un preámbulo que considera y reconoce a la libertad, la justicia y la paz con base a la dignidad humana y 30 artículos que conforman derechos de carácter civil, político, social, económico y cultural. Esta Declaración, es originada de la II Guerra Mundial para garantizar la paz universal (Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos [COPREDEH], 2011).

Según Barrena (2012) después de adoptarse la Declaración, la Asamblea General ratificó la idea de un Tratado de Derechos y Solicito al Consejo Económico y Social el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [PIDCP] (1966), junto con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), integrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos establecidos a un sistema positivo, vinculante sobre los Estados, estos Pactos son el resultado de cuestiones entre la Asamblea General de las Naciones Unidas.

El PIDCP, se adoptó junto con el Protocolo Facultativo del PIDCP que genera los mecanismos de opiniones en quejas individuales; en 1991, entra en vigor el

¹⁶ La Declaración Universal de los Derechos Humanos Emergentes parte del reconocimiento de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las luchas de las personas y de movimientos sociales; de experiencias y de la participación ciudadana que exigen los derechos de las personas, además, brindando respuestas ante los procesos de globalización desigual e inequitativa que excluye, genera pobreza, violencia y desigualdad, aparece nuevas formas de esclavitud, y hegemonía política, como consecuencia se generan maneras de resistencia, alternativas de democracia internacional.

Segundo Protocolo Facultativo del PIDCP, mientras que en México ratifica en 1981 y el Protocolo Facultativo en 2002, el Segundo Protocolo Facultativo en 2007 (Barrena, G., 2012).

Este protocolo se conforma por:

- Primera Parte: derechos de todos los pueblos a la libre determinación
- Segunda Parte: (Arts. 2 a 5) Condiciones generales de aplicación del PIDCEP, como las obligaciones de los Estados, la igualdad de género, la suspensión y límite de las obligaciones del PIDCP.
- Tercera Parte: (Arts. 6 a 27) lista los derechos sustantivos del Pacto
- Cuarta Parte: Se refiere a los aspectos institucionales de la vigilancia del PIDCP, incluyendo el órgano de monitoreo, su conformación, elección y facultades.
- Quinta Parte: (Arts. 46 y 47) Obligaciones del PIDCP y la Carta de Naciones Unidas
- Sexta Parte: (Arts. 48 a 53) establece los aspectos de firma, entrada en vigor y modificación (Barrena, G., 2012).

Mientras que, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) fue aprobado el 16 de diciembre de 1966 y su Protocolo Facultativo por la Asamblea las Naciones Unidas, al igual que el PIDCP son de manera obligatoria para los Estados, México aprobó el PIDESC el 23 de marzo de 1981 y entro en vigor el 12 de mayo del mismo año (*ídem*).

Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales se consideran derechos de igualdad material por medio de los cuales se pretende alcanzar satisfacción de las necesidades básicas de las personas y el máximo nivel de vida digna, donde los Estados tienen obligaciones con la garantía de estos (*ibídem*).

EL PIDESC, no cuenta con un organismo facultado para escuchar quejas de personas, sin embargo, en 2008 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó un Protocolo al Pacto, al entrar en vigor este Protocolo Facultativo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mecanismo especializado y encargado de vigilar el cumplimiento de Pacto tendrá una vinculación con las personas que acusen al Estado de incumplir con este (*ibídem*).

La finalidad del PIDESC, es proteger y promover el ejercicio de estos derechos, así como la obligación a los organismos internacionales de informar al Comité, por ello, las entidades territoriales, administrativas, provincias están comprometidas a cumplir con este Pacto (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2012).

Los Derechos protegidos por este Pacto, referente al tema principal de este estudio, podemos encontrar que son:

Artículo 1°. *Libre determinación de los pueblos*, como la obligación de tomar en consideración la voluntad libremente expresada de los pueblos, esto es, tomar en cuenta y reconocer el derecho que tienen los pueblos o las personas para elegir de manera libre sus directrices políticas, económicas, sociales y culturales. Este mismo artículo, segundo párrafo menciona que, los pueblos pueden establecer los presupuestos de libre determinación en materia económica, señalando que cada pueblo es libre de gestionar sus propios recursos económicos y ambientales con el fin de garantizar la permanencia del ecosistema (*Ídem*).

Artículo 2°. Los principios de *No Discriminación e Igualdad* son principios básicos del Sistema Internacional de Derechos Humanos. El Derecho a la no discriminación (segundo párrafo) establece que no podrá discriminarse por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de algún otro aspecto (*Ibidem*).

La discriminación, limita e impide la práctica de los derechos económicos, sociales y culturales de una parte de la población, lo que genera inequidad, por lo cual se debe de adoptar las medidas para eliminar cualquier tipo de discriminación en el ejercicio de los derechos estipulados en el Pacto, así como realizar programas en materia de políticas públicas para erradicar la discriminación (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *OP. Cit.*).

Artículo 3°. Principio de igualdad de género, los Estados partes se responsabilizan a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título con el objetivo de gozar los derechos económicos, sociales y culturales.

El Estado tiene la obligación de eliminar las desventajas causadas por las leyes, tradiciones y prácticas discriminatorias, pasadas y presentes y buscar las medidas para cumplir con esta obligación.

Artículos 6, 7 y 8. Hace referencia a *los derechos laborales* donde se vinculan con otros derechos, cuenta con un Organismo Internacional del Trabajo. “El derecho al trabajo es fundamental para la realización de otros derechos, es prioritario en la supervivencia del individuo y de su familia”. Se reconoce como derecho a un trabajo digno con una remuneración que permite a los trabajadores vivir y asegurar la vida de sus familias. Este derecho se ejercita como individual, pero también como colectivo derecho a la asociación y derecho a la huelga (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Op. Cit.*).

La obligación del Estado es garantizar el derecho de acceso al empleo, primordialmente por grupos desfavorecidos y marginados, por lo que debe de adoptar alternativas en cuanto al trato desigual y discriminatorio, así como un plan de acción nacional de empleo¹⁷.

Artículo 9. Con relación a la *Observación General No. 19*¹⁸ del Comité, también reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos¹⁹, así como en el Protocolo de San Salvador²⁰ y la Carta Europea²¹ (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Op. Cit.*).

El derecho a la seguridad social, se conceptualiza como, el derecho a obtener y mantener prestaciones sociales para brindar protección por: la falta de ingresos del trabajo debido a enfermedad, invalidez, maternidad, accidente laboral, vejez, muerte de un familiar; gastos excesivos en atención a salud; apoyo familiar insuficiente (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Op. Cit.*).

¹⁷ El Comité informó a México que observaba un 40 por ciento de la población mexicana trabaja en el sector no estructurado. Donde los salarios mínimos son bajos, sobre todo en mujeres y población indígena, la práctica de los trabajadores de la industria maquiladora.

¹⁸ Observación General No. 19, el Derecho a la Seguridad Social (Artículo 9).

¹⁹ Declaración Universal de Derechos Humanos, Artículo 22, “Toda Persona tiene derecho a la seguridad social”; Artículo 25. “Toda persona tiene derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejes y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

²⁰ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” (Artículo 9).

²¹ Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (Artículo 34).

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2012) señala que el Comité, establece el criterio a los Estados en adoptar registros contributivos y no contributivos con la finalidad de cumplir con sus obligaciones conforme al Artículo 9, cuya finalidad es la planeación contributiva que está basada en el seguro y en el pago de cotizaciones obligatorias de los beneficiarios, los empleados y el Gobierno.

Los planes No contributivos, son los de cobertura universal, que “en principio ofrecen la prestación correspondiente a toda persona expuesta a un riesgo o situación imprevista particular”, y los planes de asistencia social, por el cual reciben prestaciones las personas necesitadas (reconociendo los planes de autoayuda y privados) (*Ídem*)

Observación General 19, importancia del derecho a la seguridad social para la realización plena de otros derechos, como es el *derecho a la salud (Ibidem)*.

El Comité señala que deben de atenderse el reconocimiento y garantía de este derecho, primeramente con los trabajadores que, debido a su condición laboral son discriminados en el acceso a la seguridad (trabajadores domésticos, trabajadores temporales, autoempleados, grupos vulnerables [mujeres, pueblos indígenas, personas con discapacidad, migrantes y sus familias], trabajadores en economía no estructurada), a su vez, limitan el acceso al seguro comunitario, obstáculo en la cobertura de riesgos, apoyo y planes de seguridad social para trabajadores de la economía informal (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Op. Cit.*).

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2012) expresa que el Comité informa que en México, aproximadamente la mitad de la población no tiene derecho a la seguridad social ni a la asistencia social, por lo que la recomendación a México es reevaluar la reforma del sistema de jubilación y adoptar medidas para ampliar los criterios de admisibilidad al seguro de desempleo para que todos los desempleados tengan garantía de prestaciones de seguridad social

Artículo 11. *El derecho a un nivel de vida adecuado*, este derecho se constituye de diversos derechos prioritarios, como: el Derecho a la alimentación (*Ídem*).

La Observación General No. 12, en materia internacional también establece el derecho a la alimentación, así como el Protocolo Adicional a las Convenciones de Ginebra, la Declaración Universal para la Erradicación del Hambre y la Malnutrición, La convención para la eliminación de Todas las formas de Discriminación para el Trabajador Migrante y su Familia y la Convención sobre los Derechos del Niño (*Ibidem*).

El Comité observó en México que, los programas de vivienda no responden adecuadamente a las necesidades de vivienda de los grupos en situación de pobreza, recomendó adoptar una legislación nacional completa sobre la vivienda (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *OP. Cit.*).

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2012) resalta que, el Comité, señala que los Estados están obligados a cumplir con los principios de progresividad, no regresividad, universalidad y expansión del derecho al agua, así como cumplir, proteger y garantizar los presupuestos básicos.

En el Artículo 12. El Derecho a la Salud, reconocido en el Pacto, donde establece que el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, así como las facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud (2012).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que el derecho a la salud abarca una gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones de vida de las personas (vida sana, alimentación, nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguro, sano y un medio ambiente sano). (Parra, O., 2003).

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en el Artículo 12. del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) los deberes estatales son de tres tipos:

“La obligación de cumplir comprende facilitar, proporcionar, promover y a su vez, comprende respetar, proteger y cumplir el disfrute del derecho a la salud, además de adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el Art. 12 del Pacto, estas acciones deben de ser de carácter

legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otro aspecto para dar plena efectividad al derecho a la salud". (Currea, V., 2005, p. 48).

El Artículo 12°. Establece que los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad señala:

- La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.
- El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y lucha contra ellas.
- La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (ONU, 1966 en López, S., López, S., y Moreno, 2015, p. 55).

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, "el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados que, depende de las condiciones prevalentes en un determinado Estado Parte" (Currea, V., 2005).

- **Disponibilidad:** Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas
- **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. A su vez, esta presenta, no discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad); acceso a la información
- **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica
- **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad (Currea, V., 2005, p.48).

Las Obligaciones Básicas para los Estados Parte en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: los Estados partes tienen la obligación primordial de garantizar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto así como la atención primaria básica de la salud, las obligaciones básicas, son (Currea, V., 2005):

“Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.

Certificar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada, segura y garantice que nadie padezca hambre.

Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable.

Proporcionar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.

Cubrir por una repartición equitativa de todos los servicios de salud.

Amparar y aplicar, alternativas y propuestas de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la sociedad” (Currea, V., 2005, p. 76).

Se debe de establecer un núcleo básico de oferta de servicios de salud para cada persona, donde el Estado debe de garantizar dentro del cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “cada derecho debe dar lugar a un derecho mínimo absoluto, en ausencia del cual debe considerarse que un Estado Parte (del Pacto) violó sus obligaciones” (*ídem*).

Los Pactos Internacionales de derechos humanos se refieren no solo un consenso político o un documento de exhortación moral, sino que también incluye un carácter jurídico. Rubio (como se citó en Currea, V., 2005) señala que:

“La capacidad de los Tratados para la configuración de los derechos fundamentales es incomparablemente más potente que la de la ley, porque no opera, como la de ésta, sobre el contenido posible de los derechos, sino sobre su contenido necesario; los elementos que el Tratado introduce en el contenido de los derechos no son facultades adicionales de las que el legislador pueda prescindir, sino parte del contenido mínimo del derecho que el legislador ha de respetar” (*ibídem*, p.49).

Se debe de considerar que:

- No hay un pacto especial exclusivamente a la salud como derecho humano
- La salud es incluida como derecho en varios documentos del derecho internacional de los derechos humanos
- Su inclusión en tales Pactos tiene diferente sentido e intensidad que debe de partir de políticas públicas de salud (Currea, V., *Op.Cit.*).

El derecho a la salud, no debe entenderse como un derecho a estar sano, sino que hace referencia a las libertades y derechos. En las libertades se establece el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión a la libertad sexual y genésica, a no ser torturado. (Currea, V., *Op.Cit.*).

La Observación General No. 14, del Comité de Derechos Políticos, Económicos y Sociales refiere el derecho a la salud en la indivisibilidad de la labor de los derechos sociales y humanos. (Currea, V., *Op.Cit.*).

En esta observación se resalta el derecho a la salud como parte del conjunto de derechos que permiten a todas las personas el disfrute del mejor nivel de vida, pues, la salud es indispensable para el ejercicio de los demás derechos y disfrutar del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, este derecho se puede alcanzar con base al desarrollo de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Currea, V., *Op.Cit.*).²²

El Comité, recomendó al Estado mexicano las medidas que deberá adoptar en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

²² Organización Mundial de la Salud (OMS), como el representante de este aspecto de la salud y la Observación se rige según a este organismo.

- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Artículo 13 y 14, *Derecho a la Educación*, señalan los principios básicos, es uno de los derechos con mayor desarrollo en el ámbito internacional y de mayor importancia para las Naciones Unidas. Este derecho, es fundamental para los grupos vulnerables como los niños, además de incluirlo en las Metas del Milenio y que esta resguardado por la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) (Currea, V., *Op.Cit.*, p.51).

La Observación General No. 11, se refiere en el derecho a la educación primaria y la OG No. 13, señala el nivel educativo primario, secundario, preparatorio, educación fundamental y superior, así como lineamientos que consagran la libertad de cátedra, la autonomía institucional y obligaciones específicas para los Estados en materia del derecho a la educación (Currea, V., *Op.Cit.*).

De acuerdo al mismo autor, este derecho se vincula a la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención relativa a la Lucha contra las Discriminaciones en la Esfera de la Enseñanza y la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

“Artículo 15. *El Derecho a la Cultura*, hace referencia a las producciones científicas, literarias y artísticas como la riqueza lingüística de los pueblos y sus tradiciones y forma de vida. En la Observación General N0. 21, se define a la cultura como las formas de vida, el lenguaje, la literatura escrita y oral, la música y las canciones, los sistemas de religión y de creencias, los ritos y las ceremonias, los deportes y juegos, los métodos de producción o la tecnología”. (Currea, V., *Op.Cit.*, p.53).

El PIDESC, es uno de los tres pilares del Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos, en conjunto con la Declaración de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Currea, V., *Op.Cit.*).

Los Estados Partes del Pacto constituyen una obligación de adoptar medidas que los derechos económicos, sociales y culturales sean efectivos. De esta manera, el Estado adquiere obligaciones en el ámbito internacional (rendir informes al Comité,

prestar asistencia técnica) para asegurar la satisfacción de por lo menos niveles esenciales de cada uno de los derechos (Currea, V., *Op.Cit.*).

Los Estados tienen que reconocer la competencia del Comité para analizar comunicaciones o necesidades por parte de las personas y los grupos que hayan sido violados sus DESC por parte del gobierno, de esta manera, se debe de agotar todos los recursos internos, sí el Comité conoce una petición o no se consideran mecanismos de protección a favor de quienes la interponen, asimismo, el Estado adopta las medidas provisionales para evitar que las personas sufran con el daño. (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2012).

El Comité intervendrá para que las partes lleguen a soluciones amigables, pero también deberá analizar y consultar información vinculada a otros organismos (ONU o Sistemas Regionales de Derechos Humanos), el Comité le hace llegar un dictamen y/o sus recomendaciones al Estado y este, debe de responder en seis meses e incorporar los mecanismos adoptados en función al sentir y sus alternativas (*ídem*).

4.2.2. Criterios de la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CEDESC). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

La Observación General 14, resalta el derecho a la salud como parte del conjunto de derechos que permiten a todas las personas el disfrute “del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” pues, la salud es indispensable para el ejercicio de los demás derechos. Este derecho se puede alcanzar con base al desarrollo de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2012).²³

En el Artículo 12 del Pacto, con referencia a la OMS, concibe la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades. Además, reconoce el derecho a la salud

²³ Organización Mundial de la Salud (OMS), como el representante de este aspecto de la salud y la Observación se rige según a este organismo.

con una amplia gama de factores socioeconómico lo que promueve las condiciones en las cuales la sociedad lleva una vida sana, y extiende el derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud (alimentación, nutrición, vivienda, acceso a agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras, sanas y un medio ambiente sano) (*ídem*).

Es importante mencionar que, el derecho a la salud se constituye de libertades y derechos:

- Libertades: derecho a controlar la salud y su cuerpo, con inclusión a la libertad sexual y genésica, el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos.
- Derechos: se refleja en un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud (Naciones Unidas, 2000, p. 3).

El concepto del más alto nivel posible de salud, gira en las condiciones biológicas y socioeconómicas; el derecho a la salud debe de entenderse como un derecho al disfrute de toda gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud (*ídem*).

La salud es un derecho humano prioritario para cada persona donde cumple el ejercicio de los demás derechos humanos, y toda persona tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir de una manera digna.

Este derecho se relaciona con el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación (*ibídem*).

Con respecto al Derecho a la Salud, la Observación General 14 del CDESC, señala:

“El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano, sino que entraña libertades y derechos:

- o Libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a

tratamientos y experimentos médicos no consensuales.”(Observación general 14, CDESC, [Página Oficial]).

Los derechos se refieren a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud (Naciones Unidas, 2000).

El concepto del “más alto nivel posible de salud” tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud (*ídem*).

El Comité señala que el derecho a la salud, se refleja como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino los determinantes de la salud (acceso al agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva), otro ámbito, es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional” (López, S., *et. al.*, 2015).

El derecho a la salud se conforma de elementos esenciales que, depende de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte (Naciones Unidas, 2000):

- a) **Disponibilidad:** cada Estado parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como programas.
- b) **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. A su vez, esta presenta, no discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad); acceso a la información.

- **No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población.
 - **Accesibilidad física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico en todos los sectores de la población, específicamente los grupos vulnerables o marginados (minorías étnicas, poblaciones indígenas, mujeres, los niños, adolescentes, personas mayores, personas con discapacidades, personas con VIH/SIDA).
 - **Accesibilidad Económica (asequibilidad):** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, para asegurar servicios, públicos o privados para no generar un gastos de salud en sociedades pobres.
 - **Acceso a la información:** derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas referente a cuestiones de salud.
- c) **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y cultural de las personas (minorías, pueblos, comunidades, género) para mejorar la salud de las personas.
- d) **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico, médico y ser de buena calidad (Naciones Unidas, 2000, p. 10).

4. 3. El derecho humano a la salud en el ámbito regional

Los instrumentos internacionales de derechos humanos y sus Comités se les denomina como Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos o Sistema de Tratados de Derechos Humanos de Naciones Unidas. El Estado Mexicano adoptó las medidas de garantizar la observancia del marco jurídico internacional tomando en cuenta el principio pro persona. (Oraá, J. y Gómez, C., F. 2008, p. 23).

Los componentes fundamentales del Sistema Universal de Protección Internacional son:

- La Carta de las Naciones Unidas.

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Tratados Internacionales específicos sobre Derechos Humanos.
- Órganos específicos de control Comité de Derechos Humanos (Oraá, J. y Gómez, C., F. 2008, p. 23).

El que llevará a cabo la internacionalización de los derechos humanos es el surgimiento de la Sociedad de Naciones, Organización Internacional que se enfoca en la protección de los derechos del ser humano (*Ídem*).

De esta manera, el Sistema de Naciones Unidas referente a los Tratados y los órganos que lo conforman, le permite normalizarse en un mecanismo para la protección de los derechos humanos en el aspecto internacional.

Los Sistemas de Protección Internacional de los Derechos Humanos son el Sistema Universal y los Sistemas Regionales, siendo el primer sistema que incorpora las normas y los dispositivos de protección que emanan de la Carta, la Declaración y los Tratados de Derechos Humanos, en cambio los Sistemas Regionales comprenden los tratados regionales de Derechos Humanos (Sistema Europeo “Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales”; Sistema Interamericano “Convención Americana de Derechos Humanos”; Sistema Africano “Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos”) (Chipoco, C., s.f.).

Donde, la Convención Americana que es la que protege los derechos humanos en nuestro país, también nombrada como Pacto de San José de Costa Rica, es un tratado internacional que defiende derechos y libertades que deben de ser respetados por los Estados. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2019) La Convención Americana fue adoptada tras la conferencia Interamericana de Derechos humanos, el 22 de noviembre de 1969, en San José, Costa Rica; entrando en vigencia el 18 de julio de 1978, conforme su artículo 74.2 (*ídem*).

Los Estados que han ratificado la Convención Americana son: Argentina, Barbados, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, el Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam y Uruguay (*ibídem*).

La Convención Americana consagra en su primera parte la obligación de los Estados de respetar los derechos y libertades, así como el deber de adoptar disposiciones de derecho interno para hacer efectivo el goce de los derechos.

En la segunda parte, la Convención consagra los derechos y las libertades: Derecho al reconocimiento de la persona jurídica; a la vida; integridad a la personal; prohibición a la esclavitud y servidumbre; derecho a la libertad personal; principio de legalidad y retroactividad; derecho a la indemnización; protección de la honra y de la dignidad; libertad de conciencia y de religión; libertad de pensamiento y de expresión; derecho de reunión; protección a la familia; derecho al nombre; derechos del niño; derecho a la nacionalidad; derecho a la propiedad; privada; derecho de circulación y residencia; derechos políticos; igualdad ante la ley; protección judicial y desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales. (CIDH, *Op. Cit.*).

Los Sistemas Regionales de Derechos Humanos, los sistemas de protección de los derechos de sus respectivas regiones con base al respaldo de las organizaciones internacionales de carácter regional que, suman al Sistema Universal de Derechos Humanos. El Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH), el Sistema Europeo de Derechos Humanos (SEDH), el Sistema Africano de Derechos Humanos son los dos sistemas regionales (Sánchez, A., Campos, G. y Fuente, C., 2019).

El SIDH, se establece en la Organización de Estados Americanos (OEA), son miembros los 35 Estados del Continente Americano y que generó la I Conferencia Internacional Americana/Panamericana celebrada en Washington (octubre 1889 a 1990), a partir de la Segunda Guerra Mundial, en 1948 al edificarse la IX Conferencia Interamericana, celebrada en Bogotá (*ídem*).

La Carta de la OEA adoptada en Bogotá, Colombia el 2 de mayo de 1948 en la Novena Conferencia Internacional Americana de Bogotá, donde se enuncia la Organización y se declaran sus principios fundamentales: ordenar la paz y justicia en la región y fomentar la solidaridad y defender la soberanía, integridad territorial e independencia de sus miembros y constituye la Comisión Interamericana de Derechos Humanos como uno de los instrumentos de la Organización de promover

la observancia y defensa de los derechos humanos como órgano consultivo. (*ibídem*).

Los Estados Americanos en el marco de la OEA, adoptaron una serie de instrumentos internacionales bajo un sistema regional de promoción y protección de los derechos humanos, conocido como el Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos. (Sánchez, Campos y Fuentes, *Op. Cit.*).

El Sistema Interamericano de Derechos Humanos como protección de los derechos humanos forma parte de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y se conforma por dos órganos: La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), cuyo objetivo, es defender el respeto y garantía de los derechos humanos en América, además de vigilar el cumplimiento de los Estados partes de la OEA de los deberes internacionales mediante la ratificación de los tratados regionales de derechos humanos, como la Convención Americana (Sánchez, *et. al.*, 2019).

La función de la Comisión, es la de promover la observancia y la defensa de los derechos humanos con competencias de dimensiones políticas (visitas *in loco* y la preparación de informes acerca de la situación de los derechos humanos en los Estados miembros).

La Corte Interamericana es uno de los tres tribunales regionales de protección de los derechos humanos, la Corte aplica e interpreta la Convención Americana, además determina si un Estado ha incurrido en responsabilidad internacional por la violación de alguno de los derechos consagrados en la Convención Americana o en otros tratados de derechos humanos aplicables al Sistema Interamericano. Además, de que realiza la supervisión de cumplimiento de sentencias (Sánchez, *et. al.*, 2019, p. 13)

También, la Corte responde consultas que formulan los Estados miembros de la OEA o los órganos de la misma (compatibilidad de las normas internas con la Convención; Interpretación de la Convención o de otros tratados concernientes a la protección de los derechos humanos en los Estados Americanos). (Sánchez, *et. al.*, p. 13).

4.4. El Convenio 169 y el Derecho Humano a la Salud

El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) establece el derecho a la organización y la prestación de los servicios de salud bajo la responsabilidad y el control de los pueblos indígenas, y se les asegura atención equitativa y de calidad (OIT, 2006 como se citó en Naciones Unidas, 2014, p. 202).

En el Artículo 25 de este Convenio, se plasma que los gobiernos deben cuidar y estar al pendiente de los pueblos indígenas para proporcionar servicios adecuados u ofrecer los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental (*ídem*).

Según las Naciones Unidas (2014) el Convenio de la OIT reconoce otros sobre la salud:

- El derecho a la medicina indígena tradicional: métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
- El derecho a la organización de los servicios en el nivel comunitario considerando las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales.
- El derecho a la formación de trabajadores y trabajadoras de la salud provenientes de los propios pueblos indígenas.
- El derecho a que los servicios de salud formen parte de políticas públicas nacionales e integrales.
- El derecho a que la prestación de servicios de salud se coordine con otras medidas sociales, económicas y culturales implementadas en el país.
- El derecho a que los regímenes de seguridad social se extiendan a los pueblos y se apliquen sin discriminación alguna (Naciones Unidas, 2014, p. 202).

4.5. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en el marco de la pandemia del COVID-19

Por otra parte, en Washington, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en el marco de la pandemia del COVID-19, se inquietan por la población indígenas donde los Estados debieron de adoptar medidas urgentes para proteger el derecho a la salud de esta población. La Comisión hace una advertencia sobre la situación de especial vulnerabilidad en la que se encuentran los pueblos indígenas

y realizar respuestas según el entorno de cosmovisión y diversidad cultural de los grupos sociales, La CIDH recuerda la vulneración estructural y sistemática que se han enfrentado los derechos humanos de la población indígena particularmente sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2020).

El Banco Mundial señala que el 43% de la población indígena de Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, México y Perú se encuentra en situación de pobreza moderada, en comparación al 21% de la población no indígena de estos países. Asimismo, el porcentaje de la población indígena en situación de pobreza extrema en estos países triplica al de la población no indígena (OEA, 2020).

La Comisión ha informado sobre los obstáculos que enfrentan los pueblos indígenas en la pandemia del COVID-19 que se vinculan con aspectos socioeconómicas y de accesibilidad donde las instituciones de salud se encuentran a distancia del hogar de las personas indígenas (*ídem*).

El Estado de México informó a la CIDH sobre las medidas que ha tomado para la prevención de contagios, así como para la atención de posibles casos de personas indígenas con COVID-19. Se informó que se cuenta con más de 24 mil personas capacitadas para dar atención exclusiva a pacientes con COVID-19 del programa IMSS-BIENESTAR, que opera en zonas de alta vulnerabilidad, con 80 Hospitales Rurales, 3 mil 622 Unidades Médicas Rurales, 45 Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO), 140 Unidades Médicas Móviles y 184 Brigadas de Salud. Según el Estado, a esto se suma la estrategia de difusión y prevención en donde se han generado 2 mil 172 mensajes transmitidos a través de 110 radiodifusoras locales de comunidades indígenas, en sus propias lenguas (*ibídem*).

4.6. El derecho humano en el ámbito constitucional

El 10 de junio de 2011 la Cámara de Diputados de los Estados Unidos Mexicanos reformó una serie de artículos para asegurar la normatividad de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos en México, estableciendo rangos constitucionales que las normas internacionales a los derechos humanos se

interpretarán con la Constitución y los propios tratados (Saltalamacchia, 2014 como se citó en López, S., *et. al.*, 2015).

Con la Reforma Constitucional del año 2011 el Estado debe de tomar las medidas necesarias para que los Tratados Internacionales se lleven a cabo. México ha celebrado convenios en aspectos de salud para controlar el tabaco, protección fitosanitaria, transporte de cadáveres, convenios relativos a estadísticas de causas de defunciones. Además de, establecer el convenio de examen médico obligatorio, seguridad y salud para los trabajadores, servicios de salud en el trabajo, protección de salud y asistencia médica y sobre seguridad y salud en la construcción (Gómez, C., 2017).

Desde 1952 México es parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y recibe cooperación de la Agenda de Salud de las Américas 2008 – 2017 y Plan estratégico OPS/PMS 2014 – 2019; el Centro para la investigación de epidemiología ambiental del Instituto Nacional de Salud Pública; el Centro para el desarrollo de la enfermería profesional de la UNAM; el Centro para la investigación de lesiones y violencia de la Universidad de San Luis Potosí; Tecnología de la salud; Calidad de la atención y seguridad el paciente (CONAMED); Investigación y rehabilitación médica; Investigación y formación en salud mental y abuso de sustancias (*ídem*).

Es fundamental que se garantice y se haga efectivo el derecho a la salud por parte de los prestadores del servicio de salud, por lo cual, para que exista un derecho justiciable se debe de contar con un medio de control judicial para hacer exigible ese derecho y es la Suprema Corte de Justicia de la Nación (1996) donde un bloque de jurisprudencias y tesis jurisprudenciales para el desarrollo a la protección de la salud. Donde la Corte ha definido nociones, como (*ibídem*):

- Derecho a la protección a la salud como derecho fundamental.
- Distinción entre VIH y Sida, consentimiento informado, negligencia, embriaguez consuetudinaria, acto médico, mala práctica médica, prueba de paternidad, diagnóstico erróneo, libertad prescriptiva.

El sistema de Salud en México ha logrado:

- El Plan maestro de capacitación de inversión de infraestructura sectorial en salud 2013 – 2018, el cual establece indicadores para medir las políticas públicas (se ha incrementado el índice de esperanza de vida y disminuido la tasa de mortalidad).
- La política de medicamentos permite a las instituciones de salud como instancias compradoras, fortalecer en el mercado los medicamentos. El Consejo de Salubridad General pública en el Diario Oficial de la Federación para cumplir con la política de medicamentos.
- Las guías de práctica clínica han logrado la sistematización y unificación de criterios para la atención en todo el sistema de salud. Se creó el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) así como el Comité Nacional de guías de práctica clínica.
- Expediente Clínico electrónico para acceder a los registros del paciente desde cualquier unidad médica (no se ha implementado totalmente a nivel nacional).
- El Sistema integral de calidad en salud para mejorar la calidad de la atención médica, con base a diagnósticos y estrategias conjuntas (Gómez, C., 2017, p. 5).

Implementación de programas para la prevención, reducción y tratamiento del alcohol y tabaco.

- Campañas de salud (diabetes, higiene en las manos, obesidad, vacunación, planificación familiar, fumar, salud visual, bucodental).
- La Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) ha propuesto una serie de soluciones para México en materia de salud, como:
 - Construir un sistema de salud equitativo, eficiente, sostenible, ofrecer un cuidado continuo, personalizado, proactivo con orientación preventiva; desarrollar estándares y directrices nacionales, fortalecer disposiciones para otorgar licencias médicas, educación profesional continua (*ídem*).

Además, Diego Valadés, considera que es pertinente construir un sistema de salud que rompa la fragmentación: la gratuidad de servicios, otorgar un sistema de salud universal que elimine la cobertura desigual entre los diversos aseguramientos (*ibídem*).

Otra limitante es, solucionar el desvío de recursos y la corrupción (en el año 2020 los indicadores demográficos de la República Mexicana, incrementará a 127, 091 millones de mexicanos) y enmendar la escasa investigación e invención de tecnologías mexicanas y la importación de tecnología, farmacéuticos y aparatos médicos (Gómez, *Op. Cit.*).

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como las garantías para su protección, y no podrá cancelarse salvo en los casos y bajo los términos de la constitución. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad (López, S., *et. al.*, 2015).

Todas las autoridades, tiene la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad (*ídem*).

El Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones de derechos humanos, en los términos que establecen la Ley (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2014 como se citó en López, S., *et. al.*, 2015).

El 2011 los derechos humanos, se encuentran garantizados en México por la Constitución Política, los Tratados Internacionales y los Tribunales internacionales con competencia regional (Corte Interamericana de Derechos Humanos), y son investigados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales, Culturales de la ONU para que se cumpla (López, S., *et. al.*, 2015).

El derecho a la salud, definido por la Comisión de Derechos Humanos en México menciona que, el derecho a la salud, es el más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para asegurar el ejercicio pleno de las capacidades del ser humano, lo cual permite tener una calidad de vida digna (Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2011).

El derecho a la salud en México, fue incorporado en 1983 con el artículo 4²⁴, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se define como el Derecho a la Protección de la Salud (DPS) que resguarda el acceso a los servicios de salud (Montiel, s.f.).

El derecho a la protección de la salud en su artículo 4, Párrafo cuarto, “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”. (CNDH, 2015).

El derecho protección, que como garantía individual consagra el Artículo 4. Constitucional, conforma la recepción de medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades y su suministro por las dependencias y entidades que prestan los servicios respectivos (*idem*).

Sin embargo, en lugar del derecho a la salud se señala el derecho a la protección de la salud, es positivizar el derecho a la salud, donde se compromete al Estado a prestar servicios de salud y garantizar su acceso.

En México al manifestar el derecho a la salud en realidad es referirse al acceso a los servicios de salud, específicamente al acceso a los servicios médicos, porque con el establecimiento de los Organismos No jurisdiccionales de Protección de Derechos Humanos en México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) que fungen el resguardo del derecho a la protección de la salud en México, al no existir ninguna institución jurisdiccional dedicada a su defensa directa. (López, S., *et. al.*, 2015).

La modificación se da cuando el Comité de Derechos Económicos, Sociales y culturales (CDESC) emite en 2001, la Observación General 14, enfocándose al

²⁴En el párrafo en el Artículo 4o. Constitucional garantiza para todas las personas el derecho a la protección de la salud. En su segunda parte, dicho párrafo ordena al legislador definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud (Montiel, s.f.).

derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (párrafo 1 Art. 12 del PIDESC) (CDESC como se citó en López, S., 2015).

4.7. El derecho humano a la salud en el ámbito de la legalidad

El Sistema Nacional de Salud mexicano, está normado jurídicamente por leyes y reglamentos de cada una de las 32 entidades federativas que se encuentra conformado el país. En la reforma de 1983, el artículo 4 párrafo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala que: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” (Murayama, C. y Ruesga, S., 2016).

Por lo que, en 1984 la Ley General de Salud (LGS) reglamenta el derecho a la protección de la salud que señala las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud (Ley General de Salud, 2015 como se citó en Murayama, C. y Ruesga, S., 2016).

La Ley General de Salud, normativa el derecho a la protección de la salud que consagra el artículo 4, párrafo 4 de la Carta Magna, establece en sus Artículos 2, 23, 24, fracción I, 27 fracciones III y VIII 28, 29 y 33, fracción II, el derecho a la protección a la salud cuyo objetivo es el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población (CNDH, 2015).

La Ley General de Salud, está constituido por dependencias y entidades públicas, prestadores de servicios de salud del sector social y privado, además de diversas organizaciones que permiten la coordinación institucional para garantizar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud (Ley General de Salud, 2015 como se citó en Murayama, C. y Ruesga, S., 2016).

La protección de la salud no debe ser soslayada el marco normativo secundario, Ley General de Salud, Ley Del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Ley de Seguro Social, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Servicios de Atención Médica, así como las 82 Normas Oficiales Mexicanas (CNDH, 2015).

Los servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad, que los servicios de salud se clasifican en tres tipos (CNDH, 2015):

- Atención médica.
- Salud Pública.
- Asistencia Social.

a) Atención médica, comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, definiéndose a las actividades curativas como aquellas que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar un tratamiento oportuno (*idem*).

b) La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud para cuyo efecto habrá un cuadro básico de insumos del sector de salud (*Ibidem*).

Dicho lo anterior, la Ley General de Salud referente al derecho a la protección de la salud, comprende la recepción de los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad, como parte integrante del servicio básico de salud consistente en la atención médica y brindar una terapia al enfermo (CNDH, *Op. Cit*).

Se estableció la Declaración y Programación de Acción de Viena, importancia a la promoción y protección de los derechos humanos de las personas pertenecientes a grupos que han pasado a ser vulnerables, en particular los trabajadores migratorios, a la eliminación de todas las formas de discriminación contra ellos y al fortalecimiento y a la aplicación más eficaz de los derechos humanos (CNDH, *Op. Cit*).

Los Estados tienen la obligación de adoptar y mantener medidas adecuadas principalmente en educación, salud, y apoyo social, para promover y proteger los derechos de los sectores vulnerables y asegurar la participación de las personas pertenecientes a esos sectores en la búsqueda de una solución a sus problemas (CNDH, *Op. Cit*).

Además, es importante mencionar que, la Ley General de Salud (Capítulo IX) Derechos y obligaciones de los beneficiarios (Artículo 77 bis 36), los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir los servicios de salud, los medicamentos y los insumos fundamentales para el diagnóstico y

tratamiento de los padecimientos sin discriminación alguna en la unidades médicas tanto federal como local (CNDH, *Op. Cit.*).

Estos derechos conllevan a compromisos que los pacientes deben de asumir cuando realizan una consulta médica (CNDH, *Op. Cit.*).

Por otra parte, la Ley General de Salud, señala que el derecho a la protección de la salud determina el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga las necesidades de la población²⁵ (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2018).

Por otra parte, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Art. 39 vinculada a la Secretaría de Salud (SS) manifiesta los ámbitos de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, además de coordinar los programas de servicios de salud de la administración pública federal. Cabe añadir que, en la fracción VI se le asigna la función de: “Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud” donde se establecen a los responsables de impulsar y coordinar la participación de los sectores social y privado en el SNS. Es importante mencionar que, también “planea, norma y controla los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud” (Fracción VII) (CNDH, 2015).

En la Fracción VIII, “dicta las normas vinculadas a la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo la de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, para verificar su cumplimiento, organizar, administrar servicios sanitarios generales en toda la República”. (*ídem*).

²⁵ Por servicios de salud, se determina como proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; los servicios de salud se clasifican en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social que se constituyen de acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias. (CONEVAL, 2018).

Esta ley también, enuncia que prestará los servicios de salud con los gobiernos de las entidades federativas, y que le corresponde actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes se establecen en el Poder Ejecutivo federal, y vigilar el cumplimiento de la LGS y demás disposiciones en materia sanitaria (Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 2015 como se citó en CNDH, 2015).

Existen leyes para remitir a la legislación federal o incluir facultades para legislar en el campo de la salud local, es decir, la descentralización de los servicios de salud para la población no afiliada a instituciones de seguridad social (*ídem*).

Por otra parte, el 29 de noviembre de 2019 se reformó la Ley General de Salud y la Ley de los institutos Nacionales de Salud, la cual se estableció la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y en mayo del año 2020 en el Diario Oficial de la Federación la reforma al Artículo 4º, se reformó con la obligación de garantizar el derecho a la salud mediante el Sistema de Salud para el Bienestar, ya en el año 2023 desaparece el INSABI y se modifica el Sistema de Salud para el Bienestar y el IMMS – Bienestar (Guízar, J., y Ayala, R., 2023)

El IMMS – Bienestar, intervendrá con las entidades federativas en la conformación de la operación de la prestación gratuita de los servicios de salud.

4.8. Sentencia. Pabellón 13

En este apartado se aborda sentencia del Pabellón 13 para atender pacientes con VIH/Sida²⁶ en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Es una medida que el Estado debe Adoptar a fin de Cumplir con el Derecho al Disfrute al Nivel Más alto posible de Salud”. (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2014).

²⁶ Según la OMS, el VIH/SIDA implica un problema de salud pública mundial, donde la infección se diagnóstica por medio de análisis de sangre, no tiene cura, en cambio, los pacientes se controlan el virus y llevan una vida sana y productiva con un tratamiento eficaz con fármacos antirretrovíricos. Este virus, ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. Las personas que presentan VIH/SIDA, son vulnerables al contagio de enfermedades que pueden complicar el tratamiento y hasta poner en riesgo su vida. (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2014).

Tabla 1 Pabellón 13

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE SENTENCIA CONSTITUCIONAL. COMO HACER ESE ANÁLISIS	
<p>1. PROPÓSITO AL ANALIZAR LA SENTENCIA CONSTITUCIONAL</p>	<p>✓ PORQUÉ Y PARA QUE HACEMOS EL ANÁLISIS</p> <p>“La Construcción del Pabellón 13 para atender pacientes con VIH/Sida en el Instituto Nacional de Enfermedades respiratorias, es una medida que el Estado debe Adoptar a fin de Cumplir con el Derecho al Disfrute al Nivel Más alto posible de Salud”.</p> <p>Relacionado con mi principal tema de investigación, es importante esta sentencia del Pabellón 13 porque se lucha por el derecho a la salud de los pacientes con VIH/Sida, personas en situación de vulnerabilidad.</p> <p>Esta juicio tiene un impacto que se refleja en exigir el derecho al más alto nivel posible de salud de las personas que viven con VIH/Sida, donde representa un avance significativo en la protección de los derechos económicos, sociales y culturales.</p> <p>Además, le exige a las autoridades responsables a buscar las medidas adecuadas y especializadas hacia los pacientes con VIH/Sida, donde el Estado mexicano está obligado a implementar con relación a la norma internacional de derechos humanos las medidas necesarias para ofrecer un tratamiento digno y brindar todos los recursos disponibles para garantizar la protección al derecho a la salud.</p>
<p>2. IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE SENTENCIA CONSTITUCIONAL SE TRATA LA QUE ANALIZAREMOS</p>	<p>✓ QUIEN LA RESOLVIÓ, QUE TIPO DE JUICIO ES, LAS PARTES, NUMERO DE EXPEDIENTE</p> <p>La Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo en Revisión 378/2014, Segunda Sala, Min. Alberto Pérez Dayán, sentencia de 15 de octubre de 2014, México.</p> <p>La sentencia del Pabellón 13 se relaciona con el derecho a la protección del derecho a la salud en lo que establece la Constitución mexicana y que fue emitida por la Suprema Corte de Justicia para dar protección y garantizar los servicios de salud pública de calidad para las personas con VIH/Sida que se encuentran en situación de vulnerabilidad.</p>
<p>3. HECHOS RELEVANTES</p>	<p>✓ SUCESOS IMPORTANTES DE LOS HECHOS DEL CASO</p> <p>El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias²⁷ (INER), realizó la petición al Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud²⁸ de desarrollar el</p>

²⁷ INER, organismo descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonios propios, en conjunto en el Sector Salud específicamente en el campo de padecimientos del aparato respiratorio, investigación científica, formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad (Suprema Corte de Justicia de la Nación. Reseñas Argumentativas (2014).

²⁸ Se creó un mecanismo claro para la administración de los recursos, la Secretaría de Salud, con la autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, constituyó legalmente el fideicomiso denominado “Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud”, cuya finalidad, es manejar los recursos del Sistema de Protección Social en Salud (*idem*).

En cambio, el Comité Técnico, es el órgano colegiado responsable de autorizar los montos totales, los ascensos y cambios de los apoyos financieros del patrimonio fideicomitado.

	<p>proyecto "Remodelación y equipamiento del Servicio Clínico 4".</p> <p>el INER hospitalizaba aproximadamente 170 pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) y problemas pulmonares, en las instalaciones no cumplían con las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS), pues, los enfermos de VIH/SIDA se establecían más de un mes internados y su salud implicaba el doble de riesgo para ellos mismos, y para las otras personas (personal médico y compañeros) (Suprema Corte de Justicia de la Nación. Reseñas Argumentativas (2014)</p> <p>la sentencia del Pabellón 13 se vincula con la norma jurídica</p>
<p>4. PROBLEMA JURÍDICO</p>	<p>✓ NUDO FUNDAMENTAL A DESATAR. LA CONTROVERSIAS DE DERECHOS QUE PLANTEARON LAS PARTES</p> <p>El Problema Jurídico es Determinar si las condiciones en las que el INER proporcionó la atención médica a los pacientes afectados resultó apegado al derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental o si, por el contrario, estuvieron indebidamente expuestos a adquirir otras infecciones, enfermedades y trastornos que pudieron prolongar su tratamiento e incluso poner en peligro su salud y vida.</p> <p>Los derechos expuestos, son: derecho a la salud, derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, derecho a la vida, principio de progresividad, recursos, tratamiento de enfermedades, atención médica, VIH/SIDA</p> <p>los derechos violados son, Artículos 1, 4, 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</p>
<p>5. DISECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA SENTENCIA</p>	<p>✓ TOMARÁ SUS PARTES DE LA SENTENCIA Y LAS EXAMINARÁ. REVISE LA ARGUMENTACIÓN Y RAZÓN DE DECIDIR DE LA AUTORIDAD JURISDICCIONAL CONSTITUCIONAL.</p>
<p>6. EFECTOS DE LA SENTENCIA</p>	<p>✓ SIGNIFICADO Y TRASCENDENCIA DE LA SENTENCIA. EN LO PERSONAL DE LAS PARTES LITIGANTES Y TEMPORAL.</p> <p>La relevancia de esta sentencia, es que se establece el derecho a la salud como un derecho prioritario, donde el Estado debe de garantizarlo, a través de los servicios de salud.</p> <p>Además, el Instituto de Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) deben de proporcionar una atención médica adecuada y oportuna a los pacientes con VIH/Sida.</p> <p>Esto viola el derecho a la salud.</p>
<p>7. ANÁLISIS CRÍTICO PERSONAL DE LA SENTENCIA</p>	<p>✓ UNA VEZ ANALIZADA QUE OPINIÓN TIENE LA O EL INVESTIGADOR AL RESPECTO</p> <p>La Sentencia del Pabellón 13, es importante porque la Suprema Corte de Justicia de la Nación reconoció y</p>

	garantizó la protección del derecho a la salud de las personas con VIH/SIDA en nuestro país. Un derecho prioritario, donde se deben de garantizar las medidas en la atención a la salud adecuada de los grupos sociales en situación de vulnerabilidad.
--	--

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias²⁹ (INER), realizó la petición al Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud³⁰ de desarrollar el proyecto “Remodelación y equipamiento del Servicio Clínico 4” (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2014).

En el año 2007, el Comité autorizó lo solicitado, ya que el INER hospitalizaba aproximadamente 170 pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) y problemas pulmonares, en las instalaciones no cumplían con las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS), pues, los enfermos de VIH/SIDA se establecían más de un mes internados y su salud implicaba el doble de riesgo para ellos mismos, y para las otras personas (personal médico y compañeros) (*idem*).

Siendo enfermos de VIH/Sida, se establecen más de cuatro semanas en dicho instituto y su estado de inmunodeficiencia grave confiere el doble de riesgo para ellos mismos y en relación que existen entre ellos y el personal médico, tampoco cumple con las recomendaciones del Centro de Control y Prevención de Enfermedades, entre otros organismos (*ibídem*).

Por lo cual, el INER le interesaba una atención médica especializada y controlada ante los microorganismos por medio de mecanismos de contención, por lo cual se solicitó al Comité sustituir el proyecto “Remodelación y equipamiento del Servicio Clínico 4” por “Construcción y Equipamiento del Servicio Clínico para

²⁹ INER, organismo descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonios propios, en conjunto en el Sector Salud específicamente en el campo de padecimientos del aparato respiratorio, investigación científica, formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad (Suprema Corte de Justicia de la Nación. Reseñas Argumentativas (2014).

³⁰ Se creó un mecanismo claro para la administración de los recursos, la Secretaría de Salud, con la autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, constituyó legalmente el fideicomiso denominado “Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud”, cuya finalidad, es manejar los recursos del Sistema de Protección Social en Salud (Suprema Corte de Justicia de la Nación. Reseñas Argumentativas (2014).

En cambio, el Comité Técnico, es el órgano colegiado responsable de autorizar los montos totales, los ascensos y cambios de los apoyos financieros del patrimonio fideicomitado.

pacientes con VIH/SIDA y Co-infección por Enfermedades de Transmisión Aérea”, denominado como “Pabellón 13” (SCJN, *Op. Cit.*).

De esta manera, el INER le convenía la edificación de un nuevo pabellón, de otra manera, se tendría que dejar de atender a los pacientes por un año para poder remodelar el área donde actualmente se les brindaba atención médica.

El 31 de agosto del 2007, el Comité Técnico del Fideicomiso del sistema de Protección Social en Salud, autorizó la solicitud del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” por un monto de \$61, 738, 445 para el desarrollo del proyecto “Remodelación y Equipamiento del Servicio Clínico 4. ”, posteriormente se analizaría la viabilidad de ejecución y estaría relacionada al cumplimiento de requisitos técnicos administrativos y presupuestarios (SCJN, *Op. Cit.*).

El comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, en el año 2008, canceló el proyecto Remodelación y Equipamiento del Servicio Clínico 4 y autorizó la aplicación de recursos solamente para la edificación del proyecto ejecutivo del proyecto “Pabellón 13” (SCJN, *Op. Cit.*).

La Dirección General de Financiamiento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, emitió las cartas de pasos con las que se transfirieron recursos económicos al INER para la contratación del proyecto ejecutivo Pabellón 13 y se analizaría su viabilidad al cumplimiento de los requerimientos técnicos, administrativos y presupuestarios (SCJN, *Op. Cit.*).

Se elaboró el proyecto ejecutivo, el INER pidió al Comité más monto para ejecutarlo, pero no se realizó por la carencia de recursos. Por lo tanto, pacientes del INER promovieron amparo indirecto en contra de varias autoridades responsables, exigiendo la omisión de ejecutar el proyecto denominado “Construcción y Equipamiento del Servicio Clínico para Pacientes con VIH/Sida y Coinfección por Enfermedades de Transmisión Aérea”, conocido como “Pabellón 13”, así como de negar la transparencia de los recursos suficientes para tal fin (SCJN, *Op. Cit.*).

El juez de distrito en el Distrito Federal, dictó sentencia el 21 de junio de 2013, en el que sobreseyó en el juicio y se negó el amparo.

Los pacientes interpusieron revisión, y en sesión de 20 de febrero de 2014, el tribunal colegiado del Distrito Federal al que le correspondió el asunto dictó resolución y analizados los agravios de estudio previo al fondo del asunto (SCJN, *Op. Cit.*).

*Las personas en descontento expresaron que, se les impedía el acceso al goce del más alto nivel de salud; que las autoridades responsables violaban en su perjuicio el derecho a la salud al no destinar el máximo de recursos de que disponen para ejecutar el proyecto de construcción, con lo cual también se vulneraba su derecho a la vida, porque su enfermedad VIH/SIDA se encuentran expuestos a contagios y enfermedades; discriminación por aspectos socioeconómicos (carencia de recursos para acudir a atención de salud privada y especializada), lo que el Estado no había adoptado medidas para prevenir, reducir y no discriminar en el servicio a la atención médica (SCJN, *Op. Cit.*).*

Este caso fue conocimiento del Juez de Distrito en Materia Administrativa, *negando el amparo al considerar la omisión de ejecutar el proyecto para la construcción de un nuevo pabellón para pacientes con VIH/SIDA y Coinfección por Enfermedades de Transmisión Aérea, no se violó sus derechos humanos porque recibieron atención y medicamentos de manera gratuita y no recurrieron a una institución privada para recibir atención médica por no ejecutarse el Pabellón 13 (SCJN, *Op. Cit.*).* El Juez, sustentó que, el disfrute del más alto nivel posible de salud, hace referencia a un derecho a lo posible y no se obliga a conceder excepciones privilegiadas y el contar con un certificado de necesidad, no exige la ejecución, ya que el derecho a la salud se encontraba protegido porque fueron atendidos en las instalaciones (SCJN, *Op. Cit.*).

No hay una afectación directa de derechos fundamentales porque la Constitución no otorga, a ninguna persona, sin importar su edad, condición social, estado de salud, un derecho para que sea desarrollado el Pabellón 13, la ejecución del proyecto no implica que tenga que acudir a una institución privada para la atención médica integral que requieren, tomando en cuenta los medicamentos retrovirales para mantener los niveles de CD4 para seguir con sus actividades (SCJN, *Op. Cit.*).

La Corte pidió que se manifestará el conocimiento del asunto, por lo que, la Corte debió precisar el contenido y alcance del derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud (SCJN, *Op. Cit.*).

Los principios generales sobre el derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

El derecho a la salud previsto en el Artículo 4 de la Constitución Federal puede entenderse como la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud para alcanzar el bienestar estado físico, mental, emocional y social de la persona (SCJN, *Op. Cit.*).

El Estado debe de garantizar que la protección de la salud y el desarrollo de los correspondientes sistemas sanitarios asistenciales es una de las tareas fundamentales de los Estados democráticos contemporáneos y representa una de las claves del Estado Bienestar (SCJN, *Op. Cit.*).

La plena realización del derecho humano a la salud es fundamental para que las personas puedan desarrollas otros derechos y libertades.

Alcanzar el derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental que establece el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), lo que señala obligaciones positivas para el Estado que manifiesta la reducción de la mortalidad, el tratamiento de las enfermedades y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (SCJN, *Op. Cit.*).

El Artículo 2 del PIDESC establece el deber del Estado de no ejercer discriminación y que debe de adoptar medidas dentro de un plazo razonable. Por lo que, se tenga una falta de recursos incumpla con la plena realización del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud debe de utilizar los recursos que están a su disposición y desarrollar políticas públicas donde se tomará en cuenta a los grupos sociales en situación de vulnerabilidad (SCJN, *Op. Cit.*).

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, se entiende como toda gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar un estado de bienestar en el desarrollo de la persona relacionada a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad a la salud (SCJN, *Op. Cit.*).

La Observación General 14, emitida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), parte de los esfuerzos individuales y colectivos de los Estado para dar accesibilidad a las tecnologías que aseguren a las personas la asistencia médica y servicios médicos en casos de enfermedad, lo cual, no limita la igualdad a los servicios de salud básicos, preventivos, curativos y de rehabilitación (SCJN, *Op. Cit.*).

Mientras que, el Estado mexicano no adopte las medidas establecidas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y dar primordial cuidado a los grupos vulnerables.

La obligación del Estado mexicano debe adoptar el máximo de los recursos que disponga y la ineficiencia de los argumentos de la autoridad.

El PIDESC reconoce la obligación estatal de proteger, respetar y promover el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, donde el Estado debe de demostrar los recursos que están a su disposición por satisfacer el derecho a la salud considerando el principio de progresividad (SCJN, *Op. Cit.*).

La Corte considera que las autoridades responsables no han demostrado que han realizado todos los esfuerzos posibles para utilizar los recursos que están a su disposición, para lograr una plena efectividad del derecho humano a la salud (SCJN, *Op. Cit.*).

La Corte da como resolución el daño a las obligaciones en los Artículos 4 Constitucional, 2 y 12 del PIDESC, pues, procede a revocar la sentencia recurrida y otorgar el amparo a los afectados (SCJN, *Op. Cit.*).

La Corte determina que el INER, en relación con el Comisionado y el Comité Técnico debe de tomar las medidas necesarias para salvaguardar el derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud. La Sentencia, ejerce la posibilidad de que los responsables brinden a los afectados el tratamiento médico, mediante, la remodelación del Servicio Clínico 4 o la construcción del nuevo pabellón (SCJN, *Op. Cit.*).

La sentencia del Pabellón 13 se relaciona con la vulneración al derecho a la salud, primeramente porque se está hablando de una población vulnerable en la cual se ha discriminado no solo socialmente, sino que también se les negó el

tratamiento especializado en salud y de calidad, tanto como del personal de salud y de las instituciones, como una manera de acceder, no solo a la atención en salud, sino al derecho humano a la salud.

Respecto a la Sentencia del Pabellón 13, se debe de proporcionar el acceso a los servicios de salud públicos a las personas vulnerables con VIH/Sida para llevar un tratamiento antirretroviral y atención en salud, ya que, las personas con VIH/SIDA pueden ser de un grupo socioeconómico desfavorecido, lo que los hace más vulnerables a la enfermedad.

No sólo se viola el derecho a la salud, sino también el derecho a la educación, el acceder a los servicios básicos, el acceso a atención médica como el diagnóstico y el tratamiento de VIH. Sin embargo, la Sentencia del Pabellón 13, el derecho a la salud se vulnera por las condiciones precarias e inhumanas en las que se atendía a las personas con VIH/SIDA en el Pabellón 13 del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

Donde la Corte Suprema de Justicia de la Nación (SCJN) identificó las siguientes violaciones específicas:

Instalaciones inadecuadas donde el Pabellón 13 no contaba con la infraestructura y el equipamiento necesarios para brindar atención médica para las personas con VIH/Sida (espacios viejos, deteriorados y carecían de las condiciones básicas de higiene y seguridad), además de atender a una gran cantidad de personas en un mismo lugar, lo que ocasionaba el contagio de enfermedades e infecciones que son riesgosas para su salud, aparte de no contar con las medidas sanitarias ni de seguridad para prevenir la transmisión del VIH.

Dicho lo anterior, estas condiciones violaban el derecho a la salud de las personas con VIH/SIDA, consagrado en la Constitución Mexicana y en tratados internacionales. Donde la SCJN señaló que el Estado tiene la obligación de garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, que sean dignos y respetuosos de los derechos humanos de todas las personas, sin discriminación.

La Sentencia del Pabellón 13 fue un paso importante para la defensa del derecho a la salud en México, porque a partir de ese suceso se debió de mejorar la

atención médica de las personas con VIH/SIDA y para garantizar que sus derechos humanos sean respetados.

El derecho a la protección del derecho a la salud en lo que establece la Constitución mexicana y que fue emitida por la Suprema Corte de Justicia para dar protección y garantizar los servicios de salud pública de calidad para las personas con VIH/Sida que se encuentran en situación de vulnerabilidad, el Estado debe de adoptar a fin de cumplir con el derecho al disfrute al nivel más alto posible de salud.

Relacionado con mi principal tema de investigación, es importante esta sentencia del Pabellón 13 porque se lucha por el derecho a la salud de los pacientes con VIH/Sida, personas en situación de vulnerabilidad.

Esta juicio tiene un impacto que se refleja en exigir el derecho al más alto nivel posible de salud de las personas que viven con VIH/Sida, donde representa un avance significativo en la protección de los derechos económicos, sociales y culturales.

Además, les exige a las autoridades responsables a buscar las medidas adecuadas y especializadas hacia los pacientes con VIH/Sida, donde el Estado mexicano está obligado a implementar con relación a la norma internacional de derechos humanos las medidas necesarias para ofrecer un tratamiento digno y brindar todos los recursos disponibles para garantizar la protección al derecho a la salud.

- **Derecho a la salud:** La sentencia reafirmó el derecho fundamental a la salud consagrado en la Constitución Mexicana y en tratados internacionales.
- **Derecho a la no discriminación:** La Corte reconoció que las condiciones del Pabellón 13 violaban el derecho a la no discriminación de las personas con VIH/SIDA, al exponerlas a un trato inhumano y degradante.
- **Derecho a la igualdad:** La sentencia estableció que las personas con VIH/SIDA tienen derecho a recibir servicios de salud de la misma calidad que el resto de la población, sin discriminación.

Por lo cual, la Corte señaló que el Estado tiene la obligación de proteger los derechos humanos de todas las personas, incluyendo a aquellas con enfermedades como el VIH/SIDA.

4.9. Conclusión del capítulo

En conclusión, los derechos humanos emitidos a partir de diversos estándares de protección, cuyos instrumentos jurídicos internacionales protegen y garantizan los derechos económicos, sociales y culturales, y son estos, donde parte nuestro principal tema de investigación.

Porque reconocen que todas las personas, sin importar distinción, tenemos derechos a disfrutar de un nivel de vida adecuado, considerando la alimentación, vivienda, vestimenta, salud, educación y seguridad social, entre otros.

Asimismo, el recrear cómo han evolucionado los derechos humanos desde una perspectiva económica, social, cultural y normativa donde se ha buscado que se brinde la igualdad, bienestar, dignidad, libertad, por medio de diferentes luchas sociales en distintos escenarios y periodos.

Por lo cual, los órganos internacionales supervisan la aplicación de los derechos humanos por parte de los Estados donde presentan informes, observaciones y recomendaciones al Estado correspondiente, además de investigar y tomar medidas para abordar violaciones a los derechos económicos, sociales y culturales.

Estos órganos son encargados de supervisar la implementación de los derechos humanos, pero a su vez, emiten documentos que proporcionan dirección e interpretación de los derechos económicos, sociales y culturales, como la Observación General 14 que establece que se debe de brindar el derecho a la salud al disfrute del más alto nivel posible de salud y que este derecho es prioritario e indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos, además de reconocer el derecho a la salud plantea diversos aspectos como el aplicar o crear programas orientados a la atención de salud.

Los derechos humanos se refieren a un sistema de protección de salud que brinde a las personas oportunidades iguales como los pueblos indígenas que se les

debe de brindar las facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Este grupo social han sido históricamente marginados, discriminados y posicionados en situación de vulnerabilidad, porque encuentran limitantes para acceder a un servicio público y de calidad, además de ser disponible, ya que al vivir en zonas rurales deben de trasladarse a las instituciones de salud.

Este apartado sobre los mecanismos jurídicos de protección y promoción tanto a nivel nacional como internacional, nos ofrece visualizar la distinción que emanan de ambos y distinguir uno del otro, por ejemplo; en nuestro país se cuenta con el derecho a la protección a salud desde un enfoque a mi parecer prestacional, es decir que presta servicios de salud a cierta población en particular, y se brindan programas “asistencialistas” para “garantizar” el derecho a la salud donde brinda mayor cobertura de atención a la salud.

La división del sistema de salud se manifiesta en la existencia de diversas instituciones de salud que atienden a segmentos de diversa población caracterizadas de acuerdo a su posición laboral. En nuestro país, se cuestiona si existe “un sistema universal de accesos a los servicios de salud” que garantice el acceso al derecho a la salud, en cambio, las necesidades de atención a la salud son más demandantes, pues la demografía aumenta, la expansión de las enfermedades crónico degenerativas y los nuevos brotes de enfermedades contagiosas surgen. El derecho a la salud como derecho fundamental, se debe de replantear por la desigualdad que permea en ciertas poblaciones.

**CAPÍTULO V. LA VULNERACIÓN
AL DERECHO HUMANO A LA SALUD
EN LA POBLACIÓN OTOMÍ DE
TENANGO DE DORIA, HIDALGO**

Presentación del capítulo

En este capítulo, expongo mi saldo de mi trabajo de campo en relación a mi tema principal que es la vulneración al derecho humano a la salud en Tenango de Doria, una comunidad otomí en el Estado de Hidalgo y en relación al acceso a la salud, este derecho fundamental muchas veces es mínimamente garantizado por diversos factores sociales, económicos, culturales, políticos, pero este derecho en la población de Tenango de Doria ha sido limitado.

En primer momento desde los recuerdos y experiencias de las mujeres adultas mayores de la región relataron sobre la manera en que aún preservan su conocimiento sobre la salud ancestral. Este apartado habla sobre las vivencias de las mujeres, por medio de las narrativas que ofrecen una visión del cuidado de la salud en Tenango de Doria.

A través de los testimonios, se busca resaltar cómo anteriormente se usaban las plantas medicinales, los remedios naturales, los rituales, las prácticas tradicionales, la asistencia de parteras para atenderse la salud de las habitantes, labores que actualmente se siguen preservando en menor medida.

En el segundo apartado, se resalta sobre la noción de salud de los pobladores de Tenango de Doria; en general encontré que es una conceptualización diversa que abarca desde el contexto cultural y social de la población, es decir, que la definición de salud está influenciada por las tradiciones, creencias y experiencias, y en una gran parte, por la espiritualidad.

El vínculo que tienen los pobladores con la naturaleza es significativo y a su vez, se enfrentan a desafíos por acceder al servicio de salud, pues la relación de la salud hegemónica y los saberes tradicionales reflejan una resistencia por abordar sus prácticas ancestrales.

En el tercer apartado, se presentará sobre las Enfermedades de las y los pobladores de Tenango de Doria que está relacionada la salud de la comunidad con sus condiciones sociales, económicas y culturales, esto es que, la salud se ve impactada por algo más que biológico.

Pero también, enfrentan grandes desafíos que influyen en su salud, cómo la falta de recursos económicos, la falta de acceso a los servicios de salud, la

discriminación, la poca empatía del personal de salud referente a la cultura otomí, las condiciones de vida.

Entre las enfermedades más frecuentes en la región, son gripes, resfriados por las condiciones climáticas del municipio; las enfermedades crónicas degenerativas, como diabetes e hipertensión que ha aumentado en los pobladores de Tenango y los problemas gastrointestinales, además de los accidentes automovilísticos.

Los padecimientos que se enfrentan los pobladores de Tenango, acceden a los servicios de salud de la comunidad como el Centro de Salud (actualmente IMSS - Bienestar) y Casas de Salud de las localidades lejanas pero enfrentan falta del personal médico, desigualdad en el acceso al servicio de salud, discriminación y la falta de empatía hacia su cultura otomí.

En el cuarto apartado, se hablará sobre la disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad al derecho humano a la salud de las y los pobladores de Tenango de Doria, Hidalgo, donde se observó que institución de salud atendían a la población de Tenango de doria, cuántos se encuentran disponibles, incluyendo hospitales, y clínicas y si son suficientes para atender a la población.

La disponibilidad del personal de salud o la falta del personal que puede limitar la atención a la salud, los medicamentos y equipos. Además de considerar si las instituciones de salud son empáticas con la cultura otomí o si los habitantes son incluidos en las decisiones de la salud

Y, si son accesibles o existe una proximidad de los centros de salud a las comunidades o áreas rurales pues la distancia es una barrera significativa para el acceso. En cuanto, a la calidad, que analiza los servicios de salud deberían de garantizar que los servicios de salud estén equipados, que cuenten con los recursos e insumos, el personal de salud debe de estar capacitado.

Por último, se da conocer como fue la atención del servicio de salud que se brindó a los pobladores en la pandemia del Covid 19.

De esta manera, estos apartados abordan de cierta forma, la vulneración al derecho humano a la salud que enfrenta la población de Tenango de Doria.

5.1. La conformación cultural, política, histórica, económica de las y los pobladores de Tenango de Doria, Hidalgo

Es importante conocer algunas de las características fundamentales de la región de estudio, como lo demográfico, flora y fauna, turismo, entre otras cuestiones, con la finalidad de contextualizar el fenómeno que estamos analizando.

Tenango de Doria, Hidalgo, es un pueblo indígena de México, situado en la Sierra Madre Oriental. Se le conoce de varias formas, entre estas, Sierra Norte de Puebla, Sierra Oriental, Sierra de Tenango, Sierra Otomí – Tepehua, o bien, Sierra de Tututepeque³¹, además que colinda con otros poblados cercanos como Huehuetla y San Bartolo Tutotepec (Vázquez y de los Santos, E., 2008).

En el año 1570, Tenango de Doria fue un pueblo adjunto a Tututepec y se le denominaba al municipio como San Agustín Tenango; desde el siglo XVI hasta el siglo XIX tuvo la categoría de cabecera municipal (*idem*). Tenango se escribía Tenanco, que significa “lugar amurallado o fortificado”, “en la cerca” o “en la muralla”; es derivado del náhuatl *tenamitl*, *cerca o muro de ciudad*.

Mapa 3 Tenango de Doria, Hidalgo



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2010) Cartografía geoestadística urbana, Cierre del Censo de Población y Vivienda 2010. Tenango de Doria.

³¹ En la actualidad se localiza como la Sierra Otomí – Tepehua o Sierra de Tenango, pero durante la época colonial la mayor parte de esta región constituía la jurisdicción del pueblo de indios de Santa María Magdalena Tututepeque, conocido también como los nombres de Sierra de Tututepeque, Tututepeque, Tutotepec, Tutu o Tuto.

El Gobierno del Estado de Hidalgo (s.f.) señala en un informe que Tenango (Tenanco) es de origen náhuatl y significa “el lugar de los muros”, también nombrado anteriormente como *Tenamealtepetl* que significa “*El cerro amurallado*” y Doria, es el apellido del Licenciado y coronel Juan Crisóstomo Doria³².

Tenango de Doria se ubica en la Sierra Oriental,³³ constituida por un 70% de sierra, localizado en el Eje Neovolcánico. Los cerros del Estribo, Brujo, Debosda, el Crío, Macho y la Cuchila, se encuentran de los 1000 metros sobre el nivel del mar (Gobierno del Estado de Hidalgo, s.f.)

La región tenanguense, es el lugar amurallado, que se acerca con los municipios de San Bartolo Tutotepec y Huehuetla; al este con el municipio de Huehuetla y el Estado de Puebla; al sur con el Estado de Puebla y el municipio de Metepec; y al oeste con los municipios de Metepec y San Bartolo Tutotepec (*ídem*).

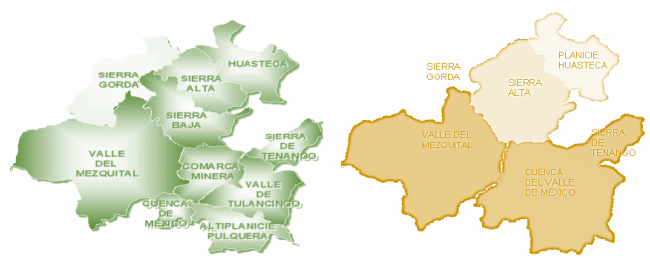
Actualmente, la región hidalguense esta escindida en 10 regiones geoculturales que son: La Huasteca, Sierra Alta, Sierra Baja, Sierra Gorda, Sierra de Tenango, Valle de Tulancingo, Comarca Minera, Altiplanicie Pulquera, Cuenca de México y Valle del Mezquital³⁴.

³² El 28 de enero de 1869, a la edad de 30 años, el coronel liberal Juan Crisóstomo Doria, fue nombrado como Gobernador provisional del Estado de Hidalgo. Doria se encomendó en 4 meses a organizar la administración pública, a instalar el Tribunal Superior de Justicia; además convocó las primeras elecciones para gobernador y congreso Constitucional y Constituyente. Realizó el mapa de Hidalgo e instauró el Instituto Literario y Escuela de Artes y Oficios, hoy Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. (Gobierno del Estado de Hidalgo, s.f. [Página Oficial]).

³³ La formación de la Sierra Madre Oriental se debe al levantamiento y deformación de rocas del Mesozoico o de su basamento, primordialmente sedimentario – metamórfico transportados hacia el noroeste, formando pliegues y cabalgaduras, además del resultado de la acción tectónica y por la Orogenia Laramide sobre materiales de origen sedimentario durante el Cretácico y Terciario del Sistema Volcánico Transversal, esto es, la geomorfología en la región se debe a la confluencia de procesos endógenos y exógenos. Las formas de tipo endógeno, corresponden a sistemas de laderas compuestas por materiales de origen sedimentario y volcánico. El modelado sobre estas estructuras se encuentra en materiales en la zona que van del Jurásico hasta el Terciario. Por otro lado, las estructuras son formas alargadas y circulares, a causa del resultado de procesos de erosión. Las geoformas de origen exógeno son menos representativas en Tenango por el relieve montañoso donde se manifiesta por los valles con dinámica erosiva por la presencia del agua en los cauces durante las temporadas de lluvia (Gobierno del Estado de Hidalgo, s.f.).

³⁴ Algunas fuentes de información dividen al Estado de Hidalgo en 6 regiones geoculturales: Sierra Gorda, Planicie Huasteca, sierra Alta, Valle del México y sierra de Tenango.

Mapa 4 Regiones Geoculturales de Hidalgo



Fuente. Mapa de las regiones geoculturales. Extraído del Gobierno Municipal de Tenango de Doria, Hidalgo (s.f.).

El Estado de Hidalgo se encuentra constituido por 84 municipios³⁵, donde Tenango de Doria está conformado como un municipio de la entidad hidalguense.

Tenango de Doria, San Bartolo y Huehuetla entre Puebla y Veracruz, edificándose como península montañosa ubicada en la Sierra Madre Oriental. En estas regiones se vive y se trabaja en condiciones precarias donde los servicios con una mejor movilidad se encuentran al sur del Estado en Pachuca y Tulancingo donde son zonas que producen y consumen sociedades industriales (Carrillo, M., 2004).

Mapa 5 Representativo de densidad de población indígena



³⁵ El municipio posee autonomía para gobernarse, porque dejó de gobernarlo el territorio de Tulancingo.

Fuente: Carrillo, M., M. (2004) Producción de café y bordados en la Sierra Otomí - Tepehua. Formas de Organización y prácticas comunitarias. Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo. Consultado en: PRODUCCIONDECAFEYBORDADOSENLASERRAOTOMI-TEPEHUA.pdf

En la región Otomí Tepehua el porcentaje de población indígena es alto, y con alto grado de marginación, por lo que genera que no sean atendidas de la mejor manera sus necesidades básicas (educación, salud, alimentación y vivienda) (*Ídem*).

Es importante conocer algunas de las características fundamentales de la región de estudio con el objetivo de contextualizar la región de estudio.

CLIMA

Tenango de Doria tiene una gran diversidad de climas (semicálido-húmedo, 10.73 por ciento; templado-húmedo con lluvias todo el año, 48.04; templado-húmedo con lluvias abundantes en verano, 31,86 por ciento; templado-subhúmedo con lluvias en verano, 0.82 por ciento y semifrío-húmedo con bastantes lluvias en verano, 8.55 por ciento (Gobierno Municipal Tenango de Doria, Hidalgo, s.f.) [Página Oficial].

La temperatura media del municipio fluctúa entre los 14°C para diciembre y enero que son los meses más fríos del año en Tenango y los 19.5°C en mayo que se manifiesta en las temperaturas más altas (*ídem*).

La flora de Tenango, se caracteriza por una vegetación constituida por eucalipto, pino, encino, ocote, manzanilla, encino negro, uña de gato, oyamel, cedro rojo, orquídeas, helechos arborescentes, epífitas como bromelias (conocidas como *tencho o ech*); existen árboles frutales, como árbol de manzana, durazno, capulín, pera y una gran diversidad de plantas medicinales. También, se encuentran hongos, palma, camedor y musgo (Gobierno Municipal Tenango de Doria, Hidalgo, s.f. [Página Oficial]).

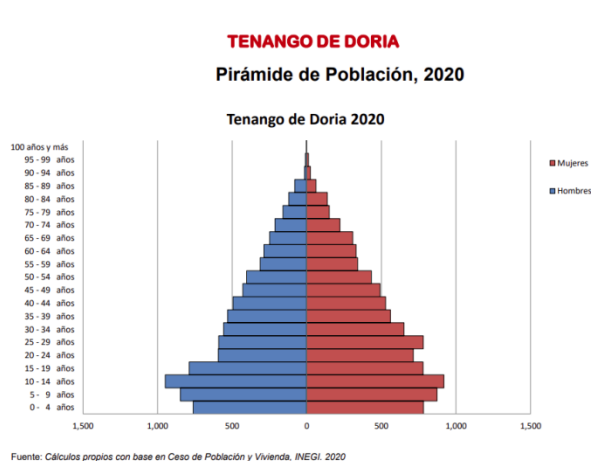
El municipio también cuenta con un Bosque Mesófilo de Montaña donde habitan una gran diversidad de especies de flora y fauna. En la Sierra Madre Oriental se encuentran fauna como conejo, liebre, zorrillo, tlacuache, armadillo, ardilla, comadreja, codorniz coluda, gallina de monte, reptiles, aves cantoras, tecolito tamaulipeco (*glaucidium sanchezi* y *chara enana: cyanolyca nana*), arácnidos y dos especies de ratones endémicos (*microtus quasiater* y *peromyscus*

furvus). (Cervantes *et. al.*, 2002 y Challegger, 1998 En Informe de Gobierno Municipal Tenango de Doria, Hidalgo, s.f. [Página Oficial]).

El municipio de Tenango de Doria está constituido por 59 localidades, según el Censo de Población y Vivienda del 2010 informa que, la mayoría de los habitantes se establecen en la cabecera municipal en la colonia de San José y la localidad la Loma; otras de las zonas con un elevado número de habitantes es Santa Mónica, San Nicolás, el Nanthe, San Pablo el Grande, el Progreso y Cerro Chiquito (Gobierno Municipal de Tenango de Doria. PMDH, s.f. [Página Oficial]).

La población femenina de Tenango de Doria 2020, son 9 mil 108 y la población masculina son 8 mil 395 con una población total de 17,503 habitantes que, representa un 52 por ciento de mujeres y un 48% de hombres. Siendo un mayor porcentaje de rangos de edad en población de 10 a 14 años (1,868 personas), 5 a 9 años (1,721 personas) y 15 a 19 años (1,567 habitantes) se representa el 29.5 por ciento de población total (Perfiles Sociodemográficos Municipales. Población y por sexo, 1950 – 2020, s.f.).

Gráfica 3 Pirámide de Población en Tenango de Doria, 2020



Fuente: Tenango de Doria. Perfiles Sociodemográficos Municipales. Población y por sexo, 1950 - 2020. Recuperado en: Diapositiva 1 (hidalgo.gob.mx).

Las proyecciones que se estiman en los próximos años en Tenango de Doria para el año 2021 la población total 19 mil 826 personas; 2022 la población total 20 mil

009 habitantes; 2023 población total 20 mil 199; 2024 población total 20 mil 398; 2025 población total 20 mil 609 y para el año 2030 población total 21 mil 827.

Tabla 2 Proyecciones de población por grandes grupos de edad según sexo, 2021-2030

TENANGO DE DORIA



Proyecciones de población por grandes grupos de edad según sexo, 2021-2030

Año	Población a mitad de año											
	Total				Hombres				Mujeres			
	Total	0-14 años	15-64 años	65 años y más	Total	0-14 años	15-64 años	65 años y más	Total	0-14 años	15-64 años	65 años y más
2021	19826	5933	11830	2063	9416	2991	5437	988	10410	2942	6393	1075
2022	20009	5906	11964	2139	9496	2976	5498	1022	10513	2930	6466	1117
2023	20199	5881	12099	2219	9586	2963	5565	1058	10613	2918	6534	1161
2024	20398	5860	12236	2302	9679	2951	5632	1096	10719	2909	6604	1206
2025	20609	5843	12377	2389	9781	2942	5703	1136	10828	2901	6674	1253
2030	21827	5853	13120	2854	10413	2944	6121	1348	11414	2909	6999	1506

Fuente: Tenango de Doria. Perfiles Sociodemográficos Municipales. Proyecciones de población por grandes grupos de edad según sexo.

Indicadores demográficos, 2020 según la tasa de Natalidad (el número de nacidos vivos por cada mil habitantes en un año) en Tenango de Doria son 18.7 por ciento; la tasa de Mortalidad (el número de defunciones por cada mil habitantes en un año determinado) son de 5.1 por ciento; la tasa de Crecimiento natural (la diferencia entre el número de nacimientos y defunciones por cada cien habitantes en un año) son 1.4 por ciento; la tasa de Crecimiento Social total o tasa de Migración Neta total (Crecimiento social por cada cien habitantes en un año) es de -1.0 por ciento; la tasa de Crecimiento total (por cada cien habitantes en un año) son 0.3 por ciento; la tasa global de fecundidad (número medio de hijos que espera tener una mujer al final de su vida reproductiva de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad observadas en un año dado) es de 2.1 por ciento. (Tenango de Doria. Perfiles Sociodemográficos Municipales. Proyecciones de población por grandes grupos de edad según sexo).

Gráfica 4 Indicadores demográficos 2020

TENANGO DE DORIA



Indicadores demográficos, 2020

Tasa de Natalidad *	Tasa de Mortalidad *	Tasas de Crecimiento **			Tasa Global de Fecundidad (TGF)
		Natural	Social	Total	
18.7	5.1	1.4	-1.0	0.3	2.1

Fuente: Tenango de Doria. Perfiles Sociodemográficos Municipales. Proyecciones de población por grandes grupos de edad según sexo.

Tabla 3 Localidades del Municipio de Tenango de Doria

TENANGO DE DORIA				
Agua Zarca	El Cásiu	El Gosco	La Loma	La Joya
Cerro Chiquito (San Pedro Buenavista)	El Damo	El Juanthe	La Palizada	El Xajá
Cerro Grande (Veinte Barrancas)	El Dequeña	El Lindero	La Reforma	El Xindhó
Colonia Ermita	El Desdavi	El Madhó	La Viejita	El Xuthí
El Texme	El Despi	Santa Mónica	San Francisco Ixmiquilpan	San Francisco la Laguna
Colonia San José	El Dexhuadá	El Mamay	Las Juntas	El Zetoy
Ejido de Santa Mónica	El Dixoy	El Nanthe	Linda Vista	Huasquilla
Ejido López, S. Mateos (La Colonia)	San Isidro la Laguna	El Ñanjuay	Los Ahilares	Santa María Temascalapa
El Aguacate (Pedregal)	San José del Valle	El Potrero	Los Planes de Santiago	El Tramo
	San Nicolás	El Progreso	Palo Gacho	El Tuxtay

El Barrio de San José				
	San Pablo el Grande	El Temapa	Peña Blanca	Piedras Negras
El Bopo				
La Concepción (El Carrizal)	La Cruz de Tenango			

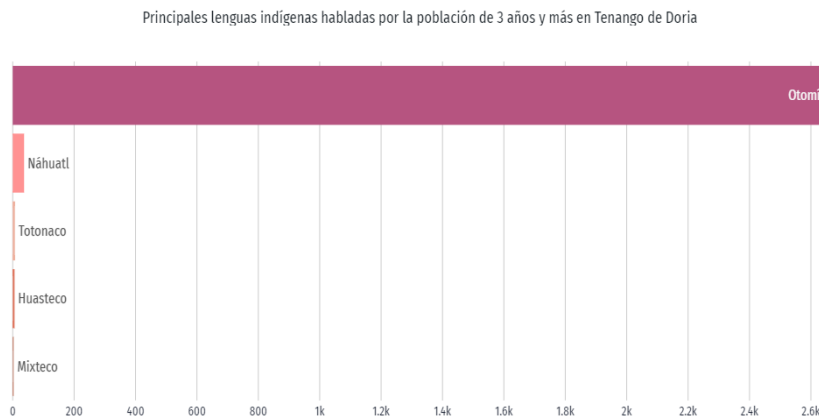
Fuente: Localidades del municipio de Tenango de Doria con base a los datos del (Gobierno Municipal de Tenango de Doria. PMDH (s.f.). Elaboración propia.

La tabla anterior, muestra las localidades que conforman el municipio de Tenango de Doria.
Fuente: Elaboración propia.

LENGUA

La tabla representa las principales lenguas habladas en Tenango de Doria, la lengua más hablada en la región es el Otomí con 2,642 personas; el Náhuatl 37 habitantes y el Totonaco 7 habitantes y un 15.4% corresponde el total de la población de Tenango (Censo Población y Vivienda como se citó como se citó en Gobierno de México, 2023).

Tabla 4 Título de la tabla



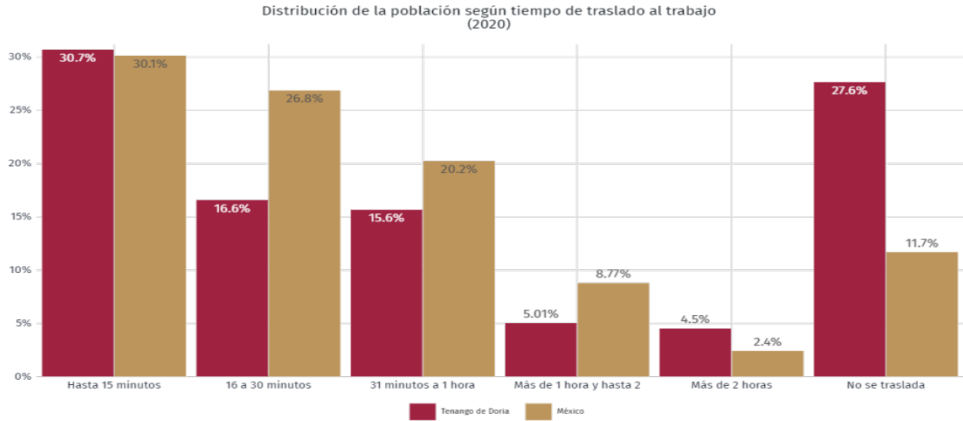
Fuente: Gobierno de México (2023) Tenango de Doria, Municipio de Hidalgo. Data México. Consultado en México.

SERVICIOS Y CONECTIVIDAD EN LA VIVIENDA

El municipio de Tenango de Doria, el 16.4% de las viviendas cuenta con acceso a internet, el 13 por ciento de los hogares disponen de computadora y el 69.9 por ciento tienen celular. Dicho lo anterior, se mostró los porcentajes de las casas que cuentan con determinados elementos de conectividad y/o servicios (Gobierno de México, 2023).

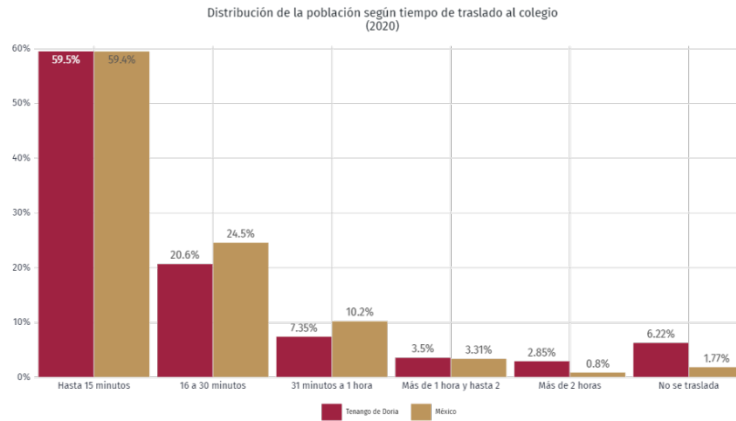
La gráfica que se refleja, muestra una distribución de población según al traslado hasta su trabajo en 2020, el tiempo promedio de traslado del hogar al trabajo fue 32 minutos, 62 por ciento de las personas tarda menos de una hora en dirigirse a sus lugares de destino, mientras que el 9.51 por ciento tarda más de 1 hora en llegar a su trabajo. Por otra parte, el promedio de traslado de sus casas a la escuela fue de 20.4 minutos, 87 por ciento de los habitantes tarda menos de una hora en el traslado, tanto que, el 6.36 por ciento tarda más de 1 hora (Gobierno de México, 2023).

Gráfica 5 Distribución de la población según tiempo de traslado (2020)



Fuente: Gobierno de México (2023) Tenango de Doria, Municipio de Hidalgo. Data México. Consultado en México.

Gráfica 6 Distribución de la población según tiempo de traslado al colegio (2020)

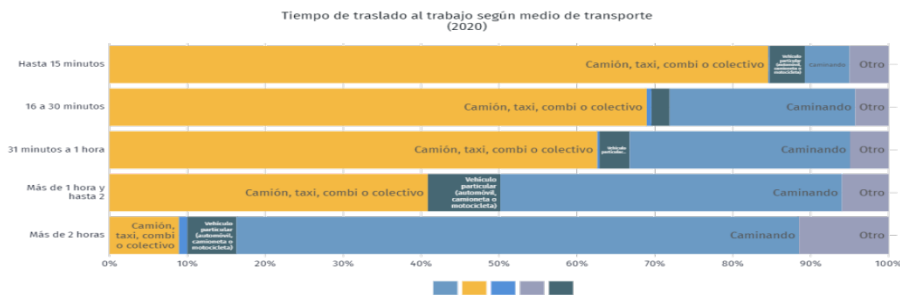


Fuente: Gobierno de México (2023) Tenango de Doria, Municipio de Hidalgo. Data México. Consultado en México.

MEDIO DE TRANSPORTE

Los medios de transporte hacia el trabajo o a la escuela de los pobladores de Tenango según los tiempos de desplazamiento. En el año 2020, el 64.4% de las personas acostumbró taxi, camión, combi o colectivo como principal medio de transporte al trabajo. En tanto, con el transporte para ir al lugar de estudio el 76.6% usa camión, taxi, combi o colectivo.

Gráfica 7 Tiempo de traslado al trabajo según medio de transporte (2020)



Fuente: Gobierno de México (2023) Tenango de Doria, Municipio de Hidalgo. Data México. Consultado en México.

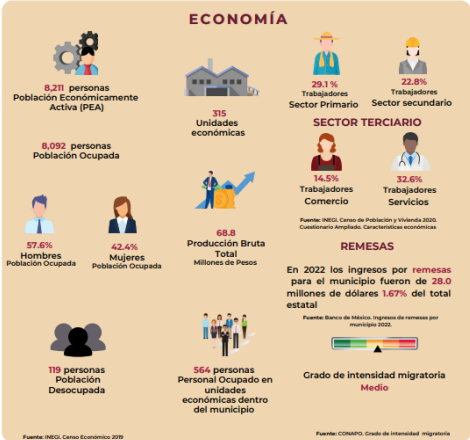
Es importante mencionar que el Diálogo con los Pueblos Otomí y Tepehua en el Estado de Hidalgo, donde se realizó una asamblea en la cual se platicó sobre el bienestar de la región Donde se han postulados el rehabilitar y construir carretas para entablar comunicación entre las localidades con los caminos principales (Gobierno de México, 2020 [Página Oficial]).

ECONOMÍA

En Tenango el 8,211 de las personas son económicamente activas, mientras que, el 8,092 de las personas están ocupadas, siendo el 57.6% de los hombres están ocupados y el 42.4% de las mujeres. El 119 de los habitantes son población desocupada y el 564 de los habitantes son personal ocupado en unidades económicas dentro del municipio (Unidad de Planeación y Prospectiva. Hidalgo Primero el pueblo, 2022 - 2028).

Tanto que, el 29.1 por ciento son trabajadores en el Sector primario y el 22.8 por ciento en Sector secundario; el 14.5 por ciento trabajadores comercio y el 32.6 por ciento trabajadores servicios (Unidad de Planeación y Prospectiva. Hidalgo Primero el pueblo, 2022 - 2028).

Ilustración 1 Economía



Fuente: Unidad de Planeación y Prospectiva. Hidalgo Primero el pueblo, 2022 - 2020).

En el año 2022 los ingresos por remesas para Tenango fueron de 28.0 millones de dólares 1.67 por ciento del total estatal (Unidad de Planeación y Prospectiva. Hidalgo Primero el pueblo, 2022 - 2028).

En la Sierra Otomí, se constituye de un predominio de actividades agropecuarias, donde se ha adaptado al entorno como herencia cultural de los antiguos otomís - tepehuas, por medio de un proceso de domesticación de la naturaleza y la tierra para sus cultivos (Carrillo, M., 2004).

Por otra parte, la labor de café no es nativa de la Sierra Otomí Tepehua, los pobladores de la sierra la han adoptado para integrarla como fuente de su ingreso económico, además del cultivo de la milpa (*ídem*).

Según Carrillo (2004) la siembra está relacionada con la práctica ritual pues, existe un lazo indisoluble entre el ser humano y el entorno natural (como se citó en las actividades agrícolas). Por ello, abundan los símbolos relacionados con las especies vegetales, celebrando sus frutos y su morada. Lo que denominan la Santa Tierra, predomina en los montes y cuevas donde habitan los espíritus de las semillas de toda especie. Este ritual se ofrenda mediante figuras de papel recortado con figuras de personas, quienes serán destinatarias de las obligaciones dirigidas por un hombre sabio.

Mediante este ritual se ofrece lo que se quiere pedir "...pedimos siempre a la Madre Tierra, al Sol, a la Sirena, a las Semillas para que se acuerden de nosotros...". Los campesinos otomís y tepehuas saben leer su medio y los riesgos que conlleva descuidar las fuerzas de la naturaleza que poseen un temperamento humano. Por ello deben siempre negociar con los dueños - deidades poderosas que rigen un lugar o elemento para cuidar su milpa y su café: deben hacer los rituales propicios para evitar su enojo (Garrett y Pérez, 2010 como se citó en Carrillo, M., 2004).

Es importante mencionar que en la región otomí tepehua han sido productora de café, maíz, frijol, aguacate, cacahuate, caña y jengibre, sin embargo, los agricultores indígenas lo han dejado de producir por el precio que les pagan los "acaparadores" o "coyotes". Dicho lo anterior, al implementarse en la región el programa *Sembrando Vida* se permitirá tener un desarrollo regional integral que

eche andar la producción del campo y conservar los recursos con los que cuenta dicho territorio (Gobierno de México e INPI, 2020).

El bordado textil y el café se pagan a precios por muy debajo de su costo real de producción, sin embargo, aunque se les paguen a bajo costo, deben de seguir produciendo porque es una entrada para su economía de su hogar (Carrillo, M., 2004).

En Tenango de Doria, la población se dedica a la elaboración de textiles bordados denominados tenangos, por las características estéticas del bordado se han apropiado las empresas, diseñadores, comerciantes, se ha gestionado el registro de marca colectiva y actores sociales relacionados a la actividad textil (Macho Morales, D., 2018).

Los tenangos, son textiles bordados que se realizan desde 1960 en los municipios de Tenango de Doria, Pahuatlán y Puebla. Son lienzos de manta de distintos tamaños en los que se dibujan la flora y fauna de la región, escenas de la vida cotidiana y festiva; figuras bordadas con hilos donde la puntada es cruzada. Anteriormente, los bordados se distribuían en mercados locales y regionales, pero en 1990 se comercio en la cabecera municipal y en los mercados nacionales e internacionales. Los tenangos son un elemento cultural que identifica al poblado y a la comunidad de Tenango; el dibujar es una habilidad de los bordadores de San Nicolás y se enlaza con el quehacer ritual de la comunidad (*ídem*).

En el municipio de Tenango se ha generado un sustento económico a partir del bordado textil que se ha extendido a zonas aledañas como San Bartolo Tutotepec. El Tenango como símbolo tradicional de las localidades indígenas de San Pablo el Grande y San Nicolás es un sustento monetario familiar. La comunidad de San Nicolás es antecesora de la labor de los tenangos y una de las zonas con dibujantes de mayor experiencia (Carrillo, M., 2004).

En Tenango de Doria la comercialización y venta de bordados es estable. Se refleja como una labor única y complementaria a otras actividades económicas del sector primario y terciario. En gran parte de la comunidad de la región sabe bordar y es partícipe en el sistema económico textil. El aprendizaje ha sido a partir de

observar y en 1990, en el ámbito educativo de 1990 se enseñaba a los niños a bordar (Macho Morales, D., 2018).

De acuerdo a la misma autora, en Tenango de Doria hay tres formas de producir y comercializar tenangos:

- Los bordadores que antes se dedicaban a esta actividad participaban en servicios, comercio, donde establecieron de manera formal, tiendas y talleres en la cabecera municipal, como un negocio donde obtienen ganancias, reinvierten y ahorran.
- La participación de los bordadores del municipio donde realizan otras actividades económicas como agricultura, comercio y servicios, estas actividades limitan las labores básicas, reinvierten en materia prima (manta e hilos).
- Los bordadores trabajan en actividades agrícolas y sus ingresos laborales como bordar, la finalidad es cubrir la mayoría de las necesidades básicas. La manera de laborar es comercializar los tenangos en la plaza municipal, proporcionan los bordados materia prima y se les paga el trabajo hecho (*idem*).

Sin embargo, el intermediarismo o coyoteo, como lo denominan en la zona, acapara la labor y se refleja la desvalorización y enajenación de su actividad, por que genera la difícil comercialización hacia el exterior, la movilidad, la competencia (Carrillo, M., 2004).

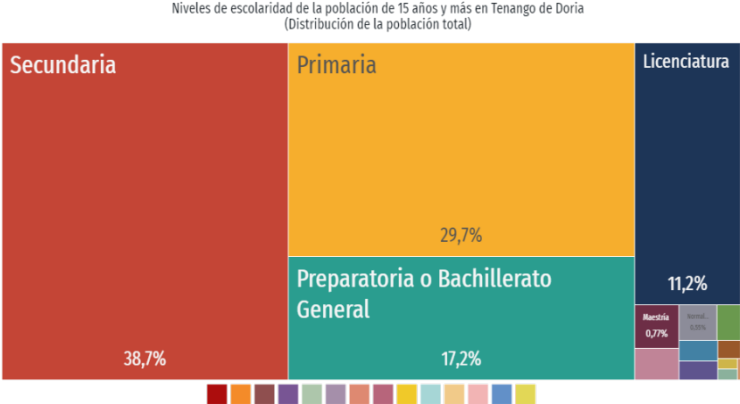
El trabajo textil en la Sierra de Tenango se ha reconocido a nivel nacional e internacional donde se ha plagiado los tenangos por parte de empresas mexicanas y extranjeras, sin su consentimiento, lo que se solicita una normatividad para proteger el conocimiento tradicional y las manifestaciones materiales e inmateriales de su cultura otomí tepehua. (Gobierno de México INPI, 2020).

También se plantea, el fortalecimiento de la organización artesanal, la instalación de centros aprendizaje y la creación de un espacio físico en donde se comercializan los bordados que se realizan en la región. Defender el patrimonio cultural y la labor artesanal, así como fortalecer la producción, la comercialización, la industrialización para generar el respeto a la propiedad intelectual de los diseños y las creaciones en la confección textil. Lo que el gobierno propone, es entregar apoyos, créditos para los artesanos “Tandas para el bienestar” para que puedan comprar su tela, hilo (Gobierno de México INPI, 2020).

La alternativa del programa Jóvenes Construyendo el futuro ha generado experiencia y que los jóvenes vayan abriéndose camino en el mundo laboral, se propone que se vigile de manera coordinada su ejecución y alcance de resultados para beneficio de la comunidad y de los jóvenes (*ídem*).

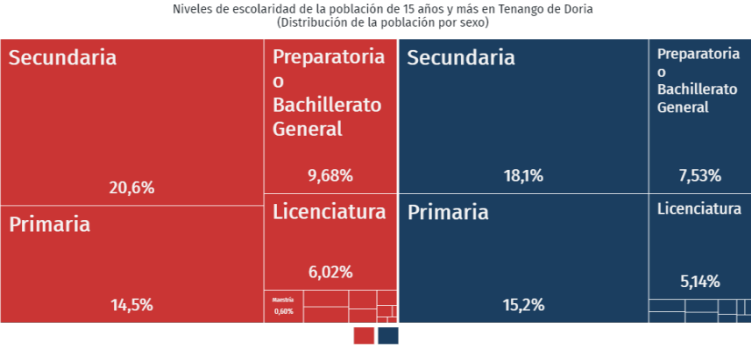
EDUCACIÓN

Gráfica 8 Niveles de escolaridad de la población de 15 años y más en Tenango de Doria



Fuente: Gobierno de México (2023) Tenango de Doria, Municipio de Hidalgo. Data México. Consultado en México.

Gráfica 9 Niveles de escolaridad de la población de 15 años y más en Tenango de Doria

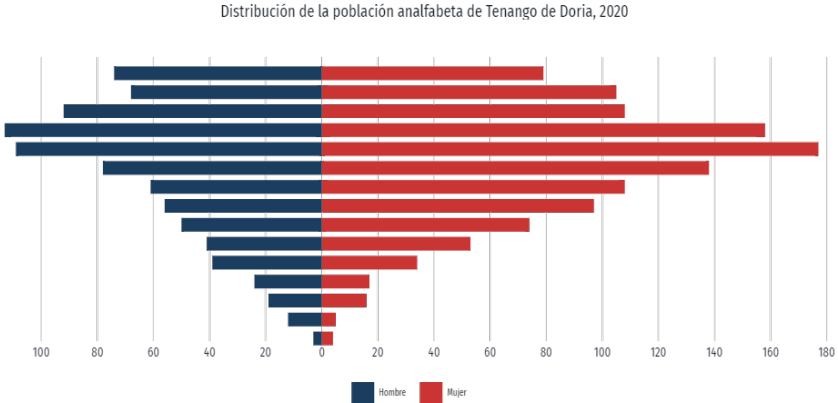


Fuente: Gobierno de México (2023) Tenango de Doria, Municipio de Hidalgo. Data México. Consultado en México.

Se muestra la gráfica anterior de distribución porcentual de la población de 15 años y más en Tenango según el grado académico. En 2020, los principales grados académicos de la población de la región fueron secundaria (4.12 K personas o 38.7 por ciento del total), primaria (3.16 K personas o 29.7 por ciento del total) y Preparatoria o Bachillerato General (1.83 K personas o 17.2 por ciento del total).

A la vez que, la tasa de analfabetismo es de un 16.3 por ciento de Tenango de Doria en 2020, el 41.7% corresponde a hombres y el 58.3% es de mujeres.

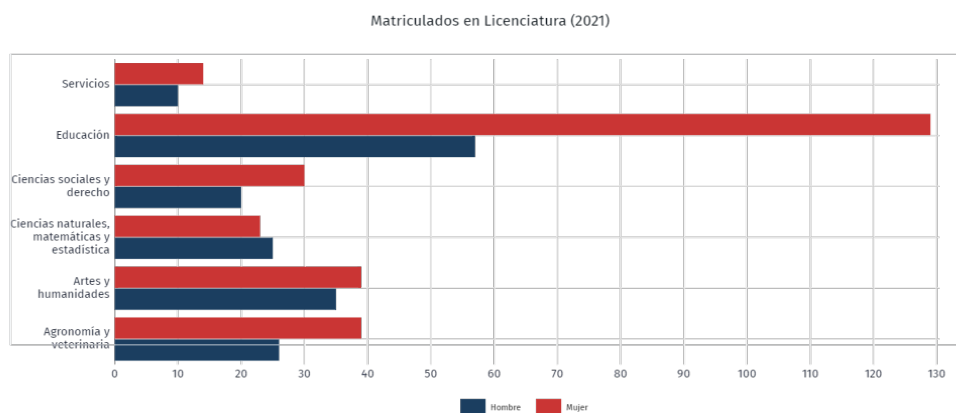
Gráfica 10 Distribución de la población analfabeta de Tenango de Doria, 2020



Fuente: Gobierno de México (2023) Tenango de Doria, Municipio de Hidalgo. Data México. Consultado en México.

En la siguiente gráfica se muestran las matrículas en licenciaturas por sexo, donde el sexo masculino prevalecen más en Educación (57), Artes y Humanidades (35) y Agronomía y veterinaria (26). Mientras que, las mujeres prevalecen más en Educación (129), Agronomía y veterinaria (39), Artes y Humanidades (39).

Gráfica 11 Estudiantes de Nivel Superior



Fuente: Gobierno de México (2023) Tenango de Doria, Municipio de Hidalgo. Data México. Consultado en México.

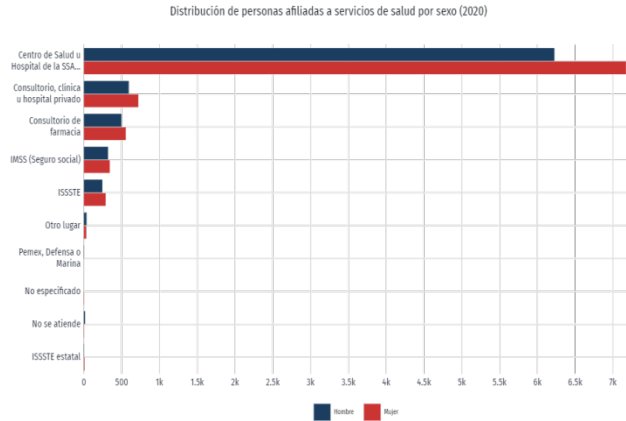
Tenango de Doria, San Bartolo, Huhuetla con una valiosa riqueza cultural se merece ser preservada y compartida, donde el sustento se encuentra en la infancia y los jóvenes donde se pueden generar en todos los niveles educativos de las regiones. Según el gobierno va a coordinarse para desarrollar acciones de rehabilitación y mejoramiento de la infraestructura de los planteles educativos, así establecer el aprendizaje y uso de la lengua de manera obligatoria en todos los niveles de estudio (Gobierno de México INPI, 2020).

Además, se propone la cobertura de carreras universitarias y técnicas que se ofrece en la región, a partir de las necesidades de la región. Contar con abogados y abogadas indígenas donde defiendan los derechos colectivos, así como uso y costumbres, para poder defenderse del despojo que históricamente han tenido las comunidades indígenas. También, se postula el fortalecimiento de los programas de estudio que se implementan en la universidad intercultural y la creación de universidades en los municipios de San Bartolo Tutotepec y Huehuetla (*ídem*).

SALUD

En el municipio de Tenango de Doria, en el año 2020 principalmente se atienden en salud en Centro de Salud u Hospital del Seguro Popular, tanto que, consultorio, clínica u hospital privado y consultorio de farmacia.

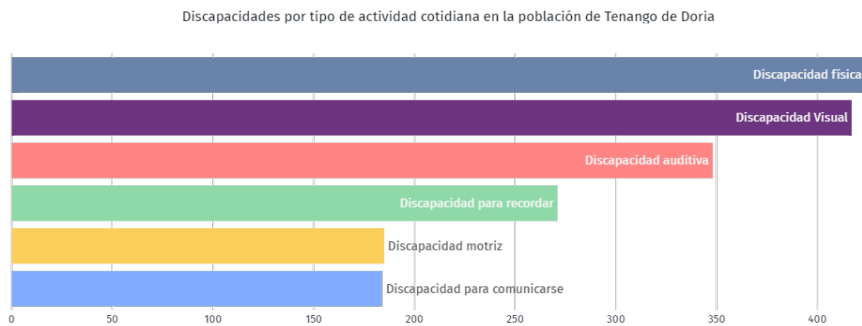
Gráfica 12 Distribución de personas afiliadas a servicios de salud por sexo (2020)



Fuente: Gobierno de México (2023) Tenango de Doria, Municipio de Hidalgo. Data México. Consultado en México.

En el año 2020, las principales discapacidades en la región son discapacidad física con unas 424 personas, discapacidad visual un 417 personas y discapacidad auditiva 348 habitantes.

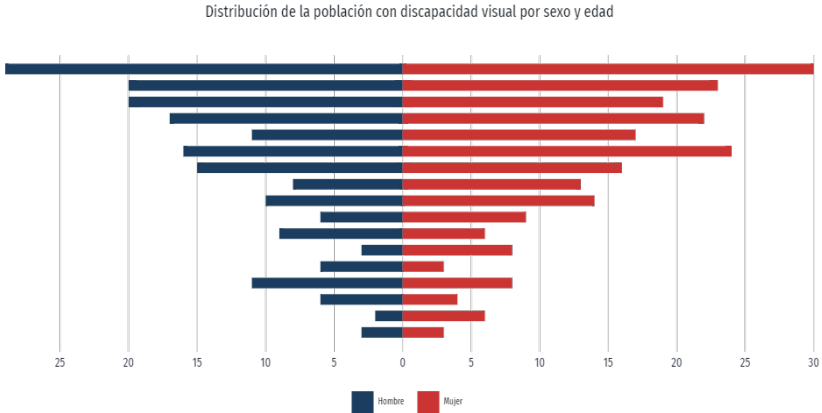
Gráfica 13 Discapacidades por tipo de actividad cotidiana en la población de Tenango de Doria



Fuente: Gobierno de México (2023) Tenango de Doria, Municipio de Hidalgo. Data México. Consultado en México.

Se mostrará una pirámide poblacional de las personas con discapacidad visual en Tenango con un total de 417 personas, 54 por ciento mujeres y 46 por ciento hombres. Según rangos de edad y género, las mujeres de 85 años o más concentraron el 7.19 por ciento de la población total con discapacidad visual, tanto que los hombres entre 85 años o más concentraron el 6.95 por ciento.

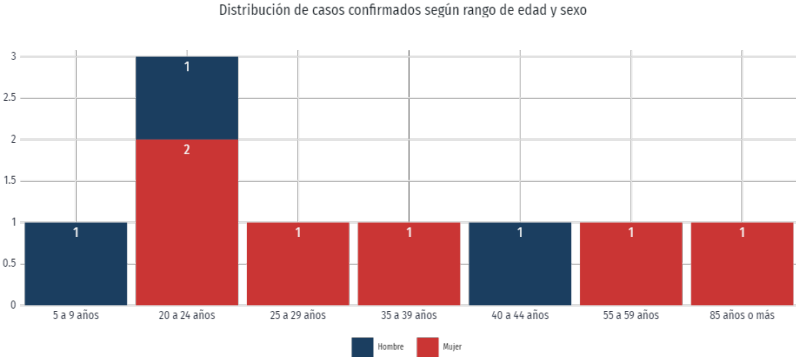
Gráfica 14 Distribución de la población con discapacidad visual por sexo y edad



Fuente: Gobierno de México (2023) Tenango de Doria, Municipio de Hidalgo. Data México. Consultado en México.

Se va a reflejar la distribución de casos confirmados según a la edad y sexo en la región.

Gráfica 15 Distribución de casos confirmados según rango de edad y sexo



Fuente: Gobierno de México (2023) Tenango de Doria, Municipio de Hidalgo. Data México. Consultado en México.

Para el Gobierno y para el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, es prioritario fortalecer y el alcance de la atención médica de las comunidades de la región Otomí tepehua, para que se brinde servicios de salud integrales, incluyendo los usos de la medicina tradicional y el conocimiento de la práctica de la partería que se ha ido perdiendo. Por lo que, según se solicitó la asignación de presupuesto para que los hospitales, casas y centros de salud existentes cuenten con insumos, personal y equipamiento adecuado para brindar mejor atención a la salud y la construcción de un hospital regional con especialidades en Tenango de Doria (Gobierno de México e INPI, 2020).

Además, para la región otomí tepehua, se considera que es importante la creación de un centro gerontológico regional en donde se brinde atención con pertinencia cultural acorde a sus necesidades físicas, emocionales y de recreación. Los jóvenes, están inmersos en la violencia y las drogas donde se puede brindar espacios deportivos y recreativos, así como un centro regional de rehabilitación para jóvenes con problemas de drogadicción (Gobierno de México e INPI, 2020).

Es importante mencionar que, se brindará una atención integral para las mujeres que deben de vivir una vida libre de violencia e implementar los derechos de la mujer. Así, como instalar comedores comunitarios y espacios seguros - accesibles en lo que las mujeres trabajadoras puedan dejar en confianza a sus hijos con personal capacitado (Gobierno de México e INPI, 2020).

5.2. Recuerdos y experiencias sobre Tenango de Doria sin el servicio público de salud

En este apartado los recuerdos y experiencias de vida con relación a la atención de salud de los pobladores de Tenango de Doria, son prioritarias para acercarse a la visualización de la atención a la salud. De esta manera, las breves narrativas personales de los y las informantes ofrecen una construcción de las memorias en la manera que se atendían y cuidaban de su salud.

Para conocer las experiencias de vida sin el servicio de salud en Tenango de Doria, se entrevistaron en su mayoría a mujeres mayores, de aproximadamente de 55 a 85 años que, se dedican al hogar; cuidar de los nietos y de sus hijos. Asimismo,

algunas de ellas, se emplean en el comercio, trabajando en la plaza del pueblo; vendiendo productos locales de la región (tomate, café, cacahuates, chiles, cilantro, pápalo, entre otros).

Las mujeres adultas mayores de la región otomí, poseen un conocimiento y experiencias únicas de Tenango, pues, han vivido gran parte de su vida en la zona otomí, que han experimentado cambios sociales, climáticos, naturales y han observado la transformación de la localidad.

Por lo cual, mis informantes clave para este apartado son las mujeres adultas mayores, ya que poseen saberes de la región y conocen los métodos con los cuales se curaban de enfermedades, así describieron a detalle como preparaban los remedios naturales para sanarse sin necesidad de acudir con un médico. Al conocer de sus historias, se puede conocer como era Tenango sin servicios médicos, y en la actualidad, como se atienden.

Las mujeres adultas mayores de Tenango de Doria y de acuerdo a una entrevista semiestructurada recuerdan que se enfermaban principalmente de tos, infecciones respiratorias, gastrointestinales, sarampión, temperatura, viruela, entre otros, y que eran las parteras quienes atendían los embarazos en mujeres.

Estas condiciones de salud que enfrentaban las personas de la región se curaban por medio de *saberes ancestrales*, así como por ejemplo: *rituales* que le pedían a sus dioses por su salud, es decir, se pide por medio de *rezos* por la salud de la persona, familiar o y les agradecían por medio de *ofrendas*; *los baños de temazcal* para aliviar los dolores o los baños de hierbas para los bebés (curar el susto o dormir bien) y para las mujeres recién paridas; *el sobar* con los curanderos, es decir las personas tenían un don para sobar el cuerpo y aliviar los dolores musculares, el resfriado, el empacho, ajustar al bebé o alguna parte del cuerpo; *las creencias*, si realizan algún acto mal visto por la comunidad probablemente va a repercutir en su salud; y el uso de *plantas medicinales*, recolectaban hierbas para prepararlas en infusiones, pomadas o realizaban medicinas con plantas para curar las dolencias.

Teresa I. (30 septiembre 2013), originaria de la localidad del Texme y viviendo hace 19 años en Tenango, recordó su infancia cuando al enfermarse ella

y los miembros de su familia, se curaban con hiervas, por ejemplo, con las hojas de higuierilla, de potro para el empacho y la diarrea. También narró que usaban el aceite rosado para la temperatura donde las hojas untadas del aceite salían doradas. Teresa I. expresó,

“[las hojas] las veía tostadas porque absorbían la temperatura y así, nos curaban (...) [recuerda] mi hermanita tenía neumonía, iba una señora que la curaba con borrego negro para echarle en el cuellito y en el pechito a mi hermana y eso, aspiraba la enfermedad con eso mis papás la curaban (...) vivíamos en una casita lejos, no había médicos” (Islas, T., comunicación personal, 30 septiembre 2023).

El recuerdo de la señora Teresa, con su voz tranquila pero con recuerdos de nostalgia comenzó a relatar que la región otomí y sus habitantes, poseen algunos saberes que fueron transmitidos oral y empíricamente por generaciones anteriores. Este conocimiento empírico es un saber que se fue adquiriendo a través de su entorno ancestral y sus condiciones de vida. Posiblemente, los padres de la señora Teresa aprendieron a curar las enfermedades de sus abuelos o de algún otro miembro de la familia o de la comunidad.

En otro momento, la señora Esperanza A. (30 septiembre 2023), hojeó su pasado y recordó que le “echaban” alcohol en los pies y en todo su cuerpo para los dolores. En coincidencia con la señora Teresa I., refirió que no había doctores y que una que otra persona sabía inyectar o solo se tomaba alguna pastilla para mejorar.

“No había ningún doctor, no había centro de salud (...) ya después al paso de los años ya hubo centro de salud (...) inclusive una hermana mía que, ya no vive trabajó como afanadora en el centro de salud. Se enseñó como partera y aprendió muy bien, pero, pues, [la señora guarda silencio por un momento] ya se fue cuando ya, ya estaba un poquito más o menos el pueblo (...) de pequeña, no se escuchaba [de] las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, ahora, se escucha que la diabetes, la hipertensión, antes no había eso y ahora hay de todo”. (Esperanza, A. comunicación personal, 30 de septiembre de 2023).

Los recuerdos de la señora Esperanza A. (30 de septiembre 2023) y con su voz entrecortada, comenzó a relatar que anteriormente, la región otomí estaba

alejada de las enfermedades crónico-degenerativas, lo que podría aducirse que algunos otros factores contribuyeron al desarrollo de tales padecimientos, podría ser la economía, la pobreza extrema, la ida y venida de las personas (migración interna), las viviendas dignas.

Las condiciones de salud que implican en los padecimientos de la salud se derivaron de las causas sociales, económicas, culturales, considerando que Tenango es una población indígena otomí, y enfrentan mayor desigualdades que contribuyen al desarrollo de dolencias (Gobierno de México, 2007 como se citó en Acevedo, J., 2023).

Por otro lado, la señora Félix, S. (30 de septiembre del 2023) refirió una serie de vivencias respecto de la labor que realizó durante un tiempo en el ámbito de la atención de salud como partera.

Comenzó a narrar su historia que, desde pequeña aprendió a conocer las plantas al caminar por el monte, recogía las hierbas y preparaba infusiones, para ella era un don que Dios le dio y sabía qué hacer con un cuerpo y espíritu.

Señala que atendía a niños y niñas de algunas enfermedades y a mujeres embarazadas o en trabajo de parto.

“los niños se enfermaban de diarrea, de vómito (o torcida de tripita, así se le llamaba antes). Se enfermaban del estómago (estaban inflamados de la pancita), se sobaban con aceite rosado o crema (...) los sobaban desde el estómago hasta abajo al vientre y luego de darle cuatro sobadas hacia bajo se levantan de patitas, con la cabecita en el suelo y pegarles la planta de los pies con palmadas de la mano, así se curaban”.

“(...) también se enfermaban de empacho; les dábamos un té de ajenojo, un amargo hervido (dos o tres cucharadas) y darle hasta de tres a cuatro sobadas. No había ni centro de salud, ni doctor, aunque teníamos a nuestro doctor, se llamaba Antonio Barranco, que era legítimo de aquí de Tenango, él sabía de todo. Antes yo sobaba a las embarazadas de tres meses (...) se empieza a tocar la barriga para sobarle a la cría para que salga bien, si no se vienen de patitas y eso da mucho trabajo, es muy difícil que salga un niño de patitas, porque se atora y si vienen de cabecita, rápido. Empecé a curar por mi pobreza o por loca a los 15 años, hasta ahorita, pero ya nadie se cura de embarazo, van al doctor, les ponen el aparato para que escuchen al bebé(...) de mi niño, solita me sobé, me acostaba, me encerraba y solita

me sobaba mi panza, me lo buscaba, no es igual porque no podía sobarme atrás y ni nadie me repujaba el trasero para que aviente la cría para arriba, así se acomoda o luego, si el bebé está clavado aquí (se tocaba el vientre) se pone un rebozo negro de esos de hilo, se tiende y acuesta a la mujer se aprieta... se acomoda a la cría". (Félix, S., comunicación personal, 31 de septiembre del 2023).

Las habilidades y conocimientos de algunas mujeres otomís y bilingües que habitan la región, son consideradas con un gran don para realizar la partería, cuyas habilidades fueron atender el parto y poseer un conocimiento integral del cuerpo de las mujeres. Sin embargo, esta práctica tradicional, si bien se sigue practicando en menor medida, fue relegada por la práctica médica alopática por medio de cesáreas y tecnología, que de alguna forma, impuso el saber hegemónico sobre un saber ancestral indígena otomí, de profundas raíces culturales y cosmogónicas de la medicina tradicional.

La señora Angela nació en El Bopo, que es una localidad pequeña de Tenango de Doria. Al terminar su labor de vender en la plaza del centro, con el semblante en su rostro de cansancio, pero con la emoción de relatar su infancia y de su familia que migraron a Santa María en la misma región tenanguense. Recordó que, cuando tenía 6 años, las personas que habitaban su comunidad se enfermaban constantemente de la lombriz (del estómago) y se curaban con el hueso de capulín hervido con limón o también les daban té para que se deshiciera la lombriz.

Este relato, nos podría aproximar a las enfermedades que tuvo en su infancia, así como también a otras que prevalecían como el sarampión, la varicela y la tos ahogadera (tos ferina), al mismo tiempo que, a través del saber local, los curaban de la tos con la leche de burra,

"Los papás la iban a conseguir cuando criaban las burritas negras (...) para el sarampión nos bañaban con hierbas frescas (con la hierba mora, el chapada que le dicen); al tener temperatura, nos ponían las hojas de floripondio, que es una flor grande y nos tenían que cuidar, nada más [había qué] estar encerrados; nos bañábamos con hierbas frescas, hierbas de mora, hierbas del golpe, todo eso nos daban, para la diarrea nos daban la hierba del negro con las hojas de guayabo. Antes no había médicos, entonces iban con la mamá o abuelita, pues, antes no

había doctores como ahora, nos curábamos con puras hierbas. En El Bopo y en Santa María, hicieron casas de la salud y la gente acudía a consultas, todo eso” (Félix, S., 31 de septiembre del 2023).

Las experiencias de vida de las informantes, nos reflejan los saberes ancestrales prehispánicos y las prácticas de medicina tradicional como los hueseros, hierberos y sobadores, que son las personas que invocan los espíritus, y sanan el alma y el cuerpo (Gómez Fröde, C., 2017).

La utilización de plantas como una alternativa natural y tradicional para el tratamiento de padecimientos, a pesar de los saltos generacionales y del desarrollo del entorno con influencia de la práctica hegemónica de la medicina alópata que aún se preservan y resisten ciertas prácticas de la medicina tradicional, es decir, del uso de elementos de la naturaleza para la atención de la salud de algunos habitantes de Tenango.

Por otro lado, la señora Teresa, I., expresó que:

“Recuerdo que se acudía con la partera [...] era con la señora Telvina [...] y en [la localidad de] Texme nos curábamos con hierbitas. El ir con la partera era antes, ahora sólo se acude al médico, se enferman y compran medicamento, pero lo único que [se] preserva es sobarse y tomar té”. (Teresa, I., comunicación personal, 31 de septiembre del 2023).

Un señor adulto de la comunidad de El Desdabi de Tenango de Doria, refiere que las enfermedades que se presentaron en su niñez fueron,

“(...) chorrillo, dolor de panza, de cabeza, y nos curábamos con hierbas de campo, mamá nos la daba, cuando había paludismo venían los enfermeros y nos daban pastillas” (Anónimo, comunicación personal, 31 de septiembre del 2023).

La señora Luisa, L., (23 de septiembre del 2024) compartió sus recuerdos sobre las condiciones de salud que antes se presentaban en la región otomí. Recordó que eran la “temperatura en niños chiquitos, aire (...) y los limpias con chile porque se cree que son las malas vibras y espíritus, para la panza das ajenjo, ruda” (Luisa, L. comunicación personal, 1 de octubre del 2023).

De lo anterior podríamos decir, que los conocimientos tradicionales son dinámicos, cambiantes y también, se resisten ante la imposición hegemónica de la medicina, la tecnología y la atención médica, donde el desarrollo del capital modifica el entorno. Estos relatos, nos acercan a una convivencia de la biodiversidad aplicada en la salud de la persona, en este caso, a la atención de la salud de los pobladores otomís, pero también una unión de la naturaleza y de la persona, sumado que, en la población otomí, es de suma importancia cuidar y venerar este aspecto natural porque es parte de su hogar y de su territorio.

Sin embargo, las experiencias de vida nos reflejan prácticas tradicionales, que actualmente son utilizadas pero a su vez, son discriminadas, rechazadas, pues la población otomí, no solo se enfrenta al desplazamiento de sus saberes tradicionales en atención a su salud, sino que se enfrentan a una vulnerabilidad a la salud por ser una población indígena, por la insuficiencia y la falta de apoyo social, económico e institucional de salud.

Las narrativas de experiencias de las mujeres nos reflejan una vulneración al derecho a la salud, por la carencia de cobertura en servicios de salud, sumando a ello, las barreras culturales, los prejuicios sociales, la relación médico paciente, ya que con anterioridad, la población por encontrarse en una zona rural, marginada, en situación de pobreza, sin seguridad social donde solo les ofrecieron servicios preventivos de salud pero con carencias que hasta la actualidad son constantes.

5.3. La noción de salud de las y los pobladores de Tenango de Doria, Hidalgo

Hay múltiples y variadas nociones de salud entre los y las pobladoras de Tenango de Doria. De las entrevistas realizadas a (caracterizar entrevistados) se pudo observar que, por ejemplo, para la señora Esperanza, “la salud es cuando uno está bien o cuando está uno mal”. Comenta que, antes se podía tomar el agua del río porque estaba limpia, y ahora es agua sucia, solo que no se ve sucia porque se va asentando y no se puede tomar porque se enferma uno. Aquí se podría observar la visión dicotómica del proceso de salud-enfermedad en los pueblos indígenas otomís y que, la situación de la naturaleza está ligada al bienestar en relación a la salud.

Para la señora Teresa, I., la salud es “lo más importante que tiene uno, el cuerpo no sufre un padecimiento por descuido (...) La salud es estar bien, es el bienestar de uno mismo y el estar enfermo, es triste porque hay veces que el medicamento no te hace... pues... ¿qué haces?”. (Teresa, I., comunicación personal, 31 de septiembre del 2023).

En la creencia otomí, de acuerdo al testimonio de la señora Félix, S. (31 de septiembre del 2023), en la visita al Cerro Sagrado se pide por la salud de las personas, entre otras cosas. Además, expresa que, “nosotros nos castigamos pero creemos que Dios nos manda el castigo; él manda a sus testigos para que nos ayuden y nos hagan el milagro, pero los creyentes ya no creen eso”. La salud está relacionada a la cosmogonía indígena y el bienestar se podría adquirir mediante la personificación de “testigos” que podrían ser entes de la naturaleza o personas con el don de la sanación.

Según un testimonio anónimo, también las enfermedades son castigos que se atribuyen por rechazar las mayordomías de las imágenes religiosas del pueblo. En este caso, relató que una persona rechazó al Santo Patrono del poblado de Tenango de Doria,

“lo invitaron a recibir a San Agustín y el mero 28 de agosto (fiesta patronal) se cayó y se lastimó (...) cuando te invitan debes de recibir porque después te cae en tu salud (...) también, se curan aquí con el temazcal, para que saquen todo el frío, cuando das a luz, vas al temazcal y te bañas con hierbas calientitas y te hojean encima de tu cuerpo (...) muchos no creen de aquí ya, y se va perdiendo la costumbre”. (Anónimo, comunicación personal, 05 de octubre del 2023).

Otra señora adulta mayor, relató que “hay veces que, te enfermas porque no hay limosna, no apoyan para los santitos y por eso te enfermas porque que te castiga Dios [señala con su mano hacia arriba]”. Aquí se podría observar que la noción de salud está ligada a las acciones de la población otomí. Al rechazo de la práctica política, religiosa, caritativa que promueven los valores de la comunidad.

Para Lucero, la salud es un estado en el que la persona está bien en el aspecto mental y orgánico, por consecuente, el enfermarse es el estado en que la persona tiene una alteración en el sistema. Se puede advertir que la salud para la población

otomí, es la conjunción las subjetividades y el cuerpo, y que esa relación entre lo mental y lo biológico, conforman una integralidad en el bienestar de la persona.

Un profesor de Tenango de Doria, relacionó la salud con los valores éticos, por ejemplo, el respondió “la salud es amar tu profesión para poder atender a las personas, tener el tacto y cuidado para hacerlo, porque te tratan mal, eso no es amar tu profesión”. (Profesor de Tenango de Doria, comunicación personal, 04 de octubre del 2023).

5.4. Enfermedades de las y los pobladores de Tenango de Doria, Hidalgo

Las condiciones de salud que se enfrenta la población de Tenango de Doria, se relacionan por los aspectos sociales, económicos, culturales, climáticos y la falta de acceso a servicios de salud, donde los pobladores enfrentan la desigualdad y la vulneración que impacta significativamente a la cobertura de servicios de salud, así como a su salud.

En las entrevistas realizadas (caracterización de entrevistados) se observó que existen diversas enfermedades entre los habitantes de Tenango de Doria. Por ejemplo, la señora Angela, L., refirió que,

“La hoja de guayaba es buena hasta para la diabetes, la consumo porque soy diabética, tengo 12 años de diabetes (...) ya no me aplicó la insulina como debería de ser, me la pongo dos veces por semana, porque si me la pongo a diario, con la hoja de guayaba se me baja mucho (...) la hoja también sirve para reducir el colesterol, los triglicéridos... le pongo dos clavitos de olor, una pimienta, dos hojas de laurel y me lo tomo, sí hay cúrcuma, pues se lo pones porque la cúrcuma es para la digestión, se relaja el cuerpo no amarga nada... es bien buena para el cáncer” (Angela, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

El testimonio anterior lo expresó una mujer mayor otomí, que cuenta con un amplio conocimiento sobre las plantas las cuales le atribuye propiedades curativas que tratan diversas condiciones de salud. En cambio, al entrevistar algunas personas jóvenes expresaron no haber adquirido este conocimiento sobre cómo tratar las enfermedades de la forma natural con la que la hicieron las generaciones anteriores (entre estos, sus padres y abuelos).

Por otro lado, la señora Félix, S. (31 de septiembre del 2023) tiene diabetes desde hace 28 años y señaló que se compra pastillas para la diabetes (metformina con glibenclamida),

“Antes me las daban [las pastillas], yo solita me las tomo (dos veces al día). Me compro una compuesta o una señora que le dan en el hospital me las regala (...) ya me compré mi maquinita para que sepa cuánto tengo de azúcar... pero, yo ya sé... ya sé cuándo la tengo alta, cuando la tengo alta, orino en la noche cuatro o cinco veces, ni deja dormir (...) a cada rato te paras, tienes que salir a desaguar y se ve que está vidrioso, pues (...) es el azúcar, la tienes alta” (Félix, S. comunicación personal, 31 de septiembre del 2023).

La señora Félix narró que dejó de asistir a consulta médica en el centro de salud por el maltrato que recibió del personal de salud. Estas prácticas del funcionariado público de salud, se podrían considerar discriminatorias por condición étnica y de exclusión social, ya que se puede advertir que existe un desconocimiento del contexto de la persona, de su entorno e identidad cultural – histórica. Que el funcionariado público de salud, no tiene conocimientos y capacitación de cómo tratar empáticamente a los derechohabientes de origen indígena, además de que no fomentan la confianza, o bien, no existe interacción empática con la otredad, además de que la mayoría de los funcionarios de salud no son bilingües y tampoco hablan la lengua otomí.

De acuerdo con el relato de la señora Félix, S. (31 de septiembre del 2023) expresa que prefiere automedicarse que atenderse con el personal público de salud. Por otro lado, la señora Teresa, I. (31 de septiembre del 2023) menciona que, se enferman de gripa, de tos, por ahora nada grave.

En entrevista con el personal de salud, las personas se atienden mayormente por embarazos y para realizarse procesos artificiales como la diálisis,

“no sé qué está pasando pero hay muchas personas que se están dializando... llevamos hasta dos en un traslado... en una comunidad luego hay perros que muerden y nos mandan a llamar, pero hay carros que están en sus comunidades El Danthe tiene su carro y su chofer, se necesita algo y ellos llaman, se autoriza desde aquí y si se puede, se va... pero si sale una emergencia se atiende primero la

emergencia... es prioridad". (Personal de salud [Anónimo], comunicación personal, 06 de octubre 2023).

En cuanto al testimonio de nuestra informante Lucero, T., (30 de septiembre del 2023) una mujer adulta originaria de Tenango de Doria, es enfermera de profesión pero realiza su labor en Tulancingo y cuando descansa, regresa a su hogar. Nos cuenta que las enfermedades más frecuentes que ha recibido en el municipio son infecciones respiratorias, diabetes, hipertensión, enfermedades renales y la manera en la que ha observado que las personas se atienden estos padecimientos, son asistiendo a médicos particulares. Las personas con menos recursos acuden al Centro de Salud de la región o a las Casas de Salud, ya que estas se encuentran en las localidades de Tenango, pero que no hay ni médicos, ni medicamentos. "El personal del Centro de Salud, comenta que las enfermedades más frecuentes son gripa, diabetes, hipertensión, prevalecen los embarazos" (Lucero, T., comunicación personal, 30 de septiembre del 2023).

Al realizar entrevistas al personal de Protección Civil, algunos funcionarios explicaron que atienden más accidentes que enfermedades, es decir, que los llaman más por accidentes automovilísticos por las noches, ya que muchas veces ocurre en unas zonas de la región con neblina. Siguen diciendo que pasan accidentes o que se caen piedras en el cerro en la carretera, entonces ellos deben de acudir. El riesgo que perciben en relación a su trabajo de protección civil, es riesgoso para ellos porque al intervenir se les puede caer las piedras.

La vulneración al derecho a la salud en la población de Tenango de Doria tiene un impacto con relación a las enfermedades, ya que los relatos de los informantes nos muestran una gama de condiciones que impactan a la salud y en otras, se presentan padecimientos que se han ido desarrollando en el tiempo en la población de Tenango de Doria.

De esta manera, se puede visualizar como se han desarrollado enfermedades que con anterioridad no se presentaban, hoy en día en la región de Tenango de Doria, las personas padecen un resfriado y enfermedades crónicas degenerativas, además de accidentes que impactan en su salud.

Ante esto, solo se cuenta con una atención de nivel primario donde el acceso a los servicios de salud solo se inclina a enfermedades de menor grado de dificultad (diagnóstico, tratamiento, información sobre higiene, alimentación y forma de vida). En caso de presentar un padecimiento con mayor dificultad, es orientado a un hospital de segundo nivel, sin embargo, la región no cuenta con esa cobertura de acceso a la salud. Por lo cual, el primer nivel de atención es el más vulnerable, (largas esperas para recibir atención, falta de medicamentos, escasez de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de la unidad) (Dávila, E. y Guijarro, M., 2000)

De esta manera, la población otomí de Tenango de Doria, se encuentran en una situación de vulnerabilidad social, económica y cultural que impacta en su derecho a la salud, pues, la desigualdad sistemática y estructural en la salud obstaculiza en mejorar el estado de salud (Granados, A., 2017).

Las personas que habitan en Tenango, se enfrentan en una amenaza por alcanzar el bienestar de sus necesidades de salud dada su condición de desventaja social en comparación con otros grupos sociales, lo que refleja una alta vulnerabilidad en salud. (Candia, A. y Olivera, S., 2021).

La población otomí por presentar situaciones desfavorecidas en el aspecto educativo, alimentación, vivienda, laboral, económico se exponen a ser propensos de enfermedades. Sin embargo, la falta de una atención a la salud adecuada ocasiona vulnerabilidad en acceder a un servicio de salud.

El ser una población sin afiliación a la seguridad social de salud obstaculiza a las personas a recibir una atención oportuna y a tiempo, así como prevenir ciertos padecimientos y tener un tratamiento.

Esta vulnerabilidad a la salud afecta a las personas con enfermedades crónico degenerativas, ya que falta de atención

Las enfermedades desarrolladas en la población otomí, puede ser factor por las desigualdades que presenta la región, es decir, la pobreza, la falta a servicios de salud, los factores ambientales, las enfermedades infecciosas, las enfermedades crónico degenerativas presentan cambios por los hábitos en el estilo de vida.

Las enfermedades que se presentan en la región otomí, son afectadas por ser una población marginada que limita el derecho a la salud, porque no se cuentan con suficientes medicamentos, equipos, personal de salud con enfoque intercultural, establecimientos de salud de segundo nivel cercano que atienda de calidad.

5.5. ¿Cómo se relaciona la comunidad con los servicios de salud?

A pesar, de los obstáculos que atraviesa los pobladores de Tenango de Doria, respecto al acceso a los servicios de salud pueden encontrarse alternativas para mejorar la cobertura y la calidad de servicios, ya que, una parte de la población se encuentra en localidades lejanas del municipio que limita la llegada de la atención a la salud, aunando la carencia del personal de salud, la poca empatía, la discriminación de estos; la falta del enfoque intercultural en la institución de salud para atender a un grupo social con características culturales particulares; la infraestructura y presupuestos insuficientes que limita a la oferta de prestación de salud.

El municipio de Tenango de Doria, cuenta con servicios de atención de primer nivel, es decir, la región tiene un Centro de Salud para brindar bienestar en salud a los pobladores del municipio y las localidades retiradas de Tenango se benefician con Casas de la Salud. Aunque, también, se cuenta con atención de ISSSTE para los trabajadores del municipio, así como, cierta población puede acceder a un servicio privado de salud.

Mientras que, los municipios de San Bartolo y de Huehuetla, poseen con una atención de segundo nivel, constituido por hospitales de la región, zona que cubren la totalidad de cada lugar. En estos lugares, se atienden padecimientos de alta demanda que requieran apoyo de especialidades médicas para cirugía, tratamientos y diagnósticos específicos.

Sin embargo, parte de la población de Tenango, acuden a los servicios de salud de Metepec, Pachuca y Tulancingo donde ofrecen prestación de segundo y tercer nivel de salud que, se conforman de especialidades.

De las entrevistas realizadas, la señora Esperanza, A. (31 de septiembre del 2023) relató que no ha acudido al Centro de Salud, pero que visitó algún día el Hospital de San Bartolo y Huehuetla debido a la enfermedad de un familiar,

“He ido... creo que será como dos, tres veces, nada más... se enferma uno, luego a veces no hay atención, entonces, por eso no voy al centro de salud, porque al final te mandan a Tulancingo, porque si necesitas unos análisis, acá no hay aparatos o por la falta del personal, ya que parece que los sábados no lo hay y prefiero ir acá que ha San Bartolo y soy de las personas de que me aferró a no ir” (Esperanza, A., comunicación personal, 31 de septiembre del 2023).

Asimismo, explica que el Centro de Salud ha servido para darle atención a la salud de las personas, pero no cuenta con insumos suficientes, como, por ejemplo los medicamentos, no está equipado y el personal de salud son déspotas.

Por otro lado, la señora Félix, S. (31 de septiembre del 2023) narra que ella no acude al Centro de Salud, ni al Hospital de San Bartolo, anteriormente, asistía al Hospital de Metepec para tratarse la diabetes, pero después ya no acudió.

“ya ni me compongo... ni pastilla me dan, mejor la compro y me quito de estar pagando pasaje... una vez, me levanté temprano a las cinco a consulta y ya no fui porque no alcance el camión... en ese hospital me alivie de mi niño... Tienes que obedecer lo que te dicen, por eso te atienden bien y si no, te rechazan, te corren... no quería operarme para no tener más hijos, tuve mi último hijo a los 43 años, como no obedecí me corrieron, me dijeron - párese y báñese, bañé a su niño-. Ya ni me bañaron a mi niño, dijeron los enfermeros... me dio coraje, ya no fui... nunca había bañado mi niño chiquito, estaba débil... de ahí no he ido a ningún hospital, les daba gusto que te aliviaras bien rápido para irte, pues, no te ponen ni suero ni nada... están pique pique, nomás están haciendo el tacto para ver si ya viene o no viene y te ponen un piquete para que te apures, provocan los dolores para que rápido venga la cría, pero no te dan para el dolor” (Félix, S., comunicación personal, 31 de septiembre del 2023).

La señora Angela, L. por el contrario, acude al centro de Salud de la localidad de Santa María de Mascalapa que está cerca de Tenango de Doria, frente a San Bartolo.

“En la actualidad atienden bien [en Santa María de Mascapala] me gusta atenderme allá; acá en Tenango voy a un particular, apenas me lastimé y me atendió un médico privado, pero es muy costoso. En el Centro de Salud de Santa María van personas que hablan otomí, mi pueblo es chiquito, pero... te diría que critican mucho a la gente que habla idiomas; la misma gente te escuchan hablar y te dicen - *bien naca* -, - bien india -, por pena, pues ya no me gustó aprender a hablarlo, lo entiendo porque mis papás hablan puro otomí” (Angela, L., comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

En relación a los insumos que existen en los hospitales, la señora Angela, L., adujo un problema con los medicamentos, al respecto dijo,

“cuando el medicamento no me funciona tiene [tengo] qué regresar otra vez con su médico o que le cambie el medicamento (...) tanta gente y no hay medicamentos, luego hay medicamentos que no nos hacen y dicen - no le corresponde este medicamento pero no tengo otro, le voy a dar uno parecida o le voy a dar receta y ya la va a comprar a la farmacia” (Angela, L., comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

La misma entrevistada nos compartió que en el Centro de Salud de Santa María,

“El médico de ahí, es pasante, viene de México [CDMX]. En Santa María, nos ha tocado buenas atenciones, aquí en Tenango, no. Me puse, bien grave del azúcar y de la columna, la glucosa la tenía en 495 mg/dl y me mandaron a comprar la insulina y jeringa, es lo que me dijo el doctor de aquí en Tenango (...) no podía caminar y tenía que ir a comprar medicamento y sin dinero”.

“Aquí, te piden, una jeringa, una aguja para que te pongan la insulina, la tira para checarte el azúcar... no tienen nada. Últimamente, pues el medicamento ya lo compraba, porque no me lo daban aquí, mejor me iba a Santa María, ahorita me he estado yendo a Santa María a consultas, a mis citas, pues... ahí me dan la insulina que necesito recetada por un médico y también, me apoyan con jeringas e insulina, las jeringas las puedo comprar, pero la insulina está muy cara, a veces está barata, otras cara, el que me lo den es un ahorro”.

“En Santa María, debo llevar mi termito con hielos o mando congelar el gel para meter la insulina y traérmela para que llegue a la casa y meterla al refri, no tengo

refrigerador, y la voy a guardar con mi vecina, ella me la guarda, ya cuando me voy a inyectar antes de las siete de la mañana me inyecto.

“Aquí, el doctor te receta que vayas a la farmacia a comprar, creo que se ponen de acuerdo el médico con la farmacia, ya ellos saben, que vienes por medicamento, así, y ya me dan la insulina, o si no la tienen, mira, no la tengo, pero vas a tal farmacia, ahí ya te la van a vender”.

“En Santa María, atienden las comunidades de Cerro Chico, el Chuty, el Tenexco, que le dicen ahí, varias comunidades chicas, van a ese centro de salud... pero no entiendo porque en El Bopo va la mitad de su gente va consulta en Santa María y la otra mitad en el Tenexco, creo que por la atención... siempre que voy, me toca con personas de Cerro Chico, gente de Guasquilla, solo hay dos doctores, un doctor y una doctora; una enfermera y los pasantes” (Angela, L., comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

La señora Angela, T., considera que el Centro de Salud de Santa María al que acude, es de calidad porque brinda buena atención, sin embargo, en Tenango de Doria tienen un mal servicio y no es eficiente

“(...) aunque es cabecera, no hay las mejores atenciones, aunque me cobre, pero que me atiendan y que pongan lo que es... la vez pasada, tenía el azúcar bien alta, y le dije a la enfermera -póngame la insulina-... -es que no hay, es que... lo siento mucho, vete a tu casa a descansar y te tomas una pastillita-... me fui a la farmacia me compre la insulina y me la pongo, ya no tengo necesidad de ir... luego se enojan porque uno se automédica, ¿pero si no se atienden?” (Angela, L., comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

Por otra parte, varios entrevistados han expresado que no acuden al Centro de salud en el municipio o asisten pero deben de esperar un largo tiempo para acceder al servicio, no cuentan con los insumos suficientes, no hay medicamentos y se deben de comprar, esto implica realizar un gasto de bolsillo en salud para las personas.

Aunque, hay personas de Tenango que acuden a atenderse a San Bartolo, Huehuetla o a Metepec, hay otras que van directo a Pachuca y a Tulancingo, expresan que es perder el tiempo si acuden a estas zonas aledañas, porque se

arriesgan o no los atienden por falta de aparatos, por la calidad y poca eficiencia del personal de salud.

El Centro de salud de Tenango de Doria, garantiza el acceso a los servicios de salud de primer nivel, sin embargo, la calidad, disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en la institución es deficiente.

Pues, el derecho a la salud en México, se garantiza a través del derecho a la protección de salud, donde el Sistema de Salud es el mecanismo para hacer efectivo este derecho, a través de ofertar los servicios de salud con la disponibilidad, calidad, seguridad y oportunidad de esas prestaciones de salud hacia la población.

Asimismo, en la región otomí, se garantiza el derecho a la salud por medio de la protección de la salud donde se debe de considerar el territorio, cultura y economía de la sociedad para establecer la calidad y el acceso a las necesidades de cada zona.

En Tenango de Doria, se brinda el servicio público de salud, por medio del Centro de Salud, como el principal mecanismo a través del cual el Estado garantiza el derecho a la protección de salud, sin embargo, esta propuesta de ampliar la cobertura a la salud en regiones vulnerables y sin seguridad social, corresponde a la atención de primer nivel donde se revisan padecimientos y se realizan diagnósticos, tratamientos, platicas informativas sobre higiene, alimentación, hábitos, sin embargo.

Este tipo de atención vulnera el acceso a la salud de la población otomí, con el servicio de salud que se ofrece en la región, pues deben de hacer largas esperas, la falta de medicamentos, la escasez de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de la unidad, despersonalización en la relación médico paciente.

También, existe una vulnerabilidad al derecho a la salud por la disponibilidad de las instituciones suficientes de salud en la región; no son accesibles a todas las personas y se ha presentado discriminación a los beneficiarios; no existe un enfoque intercultural de la relación del personal de salud y pacientes, y se califica la atención de salud sin calidad.

Lo que observo es que no hay insumos, infraestructura, atención adecuada, capacitación, hay un gasto excesivo que los pobladores tienen qué hacer para que

sean atendidos, pago de medicinas, médicos privados, tienen que viajar y gastar en atenderse su salud en un sector privado y en medicamentos.

5.6. La disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad al derecho humano a la salud de las y los pobladores de Tenango de Doria, Hidalgo

Este apartado está dividido en dos partes. La primera es el acercamiento con los pobladores de Tenango de Doria con relación a la disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad que les brindan las instituciones de salud de primer y segundo nivel, tanto en el municipio como en regiones aledañas para comparar cómo reciben los pobladores el servicio a la atención de primer nivel de salud en la región otomí y el servicio que ofrecen en la zona colindante de San Bartolo.

Durante el trabajo de campo realizado en Tenango de Doria, la enfermera Lucero T. (29 de septiembre 2024), originario de la región, expuso que según su experiencia, las enfermedades más frecuentes son las crónico degenerativas, donde las personas recurren a la atención de salud privada para tratar estos padecimientos. Las personas con menos recursos, acuden al Centro de Salud de la región o a las Casas de Salud, ya que estas se encuentran en las localidades de Tenango, sin embargo, estos servicios se enfrentan a una carencia del personal médico, de medicamentos, de equipo y de una atención adecuada.

Como señalo Lucero, las personas de Tenango padecen más diabetes e hipertensión, pero no siempre pueden acudir a una atención de salud privada, ya que la consulta y los medicamentos son caros.

La entrevistada explicó que no ha visto una mejoría en cuanto al Centro de Salud, siendo esta la principal institución de atención a la salud de los pobladores de Tenango, “no hay insumos, ni aparatos, el personal médico son pasantes (...) en general hay una mala atención, por eso se acude a los médicos particulares, no hay un abastecimiento de medicamentos (...) entonces faltan” (Lucero, T., comunicación personal, 29 de septiembre del 2024).

Nuestra informante Lucero T., explicó que en algunas localidades como en El Dequeña, San Nicolás, Santa Mónica, entre otras, hay Casas de la Salud de Tenango de Doria hay pequeños centros de atención para atender pacientes con

necesidades básicas, sin embargo, no hay medicamentos o los médicos al frente en realidad son estudiantes con rol de pasantes en medicina. También refirió que, existen las denominadas *Caravanas de Salud* en Tenango, donde vienen enfermeros y médicos, donde realizan ultrasonidos y brindan atención especializada, para enfermedades específicas, sin embargo, estas caravanas son esporádicas promocionando diversos servicios en atención a la salud.

Una mujer adulta expresó que debe de haber un hospital, porque el Centro de Salud de Tenango no es de calidad,

“Fui a atenderme a San Bartolo y escuchaba que decían... hablaba feo de que tenía hijos, atendía de mala gana, hacen mal su trabajo... hay de todo”.

“Yo no voy al Centro de Salud, ¿para qué?, si no hay nada, cuando quieren te atienden cuando, no... voy y pierdo mi tiempo, ni hay medicamentos... la última vez que fui, es porque mi hermana estaba enferma en San Bartolo [hospital], yo voy a Tulancingo, allá hay aparatos, medicamentos, mejor me voy directo”. (Anónimo, comunicación personal, 03 de octubre 2024).

Un familiar de un paciente en el Hospital de San Bartolo, compartió su experiencia. Contó que su hogar se encuentra en San Juan, una localidad de San Bartolo que se sitúa a tres horas de distancia del municipio donde no hay clínica. En dicho hospital, según el testimonio, se encuentran como pacientes personas otomí. Al respecto, explicó,

“Deben de tratar bien, pero los doctores se burlan... deben tratar bien porque gracias a la persona enferma ganan dinero... aquí hay medicamentos, porque en la farmacia casi no hay y sí hay... se compra caro y yo no curo”.

“[por lo anterior] Nos atendemos con un doctor particular pero el medicamento, a veces, te sale en 250 pesos... porque en el Centro de salud, ni te atienden de nada, no sirve... y en San Bartolo tampoco atienden, ¿para qué bajamos?, no vamos en sentido contrario, sino nos vamos a Metepec (la región se encuentra antes de llegar a Tenango), ya si necesitamos algo, de ahí a Tulancingo y a Pachuca, porque bajas a San Bartolo, que no hay... vienes de regreso y pierdes tiempo, bajas y vuelves a subir y a bajar, en San Bartolo te vas a atender y te regresan, allí a mi cuñada le dio preclamsia y su bebé murió, mi papá se atendió ahí y si lo atendieron bien de la diabetes, si hay medicamento para eso... y lo que podemos, nosotros lo curamos

con hierbas... Nosotros preferimos ir a particular, aunque cobran \$100 pesos la consulta". (Anónimo, comunicación personal, 04 de octubre del 2024).

Se entrevistó a un profesor de Tenango de Doria, originario de San Lorenzo en el municipio de Huhuetla. Él se atiende en una clínica de Xicontepec, Veracruz (su municipio colinda con Veracruz) o en Huejutla de Reyes, Hidalgo, porque el hospital que le corresponde, le queda a cuatro horas de distancia,

"(...) no nos atienden porque primero están sus políticas de atención, solo atienden a sus pobladores y después a uno, porque somos foráneos, según ellos (...) somos del mismo Estado, pero dan atención discriminatoria".

"En Huejutla, te dan una cita pero ... ya para qué, en cuanto a Huhuetla hay hospital pero... igual que en San Bartolo, es perder tiempo porque no está cerca y ni hay servicios, no hay con qué brindarlo... no hay traslados de ambulancia, porque primero debes de sacar cita para sacar la ambulancia, y eso evalúan las condiciones si son necesarias o no, y hay que sumarle si el chofer está borracho o no, o sí la ambulancia está en condiciones para realizar el traslado, al final ni te hacen los traslados". (Profesor de Tenango de Doria, comunicación personal, 06 de octubre del 2023).

En la experiencia del profesor, se aduce que lo principal no es la búsqueda de un servicio gratuito o privado, sino la búsqueda de una atención de calidad.

"La necesidad es lo que te lleva a buscar servicios médicos, no tanto el dinero, sino el buscar buena atención, yo sé que un niño se cayó y se pegó en su cabeza, lo llevaron al servicio de salud y le dijeron están, paracetamol, le pusieron una venda y ya, pero cuando lo fueron a ver sus papás ya estaba casi muerto porque no le dieron una buena atención... seamos sinceros, los doctores prefieren perder vidas que a su familia... no hay medicamentos y si te dan medicamentos, te lo dan caducado... es mejor ir a un particular... y no es porque te sientas rico, y hasta veces no alcanza pero es la necesidad". (Profesor de Tenango de Doria, comunicación personal, 06 de octubre del 2023).

También el profesor adujo que los servicios de salud no abarcan la totalidad de la población, sea cual sea su condición jurídica, por migración, por turismo, entre

otras cuestiones sino que, el servicio de salud hace un tipo de discriminación positiva en la que solo se atienden a personas oriundas y ello conlleva a una posible vulneración de derechos para las personas no indígenas o indígenas migrantes que viven en la región.

“Yo no voy a atenderme al Centro de Salud de aquí de Tenango, me dicen que necesito un comprobante de domicilio para atenderme... no me voy a enfermar porque soy foráneo... mejor fui a un particular porque mientras encuentro un recibo de domicilio me avanza la enfermedad... es vergonzoso, porque estamos hablando de un municipio que es turístico y deben de atender a los turistas, que tal les pasa algo y no les vas a brindar servicio de salud... eso es discriminación... hay personal que no entiende el otomí y lo mal interpreta... estaba en un centro de salud y vi que un señor otomí le decía a la enfermera, me duele aquí... y ella le decía a otra, que le toque aquí... no, yo le dije... no, te está diciendo que le duele su pecho, no que lo toques... no existe la educación, ni el respeto para las personas otomís, existe un rechazo... haya en San Lorenzo hay muchas personas que hablan el otomí y tienen un pésimo trato”. (Profesor de Tenango de Doria, comunicación personal, 06 de octubre del 2023).

El profesor de Tenango de Doria, es derechohabiente, es decir, que por trabajar como servidor público en una institución educativa cuenta con ISSSTE. Al respecto, el profesor adujo que en Tenango de Doria sí hay servicio del ISSSTE pero que la atención no es la adecuada. Al respecto, expresó,

“En Tenango de Doria se cuenta con ISSSTE pero con un pésimo servicio, por eso no acudo... además, el personal de salud los cambian porque les dicen que los cambian a Tulancingo y todos quieren irse, porque está más cerca y ¿quién quiere venir a la sierra?”, a parte se van y se pierde esa relación, es historial que debería de llevar con su paciente, es volver a ir y conocer. (Profesor de Tenango de Doria, comunicación personal, 06 de octubre del 2023).

Asimismo, una trabajadora pública del municipio (comunicación, personal, 04 de octubre del 2024), cuenta también con el servicio del ISSSTE, relata que acudió al servicio porque sufrió una caída donde se fracturó el pie, sin embargo, la mandaron al hospital de San Bartolo y de ahí, le dieron pase para ir al hospital de Pachuca.

Por otro lado, otra informante mencionó que los Hospitales públicos, han mejorado la situación de los servicios de salud en la zona y que se perciben diferencias de la situación anterior a la actual.

“En el Hospital de San Bartolo, ya se está componiendo porque antes atendían muy mal, y ya estaba a punto de cerrar, con este gobierno como que se compuso, con la entrada de este presidente mejoraron el servicio”. (Anónimo, comunicación personal, 06 de octubre).

Cabe resaltar que, en el proceso de mis recorridos de trabajo de campo, me aproximé a la parte del servicio que se ofrece en la localidad de Tenango de Doria, pero también al Hospital de San Bartolo, donde acude gran parte de la población otomí de Tenango.

El primer acercamiento fue con el Centro de Salud, donde fue complicado acceder a una entrevista, sin embargo, se lograron realizar algunas preguntas al personal de salud realizando preguntas relacionadas con los turnos, insumos, infraestructura y cantidad de médicos participantes, obteniendo las siguientes respuestas:

“Hay 4 turnos en el Centro de salud matutino, vespertino, velada 1 y 2 (...)”.

“Nosotros tenemos medicamentos que se pueden cubrir, pero hay otros medicamentos faltantes (...)”.

“Hay pocos médicos particulares que mandan a sus pacientes a comprar en las farmacias (...)”. (Anónimo [personal de salud], comunicación personal, 05 de octubre del 2023).

La entrevista realizada en el Centro de Salud, fue complicada y con respuestas breves, sin dar mucho detalles.

Posteriormente, visité el Servicio de Protección Civil (en adelante SPC) que son un aproximado de siete personas (dos mujeres y cinco hombres, dos paramédicos por turno) para realizar algunas entrevistas relacionadas a su labor en el SPC. Al respecto, algunos informantes respondieron,

“Donde tenemos diversas labores [son en] incendios, cambiar cables de luz, necropsia, preparamos cuerpos, no es parte de, pero lo hacemos. Se cae un árbol

o pasa un accidente debemos de ir, cortan cables de luz, debemos de atender e realizar traslados, salimos a Tulancingo, Pachuca, CDMX porque las personas deben de ir a trasladarse. Hay personas que realizan diálisis y tenemos que ir. Se tiene que hacer un procedimiento para ir a su traslado los llevamos, los dejamos, los esperamos y los regresamos (...) tenemos 5 carros para traslados 2 coches, 3 ambulancias y una camioneta. Nosotros tenemos que apoyar a los municipios de Huhuetla, San Bartolo y Tenango de Doria, nosotros tenemos que cubrir hasta el puente de los camarones y hasta Palo Gacho. Desde siempre ha habido Protección Civil pero apenas con la administración pasada con la entrada de Obrador se ha realizado bien la labor, porque anteriormente no se hacía nada (...) no había carros, no había nada y el policía hacía la labor (...) es brindar un mejor servicio a la comunidad, también se cubre jaripeos, cabalgatas hasta que empieza hasta que termina”. (Anónimo [funcionario del SPC], comunicación personal, 07 de octubre).

En relación a los servicios de emergencia, los funcionarios de Protección Civil explicaron que,

“Si es una urgencia, se atiende primero... pero si es un traslado programada debe de traer su cita médica donde diga la hora y el día de la cita para llevarlos a su consulta, así sea a las 5 de la mañana nosotros vamos... todo es gratuito y la presidencia corre con los gastos, solo se le pide que paguen las casetas, sólo las ambulancias no pagan casetas pero los coches si pagan... solo debe de ir un acompañante y si van dos personas al mismo sitio se llevan... se debe de brindar la mejor atención... cuando se cortan o algo, nosotros los atendemos o los llevamos al Centro de Salud, pero el Centro de Salud lo mandan con nosotros o los mandan a San Bartolo... el Centro de Salud hacen el papel pero no hace el enlace y si los del Centro de Salud no hace el enlace, no nos atienden... y los que batallan somos nosotros, pedimos contra referencia a Tulancingo, nos regañan pero nos atienden y ahí estamos hasta que nos digan algo de la persona... no nos venimos...”. (Anónimo [funcionario del SPC], comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

Por el contrario, algunos de los entrevistados adujeron que el Centro de Salud no hacen bien su trabajo.

“(...) el Centro de Salud no hace bien su trabajo, nos deja a nosotros que hagamos todo, no es nuestra obligación y sentimos feo por el familiar... ellos que hacen, por

eso lo hacemos... aunque el trabajo nos sale más en la noche... el manejar es una responsabilidad, debemos de estar al tiro". (Anónimo [funcionario del SPC], comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

De lo anterior, algunos entrevistados expresaron que el Servicio del Centro de Salud no debería existir por la falta de atención especializada, incluso por la falta de atención humanitaria. También se aduce que hay un deslinde de responsabilidad y que gran parte de las funciones del sector salud pasan ilegalmente a funciones de Protección Civil, sin que la autoridad competente regule estas acciones.

"El servicio del Centro de Salud, no debería de existir... la verdad, no lo digo yo, lo dicen todos, no da buena atención y es su responsabilidad, hay personas que no los atienden y ahí los dejan... por eso es demandante nuestro trabajo... aquí le damos el servicio a toda la gente cuando se puede... hay personas de otras comunidades... de la tercera edad y vienen a cobrar su pensión y nos llaman para que vayamos por ellos y que cobren su pensión del adulto mayor... hay días que no hacemos nada, pero hay días como esos del pago del adulto mayor o fiestas del pueblo, velorios... nosotros ahí estamos... nosotros apoyamos pero ya nos agarran de todo... lo hacemos por apoyar pero la gente ya nos dice que es nuestra labor... a mí me gusta, por eso lo hago, sino me gustará no lo haría... este es el municipio que más brinda el apoyo y que lo hace a otros municipios, no nos corresponde pero ayudamos". (Anónimo [funcionario del SPC], comunicación personal, 06 de octubre del 2023).

En la segunda parte de este trabajo, me abocaré a la aproximación de campo que tuve en el Hospital de San Bartolo, localidad aledaña a Tenango de Doria donde parte de la población de Tenango y de sus comunidades se atienden un padecimiento de segundo nivel de atención a su salud³⁶. Por lo tanto, las interrogantes se dirigieron al personal de salud de dicha institución.

³⁶ Como ya se dijo, un padecimiento de segundo nivel está constituido por hospitales que cubren toda la totalidad del territorio que se atienden derechohabientes que le derivan de un determinado número de unidades de primer nivel. Brinda apoyo para dar atención en especialidades de salud (Dávila, E. y Guijarro, M., 2000)

Algunos de los pobladores de Tenango de Doria se atienden su salud en el hospital de San Bartolo. Este hospital, iba a hacer un Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para niños, y un día antes de que se fuera a inaugurar, dieron la orden de que se cambiara la Secretaría Social de Servicios de Salud del Estado de Hidalgo (Información recabada de un trabajador de la institución, comunicación personal, 07 de octubre).

Para hacer referencia del antecedente histórico del Hospital de San Bartolo, una funcionaria de dicho centro de salud explicó a *grosso modo* la historia de construcción de dicho hospital.

“En ese entonces, se hacían reuniones de los presidentes en la ciudad de Pachuca. El presidente de la República, citó a los presidentes municipales y a los gobernadores, entre ellos, Jesús Murillo Karam y les preguntaron que en dónde se podía establecer el hospital... ¿quién tenía un terreno para poner el hospital?, Huehuetla, dijo que no tenía; Tenango, tampoco tenía el terreno y el presidente de San Bartolo dijo que sí tenía el terreno, pero no era cierto, entonces el presidente fue a buscar el terreno para poderlo construir... primero se iba a construir donde está el Colegio de Bachilleres pero si se consiguió el terreno”. (Servidora del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

Según el personal del hospital, comenta que, se inauguró en 1997 con el ex presidente Felipe Calderón Hinojosa y con el Secretario de Salud Ramón de la Fuente Muñiz. Pero que, al inaugurarse, fue parcialmente construido por las mismas autoridades y eventualmente, se establecía de insumos e infraestructura,

“El presidente solo pasó a ver el recorrido y ya... después se fue... El hospital, tardó en un año en construirse, y establecerlo con los servicios, material... todo... tardó... para los aparatos... se tardaron... nada más habilitaron la parte de arriba para poder atender a la gente... no había camas de hospitalización para los partos y solo se atendía por horarios nada más porque no había mucho”. (Servidora del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

En relación al cuestionamiento sobre el acceso a los servicios de salud del Hospital de San Bartolo, el personal de salud adujo,

“Pues, cada presidente de la república pasa, van dejando sus... con Fox, fue lo del Seguro Popular, aunque no tenían derecho a ningún servicio, pero los derechohabientes si los atendían, pero se cobraba como una cuota de recuperación, había por niveles. En el seguro popular, había un catálogo de enfermedades, un ejemplo: no se cubría un ultrasonido, lo tenían que pagar, pero se les cobraba, a partir de su estudio socio económico con base a unas preguntas de ¿cómo es su casa?, ¿cuánto ganaba?, todo eso... y ya arrojaba un nivel. El más bajo... era el nivel 1, el más alto... el nivel 6, entonces, el estudio socioeconómico, depende del nivel y se les cobraba la cuota de recuperación, sino les alcanzaba, trataban con trabajo social para cobrarles el nivel uno”. (Servidor del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

Algunos servidores de dicho hospital, aseguraron que con el actual presidente de la República, Andrés Manuel López Obrador, se incrementaron las constancias de los derechohabientes para no cobrar cuota de recuperación y que, pasó a ser IMSS Bienestar que cubre todos los servicios. Al respecto, mencionaron,

“ya no se les cobraba nada, ni la cuota de recuperación. El IMSS Bienestar, está aún en proceso, por lo cual no se puede decir sobre su cambio”. (Servidora del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

El funcionariado público del Hospital comentó que, para acceder a consulta o al servicio médico solo se necesitaba la CURP, qué era abierto para todo público que requiera el servicio, sin embargo, para confrontar la información emitida por el personal de salud del hospital, se le preguntó a una mujer que quería el servicio sobre los requisitos para acceder a la atención médica. La entrevistada comentó que para acceder al servicio de salud en el Hospital de San Bartolo y en el Centro de Salud de Tenango de Doria piden CURP, comprobante de domicilio obligatorio de Tenango de Doria. En San Bartolo o en las localidades aledañas, además de pedir la credencial de identidad, solicitan la cartilla en el Centro de Salud (no ser derechohabiente) (Anónimo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

Por lo cual, si una persona externa que visita el municipio de Tenango requiere el servicio, será complicado, y que debe de proporcionar el comprobante de domicilio, de lo contrario se le negará la atención de salud.

En las entrevistas realizadas, se preguntó al personal del hospital sobre la disponibilidad, el acceso y la calidad de la atención del servicio del hospital de San Bartolo que tienen hacia las personas otomí, respecto a esto, un médico respondió:

“En el hospital de San Bartolo cuentan con un médico que es anesthesiólogo, estudió en Pachuca, es originario de la Sierra otomí - tepehua y traduce cuando las personas hablan otomí (Médico del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023, 07 de octubre del 2023).

Por lo cual, se aduce que las personas del municipio de Tenango de Doria, San Bartolo y Huhuetla acuden al servicio de salud en el hospital de San Bartolo, parte de estas personas son otomí y la institución, solo cuenta con un médico que habla otomí, y funge como traductor.

A su vez, un trabajador de la misma institución, comento que había un doctor en el área de pediatría, pero se especializó en nefrología, sin embargo, sólo le permitieron atender en el nivel de pediatría, por eso renunció y se trasladó a otro hospital, porque a él le gusta la especialidad de nefrología, siendo que hay personas con problemas renales y que se realizan diálisis, no le permitieron dar nefro... por eso mucho personal se va... A pesar de que se les paga insuficientemente a las y los médicos especialistas en dicho hospital, la falta de reconocimiento profesional los obliga a renunciar (07 de octubre del 2023).

Por otra parte, la relación de salud hegemónica y tradicional de la institución de segundo nivel en San Bartolo, se atendían los embarazos con acompañamiento y participación de las parteras. Un personal de salud adujo lo siguiente:

“Hay un enfermero aquí que, llegó hace mucho tiempo, que estaba en el centro de salud y a él lo veíamos como si fuera el doctor. Llegó aquí a hacer su servicio y entonces se fue... todavía hay esa opción de medicina alternativa... las parteras, sin embargo, el caso de las mujeres embarazadas no se atendía con el médico, se iba con la partera por *el qué dirán* de ir a ver un doctor. Ahora en la actualidad,

aceptaron las mujeres de ser tratadas por un médico”. (Médico del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023, 07 de octubre del 2023).

De acuerdo a datos de mis informantes del hospital San Bartolo, el área de hospitalización está dividido por tres o cuatro camas para cirugía; tres o cuatro camas para gineco, pediatría y cuneros. Los turnos que hay, son matutino, vespertino, guardia nocturna, guardia semi nocturna y turno especial, se van turnando, la mayoría de los médicos que son de afuera. (Médico del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023, 07 de octubre del 2024).

La médico del hospital de San Bartolo, comentó que la mayoría de los médicos son de otros lugares de la región otomí y probablemente no haya médicos originarios en un futuro, porque, muy pocas personas siguen sus estudios superiores, “hay señores que tienen 10 hijos, 8 hijos, y les preguntas que grados de estudios tienen, primaria... y otros llegan hasta el tercer año” (Médica del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

Un médico pasante expuso su dicho en relación a los conflictos de la región que también son parte de los efectos negativos para dar el servicio de salud. Según el médico, el practicar la medicina y prestar un servicio público implica una serie de factores que se mencionan en lo siguiente,

“Soy médico pasante y soy de Tepejí del Río, hago 8 horas de camino de aquí. La semana pasada hicieron un bloqueo en Tenango de Doría. Los médicos, los especialistas no llegaron aquí, no pudieron llegar... nos quedamos sin anestesia, nos quedamos sin gineco, nos quedamos sin pediatría. Sólo estuvimos los médicos generales, fue difícil, ya que la gente decía, ustedes no pasan ni caminando... Nos llegó una paciente complicadita embarazada y fue como, ¿qué hacemos con ella? No, pues podría intervenir el cirujano, sí, pero no tenemos anestesia. ¿Qué hacemos?”. (Médico del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023, 07 de octubre del 2023).

Esta experiencia se puede visualizar como la forma de atender un parto, se requiere de personal y de técnicas e instrumentos para realizarlo, en cuanto a la partería, posee su conocimiento tradicional y se han adaptado a su entorno y sus condiciones

de vida para poder atender un alumbramiento (Médico del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

“Pues, lo vamos a intentar en ambulancia, ¿quién eres tú? si eres paciente, verifiquen que, si es esa paciente, y así se les puso las personas del bloqueo. Los médicos se adentraron a venirse por la cumbre, pero fueron voladeros, dicen que casi... hay cachitos que patinan mucho los carros. Por ejemplo, aquí... como llueve muchísimo luego se va la luz, pero pues, el hospital tiene su planta. Se ha ido la señal por dos días en lo que va de aquí (junio a octubre), entonces nos quedamos sin comunicación... Y, tienes que seguir trabajando con la planta nada más... pero hay aparatos que no funcionan con la planta” (Médico del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

Se preguntó al personal médico si consideran que el instituto es de calidad para la atención de los pobladores de la sierra otomí – tepehua. Llama la atención que al realizar el cuestionamiento anterior, algunos médicos asociaron la calidad de la atención médica con la infraestructura o de las características de los inmuebles donde se presta el servicio de salud.

“La infraestructura, lo hicieron de la mejor calidad... hay camillas para transfer, para quirófano, para llevar a los pacientes que van a operar, hay otra camilla ambulatoria que es para curaciones. Como tal, se llama consultorio de curaciones, esto no es como para cosas de trauma, está adaptada. Hay una alta demanda de atenciones, no sólo de San Bartolo sino de las comunidades alrededor, por ejemplo: Tenango y Huehuetla nos mandan mucho trabajo, apenas se inundó Huehuetla, esa localidad tiene hospital, tuvimos muchos, partos... fue una alta demanda para los quirófanos, las camillas... en Huehuetla sólo tienen dos consultorios”. (Médico del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

Por el contrario, un médico adujo que se da atención médica gratuita y por grado de emergencia y que colaboran con otras instancias como Protección Civil.

“Se atienden por grados de emergencia. La atención es gratis, pero nosotros no vamos por los pacientes, en este caso los traen de Tenango o Huehuetla. De Tenango, Protección Civil nos ha llegado en carros, camionetas a traer pacientes. Y se atienden por diversas situaciones según a la temporada, por ejemplo: ahorita

se atiende a embarazadas; cuando son días festivos, llegan acuchillados, baleados, recuerdo que... llegó un paciente acuchillado y ese paciente acuchilló al tío, estábamos a las 11 de la noche con el cirujano en el quirófano, medio lo estabilizó y lo tuvimos aquí dos días, pero cayó en shock, nos cayó en paro, esto es por consecuencia del alcohol” (Médico del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

En cuanto a la calidad y aceptabilidad de la atención de salud en el hospital de San Bartolo se puede identificar que estos establecimientos y bienes de salud son apropiados desde el punto de vista médico; con respecto, a la aceptabilidad, falta interacción, involucramiento, comprensión del contexto cultural, de la identidad otomí.

En las entrevistas realizadas se pudo constatar que, los médicos tienen concepciones estereotipadas relacionadas a supuestas adicciones o de algún tipo de enfermedad o condición de salud y que dichos prejuicios tienen un enfoque de género. Como dice un médico, que interfiere en

“Aquí, toman muchísimo, el calorcito está rico, una cheve, toman muchísima cerveza, pero diles un vaso de agua... les digo cuando he dado consulta, ¿cuánto tomas agua al día? ... pues, un montón, ¿cuánta? tres vasitos... hace calor ¿cómo es posible que tomen eso? las embarazaditas aquí les decimos, tienes que tomarte tres o cuatro litros para que tengan leche, no toman y muchas dicen, es que no tengo mucha leche, se desespera el bebé y les dan fórmula”.

“Una vez, llegó una chica fracturada jugando fútbol, ese día nos llegaron puro de trauma (tuvimos tres traumas, que tenían varias fracturas) de las cuales, dos eran por jugar futbol, otro se cayó de la moto, se cayó a las dos de la mañana”. (Médico del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

De las expresiones médicas respecto de algunas enfermedades que presentan pacientes otomís, en los testimonios se advierte que el funcionariado de salud deslinda de responsabilidad y culpa,

“Las enfermedades que más prevalecen, son diabetes e hipertensión (...) la presión hasta los cielos... la azúcar hasta los cielos. Las personas que vienen con altos niveles de hipertensión o de diabetes no se tratan. Tú preguntas ¿hace cuándo es

diabético? No, no soy diabético ¿toma alguna pastilla?, ¿desde hace cuándo?”
(Médico del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

Del mismo modo, los médicos afirman que los especialistas están repartidos en varios centros de salud. Por esa razón se presume que, los pacientes se trasladan de un lado a otro dependiendo de su padecimiento particular, asumiendo gastos extras y sin mayores expectativas de atención pronta.

“El médico internista que es el que se encarga de eso, y tiene un montón de pacientes aquí... en el hospital de Huehuetla, el cirujano o el de trauma manda a los pacientes con el médico internista para que los evalúe para saber si se pueden operar o no, les manda la evaluación y regresan a Huehuetla. En el hospital de Huehuetla no tienen internet, entonces tienes mucha demanda, ahorita (día domingo), están un médico, una enfermera, la pasante y el paramédico de la ambulancia”. (Médico del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

Por otra parte, se ha implementado la parte de disponibilidad de servicios de salud en la Sierra Otomí Tepehua, es decir, los establecimientos, servicios, centros o programas de salud para una adecuada atención a los habitantes de la región.

Las denominadas Jornadas del Bienestar en tres municipios de la Otomí – Tepehua, aproximadamente atenderán a 200 pacientes por cabecera municipal con la intervención de 58 médicos (El Sol de Tulancingo, 2023).

De acuerdo a información periodística de Ivet Pasquel (2023) menciona que los municipios de Huehuetla, San Bartolo Tutotepec y Tenango de Doria se llevará a cabo la segunda Jornada del Bienestar por la Salud de Hidalgo, en donde se ofrecerán servicios de primer y segundo nivel, servicios especiales y estudios de gabinete (El Sol de Tulancingo, 2023).

De acuerdo con la jefa jurisdiccional de la región, María Isabel Guzmán Tavera, en el Municipio de Huehuetla (tendrá lugar el miércoles ocho de marzo), en San Bartolo Tutotepec y en Tenango de Doria (viernes 10) (*idem*).

La atención de primer nivel, se brindan consultas en odontología, nutrición, psicología, atención médica y orientación para adultos mayores, detección de

diabetes, hipertensión, obesidad y enfermedad prostática, así como detección de enfermedades cardíacas y auditivas en los bebés (*ibídem*).

También, habrá consultas de obstetricia para mujeres embarazadas, ginecología, pediatría, medicina interna, ortopedia, especialistas de medicina integrada, atención y consejería de planificación familiar (Pasquel, *Op. Cit.*).

Los servicios especiales se brindarán servicios de optometría, colposcopia, servicio de teleconsultas a Hospital del Niño DIF; Hospital General de Pachuca y Tulancingo, entrega de lentes a personas adultas mayores, así como el registro y seguimiento a personas que requieran silla de ruedas, bastones o andaderas (Pasquel, *Op. Cit.*).

Sobre los estudios de gabinete, se realizarán mastografías, rayos X, ultrasonido, electrocardiograma y se contará con área de farmacia, en atención mujeres y hombres que viven en condición de vulnerabilidad (Pasquel, *Op. Cit.*).

Los médicos que llegan hasta estas zonas, el sueldo no es muy remunerado, eso hace difícil la atención de los pacientes en las comunidades, es por eso que se realizan este tipo de estrategias para acercar los servicios médicos de especialidad a la población. El fortalecer y consolidar el bienestar de la población de las diferentes regiones de la entidad es la estrategia del gobierno encabezado por Julio Menchaca con las jornadas del bienestar por la salud de Hidalgo que han visitado 21 municipios y brindaron 9 mil 983 atenciones en tan solo siete meses. La estrategia es coordinada por la Secretaría de Bienestar e Inclusión Social (SEBISO) y la meta es visitar 32 municipios (Pasquel, *Op. Cit.*).

Se hicieron llegar unidades especializadas en el 2022 que, ofrecieron atención en servicios de orientación gerontológica ambulatoria, suministro de medicamento, intervención gerontológica y odontogerítrica, orientación oftalmológica y de optometría, vinculación con redes de apoyo social, medicina especializada, enfermedades respiratorias, ginecología, traumatología y ortopedia, estudios de imagenología, mastografías, medicina interna e integral, 50 diferentes tipos de vacunas (La Crónica de hoy en Hidalgo, 2023).

Las regiones beneficiadas son Huehuetla, Tenango de Doria, San Bartolo, Metepec, Ixmiquilpan, El Arenal, Chapulhuacán, Progreso de Obregón, Tlaxcoapan, Mixquiahuala, Mineral del Monte, Jaltocán, Tlanchino, entre otros (*ídem*).

En la comunidad de San Nicolás que es comunidad del municipio de Tenango de Doria, para recibir atención, tienen que trasladarse a la cabecera municipal. Los pobladores de la comunidad de San Nicolás carecen de un médico en su Unidad de Salud perteneciente al IMSS y deben de acudir al Centro de Salud de Tenango de Doria para atenderse. Según la nota de Pasquel (2022) *Carecen de médico en Unidad de Salud de San Nicolás* una persona comenta que desde julio (la persona realizó el comentario en el mes de octubre) del año 2022 no contaban con algún doctor y los médicos que trabajan son pasantes y continuamente son rotados. Sólo se cuenta con una enfermera que está al pendiente de la Unidad Médica Rural (UMR), por lo que deben de ir a Tenango de Doria para atenderse su salud (Pasquel, I., 2022 [Periódico digital]).

“Está comunidad indígena desde que recuerdo siempre ha tenido un doctor temporalmente y solo atienden de lunes a viernes y los fines de semana dejan de brindar el servicio. Para cualquier emergencia que suceda tenemos que viajar”. (Pasquel, I., 2022, día, mes y año, El Sol de Tulancingo [Periódico Digital]).

En el artículo, también se comenta que su hijo de cinco años está enfermo de una infección en el oído y sus otros hijos de 15 años también tienen dificultades de salud. Dijo que acudió al Centro de Salud de Tenango de Doria, pero también tuvo algunas complicaciones para recibir el servicio ante la saturación de enfermos, esa es la batalla además acusó que han sido discriminados por el personal (*ídem*).

Tenango de Doria queda a siete kilómetros de San Nicolás, y se gasta en pasajes, lo que es golpe de bolsillo y porque se compran medicamentos.

“Nosotros dependemos de la economía del país. Yo dependo de lo poco que pueda vender en el pueblo. Entonces gastar cien pesos en ida y vuelta es un verdadero gasto”, tanto en unidad como en el Centro de Salud hay desabasto de medicamentos, solo tienen medicamentos básicos y en su mayoría se deben de adquirir por cuenta propia. Se sostienen que se debe de tener al menos un médico

de base que reciba pacientes entre semana y uno que este para atender urgencias médicas en fines de semana, sería lo más conveniente” (*ibídem*).

Es importante mencionar que el Diálogo con los Pueblos Otomí y Tepehua en el Estado de Hidalgo, se reunieron el presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos Andrés Manuel López Obrador, el gobernador del Estado de Hidalgo, Omar Fayad Meneses y las autoridades indígenas de la región; el director general del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, Adelfo Regino Montes; la representante del pueblo tepehua, Florentina Tolentino Escamilla; el representante del pueblo otomí, Eric Pedraza Mondoño; el presidente municipal de Tenango de Doria, Aldo Octavio Molina Santos. (Gobierno de México, Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas [INPI], 2020).

Reunidos en una asamblea en la cual se platicó sobre el bienestar de su región, por ello, es necesario que nuestros derechos como comunidades indígenas deben ser respetado, donde se debe de trabajar de manera coordinada entre el gobierno municipal, gobierno estatal y el gobierno federal para alcanzar los objetivos (*ídem*).

En el diálogo se comentó que, el director de aquel entonces 2020 del Instituto de Salud para el Bienestar, Juan Ferrer visitaría la Sierra Otomí, donde se propondría tener centros de salud y hospitales bien hechos, equipados, porque los hospitales no están terminados, inconclusos, que no tienen equipo, no hay doctores, no hay medicinas para atenderlo de manera seria y responsable (*ibídem*).

5.7. Acceso al Servicio de Salud en Pandemia del COVID 19

En este apartado, se presenta la experiencia que tuvieron los pobladores de Tenango de Doria, frente a la pandemia del Covid 19 y el servicio de atención de salud en la región.

“el Covid fue solo en atención en casa, aunque cuando fue desarrollándose la pandemia se tuvo que abrir un espacio para atender solo a personas de Covid en el Centro de Rehabilitación, ese centro es para dar terapias o tratamiento de una fractura o algo similar, entonces... se abrió ese espacio para atender... ese centro se encuentra para llegar a Huhuetla... con el Covid, si huieron muchas personas

fallecidas y los que podían se iban a atender a Pachuca y a Tulancingo en hospitales Generales... las medidas que establecieron en Tenango, fueron: mantener la distancia, utilizar cubre bocas, usa gel antibacterial, no saludar de mano...” (Anónimo [funcionario del SPC], comunicación personal, 07 de octubre).

En entrevista con la señora Teresa, recordó la experiencia cuando su esposo le dio Covid donde presentó dolor articular, lo cual se trató con té de ajo, cebolla morada. Posteriormente presentó elevada temperatura y fue cuando acudieron con un doctor particular. El médico en turno le dio tratamiento para la gripa, pero el virus avanzó y veía a su esposo más decaído. El esposo de su tía que es médico también lo revisó y les comentó que su saturación estaba muy baja “rentamos un tanque de oxígeno de 6 mil pesos por 8 días y el medicamento 500 pesos, más aparte la consulta”. (Teresa, I., comunicación personal, 31 de septiembre del 2023).

El profesor también compartió su experiencia en tiempo de pandemia y relató que los médicos atendían a las personas como algo natural y se decía que eran enfermedades respiratorias y de gripa, por eso se murieron muchas personas.

“El Centro de Salud de mi comunidad, no puso en práctica las medidas sanitarias para salvaguardar a las personas, solo se aplican cuando llegan las autoridades... mi señora se enfermó de Covid, le dijeron que era gripa, pero la vi mal... fui a Huejutla y no me la atendieron fui a Xinco y me dijeron ya vete, porque está mal y ella embarazada.... Y por mis propios medios la trasladé que se gastó un dineral pero la llevé, no se gastó en tanque de oxígeno porque mi madrina trabaja en el IMSS y ella me dio las facilidades para trasladarme, sino... otra cosa hubiera pasado... si aquí o en otros lados, hubieran pedido muestras para covid, no se hubieran muerto muchas personas... a la mitad de pandemia ya se cierra todo, el deportivo...”. (Profesor de Tenango de Doria, comunicación personal, 06 de octubre del 2023).

Un Servidor del Centro de Salud, relató que durante la pandemia del Covid siempre fue en atender y otorgar la atención a las personas,

“además de dar el seguimiento al paciente, aunque fue difícil para todos y más en el Centro de Salud por ser la primera línea de apoyo... esta unidad nunca se cerró y buscaron capacitaciones para estar al frente de la situación y estar presentes en

esta parte... revisar la saturación de la persona y damos el seguimiento". (Anónimo [funcionario del SPC], comunicación personal, 07 de octubre).

Personal de Protección Civil, relató que contaban con las medidas para brindar atención a las personas que presentaban Covid, además de los insumos para atender, contaban con tanques de oxígeno, con uniformes especiales y era Protección Civil los que se presentaban y los atendían, o bien, levantaban los cuerpos.

Con estos relatos se muestra que, en este periodo pandémico que sufrimos y desconocimiento que se tenía sobre este virus, contribuyó a que el personal de salud brindara un diagnóstico como gripe o resfriado, por lo cual avanzaban más las complicaciones del Covid en las personas. También, se refleja en la manera en que las personas hicieron un gasto excesivo de su dinero para atenderse y comprarse los medicamentos.

5.8. Análisis y reflexiones de la información de campo

A continuación, iniciaremos con el análisis de datos obtenidos en la presente investigación, describiendo la evolución histórica del derecho a la salud en el mundo occidental donde el derecho a la salud ha sido un proceso histórico que refleja la relación de justicia social en las antiguas civilizaciones como la sumeria, acadia y egipcia donde aparecieron los sacerdotes como una figura que atendía a la salud (Jaramillo, 2001).

Seguido del reconocimiento por la infraestructura sanitaria y la importancia de la higiene, lo que ayudo a prevenir enfermedades, ya con el Estado moderno en los siglos XVI y XVII, se consolidaron los derechos individuales, incluyendo el derecho a la salud como una responsabilidad del Estado, además la revolución Francesa y la Declaración de los derechos del Hombre y del Ciudadano proclamaron la igualdad de los ciudadanos para que todas las personas tuvieran acceso a la salud (Llamas, C., 2005 y Fierros, A., 2014).

Durante el siglo XX, la Declaración de Alma Ata de 1978 reafirmo el derecho a la salud como un derecho prioritario donde los Estados tienen el deber de adoptar

las medidas de salud para dar protección, bienestar y mejorar las condiciones de salud (Santos, J., Martínez, D., Valdez, J. y Martínez, G., 2018).

Por otra parte, el derecho a la salud en México ha evolucionado a lo largo del tiempo donde ha reflejado cambios sociales, políticos y económicos donde anteriormente se tenían y tienen actividades tradicionales para la atención a la salud donde los pueblos indígenas integraban conocimientos sobre la salud tradicional, natural y espiritual, estas prácticas que aún perduran en la actualidad para el tratamiento y cuidado de la salud de las personas (Gómez Fröde, C., 2017).

Las condiciones de salud de los pobladores de Tenango de Doria, atendía su salud por medio de *saberes ancestrales* como los *rituales*, *temazcal*, el *sobar* y el uso de *plantas medicinales*, donde la señora Teresa I. (30 septiembre 2013), recordó su infancia cuando al enfermarse ella y los miembros de su familia, se curaban con hiervas (hojas de higuera, de potro para el empacho y la diarrea) las plantas medicinales se usaban para bajar la temperatura o para otros padecimientos.

Al no tener un servicio público o personal de salud, se atendían con las plantas medicinales, pues, “No había ningún doctor, no había centro de salud (...) ya después al paso de los años ya hubo centro de salud (...)”. (Esperanza, A. comunicación personal, 30 de septiembre de 2023).

Las habilidades y conocimientos de algunas mujeres otomís, son consideradas con un gran don para realizar la partería, sin embargo, esta práctica tradicional, si bien se sigue practicando en menor medida, fue relegada por la práctica médica alopática por medio de cesáreas y tecnología.

La señora Angela, recordó que, cuando tenía 6 años, las personas que habitaban su comunidad se enfermaban constantemente del estómago y se curaban con el hueso de capulín hervido con limón o también les daban té para que se deshiciera la lombriz.

De lo anterior podríamos decir que, los conocimientos tradicionales son dinámicos, cambiantes y también, se resisten ante la imposición hegemónica de la salud, la tecnología, estos relatos nos acercan a la manera en la que se atendían los pobladores otomís considerando a la naturaleza y a su identidad cultural.

También se puede reflejar que, aún no había un reconocimiento del derecho a la salud.

Pues, en México también existió un proceso histórico para formalizar el derecho a la salud, a través de leyes y políticas.

Como anteriormente se mencionó, las poblaciones indígenas se atendían su salud, mediante los saberes tradicionales, naturales y espirituales, seguida de la salud europea donde la iglesia estableció instituciones de salud lo que modificó la atención en salud. Posteriormente, con la Constitución de 1917 se enfocó en la salud pública (no reconoció como tal el derecho a la salud) pero sentó las bases para mejorar las condiciones de salud de los pobladores, asimismo fue resultado de la lucha por derechos sociales que habían sido negados anteriormente (Gómez Fröde, C., 2017).

Y, en 1983 se reconoció formalmente el derecho a la salud en México cuando se reformó el Artículo 4° de la Constitución para incluir el derecho a la protección de la salud, donde toda persona tiene derecho a la protección de la salud y la ley, indicará las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud (Lugo, M., 2015).

Cabe destacar que los instrumentos jurídicos internacionales instituyen el derecho a la salud, y en nuestro país se establece el derecho a la protección de la salud que se establece en el rango constitucional

La evolución del concepto de salud en este país, es incorporada desde “la protección de la salud”, según Baltazar Pahuamba Rosas y José Luis Soberanes Fernández argumentan que el Estado tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud, a través de la protección de la salud, a partir de esto, el Estado realizará acciones para llevar a cabo y cuidar la salud de la población (Gutiérrez, F., *Op. Cit.*).

A lo largo de la historia, las vulneraciones al derecho a la salud se reflejan por la pobreza, la discriminación y la falta de economía que da como consecuencia las desigualdades a las poblaciones más vulnerables como los grupos indígenas.

La salud en el contexto de Tenango de Doria se configura y se conceptualiza desde diversas dimensiones que reflejan las experiencias y creencias del pueblo

otomí, ya que, la salud está vinculada con la naturaleza y el entorno que es fundamental para los habitantes de Tenango.

La señora Esperanza, menciona que “antes se podía tomar el agua del río porque estaba limpia, y ahora es agua sucia, solo que no se ve sucia porque se va asentando y no se puede tomar porque se enferma uno”. Aquí se podría observar que la naturaleza está ligada al bienestar en relación a la salud de los pobladores.

Para la señora Teresa, I., la salud es “lo más importante que tiene uno, el cuerpo no sufre un padecimiento por descuido (...) La salud es estar bien, es el bienestar de uno mismo y el estar enfermo, es triste porque hay veces que el medicamento no te hace... pues... ¿qué haces?”. (Teresa, I., comunicación personal, 31 de septiembre del 2023).

Pero también, la noción de salud está ligada a las acciones de la población otomí. Al rechazo de la práctica política, religiosa, curitativa que promueven los valores de la comunidad.

Asimismo, para un profesor de Tenango de Doria, relacionó a la salud con los valores éticos, “la salud es amar tu profesión para poder atender a las personas, tener el tacto y cuidado para hacerlo, porque te tratan mal, eso no es amar tu profesión”. (Profesor de Tenango de Doria, comunicación personal, 04 de octubre del 2023).

La evolución del derecho a la salud impactada en la población de Tenango de Doria por las condiciones sociales, económicas, de vivienda y alimentación que implican en una vulneración al derecho a la salud y esto limita, la garantía de la vida digna y equitativa de la población.

Es importante destacar que en nuestro país el derecho humano a la salud, no se ve cristalizado, sino que, la salud se empieza a verse desde la visión de las culturas ancestrales, y esta sólo es una necesidad para “el bienestar de las personas” y la salud pasa a ser un factor importante en la población otomí.

Es importante resaltar que esto no ha eximido que se sigan vulnerado derechos en nuestro país como el derecho a la salud, sin embargo, este principio se ha transformado a lo largo del tiempo y reconocerse como fundamental para garantizar condiciones necesarias para que todas las personas puedan alcanzar el

más alto nivel de salud posible. Esto incluye la provisión de servicios de salud, por medio del Sistema Nacional de Salud en México donde refiere la estructura y organización de las instituciones y servicios de salud por la administración pública y privado.

Este Sistema de Nacional de Salud, coordina las acciones de salud y supervisa los servicios públicos y privados para que brinden servicios de salud de calidad, que atiendan y brinden promoción a la salud, sin embargo, falta eficiencia en el acceso al servicio y a la atención de salud.

Pues, los pobladores de Tenango de Doria enfrentan enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión y la falta de acceso a servicios de salud adecuados, la carencia de insumos son determinantes para agravar las enfermedades que presentan.

La señora Teresa, I. (31 de septiembre del 2023) menciona que, se enferman de gripa, de tos, mientras que, el personal de salud, señala que las personas se atienden mayormente por embarazos y para realizarse procesos artificiales como la diálisis.

Al realizar entrevistas al personal de Protección Civil, algunos funcionarios explicaron que atienden más accidentes que enfermedades, los incidentes automovilísticos, las piedras que caen en el cerro en la carretera. La vulneración al derecho a la salud en la población de Tenango de Doria tiene un impacto con relación a las enfermedades, ya que los relatos de los informantes nos muestran una gama de condiciones que impactan a la salud y en otras, se presentan padecimientos que se han ido desarrollando en el tiempo en la población de Tenango de Doria.

De esta manera, se puede visualizar como se han desarrollado enfermedades que con anterioridad no se presentaban, ante esto, solo se cuenta con una atención de nivel primario donde el acceso a los servicios de salud solo se inclina a enfermedades de menor grado de dificultad (diagnóstico, tratamiento, información sobre higiene, alimentación y forma de vida). En caso de presentar un padecimiento con mayor dificultad, es orientado a un hospital de segundo nivel, sin embargo, la región no cuenta con esa cobertura de acceso a la salud. Por lo cual,

el primer nivel de atención es el más vulnerable, (largas esperas para recibir atención, falta de medicamentos, escasez de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de la unidad) (Dávila, E. y Guijarro, M., 2000).

La salud como un servicio público genera derechos prestacionales como derechos fundamentales. De acuerdo Parra Vera, O., (2003) la ley establece cuales son las prestaciones en salud a las que toda persona tiene derecho y establece los mecanismos para acceder a la seguridad social, como la población de Tenango que accede al servicio de salud de primer nivel.

Escobar, G., (2012) señala a los derechos de prestación como la provisión de bienes o servicios como acciones obligadas e impuestas por el derecho público para la satisfacción de las necesidades de la población. Estas acciones pueden ser directas, como la provisión de servicios básicos, o indirectas, como la regulación de ciertas actividades.

El Estado debe garantizar las necesidades básicas de la sociedad, principalmente de las poblaciones en situación de vulnerabilidad como Tenango de Doria. El Estado administra la riqueza, y al mismo tiempo presta servicios públicos, cuyos fines son conseguir una vida digna, así que el Estado debe contar con una infraestructura adecuada de asistencia y destinar recursos suficientes para los programas que lo sostienen y respaldan (Rosales, C. M., 2018).

Los Servicios Estatales de Salud (SES) ofrecen atención médica a toda la población con el objetivo de acceder al Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) y que exista mayor cobertura en salud para las poblaciones que se encuentran en situación de vulnerabilidad (Dávila, E., y Guijarro, M., 2000).

Además de, ser una alternativa para equilibrar las oportunidades del acceso a la salud porque existe una clasificación de derechohabientes y personas sin seguridad social que causa una diferencia entre la sociedad resultando inequidades estructurales, de esta manera, se puede proveer servicios y medicamentos a personas de comunidades rurales e indígenas sin seguridad social en el país (Cobo, F., *et. al.*, 2022).

En Tenango de Doria, actualmente se cuenta con el programa IMSS – Bienestar que ofrece servicios integrales de salud y las prestaciones de solidaridad

social establecidas en la Ley del Seguro Social, a favor de la población sin capacidad de contribuir y en condiciones de marginación en zonas rurales y urbanas en 28 entidades en el país. Este programa sería la nueva denominación de IMSS – Prospera sustentado en la Atención primaria con servicios médicos preventivos (*Ibidem*).

Sin embargo, en la región de Tenango de Doria la disponibilidad de servicios de salud es limitada, pues aunque en el municipio se ofrece atención de salud en el Centro de Salud y las casas de salud en las localidades de la región, estos carecen de personal médico, de insumos, tratamientos, medicamentos, equipo lo que impide que los habitantes de la comunidad otomí reciban la atención a la salud de una manera eficiente y de calidad.

Las personas con menos recursos, acuden al Centro de Salud de la región o a las Casas de Salud, estos servicios se enfrentan a una carencia del personal médico, de medicamentos, de equipo y de una atención adecuada. Como señalo Lucero, las personas de Tenango padecen más diabetes e hipertensión, pero no siempre pueden acudir a una atención de salud privada, ya que la consulta y los medicamentos son caros.

La entrevistada explicó que no ha visto una mejoría en cuanto al Centro de Salud, siendo esta la principal institución de atención a la salud de los pobladores de Tenango, “no hay insumos, ni aparatos, el personal médico son pasantes (...) en general hay una mala atención, por eso se acude a los médicos particulares, no hay un abastecimiento de medicamentos (...) entonces faltan”. (Lucero, T., comunicación personal, 29 de septiembre del 2024).

Nuestra informante Lucero T., explicó que en algunas localidades como en El Dequeña, San Nicolás, Santa Mónica, entre otras, hay Casas de la Salud de Tenango de Doria hay pequeños centros de atención para atender pacientes con necesidades básicas, sin embargo, no hay medicamentos o los médicos al frente en realidad son estudiantes con rol de pasantes en medicina. También refirió que, existen las denominadas *Caravanas de Salud* en Tenango, donde vienen enfermeros y médicos, donde realizan ultrasonidos y brindan atención

especializada, para enfermedades específicas, sin embargo, estas caravanas son esporádicas promocionando diversos servicios en atención a la salud.

El derecho a la salud exige adoptar medidas para corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder vulneradas por la inequidad en el ámbito de la salud con un enfoque basado en los derechos humanos es tomar en cuenta que las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas (OMS, 2023).

Los alcances para lograrlo son por medio de la no discriminación por motivos étnicos, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud.

Parte de la población del municipio de Tenango se encuentra en localidades lejanas del municipio que limita la llegada de la atención a la salud, aunando la carencia del personal de salud, la poca empatía.

Ya, en el municipio de Tenango de Doria, se brinda el servicio público de salud, por medio del Centro de Salud (ahora IMSS - Bienestar), como el principal mecanismo a través del cual el Estado garantiza el derecho a la protección de salud, sin embargo, esta propuesta de ampliar la cobertura a la salud en regiones vulnerables y sin seguridad social, corresponde a la atención de primer nivel donde se revisan padecimientos y se realizan diagnósticos, tratamientos, platicas informativas sobre higiene, alimentación, hábitos.

Sin embargo, este tipo de atención vulnera el acceso a la salud de la población otomí, con el servicio de salud que se ofrece en la región, pues deben de hacer largas esperas, la falta de medicamentos, la escasez de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de la unidad, despersonalización en la relación médico paciente.

También, existe una vulnerabilidad al derecho a la salud por la disponibilidad de las instituciones suficientes de salud en la región, no son accesibles a todas las personas y se ha presentado discriminación a los beneficiarios; no existe un enfoque

intercultural de la relación del personal de salud y pacientes, y se califica la atención de salud sin calidad.

También el profesor adujo que los servicios de salud no abarcan la totalidad de la población, sea cual sea su condición jurídica, por migración, por turismo, entre otras cuestiones sino que, el servicio de salud hace un tipo de discriminación positiva en la que solo se atienden a personas oriundas y ello conlleva a una posible vulneración de derechos para las personas no indígenas o indígenas migrantes que viven en la región.

“Yo no voy a atenderme al Centro de Salud de aquí de Tenango, me dicen que necesito un comprobante de domicilio para atenderme... no me voy a enfermar porque soy foráneo... mejor fui a un particular porque mientras encuentro un recibo de domicilio me avanza la enfermedad... es vergonzoso, porque estamos hablando de un municipio que es turístico y deben de atender a los turistas, que tal les pasa algo y no les vas a brindar servicio de salud... eso es discriminación... hay personal que no entiende el otomí y lo mal interpreta... estaba en un centro de salud y vi que un señor otomí le decía a la enfermera, me duele aquí... y ella le decía a otra, que le toque aquí... no, yo le dije... no, te está diciendo que le duele su pecho, no que lo toques... no existe la educación, ni el respeto para las personas otomís, existe un rechazo... haya en San Lorenzo hay muchas personas que hablan el otomí y tienen un pésimo trato”. (Profesor de Tenango de Doria, comunicación personal, 06 de octubre del 2023).

A pesar, de los obstáculos que atraviesa los pobladores de Tenango de Doria, respecto al acceso a los servicios de salud pueden encontrarse alternativas para mejorar la cobertura y la calidad de servicios, ya que, una parte de la población se encuentra en localidades lejanas del municipio que limita la llegada de la atención a la salud, aunando la carencia del personal de salud, la poca empatía, la discriminación de estos; la falta del enfoque intercultural en la institución de salud para atender a un grupo social con características culturales particulares; la infraestructura y presupuestos insuficientes que limita a la oferta de prestación de salud.

Este tipo de atención vulnera el acceso a la salud de la población otomí, con el servicio de salud que se ofrece en la región, pues deben de hacer largas esperas, la falta de medicamentos, la escasez de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de la unidad, despersonalización en la relación médico paciente.

También, existe una vulnerabilidad al derecho a la salud por la disponibilidad de las instituciones suficientes de salud en la región; no son accesibles a todas las personas y se ha presentado discriminación a los beneficiarios; no existe un enfoque intercultural de la relación del personal de salud y pacientes, y se califica la atención de salud sin calidad.

En la experiencia siguiente, se enuncia que para atenderse su salud deben de acudir al Hospital de San Bartolo y se sitúa a tres horas de distancia del municipio donde no hay clínica. En dicho hospital, según el testimonio, se encuentran como pacientes personas otomí. Al respecto, explicó,

“Deben de tratar bien, pero los doctores se burlan... deben tratar bien porque gracias a la persona enferma ganan dinero... aquí hay medicamentos, porque en la farmacia casi no hay y sí hay... se compra caro...

en el Centro de salud, ni te atienden de nada, no sirve... y en San Bartolo tampoco atienden, ¿para qué bajamos?, no vamos en sentido contrario, sino nos vamos a Metepec (la región se encuentra antes de llegar a Tenango), ya si necesitamos algo, de ahí a Tulancingo y a Pachuca, porque bajas a San Bartolo, que no hay... vienes de regreso y pierdes tiempo, bajas y vuelves a subir y a bajar, en San Bartolo te vas a atender y te regresan, allí a mi cuñada le dio preclamsia y su bebé murió, mi papá se atendió ahí y si lo atendieron bien de la diabetes, si hay medicamento para eso... y lo que podemos, nosotros lo curamos con hierbas... Nosotros preferimos ir a particular, aunque cobran \$100 pesos la consulta”. (Anónimo, comunicación personal, 04 de octubre del 2024).

Por otra parte, una estrategia importante para abordar la disponibilidad de los servicios de salud en Tenango de Doria son las Jornadas del Bienestar. De acuerdo a información periodística de Ivet Pasquel (2023) menciona que los municipios de Huehuetla, San Bartolo Tutotepec y Tenango de Doria se llevará a cabo la segunda Jornada del Bienestar por la Salud de Hidalgo, en donde se ofrecerán servicios de

primer y segundo nivel, servicios especiales y estudios de gabinete (El Sol de Tulancingo, 2023).

La atención de primer nivel, se brindan consultas en odontología, nutrición, psicología, atención médica y orientación para adultos mayores, detección de diabetes, hipertensión, obesidad y enfermedad prostática, así como detección de enfermedades cardíacas y auditivas en los bebés (*ibídem*).

También, habrá consultas de obstetricia para mujeres embarazadas, ginecología, pediatría, medicina interna, ortopedia, especialistas de medicina integrada, atención y consejería de planificación familiar (Pasquel, *Op. Cit.*).

Los servicios especiales se brindarán servicios de optometría, colposcopia, servicio de teleconsultas a Hospital del Niño DIF; Hospital General de Pachuca y Tulancingo, entrega de lentes a personas adultas mayores, así como el registro y seguimiento a personas que requieran silla de ruedas, bastones o andaderas (Pasquel, *Op. Cit.*).

También se realizarán mastografías, rayos X, ultrasonido, electrocardiograma y se contará con área de farmacia, en atención mujeres y hombres que viven en condición de vulnerabilidad (Pasquel, *Op. Cit.*).

Los médicos que llegan hasta estas zonas, el sueldo no es muy remunerado, eso hace difícil la atención de los pacientes en las comunidades, es por eso que se realizan este tipo de estrategias para acercar los servicios médicos de especialidad a la población (Pasquel, *Op. Cit.*).

Se hicieron llegar unidades especializadas en el 2022 que, ofrecieron atención en servicios de orientación gerontológica ambulatoria, suministro de medicamento, intervención gerontológica y odontogeriatrica, orientación oftalmológica y de optometría, vinculación con redes de apoyo social, medicina especializada, enfermedades respiratorias, ginecología, traumatología y ortopedia, estudios de imagenología, mastografías, medicina interna e integral, 50 diferentes tipos de vacunas (La Crónica de hoy en Hidalgo, 2023).

En la comunidad de San Nicolás que es comunidad del municipio de Tenango de Doria, para recibir atención, tienen que trasladarse a la cabecera municipal. Los pobladores de la comunidad de San Nicolás carecen de un médico en su Unidad de

Salud perteneciente al IMSS y deben de acudir al Centro de Salud de Tenango de Doria para atenderse. Según la nota de Pasquel referida anteriormente, una persona comenta que desde julio (la persona realizó el comentario en el mes de octubre) del año 2022 no contaban con algún doctor y los médicos que trabajan son pasantes y continuamente son rotados. Sólo se cuenta con una enfermera que está al pendiente de la Unidad Médica Rural (UMR), por lo que deben de ir a Tenango de Doria para atenderse su salud (Pasquel, I., 2022 [Periódico digital]).

“Está comunidad indígena desde que recuerdo siempre ha tenido un doctor temporalmente y solo atienden de lunes a viernes y los fines de semana dejan de brindar el servicio. Para cualquier emergencia que suceda tenemos que viajar”. (Pasquel, I., 2022, día, mes y año, El Sol de Tulancingo [Periódico digital]).

De esta manera, las jornadas son una alternativa para aumentar la disponibilidad de servicios de salud en zonas donde los servicios de salud son limitados. Además, las jornadas de salud fungen como una estrategia de prevención de las enfermedades, lo que puede tener un impacto positivo en la población de Tenango de Doria. Sin embargo, las jornadas de salud son esporádicas y no llevan una continuidad ni atención constante a los pacientes.

Por otra parte, en la pandemia del Covid 19, se esforzó por ofrecer un servicio de salud ante esta situación donde se garantizó la disponibilidad de servicios de salud, sin embargo se limitaron a atender a los pacientes de una manera efectiva, ya que los mismos pobladores debían de comprar sus propios medicamentos, pero también fueron mal diagnósticos por parte del sector público y privado de Tenango de Doria por gripe o resfriado, esto genera una mala calidad de atención el servicio de salud porque perjudica directamente a la salud de las personas.

“el Covid fue solo en atención en casa, aunque cuando fue desarrollándose la pandemia se tuvo que abrir un espacio para atender solo a personas de Covid en el Centro de Rehabilitación, ese centro es para dar terapias o tratamiento de una fractura o algo similar, entonces... se abrió ese espacio para atender... ese centro se encuentra para llegar a Huhuetla... con el Covid, si fueron muchas personas fallecidas y los que podían se iban a atender a Pachuca y a Tulancingo en hospitales Generales... las medidas que establecieron en Tenango, fueron: mantener la

distancia, utilizar cubre bocas, usa gel antibacterial, no saludar de mano...”
(Anónimo, comunicación personal, 31 de septiembre del 2023).

Asimismo, la señora Teresa, recordó la experiencia cuando su esposo le dio Covid donde presentó dolor articular, lo cual se trató con té de ajo, cebolla morada. Posteriormente presentó elevada temperatura y fue cuando acudieron con un doctor particular. El médico en turno le dio tratamiento para la gripa, pero el virus avanzó y veía a su esposo más decaído. El esposo de su tía que es médico también lo revisó y les comentó que su saturación estaba muy baja “rentamos un tanque de oxígeno de 6 mil pesos por 8 días y el medicamento 500 pesos, más aparte la consulta” (Teresa, I., comunicación personal, 31 de septiembre del 2023).

También, se puede visualizar la accesibilidad, donde los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos y deberán ser respetuosos culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades de cada persona, así como

Ser apropiados desde el punto de vista científico, médico y ser de buena calidad (OMS, 2023).

Por lo que, el personal de salud en San Bartolo, Tenango de Doria les hace falta un enfoque intercultural en la atención a la salud para que los pobladores de la región no se sientan discriminados.

Esto va relacionado con la aceptabilidad, es decir, todas las instituciones o establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética de salud (Curra, V., 2005, p.48).

Sin embargo, de las entrevistas realizadas se pudo constatar que, los médicos tienen concepciones estereotipadas relacionadas a supuestas adicciones o de algún tipo de enfermedad o condición de salud y que dichos prejuicios tienen un enfoque de género. Como dice un médico

“Aquí, toman muchísimo, el calorcito está rico, una cheve, toman muchísima cerveza, pero diles un vaso de agua... les digo cuando he dado consulta, ¿cuánto tomas agua al día? ... pues, un montón, ¿cuánta? tres vasitos... hace calor ¿cómo es posible que tomen eso? las embarazaditas aquí les decimos, tienes que tomarte tres o cuatro litros para que tengan leche, no toman y muchas dicen, es que no tengo

mucha leche, se desespera el bebé y les dan fórmula” (Médico del hospital San Bartolo, comunicación personal, 07 de octubre del 2023)

Se puede visualizar que, la interacción entre el personal de salud y los pacientes es una carencia por la falta de comprensión del contexto cultural de la población otomí, pues la falta de sensibilidad hacia la identidad cultural de los pacientes limita el acceso a los servicios de salud de la región.

Un ejemplo de ello, es que la salud en la cosmovisión otomí, está relacionada a ejercer o rechazar un cargo en la mayordomía de las imágenes sagradas en el pueblo. En este caso, una persona relató que rechazó al Santo Patrono del poblado de Tenango de Doria,

“lo invitaron a recibir a San Agustín y el mero 28 de agosto (fiesta patronal) se cayó y se lastimó (...) cuando te invitan debes de recibir porque después te cae en tu salud (...) también, se curan aquí con el temazcal, para que saquen todo el frío, cuando das a luz, vas al temazcal y te bañas con hierbas calientitas y te hojean encima de tu cuerpo (...) muchos no creen de aquí ya, y se va perdiendo la costumbre” (Anónimo, comunicación personal, 05 de octubre del 2023).

Otra señora adulta mayor, relató que “hay veces que, te enfermas porque no hay limosna, no apoyan para los santitos y por eso te enfermas porque que te castiga Dios [señala con su mano hacia arriba]”. Aquí se podría observar que la noción de salud está ligada a las acciones de la población otomí. Al rechazo de la práctica política, religiosa, caritativa que promueven los valores de la comunidad.

De esta manera, no solo se ofrece servicios de salud en Tenango de Doria, sino que se debería de considerar y aceptar su cultura, el personal de salud, debe de ser respetuoso de la identidad cultural de los habitantes para ofrecer una buena atención a la salud.

Esto, también va ligado a la calidad de la atención a la salud, las experiencias de los pobladores de Tenango, señalan que el servicio es deficiente, por una parte de la carencia de equipos, insumos y medicamentos, así como la falta de empatía del personal de salud.

“A pesar de que, se ofrezca 4 turnos en el Centro de salud matutino, vespertino, velada 1 y 2, existe una deficiencia de medicamentos que no se pueden cubrir y los médicos mandan a sus pacientes a comprar en las farmacias, sin considerar si la persona cuenta con el recurso económico para adquirir su tratamiento”. (Anónimo [personal de salud], comunicación personal, 05 de octubre del 2023).

Esto genera un gasto de bolsillo, donde son los gastos directos que hacen las familias para cubrir las atenciones de salud (Cobo, F., Flores, P., Charvel, A., Palacio, L., Hernández, J. y Molina, D., 2022).

Hasta puede llegar, a los gastos catastróficos como resultado de la falta de acceso de salud que pone en riesgo la economía de las familias (Cobo, *et. al.*, 2022).

Por otra parte, el Servicio de Protección Civil (en adelante SPC) que cuenta con un aproximado de siete personas (dos mujeres y cinco hombres, dos paramédicos por turno) no pueden cubrir la gran demanda que se solicita por los pobladores del municipio.

“(…) tenemos diversas labores incendios, cambiar cables de luz, necropsia, preparamos cuerpos, no es parte de, pero lo hacemos. Se cae un árbol o pasa un accidente debemos de ir, cortan cables de luz, debemos de atender e realizar traslados, salimos a Tulancingo, Pachuca, CDMX porque las personas deben de ir a trasladarse. Hay personas que realizan diálisis y tenemos que ir. Se tiene que hacer un procedimiento para ir a su traslado los llevamos, los dejamos, los esperamos y los regresamos (...) tenemos 5 carros para traslados 2 coches, 3 ambulancias y una camioneta. Nosotros tenemos que apoyar a los municipios de Huhuetla, San Bartolo y Tenango de Doria, nosotros tenemos que cubrir hasta el puente de los camarones y hasta Palo Gacho. Desde siempre ha habido Protección Civil pero apenas con la administración pasada con la entrada de Obrador se ha realizado bien la labor, porque anteriormente no se hacía nada (...) no había carros, no había nada y el policía hacía la labor (...) es brindar un mejor servicio a la comunidad, también se cubre jaripeos, cabalgatas hasta que empieza hasta que termina”. (Anónimo [funcionario del SPC], comunicación personal, 07 de octubre).

Las contribuciones que realiza el servicio de Protección Civil en Tenango de Doria, es dinámica, ya que responde a las emergencias (accidentes automovilísticos,

caídas de piedras en la carretera), la intervención del personal es prioritaria porque proporciona atención inmediata, aunque, también carecen de recursos, como la falta de vehículos, la ayuda y coordinación de las instituciones de salud de la región.

El servicio de Protección civil, supervisa y está activo ante cualquier circunstancia que sucedan en los eventos de la comunidad del poblado, sin en cambio, que el personal de Protección civil este para proporcionar atención inicial a los habitantes, existen limitaciones en las instituciones de salud de Tenango y de San Bartolo.

El servicio que brinda el personal de Protección Civil ha mostrado un compromiso con enfrentarse a situaciones de emergencia, y su labor es prioritaria para la seguridad de la población del municipio, pero se enfrenta a desafíos relacionados por la falta de recursos, la calidad de atención médica y disponible.

El servicio de Protección civil, prioriza entre una urgencia, ya que se atiende primero y si, es un traslado programada debe de traer su cita médica,

“(…) así sea a las 5 de la mañana, nosotros vamos... todo es gratuito y la presidencia corre con los gastos, solo se le pide que paguen las casetas, sólo las ambulancias no pagan casetas (...) solo debe de ir un acompañante y si van dos personas al mismo sitio se llevan... se debe de brindar la mejor atención... cuando se cortan o algo, nosotros los atendemos o los llevamos al Centro de Salud, pero el Centro de Salud lo mandan con nosotros o los mandan a San Bartolo... el Centro de Salud hacen el papel pero no hace el enlace y si los del Centro de Salud no hace el enlace, no nos atienden... y los que batallan somos nosotros, pedimos contra referencia a Tulancingo, nos regañan pero nos atienden y ahí estamos hasta que nos digan algo de la persona... no nos venimos...”. (Anónimo [funcionario del SPC], comunicación personal, 07 de octubre del 2023).

De lo anterior, algunos entrevistados expresaron que el Servicio del Centro de Salud no debería existir por la falta de atención especializada, incluso por la falta de atención humanitaria. También se aduce que hay un deslinde de responsabilidad y que gran parte de las funciones del sector salud pasan ilegalmente a funciones de Protección Civil, sin que la autoridad competente regule estas acciones.

“El servicio del Centro de Salud, no debería de existir... la verdad, no lo digo yo, lo dicen todos, no da buena atención y es su responsabilidad, hay personas que no los atienden y ahí los dejan... por eso es demandante nuestro trabajo... aquí le damos el servicio a toda la gente cuando se puede...” (Anónimo [funcionario del SPC], comunicación personal, 06 de octubre del 2023).

Lo anterior, genera una vulneración al derecho a la salud en la población de Tenango de Doria, pues enfrenta desigualdad en el acceso a los servicios de salud, lo que impacta a su bienestar y esta vulneración, se refleja en la aceptabilidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud que, requiere una atención urgente para que mejore las condiciones de salud de la población.

Por otra parte, algunos de los pobladores de Tenango de Doria se atienden su salud en el hospital de San Bartolo, esta institución de salud debe de ser eficiente para ofrecer un servicio de salud de calidad y garantizar la atención integral y efectiva a la población de Tenango de Doria.

“Yo no voy a atenderme al Centro de Salud de aquí de Tenango, me dicen que necesito un comprobante de domicilio para atenderme... no me voy a enfermar porque soy foráneo... mejor fui a un particular porque mientras encuentro un recibo de domicilio me avanza la enfermedad... es vergonzoso, porque estamos hablando de un municipio que es turístico y deben de atender a los turistas, que tal les pasa algo y no les vas a brindar servicio de salud... eso es discriminación... hay personal que no entiende el otomí y lo mal interpreta... estaba en un centro de salud y vi que un señor otomí le decía a la enfermera, me duele aquí... y ella le decía a otra, que le toque aquí... no, yo le dije... no, te está diciendo que le duele su pecho, no que lo toques... no existe la educación, ni el respeto para las personas otomís, existe un rechazo... haya en San Lorenzo hay muchas personas que hablan el otomí y tienen un pésimo trato”. (Profesor de Tenango de Doria, comunicación personal, 06 de octubre del 2023).

Lo anterior, es una reflexión de la atención a la salud deficiente donde los pobladores enfrentan obstáculos para acceder al servicio de salud oportuna y adecuada, pues, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados

desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad (Currea, V., 2005, p.48).

Toda persona tiene el derecho de disfrutar del bienestar físico y mental, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana, accediendo a los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

El derecho humano a la salud hubiera tenido varios efectos positivos en Tenango de Doria con la implementación del Estado Bienestar porque garantizaría la provisión de servicios de salud públicos universal al acceso a la salud, sin importar la estructura que está conformada el Sistema Nacional de Salud (SNS), según Cobo (*et. al.*, 2022) está conformado por dependencias y sectores públicos y privados, cuya estructura y fragmentación divididos en subsectores o instituciones que dependen de la condición laboral de la población. (Cobo, F., Flores, P., Charvel, A., Palacio, L., Hernández, J. y Molina, D., 2022).

Según Dávila, E. y Guijarro, M., (2000) El Sistema Nacional de Salud (SNS) se conforma por los seguros sociales y los servicios de salud para la población asegurada, los seguros sociales cubren a los trabajadores asalariados del sector público (IMSS, ISSSTE e ISSFAM), privado y a sus familiares. Los gobiernos estatales han creado seguros sociales para sus trabajadores ISSSTE estatales y los organismos descentralizados, Petróleos Mexicanos que cuentan con servicios independientes.

Por otra parte, los Servicios Estatales de Salud (SES) ofrecen atención médica a toda la población, pero se refiere a las personas sin seguridad social que causa una diferencia entre la sociedad resultando inequidades estructurales, de esta manera, para ampliar la cobertura a la salud se originó en 1979 el programa IMSS – Coplamar con el fin de proveer servicios y medicamentos a personas de comunidades rurales e indígenas sin seguridad social en el país, actualmente IMSS – Bienestar que está a favor de la población de Tenango de Doria sin capacidad de contribuir y en condiciones de marginación en zonas rurales (Cobo, F., *et. al.*, 2022).

Sin embargo, lo anterior muestra una fragmentación y una clasificación para que cierto grupo de personas puedan acceder a una atención a la salud, pero con

el Estado de Bienestar, hubiera reducido inequidades y vulnerabilidades en el acceso a la salud en Tenango (Currea, V., 2005).

Quizá se hubiese construido clínicas de calidad, con equipos y el personal de salud capacitados para ofertar programas particulares a la comunidad otomí, lo que contribuiría a mejorar la salud. sin embargo, con el impacto del modelo neoliberal los derechos sociales fueron privatizados, como el derecho a la salud (Soto, R., y Quintana, A., 2014).

Por lo que, los servicios de salud se transformaron en privilegios para un cierto grupo de población o para personas que puedan pagar la atención en salud, esto se traduce a vulnerabilidades y desprotección.

El impacto neoliberal como un *Estado intervencionista* que, desmantela la categoría de "Bienestar" con las privatizaciones, externalización de servicios y subcontrataciones de empresas y servicios que antes otorgaban el Estado Bienestar y que ahora deben costear los ciudadanos (Olmos, C. y Silva, R., 2011).

El programa de ajuste estructural es una estrategia de la clase gobernante dominante, donde cubre un mínimo de servicios de salud y educación, donde obliga la menor intervención del Estado y la mayor participación de los sectores privados y sociales, incluyendo programas focalizados para combatir la pobreza, disciplina fiscal (gasto social subordinado a las políticas económicas), descentralización (ceder responsabilidad administrativa) y privatización (Hart, M. y Negri, A., 2000).

Como se había dicho anteriormente, el FMI y el Banco Mundial impusieron programas de ajuste estructural y acuerdos de libre comercio, pues, incluyeron la privatización de los sectores públicos, la seguridad social de la salud que es primordial para toda la sociedad y se creó el asistencialismo (Robinson, W., 2017). Pues, el Banco Mundial invierte en salud que está determinado a constituirse por propuestas encaminadas a estados de medianos y bajos ingresos, para diseñar sus servicios de salud donde ofrece una oferta privada de servicios a respuesta de la ineficiencia e inequitativa de los servicios de salud (Currea, V., 2005).

En Tenango de Doria, la población se enfrenta a desafíos ante el acceso a los servicios de salud públicos y aunque se cuenta con Casas de Salud y un Centro de Salud en la Región, ISSSTE para los trabajadores del gobierno del municipio, es

insuficiente por la falta del personal médico, medicamentos, insumos, esto ha generado que se acuda a un servicio de salud privada.

“He ido... creo que será como dos, tres veces, nada más... se enferma uno, luego a veces no hay atención, entonces, por eso no voy al centro de salud, porque al final te mandan a Tulancingo, porque si necesitas unos análisis, acá no hay aparatos o por la falta del personal, ya que parece que los sábados no lo hay y prefiero ir acá que ha San Bartolo y soy de las personas de que me aferró a no ir” (Esperanza, A., comunicación personal, 31 de septiembre del 2023).

Asimismo, explica que el Centro de Salud ha servido para darle atención a la salud de las personas, pero no cuenta con insumos suficientes, como, por ejemplo los medicamentos, no está equipado y el personal de salud son déspotas.

Por otro lado, la señora Félix, S. (31 de septiembre del 2023) narra que ella no acude al Centro de Salud, ni al Hospital de San Bartolo, anteriormente, asistía al Hospital de Metepec para tratarse la diabetes, pero después ya no acudió.

“ya ni me compongo... ni pastilla me dan, mejor la compro y me quito de estar pagando pasaje... una vez, me levanté temprano a las cinco a consulta y ya no fui porque no alcance el camión... Tienes que obedecer lo que te dicen, por eso te atienden bien y si no, te rechazan, te corren... (Félix, S., comunicación personal, 31 de septiembre del 2023).

Al acudir a una atención de salud privada genera vulnerabilidades, ya que un cierto grupo de los habitantes tienen mayor posibilidades de recibir atención, mientras que las personas con menor recursos económico no pueden acceder a esta parte del sector de salud.

Sin embargo, las personas que esperan por ser atendidas en el sector público, pueden tener complicaciones en sus enfermedades, ya que se mencionó que estas instituciones no cuentan con el medicamento y lo tienen que comprar, por lo cual, se pueden agravar las condiciones de salud de las personas. Como es el caso de la señora Angela,

“El médico de ahí, es pasante, viene de México [CDMX]. En Santa María, nos ha tocado buenas atenciones, aquí en Tenango, no. Me puse, bien grave del azúcar y

de la columna, la glucosa la tenía en 495 mg/dl y me mandaron a comprar la insulina y jeringa, es lo que me dijo el doctor de aquí en Tenango (...) no podía caminar y tenía que ir a comprar medicamento y sin dinero”.

“Aquí, te piden, una jeringa, una aguja para que te pongan la insulina, la tira para checarte el azúcar... no tienen nada. Últimamente, pues el medicamento ya lo compraba, porque no me lo daban aquí, mejor me iba a Santa María, ahorita me he estado yendo a Santa María a consultas, a mis citas, pues... ahí me dan la insulina que necesito recetada por un médico y también, me apoyan con jeringas e insulina, las jeringas las puedo comprar, pero la insulina está muy cara, a veces está barata, otras cara, el que me lo den es un ahorro... “Aquí, el doctor te receta que vayas a la farmacia a comprar, creo que se ponen de acuerdo el médico con la farmacia, ya ellos saben, que vienes por medicamento, así, y ya me dan la insulina, o si no la tienen, mira, no la tengo, pero vas a tal farmacia, ahí ya te la van a vender” (Angela, L., comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

Con lo anterior se puede reflejar las deficiencias del sistema de salud pública y de las desigualdades económicas de los habitantes de Tenango.

Por otra parte, es importante resaltar la importancia que desempeña el sistema jurídico internacional, nacional y de la legalidad para identificar como se vulnera de forma sistemática el derecho a la salud de los pueblos y comunidades indígenas, específicamente en la región otomí de Tenango de Doria.

Es importante destacar que el derecho a la salud, después de la reforma constitucional del 2011 en materia de derechos humanos en nuestro país, ha generado que se creen parámetros de interpretación, en beneficio de las personas. Esto genera que las obligaciones enmarcadas en la constitución en el artículo 1º párrafo 3, amplíe las responsabilidades no solo en la administración de justicia, sino en todos los actores del Estado.

La reforma del 2011 se alinea con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad establecidos en el Artículo 1º constitucional, además el Estado Mexicano y los servidores públicos tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, así

como prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en lo que establezca la ley (Gutiérrez, F., 2017).

En consecuencia, podríamos resaltar la importancia que juega el sistema jurídico internacional, empezando por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, si bien, no contempla de manera explícita el derecho a la salud, si lo hace respecto a la vida, y en especial en su Artículo 25 donde menciona que, “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.” *Declaración Universal de Derechos Humanos*. (1945) (OIT, 2006 como se citó en Naciones Unidas, 2014, p. 202).

Es importante resaltar que también, en el Sistema Universal existen otros instrumentos jurídicos que permiten identificar al derecho a la salud, como el PIDESC, el cual en su Artículo 12, subraya de manera más clara la interpretación de dicho derecho.

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en el Artículo 12. del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) los deberes estatales son de tres tipos:

“La obligación de cumplir comprende facilitar, proporcionar, promover y a su vez, comprende respetar, proteger y cumplir el disfrute del derecho a la salud, además de adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el Art. 12 del Pacto, estas acciones deben de ser de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otro aspecto para dar plena efectividad al derecho a la salud”. (Currea, V., 2005, p. 48).

El Artículo 12°. Establece que los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad, de reducir la mortalidad infantil, la mejora en los aspectos de higiene del trabajo y del medio ambiente, la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas y la creación de condiciones que aseguren

a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (ONU, 1966 en López, S., López, S., y Moreno, 2015).

Además, se debe resaltar que el sistema universal a través de su comités desempeñan un papel fundamental, como es el Comité DESCAs, que en su Observación General 14, le da sustancia a este derecho a través de los compromisos que el Estado debe de cumplir desde sus obligaciones, caracterizado por los elementos esenciales como la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, elementos que son parte fundamental para garantizar el derecho a la salud.

En esta observación se resalta el derecho a la salud como parte del conjunto de derechos que permiten a todas las personas el disfrute del mejor nivel de vida, pues, la salud es indispensable para el ejercicio de los demás derechos y disfrutar del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente (Currea, V., 2005,).

El derecho a la salud se conforma de elementos esenciales que, depende de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte, cómo la Disponibilidad que, cada Estado parte deberá contar con un número suficiente de servicios públicos de salud y centros de atención de la salud; Accesibilidad, son los servicios de salud que deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna, al alcance geográfico en todos los sectores de la población y basarse en el principio de la equidad, para asegurar servicios, públicos o privados; Aceptabilidad donde los servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y cultural de las personas para mejorar la salud de las personas y Calidad de los servicios de salud que deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico, médico y ser de buena calidad (Naciones Unidas, 2000, p. 10).

Tenango de Doria refleja una vulneración a sus derechos humanos, pues la población enfrenta desigualdades significativas en la atención a la salud y los mecanismos internacionales establecen el derecho que toda persona tiene el disfrute del más alto nivel posible de salud, que debe de garantizar el Estado y destinar los recursos necesarios para brindar un servicio de salud de manera disponible, accesible, aceptable y de calidad, de lo contrario el Estado mexicano viola los compromisos internacionales.

Por otro lado, desde el sistema jurídico nacional, la Constitución en el Artículo 4 nos hace mención del derecho a la salud es la responsabilidad del Estado de garantizar el acceso a los servicios de salud, así como atender los servicios de agua, drenaje, limpieza y medio ambiente, es decir, se refiere a los determinantes básicos o sociales de la salud (Lugo, M., 2015).

María Ahuja (como se citó en Gutiérrez, F., 2017) menciona que el Artículo 4° se incorpora el derecho a la protección de la salud, señalando que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y la ley, indicará las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud (Lugo, M., 2015).

Este derecho es un derecho prestacional, lo que le corresponde al Estado mexicano garantizar el acceso a los servicios de salud adecuados y de calidad para toda la población, sin embargo, en Tenango de Doria, la población enfrenta barreras significativas para acceder a los servicios de salud, de esta manera, existe una vulneración al derecho humano a la salud, pues, se enfrentan a las largas esperas, la carencia de medicamentos y la falta de atención adecuada y de calidad al servicio de salud. El Estado debe de garantizar el derecho a la salud y la falta de atención ante las necesidades específicas de la población de Tenango de Doria, así como la falta de recursos y la escasez de un enfoque intercultural en la atención a la salud en Tenango de Doria, genera una vulneración al derecho humano a la salud.

También, se puede decir que la Ley General de Salud establece que debe de garantizar el acceso a los servicios de salud, pues la ley postuló bases para regular el acceso a los servicios de salud y la distribución de facultades entre la Federación y las entidades federativas donde se comenzó con la descentralización de la prestación de servicios que se adjudica la atención de las personas sin seguridad social a las entidades federativas generando así los Servicios Estatales de Salud (SESA) (Cobo, F., *et. al*, 2022)..

La Ley General de Salud, tienen la función de establecer políticas y programas de salud para atender a las comunidades vulnerables. Tenango de Doria, enfrenta desigualdades en el acceso a la salud, por lo que, son mínimas las

disposiciones que ofrece la Ley, por lo tanto se vulnera el derecho a la salud en Tenango de Doria.

Sin en cambio, en septiembre del 2024, entro en vigor la Jornada Nacional de Salud Pública en el Centro de Salud de Tenango de Doria, como IMSS – Bienestar que brindará atención médica a quienes no cuentan con seguridad social, ofreciendo servicios de salud gratuitos y de calidad, pues, se renovó la infraestructura, adquirieron nuevo mobiliario y una nueva unidad dental. Además, se realizaron trabajos de resanado, impermeabilizante, pintura de instalaciones, cambio de piso (Anónimo, 2024, 28 de agosto).

Dicho lo anterior, es una nueva brecha de investigación en la garantía del derecho humano a la salud con este nuevo enfoque de salud en la región Otomí Tepehua que, no solo mejore en la calidad del servicio de salud, sino que afecta el recurso económico de los pobladores quienes se ven obligados a recurrir a atención de salud privada o pública en localidades más lejanas, lo que perjudica la situación económica y social.

Además, se debe de considerar un enfoque intercultural en la atención a la salud para que se respete las características culturales de la población otomí para que exista igualdad, equidad y no discriminación.

El derecho a la salud esta interrelacionado con los demás derechos, la defensa y promoción de los derechos humanos en Tenango de Doria es fundamental para analizar la vulneración del derecho a la salud y exigir la participación del Estado para que garantice un acceso al servicio de salud justo, equitativa, disponible, accesible, aceptable y de calidad con enfoque intercultural.

REFLEXIONES FINALES

A manera de reflexión, la salud desempeña una parte fundamental en el bienestar de la población de Tenango de Doria, la conceptualización de la salud para los otomís de la región es amplia y engloba lo espiritual, el entorno, el cuerpo, lo colectivo y lo cultural, pero también influyen los aspectos sociales, económicos, políticos en la salud y la manera en que se atienden, esto implica una vulneración al derecho a la salud.

Pues, a lo largo de la historia, el derecho humano a la salud ha evolucionado e inicialmente no era reconocido, ni consolidado como un principio fundamental para todas las personas, por ejemplo, para las antiguas civilizaciones la salud estaba ligada a lo espiritual, lo divino, a lo natural, buscando un equilibrio y vinculado a los elementos del universo (aire, agua, fuego, tierra) de esta manera, se asociaba la curación y la salud en la población.

Asimismo, el primer documento jurídico no mencionaba el derecho a la salud, pero era un antecedente en buscar un trato justo y equitativo para las personas, es decir, se inquietaba por brindar protección a los más vulnerables e impartir justicia (Barragán, F., 2006).

Con el paso del tiempo, la salud no solo se enfocaba en la estructura y al funcionamiento del cuerpo como una manera biológica, sino se inquietaba por los factores sociales que, influían en la salud de las personas, por lo tanto, se empezaron a sentar bases para el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho fundamental (Jaramillo, J., 2001).

Llamas, C. (2005) enuncia que, con la aparición del Estado moderno surge la historia de los derechos fundamentales, por medio de la creación de instituciones estatales fundando los principios para el reconocimiento del derecho a la salud.

En la época de la ilustración, el individuo se consideraba como un sujeto de derechos donde el Estado debía de protegerlos y garantizarlos, estos primeros derechos individuales apertura y adicionan los derechos sociales como lo es, el derecho a la salud, donde en el XVIII existió la necesidad de mejorar las circunstancias de salud moldeando la comprensión actual del derecho a la salud.

Dicho lo anterior, se visualiza que los derechos dejan de ser privilegios para el individuo y ahora, serían fundamentales para todos, estos primeros derechos dan paso a los derechos sociales, como el derecho a la salud.

En esa temporada surgieron las epidemias (viruela, tifus, cólera) por las pésimas condiciones de vida, estas situaciones de salud pusieron de manifiesto la falta de acceso a las circunstancias de vida adecuadas y servicios de salud. Por lo cual, se edificaron instituciones de salud que, no solo representó un progreso en la atención a la salud, sino que se reconoció el derecho humano a la salud como un derecho fundamental al priorizar el bienestar de la sociedad, a través de los hospitales, por lo cual, se construyeron instituciones estatales de salud para garantizar el derecho a la salud (Fierros, A., 2014).

Según Doval, H. (2004) afirma que en la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano fundó las bases para el reconocimiento a la asistencia social para ayudar a los más vulnerables, es decir, se establece la igualdad de todos los ciudadanos ante la ley. De esta manera, con la asistencia pública se representa un fundamento en la historia de los derechos sociales, pues nace el concepto de *salud como un derecho*.

Si bien, en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano no aborda específicamente el derecho a la salud, sino que constituye los principios fundamentales para garantizar la igualdad y eliminar la discriminación en los grupos sociales en situación de vulnerabilidad, como por ejemplo, los pueblos indígenas.

De esta manera, se consolida el Sistema Nacional de asistencia de salud que garantizaba la atención a la salud a todos los ciudadanos, este sistema parte del concepto de salud como un bien público y una responsabilidad del Estado (Doval, H., *Op. Cit.*).

Desde la historia, se estableció que el Estado y sus derivantes como el gobierno tienen el deber de proteger y garantizar la salud de la población, a través del acceso de servicios de salud que sean de calidad y sean disponibles para todas las personas.

Bernardino Ramazzini y Johann Peter Frank, establecieron que la salud no solo correspondía a lo biológico, sino que la salud se ve influenciada por las condiciones sociales que determinan el estado de salud de las personas (Jaramillo, J., 2001)

Así mismo, Salomón Neumann y Rudolph Virchow, señalaban que las condiciones sociales y económicas tenían un efecto sobre la salud de la población y que el Estado debía asegurar la protección de la salud de toda la sociedad para reducir las desigualdades en salud y reducir las injusticias que puedan apoyar en las condiciones de vida de la sociedad (Cardona, A., 1999).

Pues, se visualiza como los factores sociales y económicos que se ve implicada la población determinan no solo el estado de salud de una persona, sino que influye en el acceso a la atención en salud.

Cardona, A., (1999) menciona que con la industrialización creó una relación entre la salud y las condiciones sociales de las personas, como la pobreza, las desigualdades y condiciones laborales que determinan en la salud de las personas, pues, limitan el acceso a la atención en servicios de salud.

De esta manera, se proponen alternativas políticas en salud, como la Ley de Salud Pública cómo una búsqueda para mejorar la salud y crear infraestructuras en atención la salud, donde el Estado es el responsable de dar protección a la salud, por lo cual, se crea el Estado benefactor para que financiara y regulará los servicios básicos como la salud y la educación.

Con la Declaración de Alma Atá enfatiza el deber del Estado como protector de la salud de las personas, así como la OMS que busca la equidad en salud para que la población alcance el más alto nivel de salud y se garantice el derecho a la salud de una forma universal, para erradicar la vulneración en grupos sociales y se consolidaba en occidente el derecho humano a la salud, como un derecho universal para todos.

Mientras que, en México tardó en consolidarse el derecho humano a la salud, inicialmente la atención a la salud en nuestro país, se realizaban por medio de prácticas ancestrales pues se acudían con las personas que tenían saberes tradicionales (hueseros, hierberos, curanderos) y de recursos naturales, estos

conocimientos han resistido y son vigentes en la actualidad como una manera de atenderse en el primer nivel de salud.

Sin embargo, con la llegada de la salud occidental, a través, de las órdenes religiosas (dominicos, franciscanos) que desempeñaron un papel importante en la atención de la salud, se crearon hospitales, casas de salud para ofrecer atención a las personas.

Si bien, en ese periodo se establecieron principios de resguardo para los pueblos indígenas, por ejemplo, la Ley de Burgos como una alternativa de protección para los más vulnerables y un intento de buscar un trato humano y garantizar condiciones de vida digna (Llamas, C., 2005 y Lugo, M., 2015).

La aplicación de la Ley de Burgos fue obstaculizada por la desigualdad de los pueblos indígenas y los privilegiados, además de que las órdenes religiosas se encargarán por dar atención a la salud, a su vez, se edificaron el Real Tribunal del Protomedicato que intervenía por la salud de la población.

Acerca de, el derecho a la salud, fue estableciéndose en el reconocimiento en la Constitución de Cádiz (1812) como un interés en la sanidad, pero en la Constitución de Apatzingán (1814) marca un antecedente en el derecho a la salud como una obligación del Estado para responsabilizarse en la atención a la salud de la población (Gutiérrez, F., 2017, p. 354).

La salud en la temporada independiente fue precaria, así como desigual, pues existía carencia en la atención a la salud, sin en cambio, en este periodo hubieron cambios estructurales en cuanto a la salud, primeramente, dando supresión al Real Tribunal del Protomedicato y se sustituyó por la facultad Médica del Distrito Federal beneficiando a las comunidades vulnerables, formando profesionales en salud para hacer el Código sanitario; posteriormente, se conformó el Consejo Superior de Salubridad (1841) que se dirigía a la población privilegiada, desprotegiendo a los grupos sociales vulnerables.

Durante el periodo de Benito Juárez, desconoce las órdenes religiosas y responsabilizaba al Estado en supervisar la salud, así como en reconocer la salud pública (Gómez Fröde, C., 2017).

A pesar, de las transformaciones legislativas y sociales, por consolidar la salud, aún se vulneraba el acceso igual y equitativo en la atención a la salud, por lo que los elementos sociales y políticos debían de ser más sólidos para generar un sistema de salud equitativo e igual.

Por lo cual, se fundaron instituciones de salud (hospitales) y con el Código Sanitario del México Independiente se regularon las actividades en salud y la garantía de la calidad de los servicios de salud, este código actualmente conocido como la Ley General de Salud. La transformación del marco jurídico de la salud y la edificación de instituciones de salud, fue una visualización del progreso en este país a lo largo de la historia, hasta consolidar el derecho humano a la salud como un derecho fundamental para todas las personas.

En la Constitución de 1917 reconoció los derechos sociales encaminados a campesinos y obreros, por medio del Artículo 123° se establece el derecho de los trabajadores que deben de tener un bienestar físico, mental y social, vinculado a las condiciones laborales, además se adoptó un Estado Social, es decir, se buscó defender las garantías individuales y la protección de los derechos sociales de la población en situación de vulnerabilidad (Gómez, F., *Op., Cit*).

Con este acontecimiento, se reconoció formalmente los derechos sociales de los trabajadores y campesinos para mejorar las condiciones laborales de las personas trabajadoras, por lo que el Estado Mexicano tiene la función de proteger los derechos de la población en situación vulnerable.

Otro punto es, que los mecanismos internacionales comprenden el derecho a la salud y el Estado mexicano se refiere al derecho a la protección de la salud, a través de la reforma del Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1983) donde se reconoce la salud como un derecho fundamental.

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza a la salud como un estado de completo bienestar, mental y social, considerando este aspecto donde todas las personas deberían de tener mejores condiciones de vida. Sin embargo, la noción de “completo bienestar” puede ser considerada como utópica, estática y subjetiva, porque la salud es movable y cambia por diversos factores que dependen de las condiciones sociales (Parra, O., 2003, p.38)..

La salud abarca una dimensión individual, porque la persona tiene el derecho de recibir atención a la salud y a vivir en condiciones que favorezcan su salud, pero también, el Estado debe de garantizar que este derecho se respete, así como brindar la protección para este principio y ofrecer los mecanismos necesarios para cumplirlo.

Pedro Salazar (2012 como se citó en Murayama, C. y Ruesga, S., 2016), menciona que el derecho a la salud es amplio, pues implican factores como la alimentación, vivienda, condiciones laborales, educación, cultura

El derecho humano a la salud, consolidado desde la salud y conceptualizado a partir de la OMS que establece las bases para considerar la salud como un derecho humano fundamental vinculado a la equidad para que toda la población pueda alcanzar y mantener un estado óptimo de salud.

El derecho a la salud visto como una prestación de servicios más que como un simple derecho social pues implica en el acceso a los servicios de salud, asimismo que sean disponibles sus recursos y sean de calidad.

En nuestro país con el reconocimiento constitucional del derecho a la salud en México (1983) representa un antecedente en los derechos humanos que, es establecido en el Artículo 4° de la Constitución Política que señala que *toda persona tiene derecho a la protección de la salud*, lo que obliga al Estado mexicano a garantizar el acceso a los servicios de salud sin ejercer discriminación (Gómez, C., 2017, p. 3)

El derecho a la protección de la salud en México reconocido como un derecho fundamental que con anterioridad se era considerado como un beneficio y generaba desigualdades en el acceso a los servicios de salud, con este reconocimiento todas las personas sin importar cultura, condición social económica tienen el derecho de ser atendidos.

El Estado mexicano hace efectivo el derecho a la protección a la salud a partir del Sistema Nacional de Salud en México como una estructura del sistema para ejercer y garantizar el derecho a la salud a todas las personas, sin embargo, existen vulnerabilidades en la implementación de este derecho, pues limitan el pleno ejercicio del principio fundamental, las desigualdades en el acceso a servicios, la

fragmentación del sistema, la carencia de insumos y recursos, esto vulnera el derecho a la salud (Tapia, R., 2016)..

El Sistema Nacional de Salud, es regulado por la Ley General de Salud donde establece las bases para la conformación y ordena el acceso a los servicios de atención para que este derecho sea efectivo y accesible para toda la población.

El Sistema Nacional de salud ofrece un conjunto de servicios públicos y privados que a su vez, están divididos en subsectores o instituciones que dependen de la condición laboral de la población, pues se caracteriza por dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, de personas físicas y morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud y los mecanismos de coordinación de acciones entre dichos organismos (Cobo, F., Flores, P., Charvel, A., Palacio, L., Hernández, J. y Molina, D., 2022). Gómez, C., 2017).

El sistema de Salud, supervisa 13 institutos nacionales con diversas especialidades, desde la edificación del IMSS (1943) que se dirige a las necesidades de la población trabajadora, sin embargo, también ha sumado fragmentación del sistema de salud, vinculando el acceso a la salud con la cuestión laboral.

En 1960, se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuyo objetivo, es brindar la seguridad social a los empleados del gobierno mexicano (Ídem)

Mientras que, la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (LISSFAM), brinda servicio a los militares en situación de activo y de retiro (los militares que son los miembros del Ejército de la Fuerza Aérea y de la Armada de México)

Por otra parte, se distribuyeron en el país servicios de salud públicos y la Ley tiene las facultades entre la Federación y las entidades federativas que descentralizó la prestación de servicios que se adjudica la atención de las personas sin seguridad social generando Servicios Estatales de Salud (SESA) (Cobo, *Op. Cit.*).

Por lo que se crean, los Servicios Estatales de Salud (SES) que ofrecen atención médica a toda la población con el objetivo de acceder al Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS), se establece el programa de Ampliación de Cobertura y componente de Salud del Progresista como una forma de equilibrar las oportunidades del acceso a la salud porque existe una clasificación de derechohabientes y personas sin seguridad social que causa una diferencia entre la sociedad resultando inequidades estructurales.

De esta manera, para ampliar la cobertura a la salud (1979) el programa IMSS – Coplamar con el fin de proveer servicios y medicamentos a personas de comunidades rurales e indígenas sin seguridad social en el país. Este programa se ha ido renombrando desde su edificación, IMSS – COPLAMAR, para atender la pobreza y ampliar la cobertura de salud en zonas marginadas de México; IMSS – Solidaridad (1989) se propone este programa para combatir la pobreza extrema en todo el país, por lo cual, cambia el nombre de IMSS – Coplamar; IMSS – Oportunidades (2002), esta propuesta garantiza el derecho a la protección de la salud, a través, de ofrecer servicios preventivos gratuitos en comunidades rurales y urbano marginadas; IMSS – Prospera (2014) conocido como Seguro Popular, alternativa que responde ante la ampliación de los servicios de salud a la población no asalariada, en pueblos indígenas y campesinos y en la actualidad, se establece, IMSS – Bienestar (2018) para brindar servicios integrales de salud y las prestaciones de solidaridad social establecidas en la Ley del Seguro Social, a favor de la población sin capacidad de contribuir y en condiciones de marginación en zonas rurales y urbanas, además de sustentar en la Atención primaria con servicios médicos preventivos (*Ibidem*).

Dicho lo anterior, se establece un enfoque integral a la atención de la salud, pero a su vez, se ejerce una promoción de la salud para garantizar el derecho a la protección de la salud, sin embargo, no hay una efectiva disponibilidad de servicios de salud, recursos e infraestructura del sistema de salud.

De cierta manera, la vulnerabilidad se manifiesta con la fragmentación del Sistema Nacional de Salud, porque en los Servicios Estatales de Salud se promueve

la universalidad en la atención de salud, pero son escasos y poco eficientes, esto vulnera a las poblaciones que dependen de un servicio de salud público.

Por la clasificación del Sistema de salud (público, privado y asistencialista); las desigualdades en el acceso al servicio de salud (servicios públicos de salud dirigidos a personas derechohabientes y personas que poseen recursos económicos para acceder a un servicio de salud privado) genera vulnerabilidad a ciertos grupos, como por ejemplo a los pueblos indígenas.

Por otro lado, los servicios privados de salud en México son restringidos y no ofrecen una cobertura universal, solo se enfocan para ciertos grupos de la sociedad, pues el acceso a la seguridad pública de salud se limita por el empleo formal, dejando sin protección a una parte de la población.

Por lo cual, las familias deben de realizar un gasto de bolsillo para cubrir la atención en salud privada, a su vez, se puede ejercer un gasto catastrófico que pone en riesgo los recursos económicos familiares por la falta de acceso a servicios de salud pública.

Existe una gran vulnerabilidad no solo en el acceso a los servicios de salud en poblaciones indígenas, sino que también la segmentación del sistema de salud, la carencia de cobertura universal, el acudir a un servicio de salud privado y el aumento del gasto de bolsillo genera vulnerabilidad en determinadas poblaciones como la población indígena.

La vulneración al derecho humano a la salud en la población indígena en México enfrenta limitaciones en el acceso al servicio de salud, además la discriminación, la carencia en la asistencia de bienestar, la cultura, la lengua, la pobreza vulneran aún más a la población otomí de Tenango de Doria.

Para afrontar la vulnerabilidad del derecho a la salud en la población indígena, es significativo el compromiso verdadero del Estado mexicano y de los servidores públicos para garantizar el derecho a la salud principalmente de la población indígena como lo es, la región otomí.

La población indígena, se enfrenta a obstáculos en el acceso al servicio de salud porque genera desigualdades, es decir, no existe un acceso universal de salud, sin embargo, anteriormente en nuestro país se intentó garantizar el derecho

a la salud, a través de los derechos sociales, pero con el contexto neoliberal donde causo la privatización de diversos servicios básicos.

El modelo neoliberal ha fomentado la vulneración del derecho humano a la salud al convertir a la salud en un servicio fragmentado, pues anteriormente en nuestro país, se estableció el Estado bienestar que garantizaba el acceso a la atención de la salud, pero fue por un instante, ya que la salud se tendría que pagar por su acceso posteriormente lo que vulnera el derecho humano a la salud.

En un momento en México realizó una transformación de administración en la época post revolucionaria donde se buscó la igualdad de los derechos sociales. A su vez, se establecieron empresas estatales y se engrandeció la inversión nacional, se generó empleo, se redujo la deuda de capitales extranjeros, si en cambio, también se desarrollaron desigualdades sociales.

Con el proyecto del Estado Bienestar, se cimentaron instituciones públicas de seguridad social para la salud como el IMSS y el ISSSTE que ofrecieron atención en salud, pensiones y beneficios que se inclinan a los trabajadores (Portilla, O., 2005).

Sin embargo, con la apertura del neoliberalismo en México alejo a las instituciones de protección social que fueron fundadas por el Estado Bienestar, donde redujeron el gasto público y se perdió los beneficios para la población, sustituyéndolo por los intereses de las empresas sobre el bienestar social generando una desigualdad, exclusión y vulnerabilidad a la sociedad.

La reducción de la intervención estatal con la entrada del mercado internacional obstaculizó los derechos sociales y vulnera a determinados grupos sociales (Duhau, E., s.f., s.p., como se cita en Portilla, O., 2005).

No solo se genera una vulnerabilidad en los derechos sociales en la población, sino se produjo una crisis económica, deudas externas y la intervención del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial en nuestro país, de esta manera, México se atribuye al enfoque neoliberal donde se comienza con la explotación de recursos naturales, humanos y financieros (Cadena, E., 2005, p. 4).

Se subordinan las políticas públicas a los intereses transnacionales, el gobierno se centraba en promover la inversión extranjera que en cuidar y proteger a su población.

En nuestro país se originó una política en 1991 de privatización y dejando atrás el modelo de propiedad social que abatieron las protecciones de seguridad social y beneficiar a las potencias capitalistas como a Estados Unidos (Harvey, D., 2004).

Con la llegada de las transnacionales en México, se establecen programas focalizados para combatir la pobreza, como el Plan Nacional de Desarrollo para brindar servicios básicos de seguridad pública, vivienda, educación, salud, alimentación y medio ambiente (Valverde, 2015, p. 146 como se citó en Martínez, I., 2020, p. 12).

En el gobierno de Salinas de Gortari, se crea el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), de esta manera, se originó un asistencialismo con la intervención y protección del Estado para cubrir a los trabajadores asalariados y a sus familias, donde el Banco Mundial ha invertido en la salud en los países bajos con el servicio privado para ofrecer atención en salud, sin embargo generó consecuencias donde el sistema de Salud no es equitativo y poco eficiente.

Por la vulneración al derecho humano a la salud donde existe una desprotección a las necesidades básicas de salud en las poblaciones desfavorecidas, como los pueblos indígenas, como la población otomí en la región de Tenango de Doria, donde no se cuentan con los servicios de salud adecuados, hay una escases de insumos y menor cobertura de salud.

Este abandono del Estado para garantizar plenamente el derecho a la salud y respetar el contexto cultural, la cosmovisión y considerar las necesidades de la comunidad otomí para enriquecer la atención en salud y que sea más eficaz. A su vez, se debe de tener una participación de la población otomí y conocer sus necesidades para poder garantizar su acceso a la atención y protección del derecho a la salud por parte del Estado, por medio de un Sistema de salud efectivo y equitativo.

La falta de protección a la seguridad social de salud es resultado de la vulnerabilidad del derecho a la salud y de la inequidad en el Sistema de Salud

mexicano, pues está fragmentado y atiende a diversos segmentos de la población dependiendo de la posición laboral; las personas que trabajan en un sector informal o en empleos precarios son excluidas de los beneficios del sistema, lo que vulnera y limita las oportunidades de atención a la salud adecuada para los más vulnerables.

El derecho humano a la salud, es un derecho prioritario que trasciende en el ámbito legal, pues Gregorio Peces Barba, sustenta que los derechos humanos son realidades sociales que influyen en la vida cotidiana.

Además, Gregorio Peces Barba invita a concientizar sobre la defensa de los derechos humanos para promover sociedades justas y equitativas y hacer un cambio social (Meléndez, F., s.f, s.p).

Pues, los derechos humanos son vividos y experimentados en la realidad, así que se debe de involucrar un compromiso con la promoción de la cultura que respete y considere el entorno de la población.

El derecho humano a la salud, como derecho social requiere la intervención de los poderes públicos para garantizar su efectividad, sin embargo, los derechos fundamentales son condicionados por las dinámicas sociales, económicas y culturales que implica en limitar o facilitar su realización (Peces Barba, G., 1995, p. 10).

Así como Peces Barba, Norberto Bobbio sostiene que el gran desafío es proteger a los derechos humanos y que requieren de su conocimiento legal donde está condicionada por factores extrajurídicos que favorecen o dificultan su cumplimiento.

Pues, los derechos humanos y el derecho a la salud se han adaptado a los cambios sociales, políticos y se han concretado en las normas jurídicas de cada país para ser reconocidos y protegidos a nivel internacional.

En el derecho humano a la salud en el marco normativo internacional ha contribuido en la consolidación de este en la actualidad, a partir del reconocimiento formal en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) donde se establece que el derecho a la salud es un derecho esencial y estableciendo que la salud no es solo un estado físico, sino que implica aspectos sociales, económicos y

culturales que son significativos para la formalización del derecho a la salud obligando a los Estados a garantizar su cumplimiento (Currea, V., 2005).

Cabe agregar que, a nivel internacional el derecho humano a la salud se ha generado de las normas y recomendaciones de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que indican los ámbitos prioritarios del derecho a la salud conformándolo por la disponibilidad (contar con suficientes establecimientos, bienes y servicios de salud), accesibilidad (debe ser accesible a todas las personas; accesibilidad física, de información y económica), aceptabilidad (deben adaptarse al contexto de las personas) y calidad (Servicios de salud, efectivos y seguros) (Currea, V., 2005).

La Observación General N. 14 conceptualiza el derecho a la salud como un principio que incluye libertades y derechos, es decir que cada persona tiene el derecho a cuidar de su salud y que está determinado por aspectos sociales lo que le permite alcanzar el más alto nivel posible de salud. También, se enfoca a los grupos vulnerables que son los que enfrentan obstáculos para acceder al servicio de salud (Naciones Unidas, 2000, p. 3).

El derecho a la salud esta interrelacionado con otros derechos humanos como el derecho a la alimentación, la vivienda, el trabajo y la educación que se vinculan en la promoción y protección de la salud.

Asimismo, el derecho a la salud enfatiza la importancia de la equidad y la no discriminación en el acceso a los servicios de salud, sin importar, género, cultura, edad, situación económica y considerar la participación de la población en la toma de decisiones relacionadas con la salud e incluyendo las prácticas de salud tradicionales (Naciones Unidas, 2000, p. 10)

Pero también, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de discriminación contra la mujer, señala que se debe de ofrecer el acceso a los servicios de salud para las mujeres específicamente con la salud reproductiva, asimismo, la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce que los niños deben de disfrutar el más alto nivel posible de salud y deben de acceder a los servicios médicos.

Por otra parte, la Agenda de Desarrollo Sostenible reconoce a la salud como un elemento fundamental para una vida sana reafirmando el compromiso del derecho a la salud y el Sistema Interamericano desempeña una función importante en la protección del derecho a la salud, donde la Convención Americana o Pacto de San José establece un resguardo de los derechos humanos que vincula a la salud desde el derecho a la vida, la integridad personal y la no discriminación, asimismo el Protocolo de San Salvador, refuerza el derecho a la salud desde el contexto de la Convención Americana (Sánchez, Campos y Fuentes, Op. cit., 2019).

Mientras que la CIDH tiene el deber de promover y proteger los derechos humanos, por medio, de informes, recomendaciones y medidas cautelares, porque la Comisión puede recibir denuncias de violaciones al derecho a la salud, a su vez, emite recomendaciones a los Estados para garantizar el acceso al derecho a la salud. Así, la Corte interpreta, aplica y aborda los casos relacionados con el derecho a la salud (Sánchez, A., Campos, G. y Fuente, C., 2019).

El Sistema Interamericano promueve las políticas y programas de salud que se apeguen a la accesibilidad, aceptabilidad, calidad y respeto para ser efectivo el derecho a la salud. pues, los mecanismos internacionales establecen las obligaciones para los Estados en cuanto a la garantía del derecho a la salud, pero es un desafío para los países debido a su economía, la corrupción, su desarrollo, sus políticas que contribuye a la vulnerabilidad o garantía del derecho.

Mientras que, el Convenio 169 establece que los pueblos indígenas tienen derecho a la salud, lo que incluye el acceso a los servicios de salud, donde pueden participar en decidir sobre cómo quieren atenderse, de lo contrario la falta de acceso vulnera el derecho a la salud.

Por otra parte, el derecho a la salud en el marco normativo constitucional de México se establece en el Artículo 4º la garantía a todas las personas el derecho a la protección de la salud (Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2013 y Montiel, s.f.). corroborar la cita

La regulación del derecho a la salud, a través de la protección del derecho a la salud implica que el Estado tiene la obligación de garantizar el acceso a servicios de salud, disponibilidad de medicamentos e insumos, atención de salud, prevención

de enfermedades y promoción de la salud. Además, el Artículo 2º obliga a los responsables federales, locales y municipales el acceso efectivo a los servicios de salud de los pueblos indígenas.

De lo anterior, se derivan las leyes reglamentarias como la Ley General de Salud que establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece el disfrute de servicios de salud y asistencia social para satisfacer las necesidades de la población, así como el control, la vigilancia de la prestación de servicios de salud entre la Federación y las entidades federativas (CNDH, 2015)

Además, LGS define la Estructura del Sistema de Salud Mexicano y la constituye como pública y privada, esta legalidad se ha modificado y se ha adaptado a las condiciones y necesidades de la población para mejorar el Sistema de Salud y fortalecer la atención a los grupos sociales vulnerables.

En la actualidad, con la reforma Constitucional del 2020 y reformulando el Artículo 4º, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud por medio del Sistema de Salud para el Bienestar que, a su vez reconfigura las instituciones y los programas de salud.

Otro punto es, que los mecanismos internacionales comprenden el derecho a la salud y el Estado mexicano se refiere al derecho a la protección de la salud, a través de la reforma del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1983) donde se reconoce la salud como un derecho fundamental.

Posteriormente, con la Reforma Constitucional de 2011 en México, se reconoce y se consolida la idea de los derechos humanos universales, interdependientes, indivisibles y progresivos, donde el Estado mexicano tiene la obligación del Estado y de los servidores públicos de promover, respetar, proteger el derecho a la salud, por medio de la protección de salud para garantizar a todas las personas igualdad de oportunidades y para acceder a las condiciones necesarias dignas y justas.

Con la reforma del 2011, en el Artículo 2º representa un compromiso hacia la diversidad cultural de los pueblos indígenas una población en situación de vulnerabilidad, por lo cual el Estado debe de respetar, proteger, garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, por medio del derecho a la protección de salud, para esto se debe de diferenciar entre este principio y el derecho humano a la salud,

pero sin antes, conocer cómo se conceptualiza la salud hacia un derecho humano que se consolida como derecho a la protección a la salud en México.

Cabe agregar que, la reforma de 2011 el Estado tiene la responsabilidad de tomar medidas para cumplir con los compromisos internacionales en materia de salud y derechos humanos. Resumiendo, el Artículo 4º establece un marco normativo que garantiza a todas las personas el acceso a la protección de la salud, así que, también el Estado debe crear leyes para garantizar este derecho, así como la Ley General de Salud donde define las bases y medidas para el acceso a los servicios de salud.

Por otra parte, la Sentencia del Pabellón 13 es significativo en la defensa de los derechos humanos en nuestro país, pues ha establecido un antecedente importante para la protección del derecho a la salud donde el Estado tiene el deber de garantizar el derecho a la salud de las personas y que ha combatido la discriminación contra las personas con VIH/SIDA

Esta sentencia reafirma el derecho a la salud como un derecho fundamental, pero también visualiza la desigualdad en el acceso a la atención en salud de las personas no aseguradas o de grupos sociales en situación de vulnerabilidad donde se les obstaculiza la disponibilidad de servicios de salud públicos, por lo tanto, se evidencia las deficiencias del Sistema de Salud en nuestro país, puesto que, las instituciones de salud públicas no son disponibles, ni accesibles, ni de calidad lo que genera una ineficiente atención para la población que accede a la atención en salud.

De esta manera, la vulneración al derecho a la salud en Tenango de Doria tiene una interrelación entre los factores sociales, económicos, culturales y políticos que afectan a la población otomí, pues se reconoce el derecho a la salud pero no se garantiza, ni es efectivo este derecho, ya que solo se cuenta con una institución de servicio de salud de primer nivel.

La atención de primer nivel en la que acuden algunos pobladores de Tenango, no es adecuada, ni está equipado en su totalidad, además de la escasez de medicamentos, de insumos y el personal médico carece de una visión intercultural y empatía hacia la población otomí.

La discriminación que se enfrentan los pobladores otomís por ser una población indígena lo que obstaculiza su acceso a una atención de salud de calidad, considerando también, que algunas de las personas hablan otomí y es complicado dialogar con un personal de salud que no habla la misma lengua o que, respete e interrelacione su cultura y valore los saberes tradicionales de salud de la comunidad para que no imponga solo la salud hegemónica

Pues, la salud de la población otomí engloba no solo un bienestar físico o biológico, sino mental, espiritual, colectivo que está ligada a su contexto, su entorno, cultura y tradiciones lo que implica una visión amplia de la salud relacionada con los conocimientos tradicionales en el cuidado y atención a la salud.

Además, la narrativa de algunos pobladores refleja una experiencia de desconfianza y disgustos hacia los servicios de salud de Tenango de Doria, sobre la atención que reciben es insuficiente e inadecuada, lo que limita en acceder a un servicio público, pero algunos no pueden acceder a un servicio de salud privado, ya que no cuentan con recursos económicos, lo que va a generar un costo de bolsillo y no son accesibles para todos.

Tenango de Doria, se conforma por comunidades que están establecidas a fuera del municipio que enfrentan barrera geográfica y económica para acceder al servicio de salud de la región, esto es un obstáculo significativo que impide que la población reciba atención adecuada y oportuna, pues debe de trasladarse al municipio o aproximarse a las casas de salud de su localidad (que actualmente, son IMSS - Bienestar) pero que no cuentan con el equipamiento, ni el personal médico, además es atención básica.

Aunque, los servidores de protección civil de Tenango de Doria, desempeñan un papel crucial en la garantía del derecho a la salud en un contexto de emergencia de salud. Los servidores de protección civil, están realizando una función de atender la salud de manera inmediata de los pobladores de la región.

La labor que realizan incluye una coordinación con el centro de salud (actualmente IMSS – Bienestar) y con los hospitales aledaños del municipio, los servidores de protección civil apoyan a la zona para brindar de cierta manera, el derecho a la protección a la salud.

Por lo tanto, el derecho humano a la salud en nuestro país, es un derecho prestacional, colectivo o de derecho social, que no se garantiza como un derecho universal, ya que, en Tenango de Doria, Hidalgo, un pueblo Otomí – Tepehua, se encuentra en situación de vulnerabilidad; por su condición étnica se posiciona en condiciones de desigualdad e inequidad en relación con el resto de la población no indígena, lo que ha conllevado a una grave vulneración a su derecho humano a la salud que debería de garantizar el Estado mexicano.

Puesto que, la población otomí enfrenta limitaciones al acceder a una atención a su salud en una institución pública en Tenango de Doria, pues el servicio es insuficiente y de baja calidad, por lo cual se puede argumentar que el derecho a la salud en el municipio solo ofrece una “protección a la salud”, sin embargo, este derecho no asegura en su totalidad este servicio de salud como accesible, disponible, aceptable y de calidad.

Garantizar el derecho a la salud implica que la población otomí de Tenango de Doria, pueda acceder a un conjunto de servicios de salud y no solo tener un acceso de atención de primer nivel solo para prevenir, sino que también se debe de estudiar y considerar las necesidades de salud de la población

Aunado que, debe de ser participe el diálogo intercultural entre la población indígena, las instituciones de salud y el Estado para tomar decisiones en conjunto sobre la salud de la comunidad.

La población otomí le brinda una atención a la salud de menor calidad en comparación a otras poblaciones no indígenas, pues, se relaciona la vulneración al derecho a la salud con la desigualdad al recurso económico, educación, alimentación, vivienda, oportunidades laborales que impactan en la salud de la comunidad otomí, por lo cual limita a un servicio de salud público pero también privado y a su vez, a un estilo de vida saludable.

Para concluir, la vulneración al derecho a la salud en Tenango de Doria es un reflejo de desigualdades estructurales que necesitan que requieren atención urgente para abordar las necesidades de la población otomí.

Se debe de mejorar la infraestructura del centro de salud, se deben de equipar, tener medicamentos, recursos de salud. Aunque se implementan programas de

salud (Caravanas de salud) para facilitar el acceso a la atención de salud se podrían implementar servicios de salud móviles constantemente en localidades alejadas al municipio para dar atención de salud básica, rehabilitación, tratamientos, medicamentos. Por otra parte, se pueden brindar contribuciones para medicamentos y atención médica a bajo costo, si requieren acudir a una atención privada.

Este trabajo se relaciona con la protección y defensa de los derechos humanos, ya que el derecho a la salud es un derecho fundamental reconocido en los instrumentos internacionales de derechos humanos como el PIDESC, sin embargo, la población otomí enfrenta una vulneración para acceder a la atención de salud por no contar con servicios adecuados y eficientes.

Este trabajo permitió analizar, identificar las condiciones de vulnerabilidad sociales, económicas y culturales que afectan a la población otomí y que a su vez, perjudica en la salud de los pobladores y en atenderse su salud. El considerar un enfoque intercultural en la atención de salud es respetar y proteger los derechos de la población otomí como grupo social indígena que promueve el respeto a su cultura y a la identidad de los derechos de los pueblos indígenas.

La participación de la población otomí en las decisiones sobre la salud, es significativa para exponer sus necesidades y fortalecer la defensa del derecho a su salud, sin importar su situación geográfica o económica para acceder a servicios de salud de calidad como una manera de protección de los derechos humanos, específicamente en el derecho a la salud.

Este trabajo de investigación, me permitió visualizar las vulneraciones del derecho a la salud que ocurren en el municipio de Tenango de Doria, para documentar las narrativas de los pobladores de la región de la manera en cómo se cuidaban su salud y como se ha ido transformando la atención y cuidado de su cuerpo con los servicios de salud públicos y privados.

Al analizar estas experiencias, se genera una reflexión y sensibilización sobre garantizar el acceso a la salud como un derecho humano a la salud que es fundamental.

Aunque, falta mucho por abordar sobre las vulneraciones del derecho humano a la salud en Tenango de Doria, como el acceso a un servicio de salud mental, emocional que incluya el manejo de estrés y ansiedad; educación en salud que informen y promuevan la prevención de enfermedades; la participación de la población para la toma de decisiones sobre su salud; las condiciones de su entorno (agua potable, pobreza, vivienda, alimentación) que afectan en su salud; cuestiones de género, migración que vulneren el derecho a la salud, quizá estos aspectos pueden enriquecer la investigación, abrir más brechas de interés y ofrecer una visión más completa sobre la vulneración al derecho humano a la salud en Tenango de Doria.

Como investigadora en el campo de la protección y defensa de los derechos humanos con relación a mis preguntas de investigación e hipótesis, se puede promover la justicia social en las vulneraciones en el acceso a la salud, específicamente para las poblaciones indígenas. Es fundamental conocer los saberes y experiencias tradicionales de salud de la población otomí para fomentar el enfoque intercultural en la atención de salud, además este análisis permite facilitar la intervención gubernamental, la comunidad e instituciones académicas para aborden problemas de salud de la región otomí y mejorar la calidad de vida de los pobladores, así como garantizar el respeto al derecho a la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, J. (2023). Atención a los grupos vulnerables en México: una tarea pendiente. *Revista Académica de Investigación. Tlatemoani*, 14 (42), 88 - 108. Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo.
- Amoroz, L. (2011). El derecho a la salud en comunidades indígenas del Estado de Chiapas. *Revista de Pueblos y Fronteras Digital*, 6 (11). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado en: <https://www.pueblosyfronteras.unam.mx/index.php/index.php/pyf/article/view/133/133>
- Aparicio, D. (2014). *Pueblos de indios en la Sierra de Tututepeque: Su división y separación en el siglo XVIII*. México, Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal. (1993). *Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal*. Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 1993. Gob.mx. Recuperado el 21 de septiembre de 2023, de <http://www.aldf.gob.mx/archivo-a360d20bf6b25a1284249c0b658f8294.pdf>
- Ballester, M. (2015). Los Ecos de un Regicidio: La recepción de la Revolución Inglesa y sus ideas políticas en España (1640 - 1660). *Revista de Estudio Políticos (nueva época)* 170, 91 - 119. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/RevEsPol/article/view/42235>
- Barragán, F. F. (2006). *Fuentes Jurídicas en el Código de Hammurabi. Un proceso hacia la secularización jurídica*. El Colegio de México. Maestría en Estudios de Asia y África. Especialidad: Medio Oriente.
- Barrena, G. (2012). *El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Colección del Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos. Fascículo 3. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México. Recuperado en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r29904.pdf>

- Blanco, J. (2007). Fundamentos de la Salud Pública. Tomo I. Salud Pública. (3. ed.). Ed. CBI. Medellín, Colombia
- Bossamo, L. L. (s.f.). De la Carta del Atlántico a las Naciones Unidas. Conferencia dictada en el Ministerio de Relaciones Exteriores del Ecuador. Recuperado en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/red/article/view/332798/20788808>
- Briceño-León, R. (2000). I - La salud en cuestión. En Bienestar, salud pública y cambio social (pp. 14-24). Editora FIOCRUZ. Recuperado en: <https://books.scielo.org/id/rmmbk/pdf/briceno-9788575415122-02.pdf>
- Búscola, E., Lago, F., y Gen, M. (2014). Financiamiento público del gasto total en salud: un estudio ecológico por países según niveles de ingreso. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 13 (26), 60 - 75. Recuperado en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/9309/7567>
- Cadena, Vargas, E. (2005). El neoliberalismo en México: saldos económicos y sociales Quivera, 7 (1), 198 - 236. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/pdf/401/40170107.pdf>
- Candia, A., y Olivera, S. (2021). Índice de vulnerabilidad del sector salud en México: La infraestructura hospitalaria ante la COvid - 19. Horizonte Sanitario, 20 (2), 1 - 20. Recuperado en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592021000200218
- Cardona, Saldarriaga, Á. (1999). 150 años de la primera ley de salud pública en el mundo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 16 (2), 68 - 81. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Recuperado en: <file:///C:/Users/jazmin-01/Downloads/Dialnet150AnosDeLaPrimeraLeyDeSaludPublicaEnElMundo-5079474.pdf>
- Carreón, M. (2019). Breve Historia sobre los Derechos Humanos. Ex Legibus. 11, 485 - 512 Recuperado en:

Carrillo, M. M. (2004). Producción de café y bordados en la Sierra Otomí - Tepehua. Formas de Organización y prácticas comunitarias. Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo. Recuperado en: [PRODUCCIONDECAFEYBORDADOSENLASERRAOTOMI-TEPEHUA.pdf](#)

Censo de Población y Vivienda. (2020). Panorama Sociodemográfico de México 2020. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], México. p. 135. Recuperado en:

Chipoco, C. (s.f.). Aplicación del derecho internacional de los derechos humanos por los tribunales de la República Argentina. Participante en el XXI Curso Interdisciplinario en Derechos Humanos. Abogado. Defensor del Pueblo de Vicente López, S., Buenos Aires, Argentina. Revista IIDH. 38, pp. 120. Recuperado en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/R06728-3.pdf>

Chipoco, C. (s.f.). La Protección Universal de los Derechos Humanos. Una aproximación crítica. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Recuperado en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/a9708.pdf>

Cobo, F., Flores, P., Charvel, A., Palacio, L., Hernández, J. y Molina, D. (2022). Hacia la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Mexicano. Fontamara, México. Recuperado en: <https://funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2022/09/Hacia-la-Sostenibilidad-del-Sistema-de-Salud-Mexicano-FUNSAUD.pdf>

Colección Digital de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL] (s.f.). Historia de Derechos de Gentes. Recuperado en: http://cdigital.dgb.uanl.mx/la/1020014375/1020014375_003.pdf

Comisión Nacional de Derechos Humanos (2015). El Manual para la calificación de Hechos Violatorios de los Derechos Humanos de la CNDH en su Capítulo XII. “El Derecho a la Protección a la Salud”. México

Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2012). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su Protocolo Facultativo.

México. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/TrataPersonas/MarcoNormativoTrata/InsInternacionales/Universales/Pacto_IDCP.pdf

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2015). Definiciones de Salud. Derechos y Deberes de los usuarios de los Servicios de Salud. Acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Recuperado en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4842/3.pdf>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos del Distrito Federal (2013). El Sistema Interamericano en el Contexto de los Sistemas Regionales de Protección de los Derechos Humanos. Programa de Capacitación y Formación Profesional en Derechos Humanos. Fase Básica 2.

Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos [COPREDEH] (2011). Declaración Universal. Guatemala. Recuperado en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/28141.pdf>

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008). Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf?ua=1.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: Observación General 14. Naciones Unidas. Ginebra. Recuperado en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2018). Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018. Ciudad de México: CONEVAL. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2021). Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2020. Ciudad de México: CONEVAL. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/Informes/IEP_DS_2020.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2018). Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018. México. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2019). El cómo, cuándo, dónde y por qué de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. ABC de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. San José, C.R. https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/ABC_CorteIDH_2019.pdf

Currea-Lugo, V. (2005). La salud como derecho humano: 15 requisitos y una mirada a las reformas. Bilbao: Universidad de Deusto, Instituto de Derechos Humanos. Cuaderno Deusto de Derechos Humanos N. 32. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/cuadernosdcho/cuadernosdcho32.pdf>

Dalli, M. (2017). La titularidad universal del derecho a la salud: algunos límites en su implementación. Instituto de Derechos Humanos, Universidad de Valencia, España.

Dávila, E., y Guijarro, M. (2000). Evolución y reforma del sistema de salud en México. Unidad de Financiamiento para el Desarrollo, División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo. CEPAL. Santiago de Chile. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/6228a484-7b05-42cf-ba15-43b3b77e2160/content>

De Dumbarton Oaks, TPLC y de Yalta (2020) La Historia de la Creación de la Organización de las Naciones Unidas. Gob. Sv. Recuperado en: <https://www.csj.gob.sv/wp-content/uploads/2020/11/06.11.2020-BOLETIN-No.-20-La-creaci%C3%B3n-de-la-ONU-Parte-III-Final-1.pdf>

- Delgado, L. (2021). La tutela de los derechos fundamentales en el ámbito de las prestaciones sociales desde la teoría de la organización y el procedimiento. *Revista Española de Derecho Constitucional*, 121. Universidad de Burgos. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7890590.pdf>
- Doval, H. (2004). El nacimiento del concepto de "salud" como un derecho de la Revolución Francesa a las Revoluciones Europeas de 1848. *Carta del Director*. <http://www.old2.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/584.pdf>
- El Sol de Tulancingo (2023). Jornada del Bienestar llega a tres municipios de la Otomí – Tepehua. Recuperado en: <https://www.elsoldetulancingo.com.mx/local/jornada-del-bienestar-llega-a-tres-municipios-de-la-otomi-tepehua-9722538.html#:~:text=Jornada%20del%20Bienestar%20llega%20a,M%C3%A9xico%20Hidalgo%20y%20el%20Mundo>
- Escobar, G. (2012). Los derechos fundamentales sociales de prestación (doctrina general) Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Reuters, Thomson - Editorial Aranzadi. Recuperado en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/11/5154/15.pdf>
- Fajardo, G. (2004). La Expresión medicina social surgió en 1848, reemergió en la tercera década del siglo XX. ¿Qué es la medicina social en el siglo XXI? *Salud Pública, Revista de la Facultad de Medicina*. 47 (5). Recuperado en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046h.pdf>
- Fernández, G. (2008). *Perspectiva de la Política de Salud en el Estado de Hidalgo: El caso del Valle de Tulancingo*. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, México.
- Fierros, A. (2014). Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX). *Gaceta Médica de México. Historia y Filosofía de la Medicina*, 150 (2). Recuperado en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM_150_2014_2_195-199.pdf

Foro Universal de las Culturas (2007). Declaración universal de Derechos Humanos Emergentes. Catedra Unesco de Derechos Humanos. Recuperado en: [https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/04_Docentes_UdeO_u bicar_el_de_alumnos/Contenidos/Lecturas%20obligatorias/M.5 cont 3 DUD HE.pdf](https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/04_Docentes_UdeO_u bicar_el_de_alumnos/Contenidos/Lecturas%20obligatorias/M.5_cont_3_DUD HE.pdf)

Fundación Juan Vives Suria (2010). Derechos Humanos. Historia y Conceptos Básicos. (Serie Derechos Humanos N. 1) Fundación Editorial, El Perro y la rana. Recuperado en: https://biblioteca.clacso.edu.ar/Venezuela/fundavives/20170102055815/pdf_132.pdf

García, P. (1984). Derecho Constitucional Comparado (págs.. 19) Alianza

Gavidia, V. y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales. Universidad de Valencia. Recuperado en: <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>

Gobierno de la República (2017). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016 – 2017.

Gobierno de la República (2019). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018 – 2019. Recuperado en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20182019/12-Cap08.pdf>

Gobierno de México (2020). Línea de investigación en Salud y Grupos vulnerables. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20182019/12-Cap08.pdf>

Gobierno de México (2023). Tenango de Doria, Municipio de Hidalgo. Datos México. Recuperado en :

<https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/tenango-de-doria?populationType=totalPopulation>

Gobierno de México, Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas [INPI] (2020). Versión estenográfica – Diálogo con los Pueblos Otomí y Tepehua en Hidalgo. Recuperado en: <https://www.inpi.gob.mx/dialogos/wp-content/uploads/sites/11/2020/01/21-estenografica-tenango-de-doria-hidalgo.pdf>

Gobierno del Estado de Hidalgo (s.f.). Sistema Integral de Información del Estado de Hidalgo. Enciclopedia de los Municipios del Estado de Hidalgo, Tenango de Doria. Recuperado en el 2018, en: http://www.hidalgo.gob.mx/page/historia/ereccion_del_estado

Gómez Fröde, C. (2017). El Sistema de Salud en México. Conferencia pronunciada con motivo del Congreso Internacional “Derecho, Salud y Dependencia. Perspectivas de futuro”. Facultad de Derecho. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid, España. Revista Conamed. 22 (3).

Gómez, C., L., y León, E. (2014). Método comparativo. En Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a la investigación en ciencias sociales (págs.. 223 - 251). Tirant Humanidades México

Granados, A. (2017). Vulnerabilidad y acceso desigual a servicios de salud: revisión espacial para el Estado de México. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de las UNAM. Recuperado en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/11/5392/5.pdf>

Guízar, J. y Ayala, R., (2023) Reformas a la Ley General de Salud. Boletín Financiero. Recuperado en: https://www.indetec.gob.mx/delivery?cat=8&path=%2Fboletin_financiero%2Fndiem%2F93%2FBoletinFNo93_4.pdf&sl=2&srv=0

Gutiérrez, F., A. (s.f.). La Justiciabilidad del Derecho a la Salud en México.

Gutiérrez, F., F. (2017). La salud a través de la Constitución. Secretaría de Salud: la salud en la Constitución mexicana. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/11/5276/14.pdf>

Hart, M. y Negri, A. (2000). Imperio. Ed. Paidós.

Harvey, D. (2004). El nuevo imperialismo (págs.. 111-159) Akal

Hernández, A. (1997). ¿Fundamentación o Protección de los Derechos Humanos? Las Tesis de Bobbio y de Beuchot. Universidad Autónoma de Aguascalientes <https://exlegibus.pjedomex.gob.mx/index.php/exlegibus/article/download/176/188/364>

Instituto Interamericano de Derechos Humanos [IIDH] (2010). Carta Básica sobre derechos Económicos, Sociales y Culturales. San José. Recuperado en: <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1465/cartilla-desc-2010.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2010). [Cartografía geoestadística urbana, Cierre del Censo de Población y Vivienda 2010. Tenango de Doria.](#)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2022) Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2022. Comunicación Social. Recuperado en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENADIS/ENADIS_Nal22.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2022). Estadísticas a propósito del día internacional de los pueblos indígenas. Comunicación Social. Recuperado en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_PueblosInd22.pdf

Jaramillo, J. (2001). Evolución de la medicina: pasado, presente y futuro. Acta Médica Costarricense. Recuperado en:

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022001000300003

Juárez, C., Márquez, M., Salgado, N., Pelcastre, B., Ruelas, M. y Reyes, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana Salud Pública*. 35 (4). Recuperado en:

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/BP08Juarez-Ramirez-Mexico-Equidad-en-Salud-2014.pdf>

La Crónica de hoy en Hidalgo (2023, 2 de mayo). Jornadas del Bienestar por la Salud benefician a municipios. Recuperado el 24 de septiembre 2023:

<https://www.cronicahidalgo.com/2023/05/01/jornadas-del-bienestar-por-la-salud-benefician-a-municipios/#:~:text=Los%20municipios%20beneficiados%20hasta%20el,Pisaflores%2C%20Jacala%2C%20Nicol%C3%A1s%20Flores%20y>

Llamas, C. (2005). El Reconocimiento histórico de los derechos humanos. En Juan José Tamayo (dir.), 10 palabras clave sobre derechos humanos. (págs. 273 - 274) Verbo Divino

López, S., O., López, S. y Moreno, A. (2015). Derecho a la Salud en México. Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39646.pdf>

Lugo, M. (2015). El Derecho a la Salud en México. Problemas de su Fundamentación. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recuperado en:

https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf

Macho Morales, D. (2018) Bordados Tenangos: de patrimonio cultural a marca colectiva. Escuela Nacional de Conservación, Restauración y Museografía (Vol. V) “Manuel del Castillo Negrete”. Recuperado en:

<https://revistas.inah.gob.mx/index.php/estudiosconservacion/article/view/12367/13509>

- Martínez, I. (2020). Cinco Sexenios de Política Social en México. *Revista de Estudios Políticos*, 188. <https://recyt.fecyt.es/index.php/RevEsPol/article/view/80723>
- Meléndez, F. (s.f.). Instrumentos internacionales aplicables a la administración de justicia. Pradpi.es. Recuperado en: https://pradpi.es/wp-content/uploads/2017/04/INSTRUMENTOS_INTERNACIONALES_APLICABLES_A_LA_ADMINISTRACION_DE_JUSTICIA.pdf
- Montiel, L. (s.f.). Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. *Revista IIDH*. 40. Recuperado en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r08064-9.pdf>
- Murayama, C. y Ruesga, S. (2016). Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México. Una propuesta Integral a partir de experiencias internacionales. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios del Desarrollo. Recuperado en: http://www.pued.unam.mx/publicaciones/28/Un_sistema.pdf
- Naciones Unidas (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: Observación General 14. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado en: <https://defensoria.org.ar/normativas-cdh/observacion-general-n14-aprobada-por-el-comite-de-derechos-economicos-sociales-y-culturales/>
- Naciones Unidas (2014). Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Santiago de Chile. Recuperado en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/6cddee6b-30f3-43d5-ba6b-c4daf200b194/content>
- O'Donnell, D. (2007). Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <http://www.oda-alc.org/documentos/1374531071.pdf>

Ochoa, J. (2017). Apuntes en Salud. Principales logros y deficiencias del Sistema de Salud mexicano. Boletín CONAMED - OPS. Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del Paciente. México

Oficina del Alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud (s.f.). El derecho a la salud. Folleto informativo N. 31. Recuperado en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/f.actsheet31sp.pdf>

Olmos, C. y Silva, R. (2011). El desarrollo del estado de bienestar en los países capitalistas avanzados: Un enfoque socio-histórico. Revista Sociedad & Equidad. (11)

Oraá, J. y Gómez, C. F. (1997) La Declaración Universal de los Derechos Humanos. Un breve comentario en su 50 aniversario. Instituto de Derechos Humanos. Forum Deusto. Recuperado en: http://www.deusto-publicaciones.es/ud/openaccess.f.orum/pdfs_forum/forum06.pdf

Oraá, J. y Gómez, C., F. (2008) La Declaración Universal de Derechos Humanos. Universidad de Deusto. Ed. Deusto. Recuperado en: https://books.google.com.mx/books?id=r4CR1wQDiU4C&printsec=frontcover&dq=historia+del+sistema+universal+de+derechos+humanos+pdf&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwit_I2doO38AhWwN0QIHazUD9sQ6AF6BAglEAI#v=onepage&q&f=false

Organización de la Naciones Unidas (s.f.). El Derecho Público Internacional. Archivos Jurídicos de la UNAM. Recuperado en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1911/10.pdf>

Organización de los Estados Americanos [OEA] (2020). La CIDH alerta sobre la especial vulnerabilidad de los pueblos indígenas frente a la pandemia de COVID - 19 y llama a los Estados a tomar medidas específicas y acordes con su cultura y respecto a sus territorios. 103 (20) Recuperado en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/103.asp>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1978). Alma Ata 1978. Atención Primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra. Recuperado en: <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023). Derechos Humanos. Componentes Básicos de los Derechos Humanos. Recuperado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Ortíz, A. (1988) El fracaso Neoliberal en México. 6 años de Fondo Monetarismo (1982 - 1988). México. Ed. Nuestro tiempo. Recuperado en: <https://core.ac.uk/download/12240691.pdf>

Parra, O. (2003) El derecho a la salud. En la Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales. Serie DESC. Defensoría del Pueblo. Colombia. Recuperado en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4914/4.pdf>

Pasquel, I. (2022, 18 de octubre). Carecen de médico en Unidad de Salud de San Nicolás. El Sol de Tulancingo Recuperado en: <https://www.elsoldetulancingo.com.mx/local/carecen-de-medico-en-unidad-de-salud-de-san-nicolas-9051134.html>

Pasquel, I. (2023, martes 7 de marzo) Jornada del Bienestar llega a tres municipios de la Otomí-Tepehua. El Sol de Tulancingo. <https://www.elsoldetulancingo.com.mx/local/jornada-del-bienestar-llega-a-tres-municipios-de-la-otomi-tepehua-9722538.html>

Peces Barba, G. (1995). Capítulo IV. Fundamento y Concepto: Una visión integral y sus criterios. En Curso de Derechos Fundamentales. BOE – UC3M, Madrid

Pech, M., Medina, J. y Medina, I. (s.f.). Desigualdad social en salud de grupos vulnerables en México. CienciAcierta. Revista científica, tecnológica y humanista. Universidad Autónoma de Coahuila. Recuperado en:

<http://www.cienciacierta.uadec.mx/2016/06/28/desigualdad-social-en-salud-de-grupos-vulnerables-en-mexico/>

Pérez, M. (2010). Acceso económico a la salud. Razones Fundar. Recuperado en: <https://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/accesoeconomico.pdf>.

Petras J, y Veltmeyer, H. (2004). Las dos caras del imperialismo: Vasallos y Guerreros. Ed. Lumen.

Plan Municipal de Desarrollo Hidalgo [PMDH] (2016 – 2020). Tenango de Doria.

Ponce, S. (2021). Democracia y salud, su asociación en dos países de América Latina. Epistemus, Ciencia, Tecnología y Salud. Recuperado en: <https://epistemus.unison.mx/index.php/epistemus/article/view/151/121>

Portilla, O. (2005). Política social: del Estado Bienestar al Estado Neoliberal, las fallas recurrentes en su aplicación de Espacios Públicos. Universidad Autónoma del Estado de México. 8 (16).

Ramírez, G. (s.f.). De la Declaración Universal de los Derechos Humanos del Siglo XX a la Carta de Derechos Humanos Emergentes del Siglo XXI. Institut de Drets Humans de Catalunya. Recuperado en: <https://fcm.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2019/11/Declaracion-de-los-derechos-emergentes.pdf>

Derechos emergentes

Restrepo, H. y Málaga, H. (2001). Promoción de la salud: como construir vida saludable. Ed. Alvaro Garrido

Riva, A. (2012). El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Colección del Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos. Fascículo 4. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México. Recuperado en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r29906.pdf>

Robinson, W. (2017). Capitalismo Global. Reflexiones sobre un nuevo mundo y Capitalismo digital y estado policiaco global. Rebelión. Recuperado en: <https://rebellion.org/capitalismo-digital-y-estado-policiaco-global/>

- Rojas Soriano (2013). Guía para realizar investigaciones sociales. Plaza y Valdés.
- Rosales, C. (2018). La gratuidad de los derechos prestacionales como derechos humanos: una propuesta para su ponderación y otorgamiento. Revista de Investigaciones Constitucionales. Universidad de Chile. Recuperado en: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/LvnBYW4MRy6tXgZbDHLyxBJ/?format=pdf>
- Salgado, V., González, T. Bojorquez, L. e Infante, C. (2007). Vulnerabilidad social, salud y migración México - Estados Unidos. Salud Pública de México, 49. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649004>
- Salles Sainz - Grant Thornton (2020). Boletín de Economía. Recuperado en: <https://www.grantthornton.mx/globalassets/1.-member-firms/mexico/pdf/boletin-de-economia-octubre-20202.pdf>
- Sampieri, R., Collado, C., y Lucio, P. (2003). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana.
- Sánchez, A., Campos, G. y Fuente, C. (2019). Sistemas Regionales de Derechos Humanos: Aclaraciones y Consejos para su Exigibilidad. Derecho y Cambio Social.
- Santos, J., Martínez, I., D., Valdez, J. y Martínez, I., G. (2018). Revisión de tema: La Democracia como Activadora del Sistema Sanitario Mexicano. Revista Médica Sanitas 21 (4).
- Saxe - Fernández, J. (2008). Prefacio a la Guerra Global de clases de Jeff Fauxx. UACM.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (2012). Modelo Intercultural de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes. México. Recuperado en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29579/ModeloASPIA.pdf>

Secretario de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. (s.f.). Cuadernillo. Introducción a los Derechos Humanos. Ministro de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Recuperado en: <https://perio.unlp.edu.ar/catedras/deporteyddhh/wp-content/uploads/sites/144/2020/07/Cuadernillo-Introducci%C3%B3n-ddhh-final.pdf>

Semáforo Económico: Los Estados con mayor vulnerabilidad económica y de salud frente a Covid – 19. (2020, 21 de abril) Animal Político. Recuperado en: <https://www.animalpolitico.com/2020/04/semaforoeconomico-estados-vulnerabilidad-economica-salud-covid19>

Sistema de Información Legislativa de la Secretaría de Gobernación (s.f.). Proposición con punto de acuerdo, para exhortar al INSABI a garantizar el derecho al trabajo mediante el otorgamiento de plazas laborales a empleados del hospital general de Texcoco, Guadalupe. México. Recuperado en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2021/04/asun_4164853_20210407_1617820052.pdf

Sommano, A. (2015). Impacto del Tratado de Libre Comercio en la Economía Mexicana. (Tomo I. La Economía y las Finanzas Públicas). Cámara de Diputados – LII Legislatura – Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP). Instituto Nacional de Administración Pública, A.C.

Soto, R. y Quintana, A. (2014). Tratado de Libre Comercio de América del Norte y desindustrialización en México. Unidad Académica en Estudios del Desarrollo de la Universidad Autónoma de Zacatecas, México. Análisis, 19

Suprema Corte de Justicia de la Nación (s.f). La Construcción del Pabellón 13 para atender pacientes con VIH/Sida. Gob.mx. Recuperado 23 de septiembre de 2023, en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/resenias_argumentativas/documento/2017-08/res-APD-0378-14.pdf

- Tapia, R. (2016). Una visión crítica sobre la salud pública en México. Gaceta Médica de México. Recuperado en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n2/GMM_152_2016_2_278-284.pdf
- Toussaint, E. (s.f.). Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial: ¿Organizaciones multilaterales o instrumentos políticos al servicio de los países ricos? Recuperado en: <https://www.cadtm.org/El-libro-de-Eric-Toussaint-Banco-Mundial-Una-historia-critica-Informe-sobre-su>
- Unidad de Planeación y Prospectiva (2022). Hidalgo Primero el pueblo (2022 - 2028). Infografía Municipal Tenango de Doria. Acuerdo de Gobierno cercano y justo y honesto. Recuperado en: <http://sigeh.hidalgo.gob.mx/productos/infografias/Infograf%C3%ADa%20Municipal%20Tenango%20de%20Doria.pdf>
- Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM] (2013). El derecho a la Salud como derecho fundamental. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Recuperado en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3274/3.pdf>
- Vargas, P. (2011). Pobreza, migración y desempleo: mujeres en la región otomí – tepehua de Hidalgo. Nueva Antropología, 24 (75) julio – diciembre, Asociación Nueva Antropología, México.
- Vázquez, E. y de los Santos, E. (2008). Los tenangos. Mitos y ritos bordados, arte textil hidalguense. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Arte Popular de México
- Witker, J. (2017). Los derechos Humanos: nuevo escenario de la investigación jurídica. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v50n149/2448-4873-bmdc-50-149-979.pdf>

ANEXOS



Imagen: Centro de Salud de Tenango de Doria, 2023

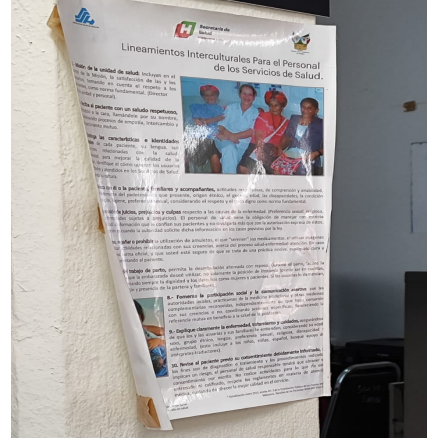


Imagen: Líneamientos interculturales en el Centro de Salud de



Imagen: Al Interior del Centro de Salud de Tenango de Doria,



Imagen: Desarrollo Integral para la Familia (DIF) Tenango de Doria,



Imagen: Área de salud en el Desarrollo Integral para la Familia (DIF)



Imagen: Protección Civil, Tenango de Doria, 2023



Imagen: Protección Civil de Tenango de Doria, 2023



Imagen: Ambulancia de Protección Civil de Tenango de Doria,



Imagen: Al Interior de la Ambulancia de Protección Civil de



Imagen: Unidad de Transporte para traslados de Protección Civil de



Imagen: Unidad de Transporte para traslados de Protección Civil de

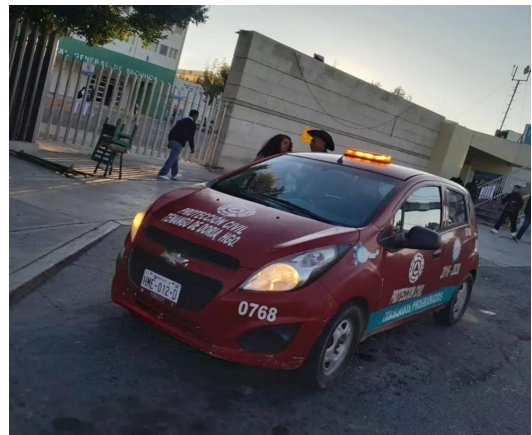


Imagen: Unidad de Transporte para traslados de Protección Civil de Tenango de Doria, 2023
Tomada de la página de Protección Civil, Tenango de Doria (Facebook)



Imagen: Unidad Médica Móvil, Tenango de Doria, 2023



Imagen: Unidad Médica Móvil, Tenango de Doria, 2023



Imagen: Caravana de Salud en la plaza de Tenango de Doria, 2023



Imagen: Caravana de Salud en Tenango de Doria, 2023



Imagen: Caravana de Salud en Tenango de Doria, 2023



Imagen: Hospital Regional Otomi - Tepehua, San Bartolo



Imagen: Hospital Regional Otomí - Tepehua, San Bartolo



Imagen: Al Interior Hospital Regional Otomí - Tepehua, San Bartolo



Imagen: Hospital Regional Otomí - Tepehua, San Bartolo



Imagen: Unidad de Salud, IMSS - Bienestar, Tenango de Doria, 2024
Tomada de la página de Servicios de Salud IMSS - Bienestar, Hidalgo (Facebook)



Imagen: Unidad de Salud, IMSS - Bienestar, Tenango de Doria, 2024
Tomada de la página de Servicios de Salud IMSS - Bienestar, Hidalgo (Facebook)



Imagen: Equipo Dental de la Unidad de Salud, IMSS - Bienestar, Tenango de Doria, 2024
Tomada de la página de Servicios de Salud IMSS - Bienestar, Hidalgo (Facebook)