



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Vicepresidenta

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretaria General

Dra. María de Lourdes Basurto Acevedo

Tesorero

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Secretario Adjunto

Dr. Eduardo Antonio Ferat Osorio

Minuta Academia Nacional de Medicina

Título: La medicina y la ley en México: Reflexiones y Perspectivas

Academia Nacional de Medicina. 12 de marzo, 17:00 horas.

Coordinador del Simposio

Dr. Ector Jaime Ramírez Barba.

Palabras del Dr. Raúl Carrillo Esper.

Hace una aclaración en relación con el comentario que se hizo durante el homenaje del Dr. Biagi. En ese momento, el Dr. Carrillo dijo que el libro fue el primero en relación con la parasitología. El Dr. Carlos Varela, eminente académico de nuestra institución, hizo una aclaración pertinente al respecto. Puntualizó que el primer libro de parasitología médica lo elaboró el Dr. Galo Soberón y Parra, profesor de parasitología de la Escuela Nacional de Medicina, edición en 1944, y la segunda edición fue en 1950. El Dr. Galo Soberón fue un distinguido académico de la corporación. Después, el Dr. Manuel Martínez Baez, elaboró el libro Manual de Parasitología Médica, en 1953, también Académico de nuestra institución. Un libro más de parasitología médica lo elaboraron los doctores Galo Soberón y Dionisio Pelaez en 1959, con el título Parasitología Médica y Patología Tropical. Finalmente, en 1948, el Dr. Enrique Beltrán publicó Protozoarios, Parásitos del hombre. El Dr. Raúl Carrillo Esper se disculpó por el error.

Palabras del Dr. Éctor Ramírez Barba

México es un país democrático y por tanto debe tener derechos humanos, democracia pluralista y estado de derecho. Todo con la posibilidad de tomar decisiones conscientes. Esto solo puede garantizarse si los ciudadanos están debidamente informados y puedan informarse libremente. Si puede tener lugar un verdadero debate de ideas sobre la base de un conocimiento exacto, preciso y completo de las evidencias.

La reunión de esta sesión quiere establecer que la medicina debe ser justa, equitativa y democrática. También el derecho debe ser justo, equitativo y democrático. Todo para alcanzar el bienestar social. Ambas, la medicina y el derecho tienen zonas de intersección. En cuanto a regulación sanitaria (consumo de sustancias tóxicas, uso indebido de tecnologías de la información), mediación de conflictos médico legales (aumento de quejas y creciente tensión entre pacientes e instituciones), impacto del cambio tecnológico (dilemas éticos y legales inéditos, telemedicina con tratamientos génicos avanzados).



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Vicepresidenta

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretaria General

Dra. María de Lourdes Basurto Acevedo

Tesorero

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Secretario Adjunto

Dr. Eduardo Antonio Ferat Osorio

Se hablará en el simposio sobre:

Reformas legales a la ley general de salud.

Interpretaciones y jurisprudencias de la SCJN.

Recomendaciones de la CNDH, CEDH, CIDH.

Quejas en las comisiones de arbitraje médico.

Ponentes.

Mtro. Carlos Arias Guzmán.

Mtro. Sergio Arias Franco

Mtro. Luis Javier Cortés Adame.

Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba.

Mtro Carlos Arias Guzmán.

Reformas clave a la Ley general de Salud.

El derecho a la salud se estableció en el artículo 4to constitucional (1983) y se amplió con la reforma de 2011, vinculándolo a derechos humanos y dererminantes sociales.

Existen tres grandes etapas de las refomas clave a la Ley General de Salud.

Etapas fundacional (1984-2003). En 1984 se promulga unificando normas dispersas y centralizando la rectoría en la secretaría de Salud. En 1997 regulación de insumos para la salud y se fortaleció el centro sanitario de productos. En 2003 se creó la comisión Federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS).

Etapas de expansion de la protección social (2003-2019). En 2003 se crea el seguro popular. En 2011 amplificación del acceso a medicamentos genéricos. En 2011 se regula la práctica de cirugía estética y reconstrucitva. En 2011 se regula la donación y trasplante de órganos. En esta segunda etapa, también entre 2012 y 2015, se establece la atención médica gratuita y expedita a mujeres embarazadas con urgencia obstétrica. En 2015 y 2024 la seguridad sanguínea, disposición de sangre y sus componentes, y en el mismo 2015 la regulación del consumo de bebidas alcohólicas.

La tercera etapa, la universalización y derechos (2019-2024). En 2019 se crea el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), en 2021 se prohíbe el uso de animales en pruebas cosméticas; en 2022 se regula la salud ambiental, en 2022 atención de la salud mental; en 2023 y 2024, fracasó el INSABI y se dio su transición al IMSS Bienestar. En 2023 regulación de insumos para la salud, particularmente de dispositivos médicos. En 2024 reconocimiento de la partería tradicional indígena. En 2024 se introduce la inclusión intercultural y se garantiza atención médica en lenguas indígenas y afoamexicanas.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Vicepresidenta

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretaria General

Dra. María de Lourdes Basurto Acevedo

Tesorero

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Secretario Adjunto

Dr. Eduardo Antonio Ferat Osorio

Mtro. Sergio Arias Franco.

Interpretaciones y jurisprudencias de la Suprema Corte de Justicia de la Nación sobre el derecho a la protección de la salud.

Porqué un control constitucional en la salud?

Primero porque es un control constitucional que evalúa la validez y la vigencia de las leyes. La salud avanza a ritmos más rápidos que la ley. Surgen nuevos debates: libre desarrollo de la personalidad, objeción de conciencia y la bioética. La SCJN es un factor determinante para ampliar el derecho a la salud, sobre todo del grupo en situación de vulnerabilidad. El control constitucional no solo influye en lo legal: determina las políticas públicas en salud (priorización de recursos públicos), las conductas de los ciudadanos y el mercado de bienes y servicios del sector salud. El derecho a la salud no se limita al artículo 4to de la constitución, sino que deben reconocerse tratados internacionales.

Existen dos etapas en la jurisprudencia, la primera (1940 a 1994), en la que se fortalece el sistema de seguridad social (IMSS), garantiza recursos para las prestaciones de los trabajadores, además del sector empresarial como principal destinatario de esta jurisprudencia. Se judicializaron las obligaciones derivadas de las leyes reglamentarias del artículo 124 de la constitución. La segunda etapa, de 1994 a la fecha, especialmente desde 2011, con la reforma en materia de derechos humanos. Se amplió la justiciabilidad del derecho a la salud en las interacciones entre particulares. Se amplió la justiciabilidad a la calidad de los servicios prestados por el estado, haciéndolo responsable de negligencia, a su vez que se ampliaron los derechos del asegurado y prestación de servicios.

La corte ha considerado que la mayoría de los casos son litigios contra las instituciones de seguridad social (como el IMSS). La jurisprudencia se relaciona con el derecho laboral y el derecho civil: matrimonio, derechos de los dependientes y estatus migratorio. Hay menos litigios en las institucionales para la población abierta.

En el acceso a medicamentos y tratamientos. Los pacientes ven que en otros sitios del sector privado ofrecen otras opciones terapéuticas, mejores opciones, por lo que los pacientes demandan tener la misma opción terapéutica. El control constitucional afecta las decisiones de las autoridades ejecutivas, incluyendo la priorización de servicios y la distribución de recursos.

Como ejemplos se plantea la siguiente pregunta: Viola el derecho a la salud la negativa del IMSS a dar un medicamento fuera del cuadro básico? Qué sucede si un médico externo lo prescribe como mejor opción? El estado debe asegurar la disponibilidad de medicamentos, pero también debe considerar su eficiencia, seguridad y eficacia. Así el IMSS no necesariamente está obligado a proporcionar cualquier medicamento. Los médicos deben evaluar si el medicamento solicitado por un paciente es el más



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Vicepresidenta

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretaria General

Dra. María de Lourdes Basurto Acevedo

Tesorero

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Secretario Adjunto

Dr. Eduardo Antonio Ferat Osorio

adecuado en comparación con los del cuadro básico. Si los medicamentos no están en el cuadro básico, las instituciones deben asegurar el acceso a medicamentos innovadores y gestionar su incorporación. Además, es necesario que el medicamento tenga el registro sanitario correspondiente.

Otro ejemplo. Puede condicionarse el acceso a servicios médicos de los trabajadores por su estado de salud? Pierde un trabajador el acceso a servicios médicos al perder su empleo o divorciarse? En este sentido, condicionar el acceso a servicios médicos a tener buena salud es inconstitucional. La baja en servicios de salud de seguridad social es válida solo si se cumplen las causas legales, y la atención se extiende por un periodo tras la desvinculación laboral (que es de tres meses). Circunstancias como el divorcio pueden afectar el acceso a la salud, conduciendo a la pérdida del seguro de enfermedades. La SCJN ha indicado que no todos los casos requieren interpretación constitucional, algunos deben resolverse por vía civil, laboral u otras instancias.

Puede el personal médico y de enfermería usar la objeción de conciencia para negar servicios médicos? La objeción de conciencia no es un derecho absoluto y su regulación actual carece de límites. La objeción de conciencia no es válida si puede poner en riesgo la salud del paciente. Por ello, el artículo 10 Bis de la Ley general de Salud se declaró inconstitucional. El congreso debe volver a legislar en la materia.

La regulación debe asegurar que las instituciones de salud tengan suficiente personal no objetor.

Qué control constitucional necesitamos? Dos visiones: quienes celebran la intervención de la Corte. Quienes advierten sobre los riesgos de las excesivas intervenciones judiciales. El control actual, a opinión del ponente, necesita mucho mejor control constitucional.

Mtro. Luis Javier Cortés Adame.

El Derecho a la salud en México. Recomendaciones de la CNDH y la CIDH.

Recorrido por el derecho a la salud en México. Surge el IMSS, el ISSSTE, la Secretaría de Salud y el ISSFAM. En 1983 se establece el derecho a la salud en la constitución, en 2011 se establece como un derecho humano. Se crea posteriormente la CNDH. Al ser un derecho se hace exigible.

Qué ha pasado?

Desde 2018 al 2024 ha habido incremento en el número de quejas ante la CNDH. Omisión de proporcionar atención, falta de medicamentos, negligencia. Estas quejas se traducen en recomendaciones, las que se han incrementado desde el 2018 al 2024. En 2018 eran 25%, en 2024 72%, en materia de salud. Las recomendaciones fueron mayores en el IMSS, luego el ISSSTE y luego la SSA. Ahora no hay recomendaciones al ISABI o al IMSS-Bienestar.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Vicepresidenta

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretaria General

Dra. María de Lourdes Basurto Acevedo

Tesorero

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Secretario Adjunto

Dr. Eduardo Antonio Ferat Osorio

Qué recomendaciones? Implementación de programas de formación continua para el personal de salud. Sensibilización de los profesionales de la salud sobre la importancia de la ética médica, derechos humanos y la perspectiva de género. Fortalecimiento de los mecanismos de supervisión en hospitales y clínicas. Establecimiento de protocolos claros para la identificación y sanción de casos de negligencia médica. Asegurar la disponibilidad de medicamentos, equipo médico y personal suficiente en hospitales y centros de salud. Mejorar la infraestructura hospitalaria para evitar riesgos derivados de instalaciones en mal estado. Fomentar el uso de expedientes clínicos electrónicos para mejorar el seguimiento de pacientes y reducir errores en la atención.

De acuerdo con el último informe, del total de puntos recomendatorios para las instituciones de salud, solo 15% han sido atendidos, el resto continua en trámite.

Lo que ha hecho la Comisión Interamericana de Derechos Humanos:

Peticiones presentadas desde el 2021 van en ascenso. Con 913 en 2018, 540 en 2020, hasta 771 en 2023. La última recomendación de la CIDH fue en 2015, para México. Se han publicado luego de ello, seguimientos. Están en torno a la inseguridad. En salud pública, recomienda cambiar el enfoque punitivo en tanto a las drogas, y además recomienda incorporar la perspectiva de género en la prestación de los servicios de salud a fin de prevenir, sancionar y erradicar la violencia y discriminación contra las mujeres.

Conclusiones. El derecho a la salud en México enfrenta múltiples desafíos, a pesar de su reconocimiento en marcos nacionales institucionales. La CNDH y la CIDH emiten recomendaciones, pero su efectividad depende de la voluntad política, porque no son vinculantes. A pesar del retroceso en el acceso a los servicios de salud, esto no se refleja en las recomendaciones emitidas por las comisiones. Los problemas estructurales del sistema de salud incluyen falta de personal, abasto de medicamentos y deficiencia en infraestructura; pero las recomendaciones son esfuerzos aislados. Es crucial fortalecer la colaboración entre dependencias y establecer mecanismos que tomen en cuenta recomendaciones para mejorar el acceso y la calidad de la salud en México.

Dr. Éctor Ramírez Barba.

Análisis de las quejas en la comisión de arbitraje médico.

Se creó en 1996 y tiene una revista, de la CONAMED.

La información ofrecida en la plática procede de fuentes oficiales procedentes del INEGI.

Muestran datos que no son congruentes con las mismas cifras oficiales.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Vicepresidenta

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretaria General

Dra. María de Lourdes Basurto Acevedo

Tesorero

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Secretario Adjunto

Dr. Eduardo Antonio Ferat Osorio

Se discute en relación con los derechohabientes que no hacen uso de su seguridad social (sean del IMSS o del ISSSTE) a los que tienen derecho. Se atiende a menos personas en las instituciones. Se está privatizando la atención.

La CONAMED hace orientaciones, asesora en casos especializados, hace gestiones inmediatas, atiende quejas y dictamina. Las quejas son pocas. Más de la mitad de los procedimientos se hacen en la provincia. En cuanto a las instituciones, la población no conoce realmente los servicios de la CONAMED. El mayor número de quejas son del IMSS. La CONAMED ha consolidado un modelo único de justicia alternativa en salud, combinando funciones con acciones preventivas. Los datos sugieren que su fortalecimiento requerirá mayor articulación con políticas de seguridad del paciente y sistemas de calidad hospitalaria. Este análisis subraya la relevancia de mantener evaluaciones periódicas que midan no solo la resolución de casos, sino el impacto en la reducción de daños evitables, aspecto crucial para cumplir su mandato original de mejorar la práctica médica en México.

Por lo anterior se presentó una iniciativa para que la gente vaya a CONAMED para mejorar la protección de los derechos de los usuarios de los servicios de atención médica. Generar la certeza y seguridad jurídica para el actuar del personal de salud. Incorporar a la CONAMED en la Ley General de Salud para otorgarle mayores facultades y atribuciones.

Fin de la sesión. Se procede a la sesión de preguntas y respuestas con el público asistente.

Dr. Eduardo Ferat
Secretario adjunto.