

LA DÉCADA COVID
EN MÉXICO

Los desafíos
de la pandemia
desde las ciencias sociales
y las humanidades

**Estado
de derecho**



Guadalupe Salmorán Villar
Pedro Salazar Ugarte
(Coordinadores)



Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Salmorán Villar, María Guadalupe de, editor. | Salazar Ugarte, Pedro, editor.
Título: Estado de derecho / Guadalupe Salmorán Villar, Pedro Salazar Ugarte (coordinadores).

Descripción: Primera edición. | Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2023. | Serie: La década COVID en México : los desafíos de la pandemia desde las ciencias sociales y las humanidades ; tomo 4.

Identificadores: LIBRUNAM 2203214 (impreso) | LIBRUNAM 2203219 (libro electrónico) | ISBN 9786073075046 (impreso) | ISBN 9786073074780 (libro electrónico).

Temas: Estado de derecho -- México. | Pandemia de COVID-19, 2020- -- Leyes y legislación -- México. | Elecciones -- México -- 2020. | Elecciones -- México -- 2021.

Clasificación: LCC KGF2929.D43 2022 | LCC KGF2929 (libro electrónico) | DDC 342.72—dc23

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación con base en el sistema de revisión por pares a doble ciego, por académicos externos al CRIM, con base en los Lineamientos y Criterios del Proceso Editorial del Instituto en Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, así como por el artículo 46 de las Disposiciones Generales para la Actividad Editorial y de Distribución de la UNAM.

Imagen de portada: Artisteer

Apoyo gráfico: Cecilia López Rodríguez

Gestión editorial: Aracely Loza Pineda y Ana Lizbet Sánchez Vela

Primera edición: 2023

D. R. © 2023 Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, alcaldía Coyoacán, 04510, Ciudad de México

Instituto de Investigaciones Jurídicas
Circuito Maestro Mario de la Cueva s/n
Ciudad Universitaria, Alc. Coyoacán
Ciudad de México.

www.juridicas.unam.mx/

ELECTRÓNICOS:

ISBN (Volumen): 978-607-30-7478-0 Título: Estado de derecho

ISBN (Obra completa): 978-607-30-6883-3 Título: La década COVID en México

IMPRESOS:

ISBN (Volumen): 978-607-30-7504-6 Título: Estado de derecho

ISBN (Obra completa): 978-607-30-6843-7 Título: La década COVID en México

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.



Se autoriza la copia, distribución y comunicación pública de la obra, reconociendo la autoría, sin fines comerciales y sin autorización para alterar o transformar. Bajo licencia creative commons Atribución 4.0 Internacional.

Hecho en México

Contenido

Presentación	11
<i>Enrique Graue Wiechers</i>	
Prólogo	13
<i>Guadalupe Valencia García</i>	
<i>Leonardo Lomelí Vanegas</i>	
<i>Néstor Martínez Cristo</i>	
Introducción: El Estado de derecho mexicano frente a la pandemia por COVID-19	21
<i>Guadalupe Salmorán Villar</i>	
<i>Pedro Salazar Ugarte</i>	
CONTROL DE CONVENCIONALIDAD Y CRISIS SANITARIA	
1 Las respuestas del Ejecutivo al COVID-19 desde la perspectiva del derecho internacional de los derechos humanos	31
<i>Magdalena Cervantes Alcayde</i>	
2 El control de convencionalidad y el juicio de amparo para la garantía de los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19	71
<i>María Elisa Franco Martín del Campo</i>	
3 Emergencia COVID-19 y el derecho internacional de la salud	101
<i>Guillermo E. Estrada Adán</i>	
ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA Y CONTROLES CONSTITUCIONALES	
4 Los controles intraorgánicos e interorgánicos hacia el poder ejecutivo durante una emergencia sanitaria nacional	127
<i>Daniel A. Barceló Rojas</i>	

COVID-19 Y FEDERALISMO

- 5 Emergencia sanitaria. La respuesta del sistema federal mexicano 163
José Ma. Serna de la Garza

- 6 Federalismo mexicano frente a la pandemia por COVID-19 185
Roxana Rosas Fregoso

COVID-19 Y PROCESO ELECTORAL 2020-2021

- 7 La capacidad de resiliencia de la democracia mexicana ante la pandemia 209
Flavia Freidenberg

- 8 Autoridades, partidos políticos y ciudadanía durante el proceso electoral 2020-2021 241
Juan Jesús Garza Onofre

- 9 Democracia en pausa: la suspensión de las elecciones en México ante la emergencia sanitaria por COVID-19 267
Javier Martín Reyes

EL PAPEL DEL EJÉRCITO EN LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA

- 10 Militarización de la seguridad pública en México: ¿la democracia en riesgo? 297
Daniel Vázquez Valencia

- 11 Las fuerzas armadas en el contexto del COVID-19. Legitimación y pretexto 321
Sandra Serrano García

**CONTROL DE CONVENCIONALIDAD
Y CRISIS SANITARIA**

Las respuestas del Ejecutivo al COVID-19 desde la perspectiva del derecho internacional de los derechos humanos

1

Magdalena Cervantes Alcayde
Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM

I. INTRODUCCIÓN

En enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) caracterizó a la enfermedad por el coronavirus COVID-19 como una pandemia, debido a su extensión en más de cien países de todo el mundo y a la afectación de un gran número de personas.¹

En un primer momento, se entendió como una emergencia de salud pública de preocupación internacional, cuyo mayor desafío era garantizar el acceso a servicios sanitarios a las personas contagiadas y evitar la propagación del virus. El incremento ascendente de los contagios y fallecidos, tanto a nivel nacional como global, colocaron en el centro la necesidad de una atención sanitaria para todas las personas y la búsqueda de tratamientos eficaces contra la COVID-19.

Los efectos que la pandemia traía consigo sobre los derechos humanos muy pronto fueron señalados. Antonio Guterres, secretario general de las Naciones Unidas, refirió que “La pandemia de COVID-19 es una emergencia de salud pública, pero es mucho más. Es una crisis económica. Una crisis social. Y una crisis humana que se está convirtiendo rápidamente en una crisis de

¹ Rueda de prensa de Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, 11 de marzo de 2020.

derechos humanos. (...) El mensaje es claro: las personas y sus derechos deben ser lo primero”² Por su parte, la Corte IDH puso énfasis en que los problemas y desafíos frente al COVID-19 debían ser abordados con perspectiva de derechos humanos y respetando las obligaciones internacionales de los Estados.³ Asimismo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) hizo un llamado a que las medidas adoptadas por los Estados en la atención y contención de la pandemia tuvieran como centro, el pleno respeto de los derechos humanos.⁴

De esta forma, diversos organismos internacionales coincidieron en que la pandemia por COVID-19 tenía un impacto fundamental en múltiples derechos humanos, sin duda el derecho a la salud uno de ellos, y que las respuestas dadas a nivel nacional debían ser compatibles con aquellos.

A dos años de que el COVID-19 se haya instalado en nuestra realidad, cabe reflexionar sobre si las medidas impulsadas a nivel nacional, en particular aquellas relacionadas con la atención sanitaria de las personas contagiadas y la prevención del contagio, fueron diseñadas e impulsadas desde un enfoque de derechos humanos, tomando en cuenta los estándares internacionales que se han desarrollado respecto del derecho a la salud y el acceso a tecnologías para prevenir enfermedades.

En esta contribución analizaremos cómo —si bien inicialmente— la Corte IDH comprendió el control de convencionalidad, como un deber a cargo del Poder Judicial, en particular de las y los jueces, y cómo se fue ampliando a las autoridades obligadas de realizarlo, lo que implicó que la obligación de

² Mensaje de Antonio Guterres, “Todos estamos juntos en esto: los derechos humanos y la respuesta y recuperación ante el COVID-19”, 23 de abril de 2020, <https://hchr.org.mx/comunicados/retroceso-en-los-derechos-humanos-por-pandemia-es-in-acceptable-guterres/>

³ Declaración de la Corte Interamericana de Derechos Humanos 1/20, 9 de abril de 2020, https://www.corteidh.or.cr/tablas/alerta/comunicado/declaracion_1_20_ESP.pdf

⁴ CIDH, *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*, Resolución 1/2020, adoptada el 10 de abril de 2020, <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>

compatibilizar las normas y actos nacionales con los tratados internacionales de derechos humanos se extendió al legislativo y al ejecutivo.

De esta forma, analizaremos por qué los estándares internacionales desarrollados respecto del derecho a la salud tendrían que haber sido y ser una referencia obligada para el diseño de la política pública de atención a la salud y de vacunación en México.

Esta contribución está estructurada de la siguiente forma: un primer apartado donde se destacan algunos aspectos característicos del control de convencionalidad, como el deber de contrastar normas y actos, los sujetos obligados de ejercitarlo e implicaciones; en el segundo, se sistematizan los principales estándares internacionales respecto al derecho de acceso a la salud, poniendo especial atención en los que se vinculan con el acceso a servicios sanitarios y vacunación, y un tercer apartado, en el que se abordan algunas medidas impulsadas por el Ejecutivo mexicano para atender a las personas contagiadas por COVID-19 y para vacunar a la población, analizando su conformidad con aquellas.

II. EL CONTROL DE CONVENCIONALIDAD: ¿CONTRASTE DE QUÉ Y A CARGO DE QUIÉN?

Cuando un Estado suscribe y se adhiere a un tratado internacional en materia de derechos humanos, se compromete a cumplir con el contenido del mismo: los derechos reconocidos y las obligaciones establecidas para cumplir con ellos. Este acto ocurre en ejercicio pleno de su soberanía. Esta vinculación supone que los Estados deben adecuar su actuación conforme al marco internacional, no hacerlo podría conllevar su responsabilidad a ese nivel. La vinculación al tratado no se limita a alguno de los poderes o autoridades que conforman el aparato estatal, sino que vincula a éste como un todo.

Para que cualquier autoridad pública pueda valorar que sus actos y prácticas sean conformes al ordenamiento internacional, requiere conocerlo.

La Corte IDH previó en su jurisprudencia el control de convencionalidad⁵ como un mecanismo a través del cual se logra verificar la conformidad de las normas existentes en el ámbito interno con los tratados internacionales.

Es importante advertir que, si bien esa fue la comprensión inicial de dicha figura, conforme ha evolucionado la interpretación del tribunal interamericano sobre ella, se ha incluido también los actos de la autoridad interna a la luz del derecho internacional de los derechos humanos, que abarca a los tratados y convenciones y las interpretaciones que sobre los mismos han realizado órganos supranacionales con esa atribución.⁶

De esta forma, el control de convencionalidad conlleva el análisis de los marcos jurídicos y las actuaciones de los órganos del Estado, teniendo como

⁵ Aunque la primera referencia al control de convencionalidad la encontramos en un voto particular del juez Sergio García Ramírez (*Caso Myrna Mack Chang vs. Guatemala*, del 25 de noviembre de 2003), la Corte Interamericana retomó por primera vez dicho concepto en el marco de su labor contenciosa en el *Caso Almonacid Arellano y otros vs. Chile* en los siguientes términos:

124. La Corte es consciente que los jueces y tribunales internos están sujetos al imperio de la ley y, por ello, están obligados a aplicar las disposiciones vigentes en el ordenamiento jurídico. Pero cuando un Estado ha ratificado un tratado internacional como la Convención Americana, sus jueces, como parte del aparato del Estado, también están sometidos a ella, lo que les obliga a velar porque los efectos de las disposiciones de la Convención no se vean mermadas por la aplicación de leyes contrarias a su objeto y fin, y que desde un inicio carecen de efectos jurídicos. En otras palabras, el Poder Judicial debe ejercer una especie de “control de convencionalidad” entre las normas jurídicas internas que aplican en los casos concretos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos. En esta tarea, el Poder Judicial debe tener en cuenta no solamente el tratado, sino también la interpretación que del mismo ha hecho la Corte Interamericana, intérprete última de la Convención Americana. *Cfr.* Corte IDH. *Caso Almonacid Arellano y otros vs. Chile*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de septiembre de 2006. Serie C Núm. 154, párr. 124.

⁶ García Ramírez, Sergio y Morales Sánchez, Julieta, *La reforma constitucional sobre derechos humanos (2009-2011)*, México, Porrúa, 2011, p. 208.

referente los tratados de derechos humanos, validando los primeros, y las segundas cuando son conforme a aquellos, o expulsando del marco jurídico o modificando prácticas cuando son inconventionales, siendo una herramienta para “validar” los marcos normativos, conductas y prácticas que son conforme al ordenamiento internacional.

Es ese orden, el control de convencionalidad es una vía para aterrizar el derecho internacional de los derechos humanos en sede interna, excluyendo normas o prácticas que son claramente contrarias a aquel, haciendo efectivos los derechos humanos reconocidos en el ordenamiento internacional.

El fundamento del control de convencionalidad se encuentra en las obligaciones generales que tienen los Estados, la de garantizar los derechos humanos y la de adoptar disposiciones de derecho interno, reconocidas en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH o Convención Americana). La primera ha sido interpretada por la Corte Interamericana como el deber de impulsar todas las medidas para el pleno ejercicio de los derechos humanos. Lo que esta obligación evidencia es que la realización de dichos derechos requiere del impulso de múltiples medidas: legislativas, judiciales, económicas, de política pública, entre otras.

La segunda obligación, aunque es una derivación de la de garantizar, se ha reconocido de manera autónoma en la CADH (artículo 2) como el deber de adoptar las medidas legislativas necesarias para hacer efectivos los derechos y libertades protegidos.

El control de convencionalidad tiene dos ámbitos de aplicación. El original y externo, que realiza la Corte IDH, encargada de confrontar que los actos que ocurren en el ámbito doméstico sean congruentes con las disposiciones convencionales, determinando la compatibilidad de los primeros con las segundas, teniendo como consecuencia la convalidación o invalidación de las actuaciones nacionales a partir de su correspondencia con el ordenamiento internacional.⁷

⁷ García Ramírez, Sergio, *Control judicial de convencionalidad*, México, Poder Judicial del Estado de Aguascalientes, vol. 1, 2012, p. 6.

En segundo lugar, el control de convencionalidad tiene una aplicación nacional, principalmente a cargo de los jueces⁸ y órganos vinculados a la administración de justicia,⁹ pero no sólo eso. Si bien la jurisprudencia interamericana se refirió inicialmente al deber del Poder Judicial y de los órganos de administración de justicia de ejercerlo, en la evolución jurisprudencial que sufrió esta figura se extendió a toda autoridad pública¹⁰ y a todos los poderes y órganos de un Estado parte de la CADH,¹¹ precisando que debe ejercerse *ex officio* y en el marco de sus respectivas competencias y regulaciones procesales correspondientes.¹²

⁸ Corte IDH. *Caso Almonacid Arellano y otros vs. Chile*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de septiembre de 2006. Serie C Núm. 154, párr. 124; Corte IDH. *Caso Trabajadores Cesados del Congreso (Aguado Alfaro y otros) vs. Perú*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2006. Serie C Núm. 158, párr. 128.

⁹ Corte IDH. *Caso Cabrera García y Montiel Flores vs. México*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de noviembre de 2010. Serie C Núm. 220, párr. 225; Corte IDH. *Caso Suárez Peralta vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C Núm. 261, párr. 221.

¹⁰ Corte IDH. *Caso Gelman vs. Uruguay*. Fondo y Reparaciones. Sentencia de 24 de febrero de 2011. Serie C Núm. 221, párr. 239; Corte IDH. *Caso de Personas dominicanas y haitianas expulsadas vs. República Dominicana*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de agosto de 2014. Serie C Núm. 282, párr. 497.

¹¹ Corte IDH. *Caso Masacre de Santo Domingo vs. Colombia*. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 30 de noviembre de 2012. Serie C Núm. 259, párr. 142; Corte IDH. *Caso Mendoza y otros vs. Argentina*. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013. Serie C Núm. 260, párr. 323; Corte IDH. *Caso Rochac Hernández y otros vs. El Salvador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 14 de octubre de 2014. Serie C Núm. 285, párr. 213.

¹² Para profundizar sobre la figura del control de convencionalidad véase González Domínguez, Pablo, “La doctrina del control de convencionalidad a la luz del principio de subsidiariedad”, *Estudios Constitucionales*, año 15, núm. 1, 2017, Centro de

Que la Corte Interamericana haya interpretado que se trata de un deber de todas las autoridades, amplía su ejercicio a la función legislativa y ejecutiva con la finalidad de que sus actuaciones —marcos legales y políticas públicas— se ajusten a los contenidos de dicho control de convencionalidad.

Sin desconocer las dificultades que supone este reconocimiento, que ha sido objeto de dudas y cuestionamientos, desde la doctrina, debido a las consecuencias jurídicas que puede tener la aplicación del control de convencionalidad (inaplicación de una ley o norma o su exclusión del orden jurídico y que no cualquier funcionario está capacitado para llevarla cabo), me parece importante reflexionar sobre las razones a las que se puede atribuir la extensión de los sujetos obligados de realizarlo y sus implicaciones.

Que la Corte Interamericana haya interpretado que todas las autoridades públicas tienen el deber de ejercitar el control de convencionalidad, me parece que responde al reconocimiento de que el mandato de verificar la congruencia entre los actos a nivel nacional y el ordenamiento internacional no descansa únicamente en los funcionarios judiciales, sino que se extiende a aquellos que tienen a su cargo la promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos, cuyas actuaciones deberían estar en plena coincidencia con los instrumentos internacionales ratificados por el Estado.

Si como se mencionó previamente, un tratado internacional en materia de derechos humanos vincula al Estado en su conjunto a todos los poderes que lo conforman (Legislativo, Ejecutivo y Judicial) y en los diferentes niveles de gobierno (federal, estatal y municipal), todas sus actuaciones deben estar alineadas a las normas convencionales.

En ese orden, las autoridades administrativas no podrían ni diseñar ni implementar políticas públicas que contravengan las obligaciones internacionales; las autoridades legislativas no deberían formular leyes contrarias al contenido del ordenamiento internacional y en caso de existir normas opuestas,

Estudios Constitucionales de Chile, Universidad de Talca, pp. 55-98, <https://www.scielo.cl/pdf/estconst/v15n1/art03.pdf>

tendrían que modificarlas; asimismo, las autoridades judiciales tendrían que tomar decisiones acordes con los tratados ratificados por el Estado.

Entender el ejercicio del control de convencionalidad como una obligación exclusiva de las y los jueces supone restringir al ámbito judicial el contraste necesario entre las normas y prácticas internas con los tratados de derechos humanos, limitando de esa forma la internacionalización del derecho internacional de los derechos humanos. Julieta Morales ha sostenido la necesidad de extender la obligación de realizar el control de convencionalidad a los poderes legislativo y ejecutivo, tanto federales como locales, planteando propuestas con vías posibles para su ejecución en cada una de esas sedes.¹³

En el contexto de la pandemia en que nos encontramos, se esperaría que las políticas públicas en materia de acceso a servicios sanitarios estuvieran permeadas por los estándares que se han desarrollado respecto del derecho a la salud y en específico las relacionadas con el acceso a los servicios médicos y a vacunas para prevenir el contagio. Asimismo, que los marcos legales fueran conforme a dichos estándares.

Como se ha referido, uno de los objetivos que persigue el control de convencionalidad es la incorporación del derecho internacional de los derechos humanos. Cuando se aborda su recepción en el ámbito interno, se han distinguido diferentes ámbitos en que ocurre: el constitucional, elevando a ese nivel el reconocimiento de los derechos reconocidos en tratados internacionales; el legal, integrado por las normas secundarias de implementación de las decisiones internacionales; el jurisdiccional, incorporando las disposiciones y criterios jurisprudenciales internacionales por parte de los tribunales internos, en donde opera de manera principal el control de convencionalidad; y el político, que supone que las políticas públicas se elaboren y ejecuten con una perspectiva de derechos humanos.¹⁴

¹³ Cfr. Morales Sánchez, Julieta, “Propuestas para la aplicación del control de convencionalidad en sede legislativa y ejecutiva”, en Guerrero Agripino, Luis Felipe y Astrain Bañuelos, Leandro Astrain (coords.), *Para lo que sirve el derecho... Estudios jurídicos sobre la obra de Sergio García Ramírez*, Universidad de Guanajuato (en prensa).

¹⁴ García Ramírez, Sergio, *Control judicial de convencionalidad*, op. cit., pp. 17 y 18.

Si coincidimos con la idea de que el derecho internacional de los derechos humanos debe permear el ámbito de las políticas públicas, la construcción de un “puente” (utilizando la expresión de García Ramírez)¹⁵ entre ambos tiene al menos dos vías: el control de convencionalidad y el artículo 1o. constitucional, al reconocer la obligación de todas las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos.

Sin duda, uno de los mayores desafíos que conlleva el ejercicio del control de convencionalidad es cómo ejercerlo. Si bien la Suprema Corte de Justicia de la Nación (Suprema Corte o SCJN) fijó una serie de pasos para su ejercicio por parte de las y los jueces,¹⁶ se trata de una metodología para personas dedicadas a la labor jurisdiccional.

La falta de incorporación de este concepto en el derecho nacional y de un marco legal sobre las directrices para su aplicación por todas las autoridades públicas, sin duda ha influido en su “tímida” aplicación, inclusive en el ámbito judicial.

La omisión legislativa existente no ha impedido elaborar propuestas de metodología para la aplicación del control de convencionalidad en sede legislativa y ejecutiva.¹⁷ Una premisa para ello, es el conocimiento del derecho internacional de los derechos humanos, de sus principios básicos, del contenido esencial de los derechos y de las obligaciones inmediatas y progresivas que tiene el Estado para su garantía, punto de partida mínimo para que las actuaciones del aparato estatal sean conforme al derecho internacional de los derechos humanos.

Finalmente, es necesario abordar cuál es el parámetro de referencia para el ejercicio del control de convencionalidad. Si bien en un inicio la Corte Interamericana se refirió únicamente a la CADH, en casos más recientes ha interpretado que se extiende a los tratados interamericanos de derechos humanos

¹⁵ *Ibidem*, p. 17.

¹⁶ SCJN, *Expediente Varios 912/2010*, 14 de julio de 2011, párr. 33.

¹⁷ Cfr. Morales Sánchez, Julieta, “Propuestas para la aplicación del control de convencionalidad en sede legislativa y ejecutiva”, *op. cit.*

y a las opiniones consultivas,¹⁸ además de reiterar que también involucra su jurisprudencia.¹⁹

Adicionalmente, debe tenerse presente que el derecho internacional de los derechos humanos, marco de referencia para el ejercicio del control de convencionalidad, abarca los tratados y convenios de derechos humanos, incluyendo los emitidos en los diferentes sistemas de protección de los derechos humanos (Naciones Unidas y el Sistema Interamericano) y las interpretaciones que los órganos facultados y autorizados para ello han realizado. De esta forma, el ejercicio del control de convencionalidad involucra al menos dos tipos de documentos: los tratados y las interpretaciones que respecto de ellos se han hecho, llámense declaraciones, principios, resoluciones, observaciones generales, opiniones consultivas, informes, etcétera.

Si bien parece no haber cuestionamiento en utilizar lo que se conoce como el derecho duro, indiscutiblemente vinculante para los Estados, conformado por los convenios y tratados internacionales, sí existe oposición respecto a retomar lo que se denomina como derecho suave (*soft law*) que no

¹⁸ Corte IDH. Opinión Consultiva OC-21/14. Derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional. Opinión Consultiva OC-21/14 de 19 de agosto de 2014. Serie A Núm. 21, párr. 31; Corte IDH. Titularidad de derechos de las personas jurídicas en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (Interpretación y alcance del artículo 1.2, en relación con los artículos 1.1, 8, 11.2, 13, 16, 21, 24, 25, 29, 30, 44, 46, y 62.3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como del artículo 8.1 A y B del Protocolo de San Salvador). Opinión Consultiva OC-22/16 de 26 de febrero de 2016. Serie A Núm. 22, párr. 26; Corte IDH. La institución del asilo y su reconocimiento como derecho humano en el Sistema Interamericano de Protección (interpretación y alcance de los artículos 5, 22.7 y 22.8, en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos). Opinión Consultiva OC-25/18 de 30 de mayo de 2018. Serie A Núm. 25, párr. 58.

¹⁹ Corte IDH. *Caso Gudiel Álvarez y otros ("Diario Militar") vs. Guatemala*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 noviembre de 2012. Serie C Núm. 253, párr. 330; Corte IDH. *Caso Masacres de Río Negro vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de septiembre de 2012, Serie C Núm. 250, párr. 262.

posee el mismo carácter vinculante y que se ha entendido como de naturaleza orientadora.

Posiciones de este tipo nos permiten reflexionar sobre las razones por las cuales la naturaleza de los documentos internacionales —su carácter vinculante o no— no debería ser el criterio para decidir su utilización.

Cuando un Estado suscribe un tratado de derechos humanos está compartiendo ciertos valores y principios (derechos universales, inherentes a las personas, fundados en la dignidad humana,) como premisas de toda sociedad democrática, adhesión que realiza en ejercicio de su soberanía. Las particularidades jurídicas, políticas y sociales que caracterizan a un Estado se vuelven secundarias, colocándose por encima una serie de derechos y libertades, premisas básicas de las sociedades democráticas.

Por su propia naturaleza, los tratados y convenios de derechos humanos enlistan derechos y prevén obligaciones generales para los Estados. Tanto los primeros como las segundas están reconocidos de manera genérica, en muchos casos en normas ambiguas, haciendo necesario aclarar su contenido. En estos documentos internacionales normalmente se prevén órganos a cargo de supervisar su aplicación, para lo cual generan documentos (de *soft law*) en los que interpretan las normas convencionales con la finalidad de precisar su alcance. De esta forma, además de reconocer derechos, libertades y obligaciones, incluyen órganos que son autorizados por los propios Estados (y que integran los mismos Estados) para interpretar las normas convencionales.

Así las cosas ¿qué valor tienen los documentos, de muy diferente denominación, en que se “aterriza” el alcance de una norma convencional? Mucho, en tanto precisan los contenidos esenciales de los derechos, las obligaciones concretas que tienen los Estados e inclusive prevén medidas concretas para su efectiva realización.

Para su aplicación ¿es un requisito que sean documentos vinculantes para los Estados? No, su invocación se vuelve un requisito para efectivizar una norma convencional. Dicho en otras palabras, no es posible concretar un derecho humano reconocido en un tratado sin tener claridad de lo que éste incluye y de cuáles son los deberes del Estado para su garantía, para lo cual se vuelve imprescindible revisar las interpretaciones que se han hecho.

Con base en este argumento, el ejercicio del control de convencionalidad por todas las autoridades públicas debe incluir como referente necesario y obligado las interpretaciones que los órganos autorizados hacen respecto de las normas convencionales, teniendo como objetivo abordar la convencionalidad de las políticas o medidas implementadas por el Estado mexicano para la atención sanitaria de las personas con COVID-19.

Revisemos ahora cuáles son los estándares internacionales sobre el derecho a la salud aplicables en este contexto.

III. ESTÁNDARES INTERNACIONALES RESPECTO AL ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS, VACUNACIÓN Y OBLIGACIONES ESTATALES

El derecho a la salud es un derecho fundamental, indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos y que depende del ejercicio de otros para su satisfacción. Ninguna persona puede asegurar su supervivencia sin su garantía, de ésta depende la satisfacción de otros derechos (dignidad humana, vida, alimentación, trabajo, educación, entre otros) y para gozar del derecho a la salud se requiere a su vez del ejercicio de otros derechos (alimentación, agua, vivienda, medio ambiente sano, por ejemplo). Es un derecho que evidencia de manera nítida los principios de interdependencia e indivisibilidad que caracterizan a los derechos humanos.

Estas características del derecho a la salud han llevado a que sea ampliamente reconocido en el derecho internacional de los derechos humanos²⁰ y

²⁰ Se encuentra reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12); la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (artículo 5); la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (artículos 11 y 12); la Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24); la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (artículo 25), y en instrumentos del sistema regional de protección, como el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 10) y

también en el derecho constitucional de los países.²¹ A pesar de ello, es un derecho del que no gozan todas las personas, situación que debe revertirse, más aún en tiempos de una pandemia.

Una de las dificultades que enfrenta la concreción de este derecho es la definición de su contenido y de las medidas que deben tomarse para su realización. En términos generales, a nivel convencional y constitucional encontramos su reconocimiento, pero sin delimitar cómo debe entenderse. De ahí que sea necesario revisar documentos de *soft law* que, como se mencionó previamente, precisan el alcance del derecho y las obligaciones estatales que conlleva.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, creado en el marco del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), y autorizado para interpretar las normas del mismo, ha emitido Observaciones Generales (OG) con la finalidad de auxiliar a los Estados parte en su aplicación.

En la OG Núm. 14 se precisan varios componentes del derecho a la salud.²² En esta ocasión, me referiré a dos de ellos: contar con un sistema de protección a la salud y, la prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.

la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (artículo 12).

Debe señalarse que en varios instrumentos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, si bien no se reconoce explícitamente el derecho a la salud, se establece el goce de todos los derechos humanos reconocidos en el derecho internacional de los derechos humanos (incluyendo entre ellos el derecho a la salud) como la Convención Interamericana contra el Racismo; la Discriminación Racial y formas conexas de Intolerancia; la Convención Interamericana contra toda Forma de Discriminación e Intolerancia, y la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

²¹ En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se encuentra reconocido en el artículo 4o.

²² Estos son el acceso a centros de salud y medicamentos esenciales; prevención, tratamiento y control de enfermedades; salud sexual y reproductiva, y combate a la mortalidad infantil y atención sanitaria. Cfr. OACNUDH, *Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y la aplicación*, 2012.

El primero involucra el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud públicos de manera oportuna y apropiada que cumplan con cuatro elementos esenciales:

- *Disponibilidad*: se refiere a la existencia de un número suficiente de aquellos, así como programas, lo cual incluye hospitales, clínicas, personal médico y profesional capacitado, y medicamentos esenciales;
- *Accesibilidad*: garantizando que sean accesibles a todos, sin discriminación alguna dentro de la jurisdicción del Estado. La accesibilidad incluye cuatro dimensiones:
 - i. 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, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos (edad y condición migratoria, por ejemplo);
 - ii. Accesibilidad física: deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados;
 - iii. Accesibilidad económica (asequibilidad): deben estar al alcance de todos en términos económicos. Los pagos por servicios de atención a la salud deberán basarse en el principio de equidad;
 - iv. Acceso a la información: comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. El derecho a la información está limitado a los datos personales relativos a la salud.
- *Aceptabilidad*: involucra que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
- *Calidad*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, lo que incluye personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados.²³

²³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General Núm. 14.*, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de la salud (artículo 12), 2020.

Respecto al segundo componente del derecho a la salud que es de nuestro interés, la prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas, y la lucha contra ellas, supone que deben implementarse programas de prevención y educación, contar con un sistema de atención médica urgente en los casos de epidemias, hacer los esfuerzos que se requiera para facilitar las tecnologías pertinentes, el empleo y mejora de la vigilancia epidemiológica, disponer de datos desglosados y la ejecución de programas de vacunación.²⁴

Así, el derecho a la salud incluye el acceso a programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas. De igual forma, si se considera que todas las personas tienen derecho de gozar de los beneficios del progreso científico,²⁵ lo que incluye el acceso a las mejores aplicaciones disponibles, ya que todas las personas tienen derecho de acceder a una vacuna para enfrentar una pandemia. Regresaremos al tema de la vacunación *infra*.

A los estándares anteriores, se suman dos principios que son transversales al derecho a la salud. El primero es la no discriminación e igualdad de trato, que se reduce a la prohibición de cualquier discriminación en el acceso a la atención de la salud, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud, orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto y resultado la invalidación o menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.²⁶ El Comité DESC recuerda que conforme a la OG Núm. 3, en contextos de limitaciones graves de recursos debe protegerse a los miembros vulnerables de la sociedad. Debe referirse, asimismo, que la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud, implica para los Estados garantizarla a quienes carezcan de medios suficientes.²⁷

El segundo tiene que ver con la garantía de acceso a servicios de salud para personas que forman parte de grupos que se encuentran en situación de

²⁴ *Ibidem*, párr. 16.

²⁵ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 15.

²⁶ *Ibidem*, párr. 18.

²⁷ *Ibidem*, párrs. 18 y 19.

vulnerabilidad como mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas mayores, con discapacidad y pueblos indígenas.²⁸

Otro de los contenidos que se precisan en la OG Núm. 14 es el de las obligaciones estatales para la concreción del derecho a la salud. Aunque el PIDESC reconoce su garantía progresiva, también identifica la existencia de obligaciones de efecto inmediato como que se garantice sin discriminación alguna y la adopción de medidas deliberadas y concretas para su plena realización.²⁹ Con base en ello, los Estados tendrán que tomar medidas inmediatas para que toda persona acceda a los servicios de salud y pueda ejercer este derecho.

Además de las obligaciones inmediatas, los Estados deben cumplir lo siguiente: respetar (que se reduce a la no interferencia en el goce del derecho); proteger (impedir que terceros impidan la garantía del derecho), y cumplir (adoptar las medidas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para la plena efectividad del derecho a la salud).³⁰

Como parte de la obligación de respetar, el Estado no podría denegar o limitar el acceso igual a todas las personas (incluidas personas privadas de la libertad o en situación migratoria irregular) a los servicios de salud o imponer prácticas que en los hechos sean discriminatorias. En el marco de la obligación de proteger, tendrían que adoptarse leyes u otras medidas para asegurar el acceso igual a la atención de la salud y a los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros, para que los servicios privados, en este ramo, no sean una amenaza a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, para controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros. La obligación de cumplir involucra la adopción de las medidas positivas que se requiera para satisfacer el acceso a los servicios de salud. Cuando el Comité ha abordado las obligaciones generales que tienen los Estados, ha reconocido el papel que puede jugar la asistencia y cooperación internacionales, especialmente económica y técnica, para acceder a tecnologías con las que no se cuenta a nivel nacional.

²⁸ *Ibidem*, párrs. 21-27.

²⁹ *Ibidem*, párr. 30 y 31.

³⁰ *Ibidem*, párr. 33.

Finalmente, debe referirse que tratándose de un derecho con un contenido amplio que no puede garantizarse íntegramente de manera inmediata, los Estados tienen la obligación de asegurar como mínimo niveles esenciales, que involucran:

- a. El acceso a los centros, bienes y servicios sobre una base no discriminatoria;
- b. La inmunización contra las principales enfermedades que afectan a la sociedad;
- c. Prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas, e
- d. Impartir educación y proporcionar acceso a la información sobre los principales problemas de salud y proporcionar capacitación adecuada al personal del sector salud sobre educación en materia de salud y derechos humanos.³¹

Tratándose del contenido esencial del derecho, no cabe el incumplimiento por parte del Estado de las obligaciones contraídas.

Si revisamos el contenido esencial y mínimo del derecho a la salud, frente al cual los Estados no podrían argumentar incumplimiento, y lo trasladamos al contexto actual de pandemia, todas las personas sin distinción alguna tendrían que acceder a los servicios de salud, a una vacuna gratuita contra el COVID-19 y a recibir información veraz y científicamente probada sobre la evolución de la pandemia, el nivel de ocupación en los hospitales, la disponibilidad de equipo especializado para la atención, la efectividad de las vacunas y los planes de vacunación.

Revisemos ahora al componente del derecho a la salud vinculado con la prevención de epidemias y el combate de ellas. Naturalmente, este contenido del derecho se asocia con el que tienen todas las personas de acceder a una vacuna segura, efectiva y basada en la aplicación de los mejores desarrollos científicos.

³¹ *Ibidem*, párrs. 43 y 44.

En el marco de la pandemia en que nos encontramos, varios órganos internacionales de derechos humanos han emitido resoluciones sobre el deber de los Estados de garantizar la vacunación universal.³²

En ese orden se ha sostenido el deber de los Estados de tomar todas las medidas, hasta el máximo de los recursos disponibles, para que todas las personas accedan a una vacuna segura y efectiva, basada en su aplicación con los mejores desarrollos científicos, sin discriminación.

La disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad aplicables a las instalaciones, bienes y servicios de salud, también lo son para las vacunas,³³ lo que supone que por ningún motivo, como la edad, la nacionalidad o la condición de migrante, podría negarse el acceso a ellas.

La asequibilidad (parte de la accesibilidad) impone que el suministro de vacunas sea gratuito, cuando menos para las personas de ingresos más bajos y en situación de pobreza.³⁴

El Comité de DESC de las Naciones Unidas ha destacado como parte de un programa de vacunación, el acceso a la información pertinente, como la seguridad y eficacia de las diferentes vacunas, contraviniendo las informaciones no científicas y falsas que circulan.³⁵

Asimismo, el Comité DESC se ha pronunciado respecto a la priorización en el acceso a las vacunas ante la imposibilidad de que se garantice a todos de manera inmediata, sosteniendo que la priorización por grupos específicos es inevitable, al menos en las etapas iniciales, basada en nece-

³² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Declaración sobre el acceso universal y equitativo a las vacunas contra la COVID-19, adoptada el 27 de noviembre de 2020, párr. 4, <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2020/12/ONU-Declaracion-sobre-el-acceso-a-las-vacunas-contra-la-covid-19.pdf>. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Las vacunas contra el COVID-19 en el marco de las obligaciones interamericanas de derechos humanos. Resolución 1/2021*, adoptada el 6 de abril de 2021, <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-21-es.pdf>

³³ *Idem.*

³⁴ *Idem.*

³⁵ *Idem.*

sidades médicas y con motivos de salud pública, lo que llevaría priorizar a trabajadores de la salud y de cuidado, a las personas que presenten mayores riesgos de desarrollar una afección grave de salud en caso de infección con SARS-COV-2, debido a su edad o condiciones preexistentes y a las que están más expuestas y vulnerables debido a determinantes sociales, como por ejemplo personas mayores, personas privadas de la libertad, personas migrantes.³⁶

Finalmente, diversos organismos internacionales de derechos humanos han insistido en el deber de cooperación y asistencia internacional, fundado en la solidaridad internacional,³⁷ para garantizar un acceso universal y equitativo a las vacunas en todo el mundo, incluyendo a los países menos desarrollados que no disponen de recursos financieros para su adquisición. Se ha sostenido que el COVID-19 es una pandemia que refuerza esta obligación.³⁸

IV. MEDIDAS TOMADAS PARA LA ATENCIÓN SANITARIA DE PERSONAS CON COVID-19 Y LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO

En el apartado previo pusimos énfasis en dos vertientes del derecho a la salud que adquieren relevancia en el marco de la pandemia ocasionada por el COVID-19: la atención sanitaria, por un lado, y la prevención y combate de la epidemia, por el otro.

Los estándares internacionales desarrollados respecto a cada una de estas facetas del derecho a la salud precisan de manera amplia y clara las actuaciones estatales que se esperaría para cumplir con ellos. Es importante tener presente que éstos no representan el “punto de llegada”, sino un referente inicial para garantizar el derecho.

³⁶ *Ibidem*, párr. 5.

³⁷ Guillermo Estrada Adán, en su artículo “Emergencia COVID 19 y el derecho internacional de la salud” incluido en este volumen, aborda el concepto de solidaridad como referente en nuevo acuerdo sanitario y en la nueva concepción del DIDH.

³⁸ *Ibidem*, párr. 9.

De manera adicional a los estándares referidos *supra*, la CIDH emitió una serie de resoluciones con recomendaciones para los Estados sobre el manejo de la pandemia y la vacunación.³⁹

En lo que se refiere a la atención sanitaria, la CIDH recomendó lo siguiente:

- El acceso equitativo y universal a las instalaciones, bienes y servicios de salud, sin discriminación alguna, sean públicos o privados, de calidad y oportuno, asegurando la atención prioritaria de personas con COVID-19 que formen parte de poblaciones más expuestas o vulnerables a la pandemia;
- El acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias;
- Asegurar que los protocolos médicos, las decisiones sobre recursos médicos y tratamientos para el COVID-19 sean implementados sin discriminación en razón de edad y prestando especial atención a personas con condiciones de salud que las vuelve más vulnerables en caso de contagiarse.
- Asegurar personal médico suficiente y con capacidad técnica y profesional para el manejo de las necesidades específicas de enfermos de COVID-19;
- La disponibilidad y provisión oportuna de cantidades suficientes de material de bioseguridad, insumos y suplementos médicos esenciales para personal de salud;

³⁹ La Comisión Interamericana de Derechos Humanos publicó tres resoluciones con recomendaciones precisas para los Estados de medidas y políticas para la atención y contención del COVID-19. En ellas, los gobiernos tienen un marco de referencia de toda la utilidad respecto de actuaciones en el marco del derecho internacional de los derechos humanos. Cfr. CIDH, *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas. Resolución 1/2020*, adoptada el 10 de abril de 2020; CIDH, *Derechos Humanos de las Personas con COVID-19. Resolución 4/2020*, adoptada el 27 de julio del 2020; CIDH, *Las vacunas contra el Covid-19 en el marco de las obligaciones interamericanas de derechos humanos. Resolución 1/2021*, adoptada el 6 de abril del 2021, https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/sacroi_covid19/documentos.asp

- Asegurar el derecho de acceso a la información pública sobre el COVID-19, difundiendo información con base científica que incluya las medidas para evitar contagios, la evolución de la pandemia a nivel nacional: contagios, fallecimientos (con datos desglosados según grupos de personas); disponibilidad de hospitales y tecnología para la atención; efectividad de las vacunas, el programa nacional de vacunación, entre otros aspectos.⁴⁰

Respecto a la prevención y combate a la pandemia, la CIDH recomendó:⁴¹

- La distribución de las vacunas, y su acceso equitativo y universal a través de la implementación de un plan nacional de vacunación, absteniéndose de cualquier trato discriminatorio;
- Garantizar la accesibilidad económica para todas las personas, lo que implica el acceso gratuito a las vacunas;
- Asegurar que todas las personas bajo la jurisdicción del Estado puedan acceder físicamente a las vacunas;
- Priorizar la aplicación de las vacunas a personas con mayor riesgo de contagio y quienes enfrentan un mayor riesgo frente a la pandemia, como las personas trabajadores de la salud, las personas mayores, con discapacidad o con preexistencias médicas que pongan en riesgo su salud; personas que por factores sociales, laborales o geográficos experimentan un mayor riesgo frente a la pandemia, como los pueblos indígenas, las personas afro-descendientes, personas en condición de movilidad humana, personas en situación de pobreza o pobreza extrema;
- Considerar la especial situación de vulnerabilidad de las personas que se encuentran en contexto de privación de la libertad, personas detenidas en recintos carcelarios o centros de detención policial, personas con discapacidad en hospitales psiquiátricos y otras instituciones de

⁴⁰ CIDH, *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas. Resolución 1/2020, op. cit.*

⁴¹ CIDH, *Las vacunas contra el COVID-19 en el marco de las obligaciones interamericanas de derechos humanos. Resolución 1/2021, op. cit.*

larga estancia y personas en contexto de movilidad humana detenidas por razones migratorias;

- Proveer y difundir información adecuada y suficiente sobre las vacunas, garantizando que sea de calidad, objetiva, oportuna y culturalmente adecuada;
- Coordinar acciones regionales efectivas, centradas en la solidaridad internacional, que garanticen el intercambio constante de información en materia de vacunación, tecnologías y conocimiento de vacunas y tratamientos frente al COVID-19;
- La cooperación internacional, guiada por el principio de solidaridad internacional, debe promover estrategias para cotar las brechas en el acceso a las vacunas entre países con mayor capacidad financiera y aquellos sin posibilidades de adquirirlas.

Analicemos ahora dos medidas tomadas por el Ejecutivo para el acceso a servicios sanitarios y prevención de la epidemia.

Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia

Una de las preocupaciones de los organismos internacionales de derechos humanos respecto a la atención de las personas enfermas de COVID-19 es el acceso equitativo a las instalaciones, bienes y servicios de salud. La CIDH precisó que la escasez de recursos no justificaba ningún acto de discriminación.⁴²

En términos generales, el estándar que se ha fijado es que el principio de igualdad y no discriminación debe prevalecer, lo que supone que no puede negarse el acceso a los servicios de salud a partir de las categorías no permitidas que están reconocidas en los tratados de derechos humanos.

El Consejo de Salubridad General (CSG) presentó el 30 de abril de 2020 la *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica*

⁴² CIDH, *Pandemia y derechos humanos. Resolución 1/2020, op. cit., párr. 8.*

en Situación de Emergencia,⁴³ como un instrumento de política pública que proporciona los criterios para orientar la toma de decisiones de triaje, cuando una emergencia de salud pública genera una demanda de los recursos de medicina crítica que no es posible satisfacer.

La Guía parte de un supuesto real en un escenario de emergencia sanitaria que es la escasez de recursos frente a los requerimientos que existen.⁴⁴ Esta premisa plantea cuestionamientos desde un enfoque de derechos humanos y de la bioética, partiendo de la idea de que todas las personas tienen derecho a la atención a la salud y al acceso a instalaciones y a tecnología sanitaria.

La Guía reinterpreta la aplicación de los criterios que tradicionalmente se toman en la práctica médica para la asignación de recursos escasos a partir de los derechos humanos y la bioética. De esta forma, el principio de orden de llegada con base en el cual se contrasta el tiempo en que las y los pacientes han esperado para recibir el recurso, se refiere a que durante una emergencia sanitaria como la de COVID-19 no debe seguirse ese principio, debido a que beneficia de manera injusta a las personas que viven en poblaciones urbanas y cerca de unidades hospitalarias.

El segundo principio que la Guía aborda es el de necesidad médica, conforme al cual el paciente cuya salud está más deteriorada, es quien debe recibir el recurso escaso, siempre que recibirlo sea útil para mejorar su condición de salud. La guía es enfática “la única característica que debe tomarse en cuenta para ser candidato(a) a la asignación de recursos escasos de medicina crítica es la posibilidad demostrable de beneficiarse de dichos recursos médicos”, y

⁴³ http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioetica-Triaje_30_Abril_2020_7pm.pdf

⁴⁴ Las razones que originan esta situación, como el abandono de los sistemas de salud pública o la disminución en el presupuesto otorgado a la salud, son evidentes y por supuesto deben llevar a preguntarnos si son compatibles con las obligaciones internacionales de los Estados respecto a los derechos humanos y qué medidas podrían impulsarse para revertirla.

aclara que ni la edad, ni que se trate de una persona con discapacidad pueden ser criterios para determinar la no asignación de los recursos escasos.⁴⁵

Hay dos precisiones relevantes que incorpora la Guía. La primera es que la no asignación de recursos de medicina crítica a un paciente no significa una elección entre quien vive y quien muere, la finalidad de la decisión médica es determinar quién sobrevive. La segunda precisión es que la no asignación de recursos de medicina crítica no significa que el paciente no reciba tratamiento de soporte dentro del hospital o en su caso, cuidados paliativos o que se busque el acceso a dichos recursos en otro hospital.

La Guía retoma los estándares internacionales relativos a considerar la situación y condiciones de los grupos en situación de vulnerabilidad y discriminación históricas, con base en los cuales no podría discriminarse en el acceso a un derecho en función de la pertenencia de la persona a alguno de estos grupos. Y hace suyo el criterio establecido por la CIDH respecto a que en los casos excepcionales en los que sea inevitable adoptar medidas que limiten algún derecho, éstas deben ser plena y estrictamente justificadas, necesarias y proporcionales, teniendo en cuenta todos los derechos en juego y la utilización del máximo de los recursos disponibles.⁴⁶

La Guía sostiene que durante una emergencia sanitaria la práctica médica se subsume como parte de la salud pública, regida por el principio de justicia social de acuerdo con el cual todas las personas tienen el mismo valor y los mismos derechos. Se trata de un principio basado en la dignidad humana y que reconoce que todas las personas son titulares de los mismos derechos humanos.⁴⁷

La salud pública tiene como objetivo cuidar y mejorar la salud de la población, en donde cada persona tiene igual valor y dignidad. De esta forma, se busca tratar al mayor número de pacientes y salvar la mayor cantidad de vidas.

⁴⁵ Consejo de Salubridad General, *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia*, p. 5.

⁴⁶ *Idem.*

⁴⁷ *Ibidem*, p. 4.

La Guía establece que la asignación de recursos escasos a la medicina crítica debe distribuirse de forma justa y por razones de salud pública, sin utilizar criterios que discriminen a las personas, ni afecte aquellas en situación de vulnerabilidad, como las privadas de la libertad, los migrantes y las minorías étnicas.

La Guía descarta el uso del “valor social percibido” para la asignación de recursos escasos en tanto favorece el uso de estereotipos y prejuicios.⁴⁸

Finalmente, la Guía incorpora el derecho al consentimiento del paciente para la aplicación de cualquier tratamiento e intervención, al reconocer que debe respetarse su autonomía, lo que implica ser informado de su diagnóstico, de las medidas de acción posibles y de los recursos hospitalarios disponibles, dar su opinión respecto de los tratamientos e intervenciones que desean y respetar dicha decisión.⁴⁹

De lo referido, puede sostenerse lo siguiente: la Guía es un documento fundado, explícita y sustantivamente hablando, en los estándares que el derecho internacional de los derechos humanos ha desarrollado, tales como el principio de igualdad y no discriminación, la consideración de personas en situación de vulnerabilidad o discriminación históricas y la necesidad de justificar de manera plena y razonada la proporcionalidad de las medidas que limiten el acceso a los servicios sanitarios.

Asimismo, debe destacarse la “relectura” de los criterios que tradicionalmente se utilizan en la práctica médica desde un enfoque de derechos humanos, de manera transversal a lo largo de la guía.

Sin desconocer los debates que desde una perspectiva de derechos humanos surgen respecto del triaje,⁵⁰ la guía se hace cargo de una situación real, lamentablemente, en nuestras sociedades, que es la insuficiencia de

⁴⁸ *Ibidem*, p. 6.

⁴⁹ *Idem*.

⁵⁰ Para profundizar al respecto se sugiere Cruz Parceró, Juan Antonio, “La discusión filosófica sobre la Guía Bioética” en Ortiz Millán, Gustavo y Medina Arellano, María de Jesús (comps.), *Covid-19 y bioética*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Serie Doctrina Jurídica, núm. 924, 2021, pp. 311-337.

los recursos sanitarios existentes para atender las necesidades de todas y todos. Desde un enfoque de derechos, las personas que no cuentan con los recursos económicos para acceder a los derechos de manera directa, deben de tener garantizado su acceso, teniendo en cuenta que la garantía de los derechos humanos, incluyendo por supuesto la salud, es para todas las personas.

Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2

El 8 de enero de 2021, el Gobierno mexicano informó que la Política Nacional de Vacunación se daría a conocer a través del sitio web www.coronavirus.gob.mx en el cual estarían disponibles las acciones concretas que se ejecutarían a efecto de garantizar a la población mexicana vacunas seguras y eficaces.

Revisando el Programa Nacional de Vacunación y contrastándolo con los estándares internacionales en materia de vacunación, llama la atención lo siguiente:

¿Vacunación universal?

En el primer acuerdo publicado, relativo a la vacunación, se definió que se buscaría el abasto y la distribución oportuna y gratuita, además que su aplicación fuera universal.⁵¹

En el Programa Nacional, en los objetivos específicos se refiere que se vacunará a las personas más susceptibles de desarrollar complicaciones por COVID-19 incluyendo a embarazadas de doce años y más a partir del tercer mes de embarazo y a menores de edad entre doce y diecisiete años que vivan

⁵¹ Acuerdo por el que se da a conocer el medio de difusión de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2 para la prevención del COVID-19 en México, publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 8 de enero de 2021.

con alguna comorbilidad que incremente su riesgo.⁵² Esta referencia de la población objetivo del programa de vacunación no incluye a todas las personas y prioriza a aquellas que tienen alguna comorbilidad.

Asimismo, se menciona como otro de los objetivos vacunar entre el 70 y 80 % de la población en México para generar inmunidad de grupo.⁵³ Aunque el programa funda esta decisión en estudios que prueban que con ese nivel de vacunación se genera inmunidad, una inquietud que surge es cómo se definiría a la población que no sería vacunada y que representaría entre el 30 y 20 %, y cómo se resolverían los casos de personas interesadas en vacunarse, habiendo cumplido el objetivo de vacunación del 80 % de la población.

Sin entrar al debate de si a través de la inmunidad de grupo se puede revertir una epidemia a nivel nacional, el Programa Nacional está previendo no vacunar entre una quinta y una tercera parte de la población, de nuevo ¿cuáles serían los criterios para determinar a qué personas no se vacunaría?

Eficacia y seguridad de las vacunas

De acuerdo con el Programa Nacional, todas las vacunas aprobadas en México han proporcionado evidencia científica de su eficacia y seguridad. La información sobre las vacunas y dosis contratadas es la siguiente:

Si bien las vacunas adquiridas fueron autorizadas por los organismos internacionales competentes y por la agencia reguladora a nivel nacional, cada vez más países están imponiendo como requisito para ingresar en ellos, la vacunación con determinadas vacunas (Pfizer, Moderna, Johnson & Johnson y Astra Zeneca). Los criterios de eficacia y seguridad con base en los cuales se

⁵² Gobierno de México, *Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-cov-2 para la prevención del COVID-19 en México, Documento rector*, Versión 7, 28 de septiembre del 2021, p. 13, <https://vacunacovid.gob.mx/wp-content/uploads/2022/06/2022.06.17-PNVxCOVID.pdf>

⁵³ *Idem.*

VACUNAS CONTRA EL VIRUS SARS-COV-2 CONTRATADAS
PARA ENTREGA EN MÉXICO

Vacuna	Dosis
Pfizer	50,402,040
CanSinoBIO	35,100,000
Sinovac	20,000,000
Sputnik V	24,000,000
Serum India Institute (AstraZeneca)	2,030,000
Mecanismo COVAX	51,573,200
AstraZeneca	77,400,000
Total de dosis contratadas	260,505,240

Información tomada del Programa Nacional de Vacunación, *Contra el virus SARS-cov-2 para la prevención del Covid-19 en México, documento rector*, versión 7, p. 24.

han adquirido las vacunas de aplicación nacional no están siendo el referente de las vacunas “válidas” para el ingreso a esos territorios.

En los hechos, pareciera estar funcionando un pasaporte sanitario que puede cuestionarse desde una perspectiva de derechos humanos, cuando los países, y en consecuencia las personas, no han accedido de la misma manera a las vacunas, existiendo algunas reconocidas por ciertos países y otras que no lo son, pese a su aprobación por la oms.

Grupos en situación de vulnerabilidad

Los estándares internacionales son coincidentes en que en las medidas de atención y contención de la pandemia debe prestarse especial atención a grupos en situación de especial vulnerabilidad.

En la definición de los grupos prioritarios de vacunación, el Programa Nacional de Vacunación señala que tomó en “consideración aspectos sociales que pueden generar desigualdad en el acceso a la vacunación” priorizando a

grupos sociales marginados y con menor acceso a la protección social, a los recursos educativos y a los de salud”⁵⁴

Los grupos de atención prioritaria considerados fueron niñas, niños y adolescentes, personas de sesenta años o más, mujeres, personas con discapacidad, víctimas, personas jóvenes, personas de la comunidad LGBTTTI, personas migrantes y sujetas de protección internacional, personas en situación de calle, personas privadas de la libertad, personas que residen en instituciones de asistencia social, personas afrodescendientes y las de identidad indígena son contemplados, incluyéndolos como el tercer eje de priorización de la vacunación, cuidando de manera especial que su acceso esté garantizado en el momento en que, por edad, condición de vida o comorbilidad deban vacunarse.

Llama la atención que las niñas, niños y adolescentes encabecen los grupos de atención prioritaria para la vacunación cuando en febrero de 2022, las personas menores de doce años no estaban previstas en el Programa Nacional de Vacunación, salvo casos con comorbilidades o con recursos judiciales que las protegen.⁵⁵

El Programa Nacional de Vacunación justifica la no incorporación de las personas en ese rango de edad debido a la falta de evidencia científica de la seguridad y eficacia de la única vacuna que cuenta con autorización para su uso en personas menores de edad (Pfizer-BioNTech).⁵⁶ Se refiere a que ninguna vacuna será aplicada a personas menores de doce años “hasta que no se cuente con suficiente evidencia de seguridad en esa población”.

Revisando información sobre los criterios de edad para la vacunación contra el COVID-19 en el mundo, en muchos países se ha iniciado la vacunación a niños de cinco años y más (países de la Unión Europea, Canadá, Costa Rica, Estados Unidos) y a niños de tres años y más (Argentina, Chile,

⁵⁴ *Ibidem*, p. 15.

⁵⁵ Al respecto véase Franco Martín del Campo, María Elisa, “El control de convencionalidad y el juicio de amparo para la garantía de los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19”, incluido en este volumen.

⁵⁶ *Ibidem*, p. 19.

Colombia).⁵⁷ No pensaría que en dichos países se ha vacunado a personas de ese rango de edad sin tener certeza científica de la seguridad y eficacia de la vacuna.

Es una clara inconsistencia del Programa Nacional de Vacunación plantear que se priorizará a grupos de población en situación de vulnerabilidad —entre ellos las niñas y los niños— cuando explícitamente se ha declarado que no se vacunará a personas menores de doce años, salvo a aquellas que tengan alguna comorbilidad.

También sorprende que personas migrantes formen parte de los grupos de atención prioritaria para el Programa Nacional de Vacunación, cuando al menos durante la primera etapa de éste (es decir, de aplicación de primeras dosis), no se incluyó a personas migrantes. En la información pública no hay un desglose del número de personas en condición migratoria que han sido vacunadas.

Priorización de grupos de vacunación

El Programa Nacional de Vacunación definió cuatro ejes de priorización para la vacunación: 1. Edad; 2. Comorbilidades; 3. Grupos de atención prioritaria, y 4. Comportamiento de la epidemia.⁵⁸

Respecto a la edad, fue el primer eje de priorización, siendo el principal factor de riesgo para hospitalización y muerte, tanto en México como a nivel global. La presencia de comorbilidades, entre ellas enfermedades cardiometabólicas, inmunológicas e infecciones crónicas, demostraron incrementar el riesgo de hospitalización y muerte ante la infección por COVID-19. En la medida en que las comorbilidades se asocian fuertemente con la edad, se previó que vacunando por grupo de edad, independientemente de la presencia de comorbilidades, se cubriría a la población que más padece de ellas.

⁵⁷ <https://www.mexicoevalua.org/criterios-de-vacunacion-contr-covid-19-para-menores-de-edad-alrededor-del-mundo/>

⁵⁸ *Ibidem*, p. 17.

Que de las siete vacunas que se han aplicado en México solamente una de ellas esté autorizada para aplicarse en personas menores de edad, específicamente en aquellas de doce a diecisiete años, hace que sea un grupo de población con baja disponibilidad de vacunas. Este es el argumento con el que el Programa Nacional de Vacunación justifica la necesidad de estratificar, luego del criterio de edad, en función del mayor riesgo por comorbilidades.⁵⁹

El Programa Nacional de Vacunación, retomando datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, refiere que la carga de la enfermedad en personas menores de edad (cero a diecisiete años) es de alrededor del 5%, en tanto la de hospitalizaciones y defunciones del 1.6% y el 1% respectivamente.⁶⁰ En el Programa se destaca que, si bien en la tercera ola a nivel nacional hubo un incremento de las niñas, niños y adolescentes enfermos, subiendo al 8%, las defunciones no se alteraron. En las defunciones de personas menores de edad, más del 5% presentaron alguna comorbilidad que pudo haber incidido en la gravedad y pérdida de la vida: en personas de doce a diecisiete años, el 7% padecía diabetes, el 7% insuficiencia renal crónica, el 11% inmunosupresión y el 16% obesidad.⁶¹

El Programa enfatiza que “la nacionalidad, estatus migratorio, identidad y/o expresión de género, entre otras características, no son ni deben ser un motivo para impedir el acceso a la vacuna.”⁶²

Teniendo esos ejes de priorización para la vacunación, el calendario que se siguió fue el siguiente:

Surgen otros comentarios respecto al Programa Nacional de Vacunación. El primero, siendo la vacunación un componente del derecho de acceso a la salud, derecho de todas las personas, no existe justificación alguna para que no formen parte del Programa todas las personas que se encuentran en el

⁵⁹ *Ibidem*, p. 33.

⁶⁰ Tómesese en cuenta que estos datos corresponden a la incidencia del COVID-19 en personas menores de edad hasta la tercera ola, cuando no había llegado la variante ómicron que ha tenido un impacto en niñas y niños.

⁶¹ *Ibidem*, pp. 33-35.

⁶² *Idem*.

Población priorizada	Estimado de personas (en millones)	Fechas de vacunación
1. Personal sanitario que enfrenta COVID-19	1.1	De diciembre del 2020 a febrero del 2021
2. Personas de 60 años y más y personal de salud restante	14.4	De febrero a mayo de 2021
3. Personas de 50 a 59 años y embarazadas de 18 años y más (a partir del tercer mes de embarazo) Personal docente*	15.2	De mayo a junio del 2021
4. Personas de 40 a 49 años	16.2	De junio a julio de 2021
5. Resto de la población susceptible de vacunación y priorizada	49.2	De julio del 2021 a marzo del 2022

* Priorización establecida por el Gobierno federal considerando el rezago educativo pre y pos pandemia de COVID-19 en México, la posibilidad del regreso a clases presenciales lo que colocaba al personal docente en riesgo.

territorio nacional. Como se refirió *supra* la vacunación contra enfermedades forma parte del contenido esencial de dicho derecho, debiendo asegurarse a todas las personas.

La responsabilidad de un Estado por incumplimiento de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos ocurre por actuaciones de *jure* o de *facto*. El Programa establece que no podría negarse el acceso a las vacunas a personas por su condición de migrante, pero en los hechos, sobre todo en el primer año del programa, las personas no nacionales que se encontraban en el territorio no estaban siendo vacunadas. De confirmarse esto, se trató de una práctica discriminatoria.

Como se refirió *supra*, no es claro cómo se resolvió la atención prioritaria a grupos en situación de vulnerabilidad que el Programa Nacional de Vacunación previó, siguiendo el criterio de priorización por edad. Por ejemplo, tratándose de personas de una comunidad indígena o de personas privadas de la libertad ¿en qué momento fueron vacunadas?

Un aspecto muy cuestionable del Programa es el retardo en la vacunación de niñas y niños.

Si bien en octubre del 2021 se incluyó a las niñas y los niños adolescentes de doce a diecisiete años que padecieran enfermedades crónicas o que tuvieran algún tipo de padecimiento grave, y posteriormente a todos los adolescentes de quince a diecisiete años, se informó que no se consideraba aplicar vacunas contra el COVID-19 a niños menores de quince años, en tanto no existía recomendación de la OMS para hacerlo.⁶³

Excluyendo a esta población de la vacunación, entramos a la cuarta ola del coronavirus en México con la variante ómicron afectando de manera muy importante a las personas no vacunadas: a principios de febrero de 2022, había 91 000 contagios y 855 defunciones de niñas, niños y adolescentes de doce a diecisiete años.⁶⁴

En materia de infancia se ha reconocido la existencia de un principio y de la obligación de protección que debe permear toda decisión que se tome respecto de ella. El principio de interés superior mandata que los derechos de la infancia deben ser protegidos de manera integral y, en consecuencia, que las decisiones que se tomen conlleven la menor afectación a los mismos. Por otro lado, se ha establecido que los Estados tienen una obligación reforzada de protección de las niñas, niños y adolescentes a partir de la situación de vulnerabilidad en que se encuentran.

Tomando en cuenta el principio de interés superior, no puede justificarse que la política de vacunación excluya a personas menores de quince años de aquella, cuando se trata de una decisión que pone en riesgo sus derechos a la salud e inclusive a la vida. Con base en dicho principio, no podría tomarse ninguna decisión que limite o restrinja sus derechos, menos tratándose de derechos fundamentales de los que depende la sobrevivencia, el sano desarrollo, entre otros.

⁶³ *El Financiero*, 28 de diciembre de 2021, <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2021/12/28/mexico-no-considera-vacunar-a-menores-de-15-anos-lopez-gatell/>

⁶⁴ Suárez, Karina, “México rebasa los 91 000 casos infantiles de coronavirus y suma 855 muertes en menores”, *El País*, 4 de febrero de 2022, <https://elpais.com/mexico/2022-02-05/mexico-rebasa-los-91000-casos-infantiles-de-coronavirus-y-suma-855-muertes-en-menores.html>

El deber de protección reforzado que tiene el Estado respecto de las niñas, niños y adolescentes no permitiría que se tomaran medidas que, contrario a la protección, los colocara en una situación de riesgo. En los hechos, no incluir a personas menores de quince años —con la excepción de quienes tengan una comorbilidad— en el programa de vacunación, los ha expuesto de mayor manera al contagio, como lo muestran los datos de población contagiada durante la cuarta ola. No es casualidad que sean uno de los grupos poblacionales que más se ha contagiado.

Es una contradicción que se permita la vacunación de niñas y niños con comorbilidades, argumentando la situación de riesgo en que pueden encontrarse en caso de contagio, y se niegue al resto acceder a la vacunación, lo que los ha colocado en una situación de riesgo. En lo que va de la pandemia, nunca como ahora las y los niños se han contagiado, en tanto las personas mayores son el grupo etario con menos contagios. La razón que explica el mayor contagio respecto de los primeros y la inmunidad respecto de las segundas, es la vacunación.

Finalmente, no puede perderse de vista que la obligación de garantía le impone al Estado tomar las medidas necesarias para que todas las personas puedan gozar de ese derecho. Que desde la política de vacunación se limite el acceso a la vacunación de las niñas y los niños, conlleva la violación de esta obligación por parte del Estado mexicano.

V. CONSIDERACIONES FINALES

La aplicación del derecho internacional de los derechos humanos en el ámbito nacional debe ocurrir también a través de la elaboración de políticas públicas y marcos legislativos conformes con aquel. Parece un sin sentido que el artículo 1o. de la Constitución reconozca los derechos humanos incluidos en tratados internacionales ratificados por el Estado y los marcos legales y las políticas no se elaboren y ajusten con base en el ordenamiento internacional.

Que el control de convencionalidad se haya entendido como un ejercicio exclusivo del ámbito judicial, responde sin duda a lo que implica su ejercicio,

pero la evolución jurisprudencial que ha tenido esta figura, así como la obligación de garantía de los derechos humanos, nos hablan de la necesidad de extender su ejercicio más allá de la labor jurisdiccional.

Una interrogante durante la escritura de esta contribución, fue qué debe suponerse que el control de convencionalidad se ejercite tratándose de políticas públicas ¿exclusivamente el contraste de aquellas con las normas internacionales, ubicando el contenido claramente inconvencional? ¿o también que aquellas se elaboren con base en el contenido de los derechos y las obligaciones internacionales?

La emergencia sanitaria que vivimos nos impone que las medidas que se impulsan para la atención sanitaria de las personas y para combatirla se elaboren conforme a los estándares internacionales relativos al derecho a la salud. El repaso de ellos nos confirma la amplitud y la riqueza que existe y la distancia enorme que hay entre estos desarrollos y las políticas públicas que se impulsan.

La persona lectora seguramente advirtió que hay un nivel de reflexión que es el contenido de las políticas públicas y su conformidad con los tratados de derechos humanos y su jurisprudencia, y otro nivel que se refiere a su aplicación en la realidad. Si bien el análisis de ambos niveles es relevante para verificar el diseño e implementación de decisiones conforme al derecho internacional, esta contribución se limitó exclusivamente al primer nivel, el contenido de las políticas.

Estas reflexiones son una invitación a que las y los funcionarios a cargo de la elaboración de políticas públicas, se tomen en serio su deber de garantizar los derechos humanos y coadyuven a que aquellas estén permeadas por los estándares desarrollados. Pautas y pistas para avanzar en este sentido las hay.

Una sociedad en que los derechos humanos, y los sociales en particular, se efectivicen, será más justa y equitativa. Estoy convencida de que la vía más idónea y duradera es a través de la elaboración de políticas públicas con perspectiva de derechos humanos.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce a la epidemia de enfermedad por el virus SARS-COV-2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha pandemia, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de marzo de 2020.
- Acuerdo por el que se da a conocer el medio de difusión de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2 para la prevención del Covid-19 en México, *Diario Oficial de la Federación*, 8 de enero de 2021.
- Acuerdo por el que se establece como una acción extraordinaria en materia de salubridad general, que los gobiernos de las entidades federativas en su calidad de autoridades sanitarias, así como las personas físicas y morales de los sectores social y privado, integrantes del Sistema Nacional de Salud, coadyuven con la Secretaría de Salud Federal en la implementación de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2 para la prevención de la COVID-19 en México, *Diario Oficial de la Federación*, 25 de enero de 2021.
- Consejo de Salubridad General, *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia*.
- Cruz Parceros, Juan Antonio, “La discusión filosófica sobre la Guía Bioética” en Ortiz Millán, Gustavo y Medina Arellano, María de Jesús (comps.), *Covid-19 y bioética*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Serie Doctrina Jurídica, núm. 924, 2021, pp. 331-337.
- Decreto por el que se establecen acciones extraordinarias en las regiones afectadas para combatir la enfermedad generada por el virus SARS-COV-2, *Diario Oficial de la Federación*, 27 de marzo del 2020.
- García Ramírez, Sergio, *Control judicial de convencionalidad*, México, vol. I, Poder Judicial del Estado de Aguascalientes, 2012.
- García Ramírez, Sergio y Morales Sánchez, Julieta, *La reforma constitucional sobre derechos humanos (2009-2011)*, México, Porrúa, 2011.
- Gobierno de México, *Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-cov-2 para la prevención del COVID-19 en México*, Documento rector, versión 7, 28 de septiembre del 2021.

Morales Sánchez, Julieta, “Propuestas para la aplicación del control de convencionalidad en sede legislativa y ejecutiva”, en Guerrero Agripino, Luis Felipe y Astrain Bañuelos, Leandro (coords.), *Para lo que sirve el derecho... Estudios jurídicos sobre la obra de Sergio García Ramírez*, Universidad de Guanajuato (en prensa).

TRATADOS INTERNACIONALES Y JURISPRUDENCIA

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General Núm. 14*, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de la salud (artículo 12), 2020.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, *Declaración sobre el acceso universal y equitativo a las vacunas contra la COVID-19*, adoptada el 27 de noviembre de 2020.

CIDH, *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*, Resolución 1/2020, adoptada el 10 de abril de 2020.

CIDH, *Las vacunas contra el COVID-19 en el marco de las obligaciones interamericanas de derechos humanos*. Resolución 1/2021, adoptada el 6 de abril del 2021.

Corte IDH, *Caso Almonacid Arellano y otros vs. Chile*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de septiembre de 2006. Serie C Núm. 154.

Corte IDH, *Caso Trabajadores Cesados del Congreso (Aguado Alfaro y otros) vs. Perú*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2006. Serie C Núm. 158.

Corte IDH, *Caso Cabrera García y Montiel Flores vs. México*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de noviembre de 2010. Serie C Núm. 220.

Corte IDH, *Caso Gelman vs. Uruguay*. Fondo y Reparaciones. Sentencia de 24 de febrero de 2011. Serie C Núm. 221.

Corte IDH, *Caso Masacres de Río Negro vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de septiembre de 2012, Serie C Núm. 250.

- Corte IDH, *Caso Gudiel Álvarez y otros (“Diario Militar”) vs. Guatemala*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 noviembre de 2012. Serie C Núm. 253.
- Corte IDH, *Caso Masacre de Santo Domingo vs. Colombia*. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 30 de noviembre de 2012. Serie C Núm. 259.
- Corte IDH, *Caso Mendoza y otros vs. Argentina*. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013. Serie C Núm. 260.
- Corte IDH, *Caso Suárez Peralta vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C Núm. 261.
- Corte IDH, *Caso de Personas dominicanas y haitianas expulsadas vs. República Dominicana*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de agosto de 2014. Serie C Núm. 282.
- Corte IDH, *Caso Rochac Hernández y otros vs. El Salvador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 14 de octubre de 2014. Serie C Núm. 285.
- Corte IDH, Opinión Consultiva OC-21/14. *Derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional*. Opinión Consultiva OC-21/14 de 19 de agosto de 2014. Serie A Núm. 21.
- Corte IDH, Titularidad de derechos de las personas jurídicas en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (Interpretación y alcance del artículo 1.2, en relación con los artículos 1.1, 8, 11.2, 13, 16, 21, 24, 25, 29, 30, 44, 46, y 62.3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como del artículo 8.1 A y B del Protocolo de San Salvador). Opinión Consultiva OC-22/16 de 26 de febrero de 2016. Serie A Núm. 22.
- Corte IDH, La institución del asilo y su reconocimiento como derecho humano en el Sistema Interamericano de Protección (interpretación y alcance de los artículos 5, 22.7 y 22.8, en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos). Opinión Consultiva OC-25/18 de 30 de mayo de 2018. Serie A Núm. 25.

Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.

OACNUDH, *Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y la aplicación*, 2012.

SCJN, *Expediente Varios 912/2010*, 14 de julio de 2011.

Tomo 4

La década COVID en México

Estado de derecho

La pandemia puso a prueba el funcionamiento de las democracias constitucionales en diversas partes del mundo. El objetivo de este volumen es contribuir a la comprensión de las repercusiones de la emergencia sanitaria por COVID-19 en el Estado de derecho mexicano. Las reflexiones aquí fomentadas subrayan la importancia de la aplicación del derecho convencional por parte del Estado en la gestión la pandemia, junto a la necesidad de que existan contrapesos y controles constitucionales respecto de las medidas impulsadas por el Gobierno para afrontar la emergencia. Proponen un diagnóstico sobre la capacidad de respuesta del sistema federal mexicano para contener la propagación del virus y proteger a la población más vulnerable. Destacan los esfuerzos institucionales a fin de garantizar la participación política ciudadana y la renovación pacífica, libre y ordenada de los órganos de representación popular en contextos extraordinarios. Finalmente, centran la atención en la creciente militarización del país que, si bien tiene un origen anterior, durante la pandemia se ha profundizado, ampliado y diversificado, lo que pone en riesgo los derechos humanos y la naturaleza democrática del Estado.



SECRETARÍA GENERAL

Universidad Nacional Autónoma de México



DGCS
Dirección General de Comunicación Social



COORDINACIÓN
DE HUMANIDADES