



<https://doi.org/10.24245/mim.v39i4.8090>

COVID-19: entre el padecer y el derecho a la protección de la salud

COVID-19: Between suffering and the right to health protection.

David Alejandro Cabrera Gaytán,¹ Liliana Angélica Alfaro Martínez²

Resumen

Cada evento sanitario es un reto y la pandemia de COVID-19 no ha sido la excepción. Diversas publicaciones científicas y periodísticas han dado a conocer la magnitud del problema, pero también los aciertos y debilidades en la atención conforme a las capacidades y marco jurídico. En este sentido, en este documento se retoma parte de ello con insistencia en el origen del dato, en el interrogatorio del estudio epidemiológico y el quehacer diario del personal de epidemiología de las unidades médicas y su relevancia para el sistema de salud.

PALABRAS CLAVE: COVID-19; estudio epidemiológico; sistema de salud.

Abstract

Every health event is a challenge, and the COVID-19 pandemic has been no exception. Various scientific and journalistic publications have disclosed the magnitude of the problem, but also the successes and weaknesses in compliance with the capacities and legal framework. In this sense, in this document part of it is taken up with emphasis on the origin of the data, on the interrogation of the epidemiological study and the daily work of the epidemiology staff of the medical units and its relevance for the health system.

KEYWORDS: COVID-19; Epidemiological study; Health system.

¹ Coordinación de Calidad de Insumos y Laboratorios Especializados, Instituto Mexicano del Seguro Social.

² Hospital de Ginecología y Obstetricia con Medicina Familiar núm. 60 en México Oriente, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Recibido: 29 de septiembre 2022

Aceptado: 4 de octubre 2022

Correspondencia

David Alejandro Cabrera Gaytán
david.cabrerag@imss.gob.mx

Este artículo debe citarse como:
Cabrera-Gaytán DA, Alfaro-Martínez LA. COVID-19: entre el padecer y el derecho a la protección de la salud. Med Int Méx 2023; 39 (4): 658-663.



Desde el inicio de la pandemia el mundo ha tenido que enfrentar el miedo, angustia e incertidumbre a lo desconocido provocados por los riesgos inherentes a una enfermedad, con la esperanza de que cada país aplique los mecanismos estatales pertinentes, a través de sus instituciones públicas para hacer frente a este fenómeno mundial por una problemática sanitaria, llamada la pandemia de COVID-19.

En México, la Carta Magna en su artículo 4^o establece el derecho humano de la protección a la salud de los mexicanos. El cumplimiento de éste es una obligación fundamental del Estado que persigue el bienestar de las personas, por lo que desatender esta obligación repercute negativamente en otros derechos humanos debido a los principios de indivisibilidad e interdependencia.¹

Se han dado a conocer en varios foros y publicaciones los señalamientos en términos de manejo de información, así como comunicación de riesgo para la población y de los trabajadores de la salud, tanto a nivel nacional^{2,3,4} como internacional.^{5,6,7} Por ejemplo, el doctor Narro Robles externó los cinco puntos que no se han cumplido en México para la atención de la pandemia: *a) respuesta oportuna, b) sistema de información confiable, c) liderazgo de la autoridad para el consenso, d) toma de decisiones con sustento científico y e) comunicación de riesgos a la sociedad.*⁴ Empero, se han olvidado involuntariamente de quienes registran y generan la información que, generalmente, es el mismo personal operativo de las unidades médicas, quien solidariamente ha cumplido con horarios laborales que rebasan por mucho los de su contratación sin oportunidad de recibir una capacitación oportuna para el registro de datos (en especial, aquéllos de nueva contratación), y se ha expuesto a otras condiciones de riesgo sanitario, laboral y social, francamente adversas.

Desde el inicio de la pandemia, para ellos existió incertidumbre y ésta continúa presente (al menos

en algunos sectores). Las medidas de prevención y control que debió imponer la máxima autoridad en salud fueron opcionales y, por ende, cuestionadas. *“Se optó por exponer a la sociedad para no incumplir las indicaciones políticas”.*⁴

Los medios de comunicación y las redes sociales tuvieron tsunamis de inconformidades, entre las que destacó un personal de salud con temor, desesperación y frustración por las largas jornadas de trabajo; además de segregación por las autoridades a ser beneficiados con un esquema de vacunación contra COVID-19 por la separación innecesaria en “personal de salud de primera línea” y “otros”, lo que permitió a los primeros ser vacunados, y los segundos, que debieron esperar a que su grupo de edad se los permitiera (modelo prioritario de la justicia conmutativa),⁸ mismos que también fueron sujetos de señalización y agresiones verbales y físicas por parte de una minoría estridente e ignorante,⁹ tuvieron que ver y conocer a compañeros enfermos y en condiciones críticas;¹⁰ sufrieron la angustia y pánico sobre la posibilidad de enfermar o, peor aún, nunca tuvieron la certeza de saber si saldrían con vida en el supuesto de llegar a padecer neumonía por COVID-19. Por otro lado, se evidenció una sociedad indolente y apática para su cuidado personal y colectivo, lo que complicó aún más el escenario.

Los efectos de la pandemia repercutieron también en los familiares de las personas enfermas, quienes padecieron la asimetría de información sobre las condiciones de sus familiares dentro de las unidades hospitalarias, con la restricción de verles y brindarles consuelo; sobre todo, en aquéllos que vieron entrar enfermos (aún con vida, en su último abrazo y aliento que percibieron) y vieron salir solo sus cenizas al final de la existencia de sus seres queridos (en especial en etapas iniciales de la pandemia). Antonio Corral refiere que *“el enfermo se encuentra en una isla con el mínimo contacto con su familia [...] Y es que el enfermo cuando entra en el hospital es sometido a máquinas, aparatos que no le dan ninguna explicación,*

entre análisis y radiografías, exploraciones que no sabe para qué son ni lo que buscan, que lo aturden y que nadie le aclara nada, en medio de los cuales escucha pocos alientos, pocas palabras; se encuentra perdido".¹¹

La llegada de la COVID-19 a México, aunada a los errores en la emisión de políticas públicas para su contención, se tradujo en miles de mexicanos fallecidos directamente por esta enfermedad; otros sin la oportunidad de contar con un diagnóstico final (por la inaccesibilidad de las pruebas diagnósticas); quienes fallecieron por otras causas por el miedo a contagiarse (política de "quédate en casa"); los que no tuvieron oportunidad de atención médica por la COVID-19 o cualquier otro padecimiento.

Una relación difícil, pero que debe ser retomada más que nunca: relación médico-paciente, donde *"...el médico como el enfermo no se sientan solos como en una isla en medio de la desolación. [...] El éxito es haber servido y hacer el bien"*.¹²

Desde luego, se vieron gestos de actitud comprometida entre el personal de salud, como quienes señalaron el trato inequitativo, indolente e inseguro hacia sus pares para la atención de personas con sospecha o confirmación de la enfermedad sin el equipo de protección personal correspondiente.¹³ Todo esto ahora se sabe, no solo por el desarrollo del periodismo y sus medios de divulgación, sino también del *"desarrollo social y a la tecnología [...], y lo que sucede casi en cualquier lugar es conocido en todas las partes de inmediato"*.¹⁴

En materia de información, la pandemia ha sido todo un reto. Una situación contradictoria fue la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica alterno (cuando se contaba con un sistema de vigilancia robusto de influenza y otros virus respiratorios, denominado SISVEFLU),¹⁵ así como la aplicación del modelo de vigilancia

centinela de una enfermedad nueva de potencial pandémico.³

Una problemática igualmente relevante corresponde a la infodemia masiva, la cual, si bien ha tenido muchos aciertos que han sido benéficos, también ha generado importantes controversias con un fuerte efecto a nivel científico y social, ya que, si bien a partir de la introducción de la COVID-19 se inició una ardua tarea para la generación de nuevo conocimiento, mucho de éste provino de fuentes apócrifas y con poco o nulo sustento científico.

Empíricamente el patólogo Javier Baquera compartió el siguiente cuestionamiento: *"¿Sabemos qué buscamos en las autopsias COVID? Creo que no del todo"*.¹⁶ Al hacer el mismo planteamiento: *¿Sabemos qué se obtendrá de un estudio epidemiológico de caso de una enfermedad nueva? Antes de contestar, es necesario recordar que "... La medicina está regulada por el derecho, y la manera en que el derecho incide en las prácticas cotidianas de aquella"*.¹⁷

Por lo anterior, en México se otorgaron facultades para la instrumentación de la política pública en materia de vigilancia epidemiológica, a través del Acuerdo Secretarial núm. 130,¹⁸ por el cual se creó el Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), el cual es un *"órgano colegiado a nivel federal interdisciplinario responsable de las políticas de vigilancia epidemiológica en el que participan las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud"*, que es la *"instancia responsable de unificar y homologar los criterios, procedimientos y contenidos para el funcionamiento de la vigilancia epidemiológica del país, conforme a la normatividad vigente"*.¹⁹

En este sentido, el paradigma radica en contar con un instrumento estructurado, estandarizado y consensuado para recabar la información de cada persona que cumpla la definición operacional de caso de cierta enfermedad su-



jeta a vigilancia epidemiológica, el cual es el denominado estudio epidemiológico, que normativamente se entiende como *“la investigación sistemática de las características de un caso y del contexto epidemiológico en el que éste ocurre”*; que es, más allá de la cumplimentación de datos en un formato estandarizado, la aplicación de métodos (científico y epidemiológico) de forma continua sobre las particularidades de interés de una persona en sus variables epidemiológicas (tiempo, lugar y persona). La realización de este instrumento es un quehacer cotidiano en los establecimientos de salud nacional e internacional; son la génesis individualizada del origen de los datos sociodemográficos, clínicos, factores de exposición y seguimiento para poder describir una enfermedad. La conjunción y análisis de dichos estudios epidemiológicos de caso plantean un reto mayúsculo.

El estudio epidemiológico de caso es más que un cuestionario que revela información, como lo hace el instrumento cotidiano del médico: la historia clínica; con la salvedad que la distinción entre el estudio de la medicina tradicional con respecto a la epidemiología ha radicado en contar con grupos de comparación²⁰ y es *“información para la acción”*, todos ellos basados en la observación; por ello, *“la ciencia empírica es [el] mayor esfuerzo sistémico y reflexivo para aprender de la experiencia”*,²¹ porque al fin y al cabo, la conjunción de esfuerzos y disciplinas han sido la respuesta para conocer que el humo del tabaco causa cáncer, que el agua contaminada de un grifo de una ciudad originó cólera, que la pelagra no es una infección sino una deficiencia vitamínica, que el escorbuto no era un mal propio de marinos.

El sistema de vigilancia epidemiológica requiere capacidad analítica e interpretativa, genera cuestionamientos, demanda tendencias o patrones, identifica variaciones, despeja dudas y supersticiones, además de que evoca *“neo-cuestionamientos”*, con el objetivo de generar

“la aplicación de mecanismos específicos para la disponibilidad de información integral en apoyo a las acciones de prevención y control”.¹⁹

Por la forma en que se instrumenta la vigilancia, no solo se estudia una enfermedad en la población, sino también otras determinantes de afectación social, dado que, en el sistema de acciones y decisiones organizadas de los actores, están insertos servicios gubernamentales, tal como Sigerist expresó *“no solo requiere medidas médicas, sino otras económicas y sociales más amplias [...] el producto de la salud pública es, en última instancia, político”*.²²

La implementación de mecanismos de identificación de una persona con sospecha de la COVID-19 se realiza con base en un principio de legalidad, estipulado por un conjunto de normas, el cual es continuo, permanente (continuidad), basado en la evidencia científica y, por tanto, sujeto a una racionalidad relativa y circunstancial.

Los datos aportados por el sistema de vigilancia epidemiológica proporcionan un aprendizaje para defendernos de una próxima gran pandemia (aunque ésta aún no culmine).

Tapia Conyer refiere que la epidemiología y la vigilancia epidemiológica han evolucionado; *“la primera como disciplina necesaria para avanzar en el conocimiento de la medicina, mientras que, la segunda como una práctica fundamental para proteger la salud de la población”*;²³ incluso, más allá, como un brazo instrumentador de la política pública en materia de salud.

De acuerdo con el modelo mexicano, el fundamento para la vigilancia epidemiológica está en la Ley General de Salud, así como en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA-2-2013, para la vigilancia epidemiológica¹⁹ específica para ello, donde la función administrativa del Estado se decanta en el modelo de realizar la vigilancia epidemiológica con la suma de actores institu-

cionales sustentados en el Acuerdo Secretarial núm. 130.¹⁸ Por ello, ante esta pandemia se requiere la conjunción de voluntades y conocimientos, que se vean reflejados en la salvaguarda de la salud de la población. Esta enfermedad no ha terminado de enseñarnos todo.

La epidemiología y su brazo ejecutor (vigilancia epidemiológica) seguirán definiendo las prioridades y necesidades estatales para cumplir el derecho universal a la protección a la salud, que en sentido estricto y abstracto es inconmensurable; con el objeto de implementar las medidas de prevención y control que están dispuestas en el artículo 139 de la Ley General de Salud,²⁴ como son la confirmación diagnóstica, aislamiento, observación, descontaminación, aplicación de vacunas, inspección de pasajeros; donde *“la Secretaría de Salud dictará inmediatamente las medidas indispensables para prevenir y combatir los daños a la salud”* en el supuesto que se encuentre en *“situaciones de emergencia o catástrofe que afecten al país”*, como se menciona en el artículo 181 de la misma ley, las cuales se han aplicado y funcionado para combatir diversas enfermedades en el mundo.

El punto es establecer la temporalidad, definir las instituciones que lo ejerzan, definir los sujetos a estas disposiciones y los mecanismos para aplicarlos. Bien señaló López-Cervantes sobre la *“nueva realidad”*, en función a estas medidas: *“¿Acaso alguien habrá pensado de verdad que a partir de ahora y para siempre dejaremos de tener fiestas, reuniones, viajes, vacaciones y todo lo demás que implica convivencia personal?”*.¹⁴ Así como la observación evocadora, retadora y reflexiva al hacer una analogía entre el confinamiento domiciliario y reducir los decesos derivados de los accidentes de tráfico: *“...dejar el coche en casa. Inapelable respuesta. Quizás poco práctica”*.²⁵ Si bien las medidas de cuarentena son efectivas, también es cierto que son difíciles de implementar, pero ¿hasta cuándo?; no es lógico ni posible establecerlas por toda la eter-

nidad ni son la solución a largo plazo; el hecho de limitar las acciones del individuo restringen el ejercicio de algunos derechos plasmados en la Carta Magna (autonomía, privacidad, libertad).

A nivel individual, el profesional de la salud no está obligado a lograr la curación (más en ausencia de una intervención terapéutica), pero sí al uso de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica, contextos y circunstancias (trato humano, conocimiento técnico y respetar la normatividad técnica que rige en la materia). Pero en salud pública, es fundamental aplicar el modelo preventivo, es decir, el que comprende un conjunto de acciones estatales instrumentadas y dirigidas a evitar o disminuir el riesgo de aparición de enfermedades, así como las medidas pertinentes para reducir o detener las consecuencias de las enfermedades, con la finalidad de buscar un mejor nivel de salud general.²⁶

Uno de los planteamientos es que la ejecución de la política pública en salud sea materializada en ley y sea el *lex artis* que conduzca a estas actuaciones por parte del Estado, por lo que un riesgo en el ámbito constitucional son las reformas que responden a modas, ya que provocan que *“la política pública resulte ineficaz, a pesar de (tener) un sustento constitucional”*.²⁶

Más allá de los errores como sociedad o gobierno, llegamos al punto de reflexionar sobre nuestro destino y cómo lo haremos durante este tiempo y el posterior a la pandemia. Es tiempo de elegir en lugar de la confrontación, el consenso; por la sincronía, y no la anacronía; en lugar de la contradicción, la corrección; no permitir que prevalezca la indolencia sobre la humildad; la apatía sobre la simpatía; la divergencia irracional sobre la convergencia. La miopía nos impide ver la realidad. *“Culpar a la intromisión política es cómodo, pero creo que el problema es mucho más profundo”*,²⁵ porque no solo se requieren acciones de gobierno, sino también las de la sociedad, que son indispensables para hacer frente



a esta pandemia para aprender a convivir entre nosotros y coexistir con un agente viral; queda en nosotros continuar con la aplicación de medidas preventivas para que se creen condiciones de estacionalidad de la enfermedad, porque ante mayor transmisión, mayor cantidad de personas infectadas y, por ende, aumenta la probabilidad de generar más variantes y linajes del virus. Si bien se llegó a externar que con la aparición de Ómicron se vería una luz para su fin, solo se han apreciado más linajes y sublinajes de esa variante que han originado brotes en otros países y en México; la inmunidad generada por Ómicron no conducirá a la extinción del virus, pero sí cambiará el curso de la pandemia.²⁷ La respuesta ya la tenemos, es colectiva, solidaria y empática.

REFERENCIAS

1. Illán ME, Hernández MC. El derecho a la salud es un derecho humano. *Rev CONAMED*. 2021; 26 (2): 89-94. doi:10.35366/100351.
2. Frenk J, Gómez-Dantés O. COVID-19 y salud global diez reflexiones. *Nexos*. 2020; 43 (511): 20-22.
3. Ximénez-Fyvie LA. Un daño irreparable. La criminal gestión de la pandemia en México. Ciudad de México. Planeta; 2021.
4. Narro Robles, J. Casos de covid-19 entre los casos probables de influenza. En: Ramos Pérez, J, Roldán M (coord.). La historia oscura detrás de la pandemia. El baile de cifras de López-Gatell. México: La Silla Rota/Grijalbo/Penguin Random House Grupo Editorial. Primera edición digital. 2020.
5. Agren D. Mexican President López Obrador draws doctors' ire. *Lancet* 2020; 395: 1601. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31198-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31198-3).
6. Sánchez-Talanquer M, González-Pier E, Sepúlveda J, Abascal-Miguel L, et al. Mexico's response to COVID-19: A case study. *UCSF Institute for Global Health Sciences* 2021.
7. Knau FM, Touchton M, Arreola-Ornelas H, Atun R, Calderon-Anyosa RJC, Frenk J, Martínez-Valle A, et al. Punt politics as failure of health system stewardship: Evidence from the COVID-19 pandemic response in Brazil and Mexico. *Lancet Regional Health – Americas* 2021 (4): 100086. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100086>.
8. México, Secretaría de Salud. 242. Presenta Secretaría de Salud Política Nacional de Vacunación contra COVID-19. 2020. <https://www.gob.mx/salud/prensa/242-presenta-secretaria-de-salud-politica-nacional-de-vacunacion-contra-covid-19>.
9. Observatorio Nacional Ciudadano. Responsabilidad y corresponsabilidades en las agresiones a personal sanitario en México en el contexto de la COVID-19. 2021.
10. Roldán M. La Silla Rota. "Me duele ver a mis compañeros del INER intubados". 2020..
11. Corral CA. Elogio y nostalgia del médico de cabecera. Año Conmemorativo del 250 Aniversario de la Fundación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. 1981. En: García SE. Ser médico en la pandemia. *Rev CONAMED* 2021; 26 (2): 95-97. doi:10.35366/100352.
12. García SE. Ser médico en la pandemia. *Rev CONAMED* 2021; 26 (2): 95-97. doi:10.35366/100352.
13. Flores E. La Silla Rota. "Chillones, atiendan sin protección": así viven médicos en formación. 2020.
14. López Cervantes M. La necesidad impostergable de un nuevo plan. En: Ramos Pérez, J, Roldán M (coord.). La historia oscura detrás de la pandemia. El baile de cifras de López-Gatell. México: La Silla Rota/Grijalbo/Penguin Random House Grupo Editorial. Primera edición digital. 2020..
15. Cabrera Gaytán DA, Grajales-Muñiz, Rojas-Mendoza T. La COVID-19, una nueva cara con viejos contextos. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2022; 40 (1): e346273.
16. Baquera Heredia J. 2020: El verano del COVID. Sin publicar.
17. Cossío Díaz JR. Un modelo jurídico para el modelo médico curativo. En: Cossío Díaz JR, Pérez Tamayo R (coord.). Modelos médicos y modelos jurídicos. México: El Colegio Nacional/Tirant Lo Blanch.
18. México, Presidencia de la República. Acuerdo Secretarial No. 130. Diario Oficial de la Federación 1995. http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5288225.
19. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica. Diario Oficial de la Federación 2013. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013.
20. Susser M. What is a cause and how we know one? A grammar for pragmatic epidemiology. *Am J Epidemiol* 1991; 133 (7): 635-47. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a115939.
21. Broadbent A. *Philosophy of Epidemiology*. London: Palgrave MacMillan 2013: 10.
22. Sigerist HE. Disease and economics. In: *Civilization and disease*. Chicago, USA: The University of Chicago Press; 1943.
23. Tapia Conyer R. Editorial. La importancia de la vigilancia epidemiológica en los servicios de medicina preventiva. *Salud Pública Mex* 1996; 38 (5): 315-6.
24. México, Secretaría de Salud. Ley General de Salud.
25. Montes de Oca Arbolea R. Un modelo jurídico para la medicina preventiva. En: Cossío Díaz JR, Pérez Tamayo R (coord.). Modelos médicos y modelos jurídicos. México: El Colegio Nacional/Tirant Lo Blanch.
26. Mateo Escobar M. El fracaso de la epidemiología: el cólera, las mascarillas, los bares y los test. 2021. <https://www.hayderecho.com/2021/02/08/el-fracaso-de-la-epidemiologia-el-colera-las-mascarillas-los-bares-y-los-test/>.
27. Hanage W. Ómicron no es el final de la pandemia. Pero sí la cambiará. 2022. <https://www.nytimes.com/es/2022/01/19/espanol/opinion/omicron-covid.html>.