

Violencia y pandemia por COVID-19: punto de vista de médicos acerca de escasos recursos en salud durante situaciones críticas

Violence and pandemic by COVID-19: physicians' views on scarce resources for health in critical situations

Ivette María Ortiz Alcántara*

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte (IBME)
der Universität Zürich, Suiza

Felicitas Holzer**

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte (IBME)
der Universität Zürich, Suiza

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n1.05>

Resumen

El objetivo del presente artículo es el de Contribuir al conocimiento y reflexión sobre las experiencias que enfrenta el personal médico en

* Estudiante de doctorado en Ética Biomédica y Derecho. Médico en el Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte (IBME) der Universität Zürich. Correo electrónico: ivette.ortiz@ibme.uzh.ch <https://orcid.org/0009-0000-5175-859X>

** Investigador en el Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte (IBME) der Universität Zürich. Correo electrónico: felicitas.holzer@ibme.uzh.ch <https://orcid.org/0000-0002-3674-0241>

Recepción: 02/04/2024 Aceptación: 11/07/2024

situaciones críticas. Se llevaron a cabo once entrevistas a médicos en diversas regiones del país, utilizando un guion elaborado a partir de una revisión de la literatura en artículos académicos y medios de comunicación en línea. Con los datos recopilados, se construyó una matriz y se realizó un análisis temático. Se identificaron cinco conjuntos de temas: (i) Información general de los médicos y motivos para trabajar en zonas críticas; (ii) efectos de la violencia y la pandemia por COVID-19 en la prestación de servicios de salud; (iii) Recursos en salud; (iv) La ambivalencia del triaje: alivio ante la escasez, pero descontento moral hacia los médicos y (v) Gobernanza y políticas públicas. Como conclusiones se puede decir que la interacción de dos situaciones críticas, la violencia y la pandemia de COVID-19, plantea desafíos éticos que requieren una reflexión profunda.

Palabras clave: violencia y servicios de salud, trabajo médico.

Declaración de conflicto de Interés

Ningún conflicto de interés que declarar

1. Introducción

El sistema de salud¹ en México constituye un componente esencial para garantizar el derecho fundamental a la protección de la salud, el cual no solo implica una atención médica oportuna y adecuada, sino también la observancia de elementos fundamentales como la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud. La accesibilidad se refiere a la eliminación de barreras que puedan obstaculizar el acceso a los servicios de salud, mientras que la disponibilidad implica la existencia suficiente de recursos como instalaciones, equipa-

¹ El sistema de salud de México se compone de las siguientes instituciones públicas: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR). Servicios Estatales de Salud (SESA); y el sector privado. *Sistema de salud de México*. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262501775_Sistema_de_salud_de_Mexico

miento y personal para garantizar el ejercicio de este derecho para todas las personas. Por último, la calidad se refiere al nivel de excelencia en la prestación de los servicios de salud, lo que aumenta las probabilidades de obtener resultados favorables para la salud de la población (1).

Sin embargo, el cumplimiento de estos elementos ha enfrentado grandes desafíos derivados de dos situaciones críticas. En primer lugar, la persistente y arraigada violencia en ciertas regiones del país. Organismos internacionales como Médicos sin Fronteras han documentado que la presencia de grupos delictivos en ciertas zonas ha provocado que el personal de salud migre de esas regiones o incluso las eviten por completo, lo que ha resultado en la interrupción de los servicios de salud en dichas localidades (2,9).

En segundo lugar, a principios del año 2020, la pandemia por COVID-19, una emergencia a nivel mundial impactó el sistema de salud mexicano. Esta crisis sanitaria exacerbó las deficiencias preexistentes en el sistema de salud, marcado por una falta crónica de inversión, recientes recortes al presupuesto y diferentes reformas que dieron lugar a una escasez de personal capacitado y a la insuficiencia de recursos para enfrentar a la crisis sanitaria (3).

En el presente artículo se exponen los resultados derivados de un estudio exploratorio basado en entrevistas realizadas a médicos mexicanos, algunos de los cuales desempeñan sus labores en regiones del país caracterizadas por altos niveles de violencia. Además, se muestra la influencia y la interacción de dos situaciones críticas, a saber, la violencia y la pandemia de COVID-19, sobre los recursos médicos y la disponibilidad de personal sanitario en el contexto del sistema de salud mexicano.

En la segunda sección de este documento se procede a discutir, a partir de las narrativas obtenidas de las conversaciones con los participantes, principalmente problemas normativos, así como los principios éticos, valores y cuestiones de salud pública. Se realiza un análisis que contempla tanto a nivel micro como de macro asignación. No obstante, es importante destacar que esta discusión muestra temas y áreas de estudio que requieren futuras investigaciones.

2. Escasos recursos en el Sistema de Salud en México

La asignación de recursos implica priorizar las necesidades en función de su urgencia y el potencial beneficioso que generen, o el menor daño que puedan ocasionar. Este proceso puede ser entendido desde dos perspectivas principales: En primer lugar, la asignación a nivel micro implica la deliberación sobre qué persona recibirá un recurso específico y en qué orden lo obtendrá. Por ejemplo, el uso de una cama hospitalaria o un ventilador mecánico; la asignación de tratamientos o medidas terapéuticas individuales. Estas decisiones se toman a nivel hospitalario y están directamente vinculadas al contexto del paciente o, en su caso, con el estado de salud de una localidad o población.

Por otro lado, la asignación a nivel macro se refiere a un ámbito de mayor magnitud, como la distribución de presupuestos o la priorización de programas de salud, ya que la atención médica no es el único bien importante, por lo que se requiere discernir sobre otras necesidades dentro del sistema (4).

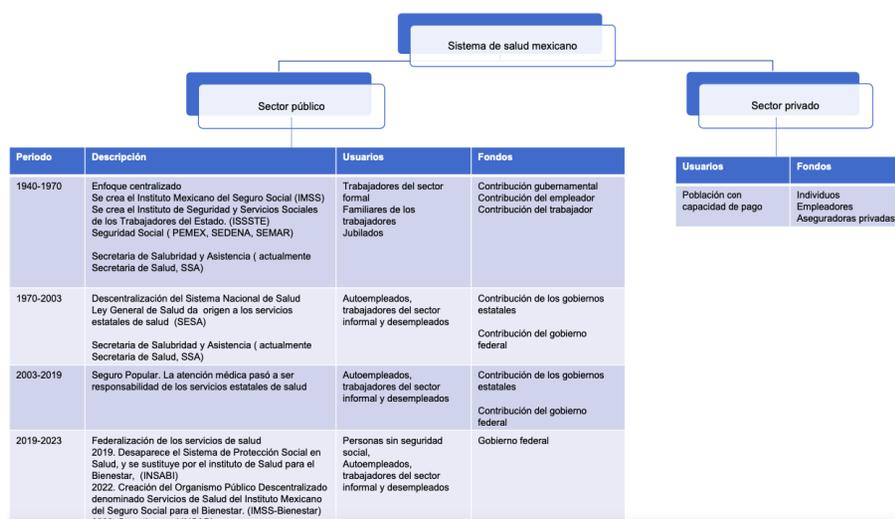
Para garantizar su funcionamiento y la distribución equitativa de los recursos necesarios, el Sistema de Salud Mexicano (SSM), se configura a partir de dos componentes principales: del sector público y el privado. En la Tabla 1, se muestran algunas características de ambos sectores que describen cambios fundamentales en diferentes periodos temporales. Mientras que el sector privado, proporciona servicios a aquellos individuos con capacidad económica para sufragar los costos asociados, el sector público se encarga de brindar atención a quienes cuentan con un empleo formal y aquellos desprovistos de seguridad social (5).

Sin embargo, este sector público enfrenta limitaciones incluso para los individuos derechohabientes,² ya sea por la falta de estable-

² Derechohabiente: a los trabajadores, pensionados y familiares derechohabientes. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE.pdf>

cimientos de salud cercanos o, en casos donde estos existen, por la insuficiencia de personal médico o recursos materiales para cubrir las necesidades en salud de la población (6).

Tabla 1. Características del Sistema de Salud en México



Fuente: elaboración propia con información de Gómez O. Sistema de Salud en México [Internet]. 2011; 53:s220-s232. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262501775_Sistema_de_salud_de_Mexico

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo. México: CONEVAL; 2023. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/E_Derecho_Salud_2023.pdf

Derechohabiente IMSS: derechohabientes o derechohabiente: el asegurado, el pensionado y los beneficiarios de ambos, que en los términos de la ley tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto. Fracción XIII del art. 5 a. de la Ley del Seguro Social. Disponible en: https://portalhcd.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/PortalWeb/Leyes/Vigentes/PDF/92_230421.pdf

3. Situaciones de crisis y servicios de salud

En este artículo se abordarán dos crisis³ que impactan en México y que interactúan con la problemática de escasos recursos en salud y la carencia de personal médico, afectando la garantía de protección a la salud: (i) la violencia y (ii) la pandemia por COVID-19.

(i) La violencia

En algunas zonas con niveles elevados de violencia, la falta de condiciones laborales seguras reduce la cobertura de servicios médicos y obstaculiza tanto la mejora como el mantenimiento de la infraestructura sanitaria, así como la provisión de medicamentos e insumos médicos necesarios para realizar las labores médicas.

La Asociación Nacional de Médicos en Formación ha documentado que cinco médicos pasantes fueron víctimas de homicidio en los últimos cinco años en el país. Además, durante el año 2021, se registraron un total de diez casos de homicidios perpetrados contra personal médico y estudiantes de medicina en varias entidades federativas de México, como Chiapas, Zacatecas, Coahuila, Michoacán y Guerrero. Algunos de estos casos tuvieron repercusión mediática⁴ (7).

³ Crisis es cuando se presenta un problema de salud pública, con una incidencia o letalidad mayor de lo normal para esta época y en este lugar, y donde no podemos garantizar la dimensión final del problema. Lamata C. Crisis sanitarias y respuesta política. *Rev Adm Sanit Siglo XXI*. 2006; 4(3):401-406. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-crisis-sanitarias-respuesta-politica-13094669> En un contexto de crisis hay tres características importantes: punto de cambio ó tendencia de una situación preestablecida; situación aguda o subaguda y necesidad urgente de actuación. Posada de la Paz M. ¿Cómo enfrentarse a una crisis en Salud Pública? *MEDIFAM*. 2002; 12(1). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n1/editorial.pdf>

⁴ Un ejemplo de la cobertura mediática es el artículo publicado por SWI swissinfo.ch (unidad empresarial de la sociedad suiza de radio y televisión SRG SSR). Médicos en prácticas marchan en México tras asesinatos de compañeros. 2022. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/médicos-en-prácticas-marchan-en-méxico-tras-asesinatos-de-compañeros/47785496>

De acuerdo con los resultados obtenidos por esta asociación en su Encuesta Nacional de Médicos en Formación 2021 y la Encuesta Nacional de Estudiantes de Enfermería 2021, el 32.6% de los entrevistados informaron que sus instituciones universitarias se vieron obligadas a modificar los campos clínicos debido a problemas de seguridad (8). En lugares donde los servicios de salud no están operativos debido a la presencia de grupos generadores de violencia (9), lo que provoca que el personal de salud evite estas regiones (10). Esto representa un problema para la población mexicana, que desde 2019 ha experimentado un aumento en la carencia de acceso a servicios de salud (3), incluso cuando se ha asignado un mayor presupuesto para construcción y el mantenimiento de infraestructura médica, y se han realizado importantes esfuerzos por contratar personal sanitario a través de incentivos que garanticen condiciones laborales adecuadas (11).

(ii) La pandemia por COVID-19

El abrumador número de casos de COVID-19 en México ocupó toda la atención de los servicios de salud, los recursos existentes se desviaron en su mayor parte al tratamiento de la pandemia, dejando de lado otros importantes problemas de salud pública, como la obesidad, la diabetes, el sarampión o la violencia. Se interrumpieron las campañas de vacunación y se suspendieron temporalmente otras políticas sanitarias (12). Según Karlinsky y Kobak, utilizando el World Mortality Dataset, México estuvo en los países con mayor exceso de mortalidad (13). Además, se desarrollaron otros problemas que afectaron directamente al personal médico, como la falta de equipo de protección o la medida anunciada en abril de 2021, en la que el personal médico que trabajara en instituciones privadas no recibiría la vacuna hasta que se distribuyera según su rango de edad (14). Probablemente, todas estas dificultades en conjunto propiciaron que México fuera el país con mayor número de muertes de personal sanitario, según Amnistía Internacional (15).

4. Métodos

Para obtener una comprensión de las experiencias y perspectivas subjetivas, en lugar de buscar un conocimiento generalizable (16), nuestro método se caracterizó por entrevistas exploratorias (n=11) a médicos, abordando la asignación de recursos en salud inmersa en las dos crisis y las problemáticas normativas y dilemas ético que se presentan.

Basándonos en una revisión bibliográfica, elaboramos una guía temática para las entrevistas y trazamos un mapa de cuestiones con relevancia normativa en dos niveles diferentes: micro y macro.

A nivel micro, abordamos el tema de protección de los médicos versus el bien público de la protección a la salud. Mientras que, a nivel en el ámbito nacional, exploramos la distribución de los recursos sanitarios, especialmente los recursos humanos, entre las diferentes regiones; seguridad y la sanidad. Finalmente, a nivel macro en el ámbito internacional, examinamos la migración altamente calificada,⁵ incluida la contratación de médicos extranjeros para trabajar en México y la migración de médicos mexicanos al extranjero.

Siguiendo una estrategia de muestreo intencionado, los entrevistados podían trabajar en instituciones de salud pública, privada o ambas, abarcando diversas especialidades y ubicados en alguna de las cuatro regiones características del país según el Banco de México en su Reporte sobre las economías regionales de México:⁶ región Norte;

⁵ Aquella que tiene mayores niveles educativos (en general, se considera a quienes tienen nivel educativo terciario o más). Gandini L. Las explicaciones de la migración calificada: el papel de las mujeres desde la experiencia norteamericana. *Estereotipos, sesgos y desafíos*. 2019; (14). <https://doi.org/10.22201/cisan.24487228e.2019.1.371>

⁶ Reporte de abril-junio de 2021 (Banco de México 2021). Las regiones a las que nos referimos son las utilizadas por el Banco de México en sus reportes sobre las economías regionales de México. Se utilizaron las referidas en el reporte de abril-junio de 2021. El cual divide en cuatro regiones: norte, centro norte, centro y sur. La **región norte** incluye: Baja California, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas; el **centro norte** comprende: Aguascalientes, Baja California Sur,

Centro-norte; Centro y Sur. Además, se incluyeron médicos que laboraban en entidades federativas con los mayores índices de violencia durante 2021,⁷ donde la tasa de homicidios por cada 100,000 habitantes fue más alta.⁸

La participación de los médicos en el estudio fue voluntaria y pro-bono. En todos los casos, se obtuvo el consentimiento informado en español. Las entrevistas se realizaron de manera individual a través de una plataforma en línea, con duración de entre 30 y 90 minutos, llevadas a cabo entre diciembre de 2022 y octubre de 2023. Las transcripciones de las videograbaciones fueron realizadas en español por las autoras de este trabajo. Los nombres y cargos de los entrevistados se mantienen sin revelar, y los datos se trataron y almacenaron conforme a las normas de protección de datos de la Universidad de Zúrich.

El análisis de datos se llevó a cabo simultáneamente con las entrevistas, que fueron guiadas en base a cinco grandes temas. A medida que se obtenían datos, se identificaron fenómenos o ideas que eran recurrentes entre los entrevistados, lo que permitió construir

Colima, Durango, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Sinaloa y Zacatecas; la **zona centro** la integran: Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala, y la **región sur** está compuesta por: Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán. Disponible en Banco de México (15 de septiembre de 2021) reporte sobre las economías regionales abril - junio de 2021. <https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/reportes-sobre-las-economias-regionales/reportes-economias-regionales.html>

⁷ Durante 2021, se registró un aumento en los homicidios en México, reportado en el comunicado de prensa núm. 376/22 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/sala-deprensa/boletines/2022/DH/DH2021.pdf>

La mayor parte de estos delitos estuvieron relacionados con la operación de la delincuencia organizada, ya que durante este año incrementó hasta un 139% el delito de narcomenudeo según el Institute for Economics and Peace, IEP. Índice de Paz México 2022: identificar y medir los factores que impulsan la paz [Internet]. 2022. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/mexico/indice-de-paz-mexico-2022-identificar-y-medir-los-factores-que-impulsan-la-paz>

⁸ En la Tabla 1. Tasa de homicidio por cada 100000 habitantes, por entidad federativa durante 2021, tomada de Ortiz Alcántara y Holzer. 2023.

una matriz que relacionara los datos obtenidos en las entrevistas con cada clasificación. El uso de esta estrategia de categorización facilitó en gran medida una comprensión general de las situaciones que se estaban investigando (17 p. 236).

La revisión bibliográfica se realizó en medios de comunicación en línea, como periódicos, revistas y blogs, así como artículos académicos publicados en inglés y español en PubMed, Research Gate y Google Scholar. Se utilizaron palabras clave como: “violencia y servicios de salud”, “trabajo medico”, “asignación de escasos recursos en salud” y “COVID-19 en México”.

5. Resultados

Se iniciaron las entrevistas solicitando a los médicos participantes que proporcionaran algunos datos generales para ayudar a identificar su contexto laboral y geográfico, entre otros aspectos, como la especialidad médica o el servicio hospitalario en el que trabajan, tipo de institución de salud donde laboran, la población a la que atienden, la región del país donde se encuentran y la razón por la que trabajan en esa localidad, cómo se muestra en la Tabla 2. El siguiente bloque de las preguntas se centró en la violencia en la vida cotidiana y en el trabajo. Posteriormente, se les preguntó su opinión sobre la asignación de recursos e insumos para la salud, sus experiencias durante la pandemia por COVID-19 y el triaje. Se cuestionó si estas circunstancias críticas, como la violencia y la pandemia, han afectado su vida personal y profesional. Finalmente, se les preguntó sobre sus perspectivas de las situaciones críticas desde un punto de vista de gobernanza y políticas de salud.

A continuación, presentamos los cinco temas que se categorizaron a partir de la información obtenida en las entrevistas: (i) Información general de los médicos y motivos para trabajar en zonas críticas; (ii) Efectos de la violencia y la pandemia por COVID-19 en la entrega de servicios de salud; (iii) Recursos en salud; (iv) La am-

bivalencia del triaje:⁹ alivio a la escasez, descontento moral hacia los médicos; y (v) Gobernanza y políticas públicas.

Tabla 2. Características de los entrevistados, de las instituciones donde trabajan y región

Profesional de la salud	Edad	Genero	Especialidad	Estado y región del país	Tipo de institución de salud en que labora	Población a la que atienden
Profesional de la salud 1	70	Masculino	Medicina general	Guerrero Región Sur	Privada	Población que puede pagar por el servicio de salud
Profesional de la salud 2	n/a	Masculino	Medicina del trabajo	Sonora Región Norte	Empresa privada	Trabajadores de la empresa
Profesional de la salud 3	40	Masculino	Cirugía y endoscopia	Guanajuato Región Centro	Pública (IMSS) ¹⁰ y privada	Derechohabientes y población que puede pagar servicios privados

⁹ "Decisión de triaje" (con independencia del origen de la expresión). Rivera E. Propuesta para la elaboración de un protocolo de triaje en el contexto de la pandemia de COVID-19. Rev Bio y Der. 2020; 50:37-61. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/343290473_Propuesta_para_la_elaboracion_de_un_protocolo_de_triaje_en_el_contexto_de_la_pandemia_de_COVID-19

¹⁰ IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Profesional de la salud 4	41	Masculino	Anestesiología	Ciudad de México/ Yucatán Regiones Centro / Sur	Público (IMSS) y privado	Derechohabientes y población que puede pagar servicios privados
Profesional de la salud 5	38	Femenino	Anestesiología	Chiapas Región Sur	Público (Servicios estatales de Salud)	Población en general y Migrantes extranjeros, Derechohabientes
Profesional de la salud 6	37	Masculino	Anestesiología	Puebla Región Centro	Privado	población que puede pagar servicios privados
Profesional de la salud 7	38	Masculino	Traumatología y ortopedia	Ciudad de México Región Centro	Público (IMSS) y privado	Derechohabientes y población que puede pagar servicios privados
Profesional de la salud 8	42	Masculino	Cirugía bariátrica y endoscopia	Guanajuato Región Centro	Público (IMSS, renuncia menos de un año) y privado	Derechohabientes y población que puede pagar servicios privados
Profesional de la salud 9	n/a	Masculino	Anestesiología pediátrica	Puebla Región Centro	Público (IMSS, renuncia menos de un año) y privado	Derechohabientes y población que puede pagar servicios privados

Profesional de la salud 10	n/a	Femenino	Anestesiología	Zacatecas Región Centro-norte	Público (ISSSTE) ¹¹	Derechohabientes
Profesional de la salud 11	n/a	Femenino	Anestesiología	Zacatecas Región Centro-norte	Público (ISSSTE)	Derechohabientes

Fuente: elaboración propia.
 Derechohabiente: a los trabajadores, pensionados y familiares derechohabientes. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/656785/LISSSTE_20_0_521.pdf
 Derechohabiente IMSS: derechohabientes o derechohabiente: el asegurado, el pensionado y los beneficiarios de ambos, que en los términos de la Ley tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto. Fracción XIII del art. 5 a. de la Ley del Seguro Social. Disponible en: https://portalhcd.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/PortalWeb/LeyesVigentes/PDF/92_230421.pdf

¹¹ ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

(i) Información general de los médicos y motivos para trabajar en zonas críticas

De los once médicos entrevistados, ocho son hombres y tres son mujeres. La diversidad de especialidades también se refleja en el grupo, con la presencia de un médico general, un médico especialista en medicina del trabajo; dos cirujanos y endoscopistas; cinco anesthesiólogos generales, un anesthesiólogo pediatra y un cirujano ortopedista. Tres de ellos trabajan exclusivamente en instituciones privadas, mientras que el resto laboran tanto en el sector público como en el privado. Entre los médicos del sector público, solo uno trabaja en Servicios Estatales de Salud, atendiendo a una población que incluye a personas extranjeras provenientes de Sudamérica. Dos médicos están empleados en el ISSSTE, y cinco trabajan en el IMSS. Sin embargo, dos de los médicos que anteriormente trabajaban en el IMSS renunciaron al sector público en el año previo a la entrevista, optando por trabajar exclusivamente en instituciones privadas.

En cuanto a la distribución geográfica, un entrevistado trabaja en la región norte, en el Estado de Sonora; dos médicos laboran en la región centro-norte, en Zacatecas; seis médicos trabajan en la región centro, dos en Ciudad de México, dos en Puebla y dos en Guanajuato; y dos médicos trabajan en la región sur, uno en Chiapas y otro en Guerrero. Es relevante señalar que uno de los médicos que actualmente trabaja en la región centro había laborado en la región sur durante el año anterior a la entrevista.

En cuanto a las circunstancias y razones que los motivan a trabajar en las regiones donde están, se encontró que las razones familiares o de origen fueron los principales motivos para establecerse en esas áreas.

“yo nací aquí ... y al terminar la especialidad me regresé... de hecho sigue siendo un estado violento, este hay bastante extorsión ... pues todo el trabajo privado que sale, por ejemplo urgencias y todo eso después de las 10 de la noche ya uno no, no acude por seguridad ... pero seguiría trabajando aquí porque

me gusta que está cerca mi familia”. (ECH, Médico que trabaja en región centro, comunicación personal, 2022).

Podemos observar las diferentes motivaciones que impulsan a los médicos a permanecer en las regiones donde trabajan. Por ejemplo, uno de los entrevistados mencionó que su motivo de permanecer en una de las regiones marginada en el país fue su vocación de ayuda, lo que refleja su compromiso personal con el servicio a comunidades necesitadas. Otro médico compartió que trabaja en esa zona porque encontró más oportunidades laborales disponibles, lo que resalta la importancia de las oportunidades profesionales en la toma de decisiones sobre la ubicación laboral. Además, otro entrevistado mencionó que está en la ciudad donde se encuentra debido a su familiaridad con ella, ya que había realizado estudios previos en esa área. Estos distintos motivos destacan la complejidad de factores que influyen en las decisiones de los médicos sobre dónde ejercer su profesión.

(ii) Efectos de la violencia y la pandemia por COVID-19 en la entrega de servicios de salud

Es notable como la violencia colectiva¹² afecta tanto la vida cotidiana como profesional de los médicos entrevistados, evidenciando

¹² La violencia es definida como “La violencia es] el uso intencionado de la fuerza física o el poder amenaza o real, contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de provocar lesiones, muerte, daño psicológico, mal desarrollo o privación”. Krug E, Dahlberg L, Mercy J. World report on violence and health. World Health Organization [Internet]. 2022. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf

La violencia colectiva es: la cometida por grandes grupos o individuos, así como violencia por bandas. Es de utilidad citar también, la definición descrita por Rutherford porque incluye a la delincuencia organizada violenta; “El uso instrumental de la violencia por parte de personas que se identifican como miembros de un grupo contra otro grupo o conjunto de individuos, con el fin de lograr objetivos políticos, económicos o sociales e incluye a la delincuencia organizada violenta.” (Rutherford A, Zwi A. Violence: a glossary. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2007; 61(8):676-680. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.043711>

la complejidad de sus experiencias en diferentes regiones del país. Específicamente, aquellos que trabajan en la región centro del país y en algunos estados de la región sur enfrentan situaciones como asaltos o secuestros en la vía pública e incluso dentro de los hospitales.

En algunos otros estados, los médicos del sector privado también enfrentaron desafíos, como la necesidad de limitar sus horarios de trabajo, evitar el trabajo nocturno o incluso rechazar casos relacionados con actos violentos. Estas precauciones reflejan la preocupación por la seguridad personal y la gestión de riesgos en entornos donde la violencia puede representar una amenaza para su integridad física y emocional.

“Lo que ha sucedido es que entran a consulta y asaltan al médico en el consultorio o que los pacientes piden un sábado en la noche consulta de urgencia y pues en realidad es un asalto”. (GG, médico que labora en región centro del país, comunicación personal, 2023).

“Tengo compañeros a los cuales, saliendo, en la puerta principal del complejo del centro médico, les quitaron la camioneta”. (AC, médico que labora en región centro del país, 2022).

En el resto de las zonas, los médicos refieren violencia secundaria con actividades de la delincuencia organizada, que han interferido en alguna actividad o programa de salud, e incluso ingresan a los hospitales con el objetivo de atentar contra la vida de alguna persona involucrada en hechos violentos y que esté recibiendo atención médica. Uno de los médicos mencionó que el personal de salud donde labora sabe que, si se trata de pacientes relacionados con algún acto violento, se atienden en una zona hospitalaria diferente al resto de los pacientes, con fin de minimizar riesgos para el personal de salud. Esto no se establece como un protocolo formal, sino como parte de las acciones propias de los trabajadores de la salud.

“...metimos a quirófano a un paciente que habían baleado y entraron al quirófano a rematarlo allí en frente a un metro de

mí ...”. (GG, médico que labora en región centro del país, comunicación personal, 2023).

“...una indicación como comentario por debajo del agua es que ese paciente tiene que ser dejado o tratado lo más cerca posible de la entrada, por si llegan a rematarlo pues no afecte al personal o los demás pacientes”. (AC, médico que labora en región centro, comunicación personal, 2022).

También expresaron que algunos centros de salud que ellos conocen no cuentan con médico en servicio social debido a antecedentes de violencia directa al personal. Uno de los médicos refirió que es totalmente comprensible no querer ir a esos lugares, y dijo: “Entonces, claro que nadie va a querer ir ahí porque es una zona de conflicto y es lógico que no quieras ir porque pues entonces no sabes que te puede pasar”. (BG, médico que labora en región sur, comunicación personal, 2023). De igual forma, los hospitales comunitarios no cuentan con médicos especialistas y que como medida para contener esta necesidad se han tenido que nombrar algunos hospitales como “satélites” (AV, médico que labora en región centro-norte, comunicación personal, 2023), es decir, hospitales que tienen que ampliar el trabajo para dar servicio a la población de zonas que ya no cuentan con personal médico.

La afectación directa en los servicios de salud no es el único problema; encuentran que afecta a diferentes ámbitos de la vida cotidiana, como la disminución del comercio, la pérdida de empleos en la zona y la limitación del libre tránsito, tienen miedo de usar transporte público o incluso en sus vehículos privados ya que refieren riesgos en caminos y carreteras. Además, se encontró que también se ve afectada la esfera psicológica de los médicos, ya que temen sufrir represalias dependiendo del resultado del tratamiento o del pronóstico del paciente. Uno de los médicos refirió que es difícil hablar con los pacientes y explicarles que no se tienen los recursos para atenderlos, porque no saben la respuesta que puedan obtener. En otros casos, se dijo que, en cuanto a la situación de violencia, uno de los

médicos prefiere atender a los pacientes con cierta precaución en el interrogatorio: “No preguntas ni a qué se dedican y que hacen ni nada, nada más te limitas a hacer lo que haces como como médico ya está”. (GG, médico que labora en región centro, comunicación personal, 2023).

Sin embargo, independientemente de estas modificaciones en su labor profesional, los principios éticos que siguen rigiendo su trabajo son siempre en beneficio del paciente y causar el menor daño posible. Otro de los temas en los cuales rápidamente encontramos saturación en las entrevistas es acerca de que vivir situaciones riesgosas durante la atención médica es parte de la cotidianidad y no es una razón para dejar de trabajar en esta región.

“...Pues sí, me tocaron varias personas que recibieron balazo y muchos pues llegan... Pero no eran tan seguidos los casos, no una vez cada seis meses... y los tenemos que atender sí o sí”. (RV, Médico que labora en región norte, comunicación personal, 2022).

“...En los grupos de chats de los hospitales... no era muy común que se tocaran estos temas... pero ahora es muy habitual justamente encontrar estas alertas”. (JB, médico que labora en región centro, comunicación personal, 2023).

En lo que se refiere a las perspectivas sobre cómo se vivió la violencia durante la pandemia por COVID-19, este tema mostró una notable saturación. La opinión de al menos ocho de los médicos entrevistados fue que durante la pandemia, disminuyeron los actos violentos. Uno de los médicos, mencionó que disminuyó considerablemente el número de pacientes que ingresaron por lesiones relacionadas con la violencia, y lo atribuyeron a la incertidumbre o miedo a la enfermedad.

“... en cuestión de pandemia, la situación mejoró de forma transitoria, en los picos exactamente durante la pandemia. Yo creo que también los delincuentes estaban guardados en su

casa”. (ECH, Médico que trabaja en región centro, comunicación personal, 2022).

“... nos ayudó mucho que durante la pandemia no hubiera tantos accidentes ni hechos de violencia para que el personal médico fuera funcional todavía”.(RP, médico que labora en región centro, comunicación personal, 2023).

(iii) Recursos en salud

Con la información anterior, se observó que el personal médico ha sido directamente afectado por las dos situaciones críticas mencionadas en nuestro estudio, especialmente por la violencia. Aunque no es el único ámbito damnificado, la información proporcionada por los médicos entrevistados refleja que los escasos insumos para la salud¹³ es una problemática crónica. Los médicos deben ofrecer atención médica con los recursos existentes, aunque no sean los adecuados. Refieren que “se las ingenian” (RP, médico que labora en región centro, comunicación personal, 2023), para poder ofrecer el máximo beneficio a los pacientes. Sin embargo, en ciertas circunstancias, definitivamente no pueden hacerlo.

Este tema genera opiniones divididas entre los profesionales: Por un lado, algunos médicos consideran que es prestar el servicio, siempre y cuando no cause ningún daño al paciente. Por otro lado, algunos profesionales opinan que continuar atendiendo a los pacientes con recursos insuficientes agravará la escasez, ya que los tomadores de decisiones no podrán observar evidencia de la falta de recursos. Además, existe un mayor riesgo de complicaciones en los pacientes, lo cual afectaría directamente al médico tratante y se traduciría también en un servicio de salud de mala calidad.

“...aprendes a ingeniártelas ... es lo que pasa con la escasez...
Y bueno siempre buscas dar la mejor atención posible, a pesar

¹³ Se considera insumo para la salud: los medicamentos, substancias psicotrópicas, estupefacientes y las materias primas y aditivos que intervengan para su elaboración; así como los dispositivos médicos. Ley General de Salud. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

de que el material no sea de la mejor calidad o no sea el ideal para su lesión”. (RP, médico que labora en región centro, comunicación personal, 2023).

En este mismo sentido, algunos entrevistados explicaron que el error en la distribución de los insumos para la salud se debe a que se destinan muchos recursos a instituciones hospitalarias de alto nivel o alta especialidad, mientras que los recursos para centros de salud de primer contacto son menores. Según los médicos, enfocarse en la medicina de primer contacto y preventiva es más barato; sin embargo, probablemente desde una perspectiva política es más conveniente enviar recursos a los grandes hospitales. No obstante, dos de los médicos que trabajan en una de las dos mayores instituciones públicas de salud del país señalaron que no hay presupuesto suficiente para pagar el salario de médicos suplentes.

La situación durante la pandemia por COVID-19, fue aún más crítica. Con la política de reconversión hospitalaria,¹⁴ los recursos se destinaron a los hospitales que únicamente recibían pacientes para diagnóstico y tratamiento por COVID-19. Por ejemplo, un médico mencionó que el hospital donde trabaja no recibió pruebas de detección porque no era un hospital COVID-19, aunque recibían pacientes que presentaban sintomatología compatible la enfermedad. Los médicos que laboraban en instituciones públicas durante la pandemia experimentaron una disminución considerable de personal médico, ya que todos aquellos que padecían una comorbilidad fueron excusados de sus deberes laborales. Además, muchos médicos no contaron con suficiente equipo personal de seguridad, ni siquiera con lo mínimo necesario, como cubrebocas o guantes, y al menos

¹⁴ La reconversión hospitalaria se refiere al proceso por medio del cual diferentes tipos de hospitales se preparan para la atención de pacientes durante una crisis de salud, en este caso, durante la pandemia del COVID-19. Mendoza-Popoca CU, Suárez-Morales M. Reconversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19. *Rev Mex Anest.* 2020; 43(2):151-156. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032020000200151#

seis de los médicos entrevistados refirieron haber comprado sus propios equipos.

“...a veces no llegaban, no había cubrebocas, no había ni guantes entonces sólo entraba una persona a atender sesenta pacientes”. (ECH, Médico que trabaja en región centro, comunicación personal, 2022).

Un tema que mostró dos posicionamientos fue el acceso a la vacuna contra COVID-19. Dos de los médicos que trabajan exclusivamente en el sector privado no tuvieron acceso fácil a la vacuna. Uno de ellos tuvo que “luchar o rogar” (TS, médico que trabaja en región sur, comunicación personal 2022), a través de cartas a las autoridades sanitarias para poder recibirla, y en otro caso, tuvo que viajar al extranjero. Ambos médicos atendieron durante toda la emergencia a pacientes con COVID-19. Por otro lado, los médicos que trabajan en el sector público recibieron casi de inmediato la primera dosis.

(iv) La ambivalencia del triaje: alivio a la escasez, pero descontento moral hacia los médicos

Los médicos entrevistados refirieron que generalmente deben realizar algún tipo de triaje en sus actividades laborales diarias. Sin embargo, en situaciones críticas este proceso se torna mucho más complejo. Por ejemplo, se mencionó que, si se amerita y sin ser un protocolo oficial, durante el triaje consideran si el paciente está relacionado con hechos de violencia. En tal caso, estos pacientes podrían ser atendidos en las áreas más externas del hospital, para proteger al personal médico o incluso otros pacientes. Otro caso especial que se mencionó es que, cuando una persona que labora en el hospital es víctima de algún acto violento, se busca que la atención médica, sea más oportuna.

En cuanto a la actividad del triaje durante la pandemia por COVID-19, a pesar de que en México se dio a conocer la *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de*

Emergencia,¹⁵ es importante mencionar que ninguno de nuestros entrevistados tuvo acceso a algún documento, protocolo o guía a nivel nacional o internacional, que los auxiliara en el proceso de asignación de recursos. Describen que las actividades de triaje se llevaron a cabo bajo las siguientes características: la primera decisión era discernir si el paciente tenía síntomas compatibles con COVID-19 y, de ser así, se enviaba a la zona del hospital asignada para únicamente tratar a estos pacientes. Este paso era fundamental, ya que el área del hospital que no estaba destinada a COVID-19, era menos probable que recibiera insumos o equipo de seguridad.

En general, los dos principios utilizados para el triaje fueron: orden de llegada y necesidad médica. Uno de los entrevistados explicó que la necesidad médica, fue el principio más utilizado, ya que la estrategia fundamental era determinar si el paciente requería de forma evidente alguna medida de soporte hospitalario, para entonces decidir ingresarlo al hospital o enviarlo a casa, con la finalidad de no saturar los hospitales. En cualquier modo, cuando los servicios médicos se encontraban llenos, no había forma de tratar pacientes que estaban en estado crítico, y en muchos casos, estos tuvieron desenlaces fatales sin haber podido recibir atención médica. Esta situación, mencionada por un entrevistado, fue lo que motivó el descontento de la sociedad hacia los médicos. Inclusive, dijo hasta hoy en día, aún recibe reclamos de familiares de pacientes que desafortunadamente no sobrevivieron a la pandemia.

(v) Gobernanza y políticas públicas

Los médicos entrevistados tuvieron respuestas similares acerca de las políticas públicas necesarias para mejorar los servicios de salud en contextos de violencia.

¹⁵ El objetivo de este documento es ser una guía en el proceso de toma de decisiones para asignar recursos que no son suficientes para cubrir una demanda que no es posible satisfacer durante una emergencia sanitaria. Emitida por el Consejo de Saludubridad General en abril 2020. [Internet]. disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/550962/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf

La mayoría opinó que mejorar únicamente el salario de los médicos que trabajen en zonas conflictivas no es un incentivo adecuado para incrementar el número de recursos humanos. Todos coincidieron en la necesidad de una mejora integral de los lugares de trabajo, con suficientes insumos para la salud y priorizando la seguridad del personal. De lo contrario, es poco probable que los médicos nacionales acepten trabajar en estas zonas. Además, la estrategia de contratar médicos extranjeros para cubrir estas áreas o implementar políticas como la de “cero rechazos a pacientes” (AV, médico que trabaja en región centro-norte, comunicación personal, 2023), es según un entrevistado “es no ver la realidad” (BG, médico que labora en región sur, comunicación personal, 2023), lo cual resulta en mayor presión para el personal médico.

Otro punto de consenso en nuestras entrevistas fue la necesidad de mejorar la educación como prioridad y principal destino del presupuesto. Los médicos afirmaron que, si mejorara la educación, disminuirían la violencia y, consecuentemente, otros problemas relacionados. También señalaron que una mejor educación contribuiría a reducir la corrupción, considerada responsable de los escasos recursos y mala gobernanza en salud.

En cuanto a la pandemia, los entrevistados criticaron la política de destinar todos los recursos a la atención de pacientes con COVID-19, considerándola una estrategia inadecuada. Indicaron que se descuidaron otras poblaciones, como las embarazadas o los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

“...los pacientes iban de todos los pueblos a checar de su embarazo y dicen en el centro de salud, no me atienden, dicen que nada más atiendan pacientes de COVID”. (TS, médico que labora en región sur, comunicación personal, 2022).

6. Discusión

Este estudio explora los principios y dilemas éticos (Tabla 3), así como problemáticas normativas (Tabla 4) que subyacen de las situaciones

descritas por los médicos entrevistados acerca de escasos recursos en salud durante dos situaciones críticas: la violencia y la pandemia por COVID-19.

Desde la perspectiva de **micro nivel**, encontramos que una de las problemáticas que enfrentan los médicos en un contexto de escasez es el estrés moral. Los médicos entrevistados reflejan situaciones que claramente muestran lo definido por la Asociación Médica Canadiense como una respuesta psicológica a una situación de conflicto moral. Esto ocurre cuando una persona siente que no es capaz de hacer lo que considera éticamente apropiado debido a impedimentos institucionales. Estas situaciones pueden fácilmente ocurrir en emergencias de salud pública o en contextos con recurso limitados que afectan el cuidado del paciente o la seguridad del personal médico (18).

Identificar el estrés moral en el personal médico es importante, ya que afecta de forma negativa a toda la cadena de entrega de servicios de salud: médicos, pacientes y otros profesionales sanitarios. Algunos autores recomiendan implementar estrategias de prevención, contención y manejo de este problema, así como dar seguimiento a sus consecuencias, tales como el burnout, la fatiga, la depresión, el incremento en errores médicos y la disminución de la satisfacción laboral en el ámbito médico (19,16).

También, se identificó que los médicos siguen la perspectiva principialista de Beauchamp y Childress (20). Los principios de beneficencia y no maleficencia, seguidos por el de justicia, fueron los referidos y sobresalen en los discursos de las entrevistas. Todos los médicos entrevistados están de acuerdo en que deben proporcionar atención médica a pesar de saber que no cuentan con insumos adecuados, creando un contexto de improvisación en el cuidado de la salud. En este contexto es necesario evaluar conjuntamente los dos principios [beneficencia y no maleficencia] (21) para obtener el mayor beneficio con el menor riesgo y a un costo razonable (22). Sin embargo, esta tarea no es sencilla; algunas decisiones son realmente difíciles y pueden resultar en algún daño no intencional en los pacientes (23).

Esta situación se relaciona con el incremento de estrés moral (21) que hemos mencionado anteriormente.

El principio de justicia fue considerado de gran importancia en los discursos de los entrevistados. Alexandra Kerbache, en su análisis ético del estrés moral, menciona que la justicia tiene dos componentes: la equidad y la justicia distributiva (21). En el contexto de los servicios de salud, esto significa que los pacientes con necesidades similares deben recibir la misma atención médica, sin importar otras condiciones no médicas como ingresos monetarios o posición social. En cuanto a la justicia distributiva, se refiere a que, ante recursos limitados para la atención médica, la obligación moral de los médicos es asignar los recursos de forma justa o apropiada a las circunstancias. Esto implica que no todos deben recibir de manera igualitaria, sino basado en principios y criterios adecuados (21,20). Estos profesionales pueden sentir que no pueden proporcionar la atención adecuada a sus pacientes debido a la falta de recursos, lo que genera un conflicto entre sus valores éticos y la realidad operativa, incrementando el estrés moral en los médicos (21).

Durante la pandemia por COVID-19, los médicos vieron agravada esta situación y tuvieron que realizar triaje entre las necesidades de los pacientes afectados por COVID-19 y determinar el mejor uso de los insumos (24,25), así como entre aquellos pacientes que también los necesitaban por otras causas.

En este sentido, tres de los médicos entrevistados refirieron que, al realizar triaje en todos los casos, se rigieron por el principio de necesidad clínica para la distribución de los recursos. Este criterio, constantemente utilizado por el personal clínico, también es uno de los principios de racionamiento identificados por Cookson, quien define la necesidad en función del grado de enfermedad, priorizando aquello que amenace directamente la vida. Salvar vidas tiene prioridad sobre mejorarla (26).

En este panorama, especialmente al inicio de la pandemia, el contexto específico de incertidumbre epistémica y la necesidad de tomar decisiones en un tiempo muy limitado hicieron que las creencias de

cada médico tomaran un papel importante (12). Aunque en abril de 2020 fue emitida por el Consejo General de Salubridad,¹⁶ la *Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia*,¹⁷ los médicos entrevistados refirieron no haber tenido conocimiento o apoyo de este documento o de alguna otra guía de asignación de recursos.

La Guía del Consejo General de Salubridad tuvo el objetivo de ayudar y orientar la toma de decisiones ante el escenario de escasez de recursos, pero no era de carácter obligatorio (27). Así, las decisiones se tomaron basándose en principios como maximizar beneficios salvando el mayor número de vidas posibles (28), lo cual se operacionalizó a través de la necesidad clínica, ingresando solo a pacientes que necesitaban alguna intervención hospitalaria inminente.

Hablando en un contexto de violencia, en el discurso de las entrevistas podemos observar la discusión acerca de la prioridad que debería tener el bienestar y protección a los médicos frente al bien público de la protección de la salud. El bienestar¹⁸ del médico como individuo tiene un papel fundamental en el bienestar de la sociedad. Es un recurso para la vida cotidiana y viene determinado por las condiciones sociales, económicas y medioambientales (29).

El bienestar forma parte de la definición de salud, por lo tanto, proteger el bienestar del personal médico también es parte fundamental de la protección de la salud de toda una sociedad. Ambos son esenciales y el equilibrio entre ellos debe ser considerado en la toma de decisiones y en las políticas en beneficio de la salud de toda la

¹⁶ El Consejo de Salubridad General es un órgano colegiado que depende directamente del presidente de la República y tiene el carácter de autoridad sanitaria, con funciones normativas, consultivas y ejecutivas. Las disposiciones que emita serán de carácter general y obligatorias en el país [Internet]. <https://www.gob.mx/csg/articulos/consejo-de-salubridad-general-366737?state=published>

¹⁷ Consejo de Salubridad General, [Internet]. disponible en: <https://www.gob.mx/csg/articulos/consejo-de-salubridad-general-366737?state=published>

¹⁸ Definición de bienestar: el bienestar es un estado positivo que experimentan los individuos y las sociedades. Al igual que la salud, es un recurso para la vida cotidiana y viene determinado por las condiciones sociales, económicas y medioambientales (29).

población, especialmente en situaciones de crisis, cuando el personal médico se expone a riesgos significativos que podrían afectar la calidad y continuidad de los servicios médicos que se brinda a la sociedad en general.

Sin embargo, el bienestar y la protección del personal de salud no sólo es responsabilidad de la sociedad, también de las instituciones de salud¹⁹ y de los encargados de políticas públicas en salud.

Tabla 3. Principios éticos identificados a un micro nivel de asignación de recursos en situaciones críticas según el punto de vista de médicos

	Principio ético	Discurso en entrevistas
Micro nivel de asignación de recursos	Principio de beneficencia	“...entonces yo siempre trato de que mi atención sea con mucho respeto, mucho respeto para mi paciente y siempre trato de que sea de la mejor calidad.” (BG, médico que labora en región sur, comunicación personal, 2023).
	Principio de no maleficencia	“...decidir si sí puedes darle o no el tratamiento a un paciente con el material que tienes, muchas veces a pesar de que pues tú sepas que no es el manejo ideal, tienes que continuar el tratamiento de un paciente. Y bueno, pues siempre buscas darle la mejor atención posible, a pesar de que pues el material no sea de la mejor calidad o no sea el ideal para para su lesión”. (RP, médico que labora en región centro, comunicación personal, 2023).

¹⁹ Entendiendo por Instituciones de salud, a la agrupación de establecimientos de salud bajo una misma estructura de mando y normativa. Art. 314, fr. xxiv de la Ley General de Salud Mexicana.

	Principio de justicia	“...Y había muchas personas que tú decías ameritan estar aquí pero todavía no tanto como el otro, entonces, aunque este se estaba poniendo grave, le decías tiene que tomar esta medida, pero le enviabas a casa porque no tenías opción, porque no tenías donde atenderlo”. (BG, médico que labora en región sur, comunicación personal, 2023).
	Necesidad clínica principios de justicia en el racionamiento sanitario ²⁰	“... es cuestión del paciente más grave, más inestable es el que tiene la prioridad” (ECH, Médico que trabaja en región centro, comunicación personal, 2022). “(Durante COVID) ...el problema es que en los hospitales públicos rechazaban a las mujeres en trabajo de parto, problema verdadero, de repente en nuestro hospital se dobló o triplicó el número de partos, porque fueron rechazadas en el hospital público y claro que esto económicamente también las afectaba, en el hospital público es gratuita la atención, entonces tuvieron que buscar recursos para pagar el privado.” (TS, médico que trabaja en región sur, comunicación personal 2022).

Fuente: elaboración propia.

²⁰ Los principios sustantivos de racionamiento identificados por Cookson están clasificados en tres grandes categorías: principios de necesidad, principios maximizadores y principios igualitarios (26).

Tabla 4. Problemas normativos y dilemas éticos identificados a un micro nivel de asignación de recursos en situaciones críticas según el punto de vista de médicos

	Problemáticas normativas	Discurso en entrevistas
Micro nivel de asignación de recursos	Salud del personal médico: estrés moral	<p>“...el paciente murió, entonces esa familia tiene resentimiento conmigo, porque no lo pudimos tratar en el hospital”. (TS, médico que trabaja en región sur, comunicación personal 2022).</p> <p>“...hemos intentado sacar el trabajo con lo que se puede. Hemos visto complicaciones por hacer ese tipo de cosas. Y bueno, pues conforme hemos ido madurando en esto, hemos aprendido a decir que no, no, a veces este puedes verte presionado, para seguir haciendo procedimientos con pocos materiales”. (RP, médico que labora en región centro, comunicación personal, 2023).</p>
	Decisiones éticas: triaje	<p>“...Pues el triaje sí era en base a tu a tu estado de salud, pronóstico en corto tiempo...entonces cuando llegaban pacientes, así que evidentemente se veían mal y desaturados, con dificultad respiratoria, pues sí les daban prioridad”. (MP, médico que labora en región centro, comunicación personal, 2023).</p>
	Bienestar y protección del médico	<p>“...sí tú hablas con los médicos de los centros de salud ellos sienten que no reciben ningún apoyo de seguridad de parte de las autoridades de salubridad y mucho menos de las autoridades de seguridad pública”. (TS, médico que labora en región sur, comunicación personal, 2022).</p>

		<p>“...hay un problema, hay un problema serio porque desgraciadamente ... ahorita es una de las ciudades que están en el ojo del huracán, la ciudad más vulnerable en cuanto a la violencia, el pleito de dos carteles que se están peleando el terreno aquí, entonces mucha gente joven que es especialista no se quiere venir a trabajar”. (MM, médico que labora en región centro-norte), comunicación personal, 2023).</p> <p>“...muchos pasantes no pudieron venir por qué por la inseguridad misma no quisieron venir, rechazaron esta plaza y tuvimos seis meses sin pasantes tanto el centro de salud como del IMSS y fue en mera época de pandemia desafortunadamente, entonces les afectó muchísimo a la comunidad”. (RV, médico que labora en región norte, comunicación personal, 2022).</p>
	<p>Derecho fundamental: protección a la salud</p>	<p>“Los pacientes necesitaban un lugar al cual acudir y seguir las cosas ordinarias, osea yo vi que la salud pública se concentraba solamente COVID y dejaron todos los demás problemas a la deriva”. (TS, médico que labora en región sur, comunicación personal, 2022).</p>

Fuente: elaboración propia.

Del mismo modo, desde una perspectiva de **macro nivel aplicado al ámbito nacional e internacional** se identificaron diferentes principios éticos y problemáticas normativas. En el ámbito nacional, los cuestionamientos éticos se centraron en cuestiones relacionadas con: la equidad y la responsabilidad (Tabla 5).

En cuanto a la equidad, su primacía es un imperativo que permite orientar e informar para definir prioridades en las políticas de salud (30). Para describir una circunstancia como equitativa, debemos identificar lo que es moralmente bueno de las distribuciones, aunque sean desiguales o iguales (31). En este contexto, es importante señalar la diferencia referida por Margareth Whitehead acerca de inequidades en el nivel y la calidad de la salud de diferentes grupos de población y las inequidades en la prestación y distribución de los servicios de salud (32). Nuestros hallazgos durante las entrevistas revelaron situaciones enfocadas en las inequidades en la prestación y distribución de los servicios de salud. En particular, se destacó que surgen inequidades en el acceso cuando los recursos y las instalaciones se distribuyen de manera irregular en el país, concentrándose en las áreas urbanas y más prósperas, mientras escasean en las zonas marginadas y rurales (32).

De tal forma que, reflexionar acerca de la equidad, así como cuales son los factores que la afectan y cómo contribuye la justicia social a la justicia en salud y qué relaciones existen entre salud y desarrollo (31), fueron algunas de las cuestiones más importantes desde el punto de vista del personal médico entrevistado.

Así también, se hizo mención del principio de responsabilidad. Este principio manifiesta nuestra existencia compartida con otros y, desde esa relación, se generan lazos, compromisos y obligaciones (33). Por lo tanto, la responsabilidad por la promoción, prevención y atención de la salud, tanto individual como colectiva, es un asunto que nos concierne a todos como parte de los deberes que nos competen (34).

Si bien es la obligación del Estado establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios sanitarios, la salud es una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los individuos (35). Los médicos entrevistados estuvieron de acuerdo en esta responsabilidad compartida y la consideraron un pilar fundamental, junto con la educación, para generar conciencia ante problemas de salud y fomentar soluciones y cambios de estilo de vida más saludables.

Tabla 5. Principios éticos identificados a un macro nivel de asignación de recursos en situaciones críticas según el punto de vista de médicos

	Principio ético	Discurso en entrevistas
Macro nivel de asignación de recursos	Justicia social: equidad	“...el hospital, bueno es un centro de primer nivel, que prácticamente no tienen absolutamente recursos para atender una emergencia aunque sea menor, entonces el siguiente centro más cercano está a dos horas y media más o menos, en carretera (si le puedo llamar carretera)... Que con estas pasadas lluvias quedó destrozada...” (RV, médico que labora en región norte, comunicación personal, 2022).
	Responsabilidad	“y por nosotros estar solventando equivocadamente las cosas no logramos hacer ver la realidad al gobierno, porque el gobierno tiene que ver a todo el país, pero si tú no le dices, oye, aquí yo no tengo esto, pues cómo se va a enterar” (BG, médico que labora en región sur, comunicación personal, 2023). “...la gente que administra los recursos de la institución de salud, ...pues mientras ellos les cuadran los números no les interesa lo que nosotros tengamos que hacer para prestar las atenciones médicas”. (RP, médico que labora en región centro, comunicación personal, 2023). “Me imagino que son cuestiones de mala administración. También tiene algo que ver un poco de corrupción en muchas esferas, el problema es que están mal distribuidos y administrados”. (RP, médico que labora en región centro, comunicación personal, 2023).

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las problemáticas normativas, identificamos la transparencia y algunas consecuencias de salud pública derivadas de decisiones tomadas durante la pandemia por COVID-19, situación que tiene también implicaciones en el ámbito internacional (Tabla 6).

La transparencia en la toma de decisiones y las actividades públicas tienen dos funciones: i) la ciudadanía tiene la posibilidad de exigir responsabilidad política y jurídica a los servidores públicos, previniendo corrupción y malas prácticas, lo que genera confianza de los ciudadanos en las instituciones públicas; y ii) permite que los ciudadanos participen directamente mediante propuestas y evaluaciones. De hecho, la transparencia pierde sentido si no va acompañada de la participación ciudadana (36). Por lo tanto, la transparencia, acompañada de la divulgación de la información sanitaria, es determinante para establecer sistemas de salud efectivos y proporciona a la ciudadanía herramientas para evaluar el funcionamiento y la calidad de los servicios de salud (37).

Otro cuestionamiento normativo se refiere a algunas decisiones gubernamentales en salud que fueron criticadas durante la Pandemia por COVID-19. Una de ellas fue que muchos centros hospitalarios se convirtieron exclusivamente en receptores de pacientes afectados por este coronavirus, descuidando programas preventivos y tratamiento para otras patologías, lo que aumentó el exceso de mortalidad en México (13). De igual manera, la política de no vacunar de forma prioritaria a médicos que trabajaban en centros médicos privados (38; 39; 40) resultó en que México fuera uno de los países con más muertes de personal médico durante la emergencia sanitaria por COVID-19 (41).

En este contexto, el punto de vista de los médicos resalta la necesidad de encontrar un equilibrio en las decisiones relativas a la asignación y distribución de recursos, ya que este equilibrio se erige como un pilar fundamental para el adecuado funcionamiento del sistema de salud pública en México. Esta importancia radica en el hecho de que la salud de un sujeto o de toda la población debe entenderse como un componente social estrechamente relacionado

con las condiciones que rodean al individuo (42). Por lo tanto, una adecuada distribución de recursos no solo asegura un mejor acceso a servicios de salud, sino que incide directamente en cuestiones sociales de la población.

Finalmente, en un nivel macro aplicado al ámbito internacional, se consideró muy importante reflexionar acerca de las implicaciones éticas de la estrategia gubernamental de contratar médicos extranjeros con la finalidad de disminuir la falta de personal médico en zonas críticas. La migración de médicos extranjeros podría provocar una pérdida de servicios de salud en los países de origen, y en los países receptores no se estarían abordando las causas subyacentes que propician la escasez de personal médico. Además, la contratación de médicos extranjeros, si bien podría aliviar momentáneamente la falta de recursos, no es una estrategia viable a largo plazo. La llamada “fuga de cerebros”, término acuñado por la prensa británica en los años sesenta (43), la cual se refiere al término “migración laboral altamente capacitada” (44), puede ser de ayuda cuando en diferentes países existe un déficit de personal calificado y se necesitan medidas políticas que intenten mejorar el desarrollo de los recursos humanos a nivel nacional (44).

Sin embargo, es una necesidad urgente que los países de origen adopten políticas a corto plazo que fortalezcan los sistemas educativos y de investigación para abrir nuevos nichos laborales y oportunidades vitales, con el fin de disminuir la pérdida de profesionales (45). Esto último podría evocar la situación en México, ya que debido a la falta de condiciones laborales seguras muchos médicos mexicanos, también migrarían a otros países en busca de mejores condiciones laborales y de calidad de vida, lo que incrementaría la desigualdad global en la distribución de recursos humanos en salud.

Tabla 6. Problemas normativos identificados a un macro nivel de asignación de recursos en situaciones críticas según el punto de vista de médicos

Nivel de asignación	Problemáticas normativas	Discurso en entrevistas
<p>Macro nivel de asignación de recursos nivel nacional</p>	<p>Problema de salud pública: respuesta durante la pandemia por COVID-19</p>	<p>“...porque se formaron hospitales COVID, osea hospitales que sólo recibían pacientes COVID, y todos los recursos se fueron para ellos, pero los otros hospitales también recibíamos pacientes COVID y no teníamos ni cubrebocas”. (BG, médico que labora en región sur, comunicación personal, 2023).</p> <p>“...porque el hospital público simplemente cerraba las puertas, no solamente a heridos por violencia, sino a este en general los pacientes no solamente eso los centros de salud ya no aceptaban control de embarazo, o sea los pacientes venían de todos los pueblos a chequearse de su embarazo y dicen del centro de salud, no me ven, no me atienden, dicen que nada más atiendan pacientes de COVID, así que había un desabasto enorme en cuanto a los problemas comunes de salud”. (TS, médico que labora en región sur, comunicación personal, 2022).</p> <p>“...como médicos, salubridad [se refiere a la Secretaría de Salud] no nos prestó ninguna ventaja para protegernos, tuvimos que ir hasta que nos tocaba por edad o por apellido a las vacunas de toda la población... pero tuvimos que activamente luchar por recibir esa vacuna”. (TS, médico que labora en región sur, comunicación personal, 2022).</p>

	Transparencia ²¹	<p>“...yo creo que en base a ese diagnóstico situacional hacer una una planeación y evaluar las circunstancias y consecuencias y contribuir todos a que se logre un objetivo que es la atención integral de todos nuestros pacientes... Y, sobre todo, pues exigir a quien se debiera verdad, pues aquí si entran cuestiones políticas, culturales y sociales, para que esto realmente se dé verdad”. (AV, médico que labora en región centro-norte, comunicación personal, 2023).</p> <p>“Nosotros pues tenemos un papel muy importante en pues en la toma de decisiones de las personas que nos están representando ¿no? todos nosotros necesitamos conocer a las personas que nos van a representar”. (RV, médico que labora en región norte, comunicación personal, 2022).</p> <p>“...el gobierno y también la población porque te digo realmente hemos normalizado tanto las cosas. Hemos normalizado tanto en la corrupción”. (GG, médico que labora en región centro del país, comunicación personal, 2023).</p>
--	-----------------------------	---

²¹ Curto-Rodríguez y Pascual-Fernández, refieren que el punto de partida de la transparencia se encuentra en la divulgación de información, que tiene su origen en el siglo XVIII, con la visión de un estado sin secretos, fomentando, la imparcialidad y la lucha contra la corrupción (46). Pero también entenderse como clave en la rendición de cuentas, accediendo a datos diversos, además de su comprensión y manejo con formatos disponibles para los ciudadanos (47).

<p>Macro nivel de asignación de recursos nivel internacional</p>	<p>Contratación de médicos extranjeros</p>	<p>“...debería de dar la oportunidad a los médicos pues del país ...por ejemplo que este gobierno contrata o trae médicos cubanos y los trajo me parece que por la pandemia, pero el sueldo que se les ofrece a los extranjeros, pues no era igual al que se le ofrecía a pues al médico al personal nacional..., pues ellos no entraban a atender pacientes y y a veces, o sea, nada más como que ah, pues ahí está el doctor o está el médico, pero no tienen la suficiente experiencia o práctica para atender a un paciente”. (MM, médico que labora en región centro-norte), comunicación personal, 2023).</p> <p>“...hay muchísima fuga de talentos muchísima gente que estaba haciendo trasplantes... o de patología de todas las áreas se están yendo ...hay fuga de talentos por todos lados en México porque no hay las condiciones adecuadas para trabajar”. (GG, médico que labora en región centro del país, comunicación personal, 2023).</p> <p>“En cualquier algoritmo de reanimación de atención a un rescate a lo que sea pues el que primero debe de sentirse seguro es el que ofrece el servicio de salud. Entonces no entiendo por qué el Gobierno insiste en querer mandar a médicos a lugares donde no te vas a sentir seguro”. (GG, médico que labora en región centro del país, comunicación personal, 2023).</p>
---	--	--

Fuente: elaboración propia.

7. Limitaciones

Algunas limitaciones de nuestro estudio es el número reducido de médicos participantes, que a pesar de haber sido seleccionados deliberadamente y que aportaron información muy valiosa, no es posible garantizar que las respuestas son típicas u homogéneas (17). Los resultados se acotan a una cohorte de once médicos, sin embargo, ya que son médicos que trabajan en alguna de las zonas económicas del país y en algunas con más violencia y escasez de recursos, entonces obtuvimos opiniones que recogen todas las características posibles. Aunque no es posible generalizar sus opiniones a todo el personal médico. Durante las entrevistas llegamos a un punto de saturación temática para los temas de nuestra guía de entrevistas.

8. Conclusiones

El propósito de nuestro estudio fue contribuir al conocimiento y la reflexión sobre las experiencias que enfrenta el personal médico en situaciones crítica. Después del análisis, hemos llegado a la conclusión que el personal médico desempeña una labor compleja que conlleva importantes retos desde el punto de vista ético y normativo los cuales se intensifican durante situaciones críticas. Por lo tanto, nuestro trabajo aporta nuevas perspectivas al estudio de estas problemáticas ya que presentamos una visión que interrelaciona dos circunstancias críticas la violencia y la pandemia de COVID-19 en lugar de abordarlas de forma individual. Promoviendo una oportunidad más integral de reflexión y aprendizaje para la sociedad, profesionales de la salud y tomadores de decisiones para fomentar cambios y mejoras en políticas de salud.

Fondos

Los estudios de PhD de Ivette M. Ortiz Alcántara son financiados por una beca de Excelencia del Gobierno Suizo. Comisión Federal de Becas para Estudiantes Extranjeros.

Conflicto de interés

No hay conflictos de interés.

Declaraciones éticas

Los estudios en los que participan seres humanos fueron revisados y aprobados por el Comité de Ética (CEBES) del Instituto de Ética Biomédica e Historia de la Medicina, Universidad de Zúrich (ninguno de los autores de este artículo participa en el CEBES). Número de Identificación: 2022-06_CEBES-Review_Mexico-Study_Ortiz. Los participantes dieron su consentimiento informado por escrito para participar en este estudio además se solicitó el consentimiento verbal para iniciar la grabación en el momento de la entrevista.

Agradecimientos

Agradecemos al personal médico que generosamente compartió información valiosa y contribuyó significativamente a este estudio. Asimismo, extendemos nuestro reconocimiento especial a Julian W. März, Sebastian Wäscher y Tania Manríquez por su colaboración en la elaboración del guion para las entrevistas. Así como a Joanna Ortiz y Ana Yunuen Castillo por su inestimable ayuda en la refinación de estilo de este manuscrito.

Referencias

1. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo. Ciudad de México: CONEVAL; 2023:29. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/E_Derecho_Salud_2023.pdf
2. Ortiz IM, Holzer F. El ejercicio médico y la asignación de recursos humanos en salud en regiones violentas. *Medicina y Ética*. 2023; 34(3):763-803. <https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n3.04>
3. Sepulveda J. La respuesta de México al COVID-19: Estudio de caso. Instituto de Ciencias de la Salud Global, Universidad de California, San Francisco; 2021. Dis-

- ponible en: https://globalhealthsciences.ucsf.edu/wp-content/uploads/2024/02/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf
4. Jonsen A. Bioethics and the Health Care System. En: Bioethics Beyond the Headlines: Who Lives? Who Dies? Who Decides? Rowman & Littlefield Publishers, Inc. 2005.
 5. Gomez O. Sistema de salud en México. Salud Publica Mex [Internet]. 2011; 53(suppl):s220-s232. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262501775_Sistema_de_salud_de_Mexico
 6. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020. 2021. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf
 7. Blog IMER. Cuatro de cada 10 pasantes de medicina sufren agresiones: ONG [Internet]. 2022 [citado 2024 May 2]. Disponible en: <https://noticias.imer.mx/blog/cuatro-de-cada-10-pasantes-de-medicina-sufren-agresiones-ong/>
 8. Colectivo Nosotrxs y Médicos en Formación. Encuesta Nacional de Médicos en Formación. 2021. Disponible en: https://www.medsenformacion.org/_files/ugd/f4acf5_e198f35484a84f13ad09467f5f3ff861.pdf
 9. Vargas L, Vélez-Grau C, Camacho D, Richmond T, Meisel Z. The Permeating Effects of Violence on Health Services and Health in Mexico. J Interpers Violence [Internet]. 2022; 37(13-14). <https://doi.org/10.1177/0886260521990832>
 10. Abu Sa'Da C, Duroch F, Taithe B. Attacks on medical missions: Overview of a polymorphous reality: The case of Médecins Sans Frontières. Int Rev Red Cross [Internet]. 2014; 95(890):309-330. <https://doi.org/10.1017/S1816383114000186>
 11. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo. Ciudad de México: CONEVAL; 2023. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/E_Derecho_Salud_2023.pdf
 12. Holzer F, Alcántara IMO, Eichinger T, März JW. Proportionality and Mexico's pandemic management during the COVID-19 crisis. Dev World Bioeth. 2023;1-8. <https://doi.org/10.1111/dewb.12429>
 13. Karlinsky A, Kobak D. Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset. Epidemiol Glob Health. 2021. Disponible en: <https://elifesciences.org/articles/69336>
 14. Latinus. Juez ampara a médicos privados para que sean vacunados contra la COVID-19. 2021. Disponible en línea: <https://latinus.us/2021/05/04/juez-ampara-medicos-privados-sean-vacunados-COVID/>
 15. Velázquez Leyer R. Mexico's Social Policy Response to COVID-19: A Path of Minimal Action. CRC 1342 COVID-19 Social Policy Response Series. 2021;5. Disponible en: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/71809/ssoar-2021-velazquez_leyer-Mexicos_Social_Policy_Response_to.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2021-velazquez_leyer-Mexicos_Social_Policy_Response_to.pdf

16. McGrath C, et al. Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Med Teach*. 2019; 41(9):1002-1006. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1497149>
17. Maxwell, J.A. *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. 3rd ed. Thousand Oaks, California: SAGE Publications 1941. 2012.
18. Canadian Medical Association. COVID-19 and Moral Distress. (El contenido de este documento fue adaptado del Champlain Centre for Health Care Ethic). Canadian Medical Association. 2020. Disponible en: <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/Moral-Distress-E.pdf>
19. Koppmann A, Cantillano V, et al. Moral Distress and Burnout Among Health Professionals during COVID-19. *Rev Med Clin Condes*. 2021; 32(1):75-80. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-distres-moral-y-burnout-en-S0716864020301000>
20. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press. 2001.
21. Kherbache A, Mertens E. Moral Distress in Medicine: An ethical analysis. *J Health Psychol*. 2021 May; 27(2):135910532110145. <https://doi.org/10.1177/13591053211014586>
22. González L, Gallardo E. Calidad de la Atención Médica: la diferencia entre la vida o la muerte. *Rev Dig Univ*. 2012; 13(8). Disponible en: <https://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/art81.pdf>
23. Borry P, Schotsmans P, Dierickx K. What is the role of empirical research in bioethical reflection and decision-making? An ethical analysis. *Med Health Care Philos*. 2004; 7(1):41-53. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/8567205_What_is_the_role_of_empirical_research_in_bioethical_reflection_and_decision-making_An_ethical_analysis
24. Kirkpatrick. Allocation and Triage in COVID-19. *JACC*. 2020 ; 76(1):85-92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109720352232>
25. Vinay R, Baumann H, Biller-Andorno N. Ethics of ICU triage during COVID-19. *Br Med Bull*. 2021; 138(1):5-15. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldab009>
26. Cookson R, Dolan P. Principles of justice in health care rationing. *J Med Ethics*. 2000; 26(5):323-9. <https://doi.org/10.1136/jme.26.5.323>
27. Medina-Arellano MJ, Palacios-González C, Santos-Preciado JI. Guía bioética de asignación de recursos de medicina crítica del Consejo de Salubridad General en México. *Salud Publica Mex*. 2020; 62:607-609. <https://doi.org/10.21149/11747>
28. Jöbges S, Vinay R, Luyckx VA, Biller-Andorno N. Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. *Bioethics*. 2020; 34(9):948-959. <https://doi.org/10.1111/bioe.12805>
29. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>
30. Becerra F. Presentación. Equidad en salud: mandato esencial para el desarrollo sostenible. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 38(1). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n1/v38n1a01.pdf>

31. Ferrer M. Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la bioética. *Acta Bioeth.* 2003; 9(1). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2003000100011
32. Whitehead M. Los conceptos y principios de la equidad en la salud. Washington. Organización Panamericana de la Salud. Centro de Documentación e Información. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Reprints; 1991:9.
33. Santillán M. La responsabilidad ética. *Veritas.* 2019; (42):49. <https://doi.org/10.4067/S0718-92732019000100049>
34. Bergel SD. Responsabilidad social y Salud. *Rev Latinoam Bioet.* 2007; 7(12):10-27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1270/127020800002.pdf>
35. Medina M. Bioética y Derecho a la Salud en Derechos el Pueblo mexicano. México a través de sus constituciones. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, M.A Porrúa. 2016. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/12/5628/16.pdf>
36. Beltrán-Aguirre J. Transparencia en la política de priorización de pacientes para recibir asistencia sanitaria. *Rev Esp Transparencia.* 2018; 7(2):29-47. Disponible en: <https://revistatransparencia.com/ojs/index.php/ret/article/view/16/48>
37. Hernández A. Transparencia y salud: el alcance de los recursos de revisión interpuestos por los ciudadanos. Guadalajara, México: ITESO. 2014. Disponible en: <https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/3923/9786079361112.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
38. Latinus. Juez ampara a médicos privados para que sean vacunados contra la COVID-19. 2021. Disponible en: <https://latinus.us/2021/05/04/juez-ampara-medicos-privados-sean-vacunados-COVID/>
39. Latinus. Reclamos por no vacunar a médicos privados contra la COVID deben abordarse de oficio: Suprema Corte. 2022. Disponible en: <https://latinus.us/2022/05/26/suprema-corte-determina-sector-salud-privado-debe-ser-considerado-prioritario-vacunacion-COVID/>
40. Murillo E. Decide SCJN que médicos privados tienen derecho a vacuna antiCOVID. *La Jornada.* 2022. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/notas/2022/05/26/politica/decide-scn-que-medicos-privados-tienen-derecho-a-vacuna-antiCOVID/>
41. Amnistía Internacional. Global: análisis de Amnistía Internacional revela que más de 7 mil personas trabajadoras de la salud han muerto a causa de COVID-19. 2020. Disponible en: <https://amnistia.org.mx/contenido/index.php/global-analisis-de-amnistia-internacional-revela-que-mas-de-7-mil-personas-trabajadoras-de-la-salud-han-muerto-a-causa-de-COVID-19/>
42. de los Ríos ME. Justicia y escasez: el problema bioético de la distribución de recursos para la salud. *Rev Colomb Bioet.* 2013; 8(1):175-188. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189228429012.pdf>
43. Maltos M. Fuga de cerebros, la diáspora del conocimiento. *Ciencia UNAM.* 2013. Disponible en: https://ciencia.unam.mx/leer/150/Fuga_de_cerebros_la_diaspora_del_conocimiento

44. Conferencia Internacional del Trabajo, 106.^a reunión. Informe IV. Migración laboral: nuevo contexto y desafíos de gobernanza. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo. 2017. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_550278.pdf
45. Organización Panamericana de la Salud. Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: retos y perspectiva en los países de la región andina. Lima: OPS. 2013. Disponible en: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/migracali_subreg_andina_2013.pdf
46. Curto-Rodríguez R, Pascual-Fernández P. ¿Se está elevando al cuadrado la lucha contra la corrupción en los estados mexicanos? Comunicación de datos públicos reutilizables. Gestión y Política Pública. 2021; 30(3):115-145. Disponible en: <https://www.gestionypoliticapublica.cide.edu/ojs/ide/index.php/gypp/article/view/962/337>
47. Cadena-Inostroza C, Morales-Fajardo ME, Ramírez Aceves MMC. La opacidad de la transparencia: Instituto de Salud del Estado de México, 2018-2022. RC Rendición de Cuentas. 2023; (2). <https://doi.org/10.32870/rc.v1i2.46>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.

