



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA

Análisis bioético del uso de la información científica en salud en los procesos legislativos

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS

PRESENTA:
JUAN ALVARADO MERCADO

TUTOR PRINCIPAL
Dr. RUBEN FERNANDO CANO VALLE
Instituto de Investigaciones Jurídicas

COMITÉ TUTOR
Dr. JUAN GARZA RAMOS
Facultad de Medicina, Veterinaria y Zootecnia
Dra. LIZBETH SAGOLS SALES
Facultad de Filosofía y Letras
Dr. JORGE ENRIQUE LINARES SALGADO
Facultad de Filosofía y Letras

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., febrero de 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

A mi esposa Olga Lozano

A mis Hijos, Fernanda y Alexander Alvarado

A mi madre Amada Mercado

Por el tiempo no compartido...

Agradecimientos

5 años fueron específicamente destinados para alcanzar este grado. Durante el camino fui guiado por excelentes académicos que representan a las mentes con más conocimiento en México, investigadores pertenecientes a la mejor universidad en nuestro país que han dedicado su vida a formar recursos humanos. Sin esa rigurosa supervisión didáctica, no hubiese podido concluir el programa. Estoy agradecido por ello, pues soy un nodo que ha recibido conocimiento de todo un complejo sistema educativo, el cual ha vertido en mí pensamientos científicos, críticos, metodológicos y bioéticos. los cuales, uso en mi praxis diaria con la intención de crear modelos de la realidad eficaces y eficientes. Agradezco de forma específica a los siguientes catedráticos:

- Dr. Fernando Cano Valle
- Dr. Carlos Viesca Treviño
- Dr. Jorge Enrique Linares Salgado
- Dra. Lizbeth Sagols Sales
- Dr. Juan Garza Ramos
- Dr. Víctor Manuel Martínez Bulle Goyri
- Dra. María de La Luz Casas Martínez
- Dr. José Manuel San Filippo y Borrás
- Dra. Liliana Mondragón Barrios
- Dr. Joaquín Ocampo Martínez

Menciono en especial al Dr. Fernando Cano Valle, pues ha sido un tutor excepcional y un generoso ser humano. También destaco al Dr. Carlos Viesca Treviño por su incansable labor didáctica. Desde 2010, he estado en formación colegiada con ambos; sintiendo su apoyo a mi persona. Cabe expresar que ambos poseen la facultad de estar siempre presentes, cuando construyo modelos del mundo, sin que ellos estén físicamente.

Gracias a quienes han hecho y hacen posible a la UNAM, al Sistema de universidad Abierta (SUA), al CONACYT (sin su apoyo hubiera sido imposible siquiera iniciar). Gracias a las personas e instituciones que logran que existan medios concretos para que el atributo educación se incremente de forma significativa en quienes desean contribuir a crear mejores estados del mundo.

Gracias México. Me comprometo a hacer las acciones posibles para compartir con la mayor cantidad de connacionales, la formación adquirida en el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas, y de la Salud de la UNAM.

Gracias al ordenador inteligente. Febrero 2018.

Resumen

Existen elementos, procesos o interacciones cuya presencia es más deseable que su ausencia. Una sociedad con más salud es más deseable que una con menos, por ello, usar recursos que contribuyen a mejorar la salud pública es un imperativo sustentado en distintas disciplinas académicas. En esa línea, la información obtenida de investigaciones realizadas mediante el método científico es un recurso cuyo uso se correlaciona favorablemente con la protección de la salud. Esta investigación, analizada desde una perspectiva bioética, muestra que la información científica más que un factor deseable -durante la construcción de políticas públicas en salud a cargo de órganos legislativos- debería considerarse un factor irremplazable. Para identificar el grado importancia dado a la información científica durante los procesos legislativos, se realizó un análisis en 763 iniciativas en salud, pertenecientes a las legislaturas LX, LXI, LXII y LXIII de la Cámara de Diputados. Después de analizarlas, se identificó que las iniciativas, en las que la información científica fue considerada el factor fundamental son pocas. En el mayor porcentaje la información científica en salud, se usó de forma discrecional. Posterior a ese análisis empírico-documental, desde una perspectiva bioética, se concluye que es injustificable seguir usando un formato de proceso legislativo asociado a la posibilidad de elevar factores de riesgo para la salud pública. Por consiguiente, se sugiere un cambio axiológico, con respecto al nivel de importancia otorgado por la sociedad a la información científica, durante la creación de políticas públicas en salud. También se propone que dicho cambio debe verse reflejado en una norma que exija que toda iniciativa en salud deba considerar preponderante a la información científica en su presentación, rechazo o aprobación.

Palabras clave: Bioética, Información científica, Políticas públicas, Proceso Legislativo, Daño.

Abstract

There are elements, processes or interactions whose presence is more desirable than their absence. A society with more health is more desirable than one with less, therefore, using resources that contribute to improving public health is an imperative supported by different academic disciplines. In this line, the information obtained from research conducted through the scientific method is a resource whose use correlates favorably with the protection of health. This research, analyzed from a bioethical perspective, shows that scientific information rather than a desirable factor -during the construction of public health policies in charge of legislative bodies- should be considered an irreplaceable factor. To identify the degree of importance given to scientific information during the legislative processes, an analysis was carried out in 763 health initiatives, belonging to the LX, LXI, LXII and LXIII legislatures of the Chamber of Deputies. After analyzing them, it was identified that the initiatives, in which scientific information was considered the fundamental factor, are few. In the highest percentage, scientific health information was used discretionally. After an empirical-documentary analysis, from a bioethical perspective, it is concluded that it is unjustifiable to continue using a legislative process format associated with the possibility of raising the risks of public health. Therefore, an urgent axiological change is suggested, with respect to the level of importance granted by society to scientific information, during the creation of public health policies. It is also proposed that this change should be reflected in a norm that requires that every initiative in health should consider scientific information preponderant in its presentation, rejection or approval.

Key Words: Bioethics, Scientific information, Health policy, Legislative Processes, Hurt.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
1.1 Génesis de esta investigación	15
1.2 Introducción al tema de investigación	19
1.2.1 ¿Cuándo sucede fenómeno que se investiga?	23
1.2.2 Descripción precisa del tema de investigación	23
1.2.3 Tesis del estudio empírico-documental	25
1.3 La realidad que se investiga	27
1.4 Planteamiento del problema	35
1.5 El suceso de la realidad como problema bioético	44
1.6 Propósito del estudio: Objetivos	46
1.6.1 Objetivo general	46
1.6.2 Objetivos específicos	46
1.7 Preguntas de investigación	46
1.8 Importancia del estudio	48
1.9 Aportación a la disciplina bioética	49
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL	
2.1 Explicación introductoria	50
2.2 Estado del arte del concepto bioética para esta investigación	54
2.2.1 Introducción al concepto de bioética en esta investigación	54
2.2.2 La necesidad de un concepto de bioética para este trabajo	58
2.2.3 La carga teórica, deconstrucción y el concepto de bioética	59
2.2.4 La bioética ¿definición difusa, individual o consensuada?	62
2.2.5 La necesidad de una disciplina crítica y flexible	65
2.2.6 La bioética y el daño derivado de buenas intenciones	68

2.2.7 Definición de bioética para esta investigación	76
2.2.8 El análisis bioético	78
2.2.9 Bioética y medicina	81
2.2.10 Bioética y derecho	87
2.3 El Proceso legislativo desde el marco jurídico	91
2.3.1 Introducción	91
2.3.2 La constitución como norma de normas	91
2.3.3 ¿Qué es el proceso legislativo?	94
2.3.4 El proceso legislativo está subordinado a los bienes jurídicos tutelados en la constitución	98
2.3.5 Procesos legislativos homogéneos ¿para temas diferenciados?	101
2.3.6 Los cabilderos y su presencia legalizada en la Cámara de Diputados	102
2.3.7 ¿Qué se discute en las comisiones en salud?	103
2.3.8 El poder legislativo 1917-1997 ¿Autonomía o inexistencia?	107
2.4. El proceso legislativo desde la validez objetiva y validez jurídica	109
2.4.1 Introducción	109
2.4.2 Órganos legislativos y productos legislativos	110
2.4.3 Validez científica y validez jurídica	114
2.4.4 La información creada desde la salud pública	124
2.4.5 La influencia económica en la construcción de políticas públicas	126
2.4.6 Legislación en salud basada en evidencia	128
2.5 El proceso legislativo y el conocimiento científico en salud	134
2.5.1 Introducción	134
2.5.2 Información	134
2.5.3 Ciencia	138
2.5.4 La ciencia como instrumento para interactuar con el mundo	145
2.5.6 Información científica en salud	153

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de la investigación	155
3.2 Muestra	156
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	157
3.4 Procedimiento	157
3.5 Análisis bioético de la información	160
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	
4.1 Resumen del capítulo	164
4.2 Análisis de la investigación empírico-documental	165
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	
5.1 Discusión	171
5.1.1 El Proceso legislativo desde el marco jurídico	171
5.1.2 Poder legislativo ¿novato o experto?	174
5.1.3 El proceso legislativo desde la validez objetiva y validez jurídica	177
5.1.4 El proceso legislativo desde las políticas públicas	179
5.1.5 El conocimiento científico en salud en el proceso legislativo	180
5.2 Conclusiones desde una perspectiva bioética	181
RECOMENDACIONES	190
REFERENCIAS	194
ANEXOS	
Anexo 1. Bases legales que sustentan y orientan la actuación legislativa	211
Anexo 2. Iniciativas en salud presentadas en la cámara de diputados en las legislaturas LX, LXI y LXII, y LXIII (hasta el 10 de julio de 2017)	220

Anexo 2.1	Iniciativas en salud presentadas en la cámara de diputados en las legislaturas LX, LXI y LXII, y LXIII	221
Anexo 2.2	Porcentaje de eficiencia terminal de las iniciativas en salud	225
Anexo 2.3	Número de iniciativas presentadas por el Ejecutivo Federal en Cámara de Diputados	226
Anexo 2.4	Casos paradigmáticos que denotan la calidad del proceso legislativo	229
Anexo 2.4.1	Caso Jorge Kahwagi Macari	229
Anexo 2.4.2	Caso María Victoria Mercado Sánchez	233
Anexo 2.5	Categorías consideradas no deseables	234
Anexo 2.6	Iniciativa en salud desechada contra la evidencia científica. México, 2008.	238
Anexo 2.6.1	Contenido de la iniciativa en salud desechada contra la evidencia científica	239
Anexo 2.6.2	Información generada científicamente y disponible antes rechazar la iniciativa	240
Anexo 2.6.3	Artículos periodísticos relacionados con la publicidad infantil en México antes de desechar la iniciativa	253
Anexo 2.6.4	Información científica en salud desechada.	254
Anexo 2.6.5	Razonamiento emitido por la Cámara de Diputados justificando el rechazo de la iniciativa	255
Anexo 2.6.6	COFEPRIS determina una acción contraria al dictamen de la comisión en salud de la Cámara de Diputados	256
Anexo 2.7	Categorías actuales en las que se pueden clasificar las distintas formas de usar la información científica en salud	257

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Marcos normativos que sustentan la legalidad y dictan las indicaciones de actuación de los órganos legislativos. Estados Unidos Mexicanos. 2017	93
Cuadro 2. El proceso legislativo. Definición	95
Cuadro 3. Etapas del proceso legislativo	96
Cuadro 4. Qué son las comisiones	104
Cuadro 5. Iniciativas en salud presentadas, desechadas y aprobadas	224
Cuadro 6. Porcentaje de eficiencia terminal de las iniciativas en salud. Estados Unidos	225

Mexicanos. 2006-2015	
Cuadro 7. Número de iniciativas presentadas por el Ejecutivo Federal en Cámara de Diputados. Estados Unidos Mexicanos. 2006-2015	226
Cuadro 8. Propuestas en salud presentadas durante la XLI Legislatura por el diputado Jorge Kahwagi. México. 2009-2012	230
Cuadro 9. Ejemplo de iniciativa estéril que ocupa tiempo y espacio irrecuperables. México. LXII Legislatura. 25 Febrero 2014	235
Cuadro 10. Ejemplo de iniciativa desechada referente a evidentes problemas de salud pero sin sustento contundente. México. LX Legislatura. 30 abril 2008	235
Cuadro 11. Ejemplo de iniciativa desechada referente a evidente problema de salud sustentada científicamente. México. LX Legislatura. 12 diciembre 2006	236
Cuadro 12. Ejemplo de iniciativa en salud desvinculada de problemática de mayor importancia. México. LXII Legislatura. 11 diciembre 2013	236
Cuadro 13. Ejemplo de iniciativa en salud que no mejora la salud (ocurrencia o cabildeo). México. LXI Legislatura. 8 noviembre 2011	237
Cuadro 14. Ejemplo de iniciativa que exige competencias certificadas para desempeñar actividades especializadas. México. LX Legislatura. 27 noviembre 2007	237
Cuadro 15. Ejemplo de iniciativa en salud desechada contra la evidencia científica. México. 2008	241
Cuadro 16. Información científica internacional disponible antes de desechar la iniciativa el 4 de octubre de 2011	242
Cuadro 17. Información disponible en México antes de desechar la iniciativa el 4 de octubre de 2011	251
Cuadro 18. Artículos periodísticos relacionados con la publicidad infantil en México antes de desechar la iniciativa. 2010-2011	253
Cuadro 19. Clasificación de las distintas formas de usar la información científica en salud. Cámara de Diputados. México. 2006-2015	260

INTRODUCCIÓN

Este documento contiene los resultados derivados de la investigación titulada “Análisis bioético del uso de la información científica en salud en los procesos legislativos”.

En el capítulo I, titulado *El Problema*, se expone tanto la situación de la realidad que se estudia, como los argumentos de porqué esa realidad se considera como un problema bioético. Es crucial para el autor exponer las razones por las cuales él califica ese fenómeno como problema, puesto que otras disciplinas no lo califican así. Por ello, se vuelve necesario intentar compartir con el lector los puntos referenciales necesarios para exponer con nitidez las razones y sustentos de esta investigación. Por tanto, en el capítulo I se detalla la situación estudiada, el factor considerado preponderante (la información científica en salud), así como los argumentos usados para afirmar que la información científica en salud es un factor ineludible e irremplazable en la construcción de políticas públicas en salud.

En el capítulo II, titulado *Marco Teórico Referencial*, se expone el concepto de bioética elaborado para esta investigación. Se destaca que dicho concepto es parte sustancial este proyecto, puesto que exigió un concepto de bioética suficiente y amplio. Por ello se utilizó una definición, a partir de conceptos sugeridos por autores reconocidos en bioética, pero adecuándolos y expandiéndolos a las necesidades de este trabajo. En ese sentido, el sustento fuerte es el principio de no maleficencia de Beauchamp y Childress (1998). Como consecuencia de esa elaboración el lector encontrará una perspectiva expandida del campo de la bioética. Lo cual, a juicio del autor, es una valiosa y sustancial aportación, puesto que permite ampliar los límites de la bioética, dejando atrás la idea de que la misma se circunscribe solo a ciertos “temas bioéticos”.

El concepto de bioética utilizado permite la posibilidad de que investigaciones futuras puedan realizar análisis bioéticos a todo conocimiento cuya puesta en práctica tenga la potencialidad de provocar cambios significativos en factores relacionados a la salud o el

ambiente; y que esos cambios significativos sean calificados por algún agente moral como perjudiciales. También se destaca que el concepto de bioética aquí utilizado incluye la categoría de daño provocado por acciones y/o conocimientos puestos en práctica con “buenas intenciones”. Además del concepto bioética, se expone el marco jurídico que otorga el sustento de legitimidad asignado al proceso legislativo.

El capítulo III, titulado *Metodología* contiene el método que se utilizó para identificar el nivel de importancia que se concede a la información científica en salud en los procesos legislativos. Pues el resultado de ese análisis, fue el que se analizó desde el concepto de bioética explicado en el capítulo II. Se reconoce que, antes de la investigación empírico documental, se podía afirmar de forma intuitiva que la información científica en salud no era determinante en los procesos legislativos en salud. Pero para poder exponerlo ante terceros con validez se realizó una investigación en 763 iniciativas en salud, pertenecientes a las legislaturas LX, LXI, LXII y LXIII de la Cámara de Diputados. Así evidenciamos que aunque sí existen iniciativas en salud dónde la información científica fue preponderante, tales iniciativas son la excepción no la norma.

En definitiva, los resultados obtenidos permiten afirmar que la información científica en salud se usa de forma discrecional. Y esa realidad fáctica analizada desde una perspectiva bioética, nos permite afirmar que el actual proceso legislativo se asocia con una alta posibilidad de incrementar el factor de riesgo, lo cual desde el principio de no maleficencia es inaceptable, dado que se puede prever.

En el capítulo IV, titulado *Resultados*, se expone de forma sintética, los resultados obtenidos derivados del método del capítulo III.

El capítulo V, titulado *Discusión y Conclusiones*, expone de forma crítica y explícita que no se encontró un solo argumento académico a favor de disminuir la información científica en salud en los procesos legislativos. En otras palabras, de los diversos marcos teóricos consultados: jurídicos, médicos, derechos humanos, determinantes sociales en salud, científicos, psicológicos,

filosóficos, etcétera, en ninguno se encuentran afirmaciones o sugerencias de que la información científica perjudique a la salud, ni que las políticas públicas en salud puedan ser eficaces y eficientes sustentándose en saberes no científicos: opiniones, preferencias, acuerdos, votaciones, etcétera). Por consiguiente, después de analizar desde una perspectiva bioética que en cada proceso legislativo en salud, la información científica fue usada de forma discrecional la mayor parte de las veces, se concluye que es éticamente inaceptable seguir usando un proceso legislativo que se asocia con incrementar los factores de riesgo. Porque al ser un conocimiento instrumentalizado por seres humanos, quiere decir que existen agentes morales con poder de implementar un modelo mejorado del modelo actual. La primera conclusión es que se estima imperativo y urgente un cambio axiológico respecto al nivel de preponderancia asignado a la información científica, en cada iniciativa en salud presentada en el poder legislativo. La segunda conclusión es que si ese cambio axiológico no se reconoce en los marcos reguladores del congreso, nada cambiará y seguirá reinando el modelo de legislación actual, el cual es bioéticamente inaceptable, pues no siempre protege la salud y la expone al riesgo.

Si algún agente moral de cualquier disciplina considera que el proceso actual de legislar en salud es idóneo, debe mostrar con evidencias que el procedimiento actual produce más salud que el modelo sugerido en esta investigación. La carga de la prueba la adquiere quien afirma.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Génesis de esta investigación

Carga teórica del autor. Quien escribe se ha especializado en el aprendizaje humano. Su experiencia se sitúa en diagnosticar áreas de oportunidad en personas para después desarrollar, implementar y evaluar diseños instruccionales. Un diseño instruccional es un programa de adquisición de aprendizajes, constituido por procesos didácticos con la finalidad de incrementar el nivel de dominio de habilidades o competencias en una persona. Después de años de experiencia en ese ámbito, él sabe que existe una elevada correlación entre las competencias de una persona, grupo o institución y sus desempeños. Entre más competente sé es, mejores desempeños se pronostican y, contrariamente, menos competencias se vinculan con desempeños deficientes. Es decir, el autor ha aprendido que personas físicas, grupos o instituciones son eficaces y eficientes en función, tanto de la cantidad de competencias que poseen, así como del nivel de dominio de esas competencias. Desempeños expertos, casi siempre, provienen de agentes expertos, no de novatos. Las posibilidades de observar un desempeño competente derivado de un agente incompetente –individual o colectiva– es muy reducido.

Con base en lo anterior, se afirma que si no se tienen indicadores de la competencia de un grupo de personas para una tarea especializada, es lógico que sus productos tampoco tengan indicadores de la eficacia y eficiencia de sus productos. Se es competente solo después de un lapso de desarrollo de una competencia. Las competencias no se adquieren por decretos ni por órdenes constitucionales. Es poco probable que un órgano legislativo produzca políticas públicas eficaces y eficientes si su nivel de competencia es desconocido.

La génesis de este documento se localiza durante una investigación realizada en el periodo de 2010 a 2012 (Alvarado, 2012). En una actividad de recopilación de información realizada en

la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, se detectó, según el criterio del investigador, que el nivel de argumentación y de información especializada expuesto por los legisladores en ese proceso legislativo fue pobre y deficiente. Además, también se detectó que los legisladores responsables disponían de poca o nula experiencia relacionada con el tema que legislaron.

Considerando la información obtenida de *ese* proceso legislativo como un ejemplo de la calidad de la legislación en el poder legislativo surgieron las siguientes preguntas:

1. ¿Ese proceso legislativo fue un caso aislado o es muestra fiel de la calidad de la legislación en México?
2. ¿La calidad argumentativa y el nivel de uso de información especializada que fueron observados por la sociedad mexicana en *ese* proceso legislativo son cotidianos en *todos* los procesos legislativos?
3. ¿Esos *atributos de eficacia* se usan en temas donde se requiere información especializada?
4. ¿Los criterios de calidad en ese proceso legislativo, mostrados al público por la institución que se denomina poder legislativo, es acorde a la era de la información?
5. ¿Políticas públicas vinculadas con temas pertinentes a conocimientos científicos son resueltos con procedimientos similares?
6. ¿Las políticas públicas en salud son creadas mediante esas rutinas?
7. En temas de salud, ¿esas prácticas incrementan o disminuyen el derecho constitucional de protección a la salud?
8. ¿Por qué la sociedad, la academia, y otros actores sociales aceptan sin cuestionar esos procedimientos?
9. ¿Esos procedimientos son altamente eficaces y eficientes para producir políticas públicas idóneas y el autor lo que expresa es desconocimiento, y no un problema de investigación?
10. En temas de salud, ¿esos procesos legislativos producen beneficencia?

11. En temas de salud, ¿esos procesos legislativos producen maleficencia?
12. En temas de salud, ¿esos procesos legislativos producen justicia a la población?
13. ¿Es moralmente aceptable que quienes temporalmente ponen en práctica el concepto *Estado* sigan usando un procedimiento legislativo posiblemente obsoleto?
14. ¿El pueblo puede exigir que como medida de protección a *su* salud, la información científica en salud sea la norma y no la excepción durante los procesos legislativos en salud?
15. ¿Por qué si la cantidad y calidad de información actual es cualitativamente superior a la del siglo XX, se siguen usando procesos constituidos en condiciones históricas pretéritas?
16. ¿Por qué si existen expertos disponibles e información científica, en algunos procesos legislativos se permite prescindir de ellos?
17. ¿Por qué se permite que un nodo –órgano legislativo– con procesos de eficiencia cuestionable, le imponga a todo un sistema social, productos también cuestionables?
18. Si existe información mejor construida que otra, ¿por qué en ocasiones se usa la deficiente y se desdeña la de mayor validez?
19. ¿Por qué las investigaciones de la academia se mantienen con cierta lejanía de los procesos que regulan la vida social, a la que pertenece?

Las pasadas preguntas son solo una diminuta muestra de las cavilaciones que dieron origen al documento que se presenta aquí. El investigador experimentó un genuino y urgente interés de investigar el tema de los procesos legislativos en salud, desde una perspectiva bioética.

Del análisis realizado en esa investigación entre 2010-2012 se derivó la conclusión de que los niveles de conocimiento específico, por ejemplo, en derechos humanos, de los diputados locales en ese proceso legislativo eran mínimos, y en otros inexistentes. La investigación expuso que los integrantes de las comisiones que participaron en el proceso legislativo analizado estaban legalmente facultados, pero, de hecho, no disponían del conocimiento especializado que demandaba el caso. En este punto es donde se detecta una situación problemática de la realidad

que da origen a esta tesis de doctorado. A saber, la información especializada en temas específicos puede ser poco valorada, rechazada, diluida o ni siquiera conocida por los legisladores temporales y aun así, calificar el producto legislativo de legítimo. El problema es que es legítimo pero para un solo paradigma, el jurídico. Pero esa legitimidad es condición necesaria pero no suficiente para otros conocimientos de índole objetiva, crítica o científica.

Usando los hallazgos de esa investigación realizada en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, como indicador de la eficacia y eficiencia de los productos legislativos a nivel nacional, se dedujo que ello podría ser un problema insondable. La posibilidad de que las políticas públicas, a nivel nacional, en salud siguieran procesos legislativos similares, calificados de obsoletos por el investigador, propició el inicio de esta investigación.

Es claro que la salud pública en México es un fenómeno complejo y con múltiples actores y factores involucrados; no hay una relación causa-efecto lineal. Pero también se infiere que las acciones u omisiones de los órganos legislativos contribuyen significativamente a la salud pública. Después de concluir con la investigación relacionada en el proceso legislativo mencionado (2010-2011), se obtuvo la evidencia empírica que permite inferir que los legisladores en general poseen un grado insuficiente de permeabilidad para poder ser catalogados como competentes en la relación que ellos tienen con la información científica.

Un elevado porcentaje de ciudadanos asume que las políticas públicas son producto de un riguroso proceso de naturaleza científica. Pero, el sistema político mexicano permite y propicia que algunos ciudadanos no expertos en determinados temas diseñen e implementen políticas en materias específicas que afectan a una población de más de 120 millones de habitantes (Consejo Nacional de Población CONAPO, 2015). Los legisladores se encargan de proponer, evaluar, rechazar o aprobar políticas públicas, a pesar de que pueden no ser competentes en los temas especializados sobre los que legislan. También se infiere que no siempre son competentes para ponderar el nivel de preponderancia que posee la información científica en salud. Esta percepción se acentuó al conocer los procesos de selección de las personas que temporalmente serán

legisladores, las etapas del proceso legislativo, y los criterios de rechazo o aprobación de las iniciativas

1.2. Introducción al tema de investigación

La bioética tiene una relación sustancial con la salud –pública o individual– puesto que en temas de salud se gestó el surgimiento de la bioética. Los análisis bioéticos pueden considerarse como instrumentos de investigación en temas pertinentes a la salud, de ahí se sigue que un análisis bioético puede ser dirigido a todo conocimiento vinculado a factores que aumentan o disminuyen a la salud. Es necesario destacar que los conocimientos y saberes, que modifican de forma favorable o desfavorable a la salud, no siempre son clínicos, médicos o terapéuticos. Existen también otros, por ejemplo, los determinantes sociales de la salud que influyen de forma categórica en la salud pública o individual.

Esta investigación bioética se dirige a una parte de la realidad que ha influido de forma preponderante, en ocasiones determinante (Viesca, 2016), en la salud pública en México. Nos referimos a los procesos legislativos que en ocasiones se convierten en determinantes sociales de la salud.

La sociedad mexicana en su conjunto ha aceptado de forma pasiva que esa parcela de realidad –los procesos legislativos– permanezca mayormente bajo la tutela de marcos teóricos algo ajenos a las ciencias de la salud. Al parecer se ha aceptado sin reparo el supuesto que disciplinas como el derecho y las políticas públicas tienen más relación con las políticas públicas en salud que con la información científica que proviene de las ciencias de la salud. Las generaciones educadas en ese paradigma tienden a replicar, instrumentalizar y/o aceptar de forma acrítica esa información aprendida en etapas tempranas de su vida social o de su formación académica.

Generalmente lo aprendido en etapas tempranas se considera como “*la*” forma de hacer las cosas y no como “*una*” forma más de un grupo de formas. Lo aprendido en etapas iniciales se puede aceptar casi sin reserva, como natural o verdadero y no como una alternativa. Por tanto, la sociedad mexicana –incluida parte de la academia– en el pasado pudo haber aceptado y avalado al formalismo jurídico y la “*legitimidad*” del poder legislativo como necesario y suficiente para producir políticas públicas eficaces y eficientes.

Sin embargo, dichos marcos teóricos, en temas de salud, son más forma que fondo. Es decir, necesarios pero insuficientes. El concepto, constructo, idea o definición de *salud* involucra saberes o conocimientos muy alejados a los que pueden ponderar, medir o percibir los marcos epistémicos del derecho o las ciencias políticas. No es cuestión de voluntad o de procedimientos, es cuestión de paradigmas. La salud no es opinable, es objetiva.

Para la mayoría de los lectores la afirmación anterior es obvia. La salud está ligada a la realidad, a la ontología, a la naturaleza, al cuerpo, al objeto. Ejemplo de ello es la diabetes, el sobrepeso, el cambio estructural en el cerebro producido por sustancias adictivas, la muerte, el embarazo, enfermedades crónico degenerativas, cáncer, infecciones, el acné, la depresión, la desnutrición, la zoonosis, y cientos de palabras que se refieren a estados del mundo considerados no saludables. De acuerdo con Bunge (2012), el médico asume que está frente a una realidad no frente a una alucinación. Los contenidos discursivos o conocimientos científicos de la salud, siempre estarán vinculados al cuerpo concreto del otro o de los otros. Para la mayoría de quienes poseen cierta formación científica lo anterior es evidente. Los objetos no cambian sus cualidades o magnitudes por que el sujeto cambie el significado hermenéutico vinculado a ellos.

Por ejemplo, existen algunos agentes morales o epistémicos que defenderán “A” o “no A” en función de lo que les paguen, no en función de criterios de objetividad. Es más, ellos mismos, quienes hoy defienden “A”; mañana, pueden defender “no A”. No porque hayan expandido su conocimiento o hayan descubierto un error lógico, lo cual sería aceptable epistémica, técnica y/o moralmente, sino porque les es más lucrativo. También existen profesionales que se adhieren

férreamente a algún autor o teoría, y en el futuro pueden cambiar su adherencia y *preferir*, a otro autor. Continuando, quienes explícita o implícitamente poseen sistemas de creencias para percibir el mundo únicamente mediante indicadores administrativos, teóricos, retóricos, interpretativos, les será difícil procesar y/o ponderar la validez de datos del mundo objetivo.

Y lo contrario también es real, quienes solo ven al objeto, les es casi imposible aceptar que existen otros indicadores que convergen en un objeto de estudio y en ocasiones ante la imposibilidad de cambiar las propiedades del objeto es necesario cambiar el significado en beneficio del sujeto.

Por tanto, quienes están entrenados en marcos epistémicos que asumen que propiedades objetivas como el calor o el dolor, que son captadas perceptualmente, son de la misma naturaleza que las cogniciones subjetivas de naturaleza conceptual, asumirán que sus sistemas conceptuales son suficientes para interactuar con tales datos. Pues ellos, si bien, pueden aceptar discursivamente la existencia de objetos en el mundo, también es necesario indicar que es poco probable que dispongan del entrenamiento para interactuar con datos o atributos en los objetos.

Por el momento, se expresa que la salud es un sistema complejo que aglutina conocimientos objetivos con conocimientos epistémicos, hermenéuticos y culturales, por tanto, proteger la salud pública implica necesariamente la convergencia competente de saberes de disímil naturaleza y epistemologías.

Retomando, la parte de la realidad que se investiga, ha sucedido, está sucediendo y continuará sucediendo en los órganos legislativos mexicanos. El fenómeno que se escruta es el cómo se pondera la información científica en salud cuando construyen políticas públicas en salud. Los procesos legislativos son procedimientos que se llevan a cabo en los órganos legislativos. Dichos procesos están constituidos por etapas específicas y vinculadas entre sí, los cuales son generados cuando alguien facultado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2010), presenta una iniciativa ante el pleno del órgano legislativo, de acuerdo a lo

establecido en el artículo 71 de la carta magna. Los tiempos y las formas que regulan los procesos legislativos se encuentran estipulados en los marcos normativos del congreso de la unión. Algunos de esos marcos normativos tienen décadas de vigencia además de que fueron contruidos cuando el poder legislativo hacia las funciones de oficialía de partes del poder ejecutivo.

La aceptación de una práctica vigente por décadas y de uso cotidiano, ¿puede considerarse un problema? ¿Cómo un proceso público y expuesto a la sociedad puede ser un factor de riesgo a la salud? para ciertos marcos teóricos –formales e informales– que por tradición han guiado esos procedimientos no es un problema. Es más, el uso cotidiano, sistemático y la longevidad de dichos procesos legislativos pueden sugerir que más que un problema se cataloguen por ciertos saberes epistémicos –o por costumbre– como una práctica eficaz y eficiente, es decir, idónea, puesto que así siempre ha sido. Ello representa la falacia de la tradición: algo es valioso porque siempre se ha hecho así.

Pero, no porque algo siempre se haya hecho así significa que sea lo mejor o que debe seguir haciéndose así (Campos, 2013). Por tanto, para que un procedimiento siga siendo aceptado como algo valioso por una sociedad, dicho proceso debería mostrar que sigue conservando su valía en tiempo actual. De hecho, mientras un conocer-hacer no demuestre, al menos de forma teórica, que es el mejor procedimiento disponible, debería dudarse de su eficacia. Una forma de mostrar que es el mejor es escrutar las propiedades de los productos que genera comparada con otras alternativas. Otra forma de pronosticar la eficacia de un conocimiento radica en ponderar críticamente si los productos que se esperan de él, son los más afines a los valores dominantes de esa sociedad, comparados con los derivados de otras tantas alternativas. A la luz de ello, ¿el actual proceso legislativo nos da evidencia estadística o inferencial de que es el mejor procedimiento para generar políticas públicas en salud?

1.2.1. ¿Cuándo sucede el fenómeno que se investiga?

Se ha enunciado que el foco de la investigación sucede en los órganos legislativos. También se ha aclarado que es durante las etapas que conforman el proceso legislativo cuando sucede. Cabe mencionar que del conjunto conformado por todos los procesos legislativos asignados a 56 comisiones, solo nos enfocaremos en analizar los procesos legislativos en salud de cuatro legislaturas más recientes de la cámara de diputados.

El suceso que se investiga acontece en diversas etapas de los procesos legislativos en salud: (a) cuando se cumple con el requisito normativo conocido como fundamentar y motivar; (b) al exponer frente al pleno de un órgano legislativo una iniciativa de ley en salud; (c) en el intercambio de argumentos a favor o en contra realizados por integrantes de la comisión de salud; (d) en la psique individual de cada legislador concreto al momento de votar en comisiones si una iniciativa en salud se aprueba o se rechaza; (e) si es que la iniciativa de ley se aprueba en comisiones, entonces después el fenómeno también sucede en cada legislador presente en el pleno durante la votación final camarál.

1.2.2. Descripción precisa del tema de investigación

Toda información en salud a la que se le atribuye validez objetiva –al menos temporal– es generada mediante el método científico. Más nítido todavía, la información en salud aceptada por la mayoría de la población es generada mediante este método. Luego entonces, la información científica pertinente a la salud no es un satélite de las decisiones en salud pública, ni “algo” a considerar, tampoco factor “importante” a tomar en cuenta, sino que dicha información científica es el recurso con más validez de la que dispone la sociedad mexicana para proteger su salud (los órganos legislativos son parte de esa sociedad).

El grado de validez de esa información científica, puede ser un factor correlacional o causal de la salud (individual, institucional o pública). Por consiguiente la primera parte de esta de investigación consistió en conocer el nivel de preponderancia que se le concede a la información científica en salud en los procesos legislativos pertinentes a temas de salud. En otras palabras, el análisis bioético se realizó después de investigar en qué grado la información científica en salud es un factor imprescindible e indispensable en todo proceso legislativo en salud.

A la luz de lo anterior algún lector crítico puede cuestionar:

1. ¿Acaso en los órganos legislativos, se pueden presentar iniciativas en salud; rechazar iniciativas en salud o aprobar iniciativas en salud, sin reconocer que la información científica es un factor determinante para la salud pública?
2. La exponencial información en salud, realizada mediante el instrumento más objetivo del que dispone la especie humana —el método científico— ¿puede llegar a ser considerada en los procesos legislativos con la misma validez que juicios de valor, reacciones emocionales, ideología, intereses, ocurrencias, contenidos no racionales, o francas posturas absolutistas o de índole falaz?
3. ¿La información científica puede llegar a ser catalogada por quienes ejercen temporalmente el puesto de legisladores con la misma validez que ellos le atribuyen a contenidos de su propia psique, opiniones u órdenes de terceros?
4. Más delicado todavía, ¿en algunos procesos legislativos esos otros saberes, más pedestres que objetivos, pueden ser considerados con mayor importancia que la información científica en salud?
5. ¿Puede ser posible que un proceso legislativo en salud realmente la proteja, si los razonamientos científicos correlacionados con los temas específicos, pueden ser substituidos por criterios discursivos, intereses económicos, o franco desconocimiento?

En el desarrollo del trabajo se ampliarán los argumentos, pero se adelanta que se pretende conocer cuál es el nivel de preponderancia que tiene el factor de la información científica en los procesos legislativos en salud, para después, hacer un análisis bioético de ello.

1.2.3. Tesis del estudio empírico-documental

Aunque en una investigación bioética no es común realizar un diseño metodológico que incluya una tesis investigar, para esta se consideró que la forma más didáctica de presentar los resultados era enfatizar que el análisis bioético se efectuó sobre datos empírico-documentales.

Es decir, para poder afirmar la siguiente tesis: **la información científica en salud es usada de forma discrecional en los procesos legislativos**, fue necesario investigar información generada en la cotidianidad de los órganos legislativos.

Aunque desde el inicio se intuyó que la información científica en salud no siempre es preponderante en las iniciativas en salud, para poder sostener con datos empíricos la tesis enunciada arriba en negritas, se atendieron recomendaciones para realizar un exhaustivo trabajo de campo.

Ese trabajo documental se realizó para constatar si las evidencias, accesibles a cualquier otro investigador, apoyan alguna de las siguientes afirmaciones:

- A. La información científica en salud puede ser usada de forma discrecional en los procesos legislativos.
- B. La información científica en salud se usa como factor preponderante en los procesos legislativos.

Es decir, se necesitó investigar si los datos empíricos sustentaban a una u otra de las tesis

mencionadas:

La tesis A. *los procesos legislativos en los que se considera de forma discrecional el uso de información científica en salud es distinta a la tesis B. los procesos legislativos en los cuales se considera preponderante el uso de la información científica en salud*, vigente y pertinente al tema de la iniciativa de ley.

La diferencia evidente entre las tesis A y B se deriva del nivel de influencia que se le otorga al factor información científica. Los productos derivados de la puesta en práctica de la tesis A que usa la información científica de forma discrecional son, necesariamente, distintos a los productos que se derivan de procesos legislativos que ponderan la información científica como preponderante B.

La instrumentalización de la serie de etapas denominadas “proceso legislativo en salud”, sin tomar en cuenta explícita y de forma preponderante el factor información científica en salud, genera necesariamente estados del mundo y resultados en un sentido y no en otros. Es inobjetable que los resultados derivados de una u otra opción deben ser distintos.

Por tanto, aquellos procesos legislativos en salud que permiten a los legisladores ser quienes decidan el nivel de importancia concedido a la información científica salud generan estados del mundo específicos; los cuales deben ser distintos a los derivados de procesos legislativos donde la información científica sí se usa de forma preponderante. Los productos –eficacia de políticas públicas– de la tesis A deben manifestar diferencias significativas a los productos de la tesis B. La diferencia, se reitera, radica en el uso discrecional o preponderante de la información científica vigente y vinculada al tema de la iniciativa de ley en salud en turno. Al ser dos tesis con cualidades distintas, con consecuencias en el mundo distintas, es irrefutable que alguna de las dos deba ser más deseable o valiosa que la otra. Por consiguiente, una de las dos debe contribuir más a proteger la salud que la otra, ya que no es racional suponer ambas pueden generar las mismas consecuencias. De ahí se sigue que una de ambas tesis debe proteger más la

salud pública que la otra. Por ello, se vuelve indispensable para la sociedad mexicana esta investigación, porque puede estar sucediendo que el poder legislativo, use un procedimiento que no siempre protege la salud; lo cual es, desde el marco legal, anticonstitucional, puesto que todas las acciones de los órganos legislativos deben, siempre, tener argumentos racionales e indicadores que sus decisiones protegen más a la salud que otras alternativas.

1.3. La realidad que se investiga

El fenómeno en análisis es que se infiere, que en los procesos legislativos en materia de salud que se activan con una iniciativa presentada en los órganos legislativos, la cantidad y calidad de información consultada, evaluada y ponderada es discrecional.

Es decir se intuye que, la información especializada, producto del método científico, respaldada por expertos e instituciones competentes, disponible para ser usada como guía objetiva válida, puede ser rebajada a simple opinión o constituirse como un contenido prescindible. En otras palabras, aun cuando existe una enorme cantidad de conocimientos y estadísticas avalados por instituciones especializadas, dicha información, puede o no, ser ponderada por quienes constituyen los órganos legislativos, y, aun así, etiquetar el producto legislativo como formal y legítimo. Es decir, los actuales marcos jurídicos propician que se genere la infundada idea de considerar al proceso legislativo en materia de salud autosuficiente, autónomo e independiente del contexto social al que pertenecen los órganos legislativos, propiciando que algunas veces los legisladores temporales intercambien, substituyan o resuelvan aspectos objetivos de la salud –criterios científicos– con –criterios no científicos– argumentos subjetivos, ideológicos o fundados en intereses ajenos a la salud. Esas etapas son permisivas de ese cuestionable suceso, debido a que los marcos normativos de los mismos órganos legislativos lo propician, y los marcos normativos del poder legislativo son producidos por ellos mismos. Son juez y parte.

No hay conocimientos perpetuos. Por lo que es necesario ponderar tanto el marco normativo, que dicta y guía los tiempos y las formas, como los procedimientos fácticos de los órganos legislativos, y someterlos a pruebas de vigencia en las condiciones actuales. Los resultados de esta investigación dan evidencia que en algunas ocasiones el proceso legislativo actual dista de cumplir el mandato constitucional de protección a la salud. Más aún, puede suceder que con los procesos legislativos actuales, en ocasiones no solo no protejan a la salud pública, sino que la perjudiquen. Si las condiciones mutaron también los instrumentos y medios usados deben adaptarse a las nuevas condiciones. Una aportación de este trabajo es denotar que, a pesar de disponer de rigurosos instrumentos analíticos, se siguen utilizando usos y costumbres que pueden, ya, ser obsoletos ante las condiciones actuales en la era de la información y el conocimiento (Alvarado, 2012).

¿Es necesario que los órganos legislativos se asuman como un nodo procesador de información de otros nodos de la red social? El sustento de la pregunta anterior es que el nodo legislativo no es un nodo especializado en determinantes sociales de la salud, ni en temas técnicos, médicos, de salud pública, concretos, científicos, ni omnisciente de la realidad que pretende regular. El nodo legislativo es parte de una realidad social compuesta por otros nodos con menor, igual o mayor dominio de información específica. El nodo legislativo ni produce ni es experto técnico competente para validar información en salud. Los nodos especializados en investigar de forma científica en salud son los que producen la información de la que debiera abreviar con frenesí el nodo legislativo. Por tanto, el nodo legislativo debería ser un procesador de información científica producida por otros innumerables nodos o sectores que constituyen la red a la que él pertenece.

Los órganos legislativos, además de cumplir su reglamentación propia, deberían disponer de instrumentos de búsqueda y evaluación de información válida. Es decir, el marco normativo debiera distinguir nítidamente entre legitimidad formal y legitimidad objetiva. Así el legislador podría distinguir entre sus facultades y delegar a –y en– los nodos especializados la calidad de información necesaria para crear políticas públicas eficaces y eficientes. Si las condiciones

cambian, los modelos usados en la interacción con el mundo concreto al que se pretende regular, también deberían modificarse y adecuarse a la nueva realidad.

Es aceptado, por unanimidad, que mayor información disminuye el margen de error. Entre más y mejor información se considere en la etapa previa a la toma de decisión, se tendrán mayores criterios de calidad e indicadores para elegir la alternativa que más útil sea para proteger a la salud de la población. La justificación de elegir una opción es que esa alternativa generará consecuencias más deseables que las no elegidas. En base al derecho humano de acceso a la información pública, el hecho de dar a conocer a los ciudadanos los procesos de búsqueda de las mejores alternativas debería considerarse obligatorio. Pues el acto de explicar de forma detallada y extensa a la sociedad las acciones en beneficio de su salud es necesario para que los legisladores puedan demostrar ante la sociedad que tienen la intención de actuar competentemente en cada proceso legislativo en materia de salud. Por medio de este acto, todos los actores de la red social generarían un indicador de aceptación de las decisiones legislativas que les daría mayor legitimidad material. Esa eficacia y eficiencia material complementaría la legitimidad formal.

No obstante, la inmensa cantidad de información científica en salud al alcance, en los procesos legislativos no se considera obligatorio el uso de la mayor y mejor información disponible. Aunque es moralmente deseable, técnicamente necesario, científicamente indispensable y éticamente exigible allegarse al conocimiento mejor construido disponible para elevar las posibilidades de elegir bien, en los marcos jurídicos que regulan el accionar legislativo no es así. No es justificable que los procesos legislativos en 2017, en un mundo híper comunicado que genera enormes cantidades de información, sean resueltos con métodos que parecen ya evidentemente superados. El filósofo Hans Jonas (1995), se cuestiona: “¿Me es lícito incluir en mi apuesta los intereses de otros?... Y la primera respuesta es que en rigor no nos es lícito apostar nada que no nos pertenezca” (p. 77). Un actor individual o constitucional puede apostar sus pertenencias pero no le es lícito apostar bienes ajenos, el principio de responsabilidad exige no exponer los bienes de los otros, sean cual sean. En esa misma línea crítica: ¿Le es

moralmente lícito a un órgano legislativo elevar la posibilidad de lacerar derechos de la sociedad que no le pertenecen, con procesos que pueden ser obsoletos? ¿Qué validez moral o técnica puede tener un sistema normativo que considera “legítimo” y legal que sus productos en ocasiones vayan contra lo que teóricamente deben proteger?

Existen temas cuyo contenido es dominado únicamente por personas con marcos conceptuales entrenados. Los no expertos en tales temas pueden opinar, pero desde una limitada perspectiva. Su opinión es más un juicio de valor que diagnóstico técnico. Confundir competencia constitucional con competencia técnica puede producir consecuencias no benéficas y/o generar perjuicio. Como se dijo anteriormente, el órgano legislativo es competente constitucionalmente, pero no es experto técnico. Cada iniciativa debería estar respaldada por una opinión técnica emitida por alguna institución especializada en el tema de la iniciativa. Otros nodos de la sociedad producen esa información, en ocasiones con una enorme magnitud de recursos. Esta información, constituida mediante el método científico tiene una validez superior, está disponible y debería usarse por cualquier nodo del sistema. Sin embargo, parece que si las ideas surgen de un nodo distinto al órgano legislativo o de una fracción parlamentaria diferente, la información se rechaza por su origen, no por su validez, por provenir de otro agente, diferente o antagónico ideológicamente. En el ámbito de la salud, la información generada mediante el método científico en instituciones facultadas para ello, es más válida que la surgida de sistemas de creencias con aparatos críticos reducidos o ajenos a temas de salud. La validez de la información científica en salud está vinculada a la objetividad. Rechazar o diluir información solo porque la expresó algún otro órgano o persona –antagónico, disímil, hostil, o extraño– es cometer la falacia *ad hominem*. Un órgano legislativo tendría que buscar la información que mejor describa e interactúe con el fenómeno y, si posteriormente se conoce otra información mejor, entonces sin objeción, tendría que desechar la información anterior y aceptar –no importando su origen– la mejor explicación vigente. Contrariamente a lo esperado, en las iniciativas y en los procesos legislativos en salud no siempre se usa la información científica en salud con el peso específico necesario.

Los actuales marcos normativos que sustentan los procesos legislativos propician que el conocimiento científico este jerárquicamente por debajo de elementos desvinculados de la salud pública. En otras palabras, mientras se cumplan los procesos formales o los usos y costumbres no explícitos en los “grupos parlamentarios”, una iniciativa puede ser aprobada o rechazada, sin considerar criterios científicos.

No es moralmente aceptable contar con datos científicos y no usarlos. Las decisiones basadas en criterios objetivos garantizan que las decisiones estén menos sesgadas ideológicamente¹, y que tengan mayor validez. Se es racional únicamente cuando se intenta representar la realidad con precisión (Rorty y Habermas, 2007). Los órganos legislativos asumen que no tienen por qué justificar sus productos. Es decir, al considerarse órganos legítimos dado que fueron elegidos mediante un proceso que se considera aceptado socialmente, confían que ese mandato que una parte de la población les concede, se transfiere inmediatamente a sus acciones y productos. Por lo tanto, saben que no tienen que justificar ante la sociedad la eficacia y eficiencia de sus decisiones.

Asignar el mismo grado de validez a los conocimientos de expertos y a las opiniones en algún tema de salud de un legislador ordinario, es un error categorial. Pero supra valorar el contenido cognitivo de un legislador no experto sobre el contenido publicado por especialistas de un tema en específico en salud, es una práctica no solo desatinada, sino contraria a proteger el derecho a la protección de la salud.

Los integrantes del poder legislativo, saben que jurídicamente no están obligados a justificar ante la sociedad sus productos. Pero, ¿los órganos legislativos tendrían que justificar sus

¹ “Ideología: mapa cognitivo que orienta los actos de las personas y que incluye, tanto las teorías sobre las relaciones causales, como las creencias acerca de los otros. Entonces si las creencias se modifican con la comunicación, puede deberse a que los individuos tienen acceso desigual a la información, o que no tienen la misma capacidad de raciocinio”. (Pastore, 2009, p. 131).

productos ante los ciudadanos? ¿Es deseable mostrar la evidencia técnica-científica que sustenta una iniciativa en salud, más allá de solo explicitar los motivos? Los órganos legislativos, tendrían que explicar a la sociedad por qué una iniciativa se rechaza; y justificar por qué una alternativa es elegida sobre otras. El cuestionamiento no recae en la legitimidad legal ni formal del órgano legislativo, sino en las etapas procedimentales y en la permeabilidad del órgano a datos de naturaleza científica. Ya que son esos datos lo que determinan, en gran medida, la eficacia y eficiencia de cada producto legislativo. Las políticas públicas además de validez formal, también deberían demostrar una validez más importante para la salud, la validez material, pues la validez formal nunca por sí misma será suficiente para generar salud.

Actualmente toda iniciativa presentada por los agentes facultados constitucionalmente con ese derecho deben cumplir con los requisitos formales de fundamentar y motivar. Fundamentar se refiere a citar explícitamente el sustento legal que le confiere legalidad y formalidad a la iniciativa. En motivar, se presenta un problema determinante. Pues en la bibliografía se encontraron dos acepciones, la primera localizada en la página web de la Cámara de Diputados, donde se indica que “motivar” se refiere a la exposición de motivos (Camposeco, 1990: 53-54). “Técnicamente esta parte de la exposición de motivos es la más importante para fundar y motivar la proposición contenida en la iniciativa de ley o decreto”. Es decir, según esta primera fuente, motivar hace referencia a la descripción de la realidad que motiva a quién presenta la iniciativa a hacer explícita, la necesidad de regular esa parte de la realidad que, desde su perspectiva, debe reglamentarse. En concordancia, Muro (2006) explica:

La exposición de motivos requiere de un conocimiento sobre su relevancia para satisfacer el interés de quienes preparan los proyectos de ley y la preocupación de los intérpretes sobre las razones de su fundamento y encontrar los motivos explícitos o subyacentes que sirvieron de base y orientaron los criterios para la toma de decisión del legislador. Se trata de la parte del documento legislativo en la que el autor destaca las razones, exhibe situaciones o circunstancias, muestran la existencia en la realidad de ciertas injusticias o los defectos de la ley existente denuncia los hechos delictuosos que deberían ser punibles y resarcir a las víctimas de daños causados, ilustra con argumentos el fundamento de una nueva disposición, declara las necesidades atendidas y demuestra la validez de los motivos e intenciones frente a la realidad para resaltar el valor de las propuestas. Estas consideraciones, razones y

argumentos no tienen función imperativa o fuerza de ley para obligar ni crear responsabilidades de ninguna especie, pero refuerzan los argumentos jurídicos que un intérprete posterior debe tomar en cuenta para conocer el espíritu del legislador. (p. 85-86).

Muro es explícito y no deja lugar a dudas, esas *consideraciones, razones y argumentos* –la información científica– solo sirven para reforzar argumentos jurídicos. Pero el problema determinante antes mencionado radica en que la segunda acepción de término “motivar” surge de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) (1997), en una jurisprudencia donde el significado de “motivar” ya no es la descripción del fenómeno concreto sino una serie de formalidades:

La Suprema Corte ha establecido jurisprudencialmente que los requisitos de fundamentación y motivación de una ley se satisfacen cuando es expedida por el Congreso constitucionalmente facultado para ello y se refiere a relaciones sociales que reclaman ser jurídicamente reguladas (Apéndice 1988, Primera Parte, página 131, jurisprudencia 68)-. El acto de promulgación de la ley forma parte del proceso legislativo que culmina con su vigencia y, por ende, **para el cumplimiento de los requisitos de fundamentación y motivación requiere que provenga de la autoridad competente** para ordenar la publicación y circulación de la ley a fin de que pueda ser obedecida (fundamentación), ya que ha cumplido con las formalidades exigidas para ello (motivación); **sin que sea necesario**, para la satisfacción de tales requisitos, que en el texto del acto donde se promulga se citen los preceptos legales que facultan al Poder Ejecutivo Federal o Estatal para realizar tal acto, ni **las razones que lo llevaron a concluir**, tanto que se cumplieron las formalidades exigidas para la expedición de la ley como que la misma no es violatoria de derechos fundamentales, ya que tal cita y razonamiento en el acto mismo de autoridad no se requiere tratándose de actos legislativos (p. 162).

Las negritas exponen el problema. De acuerdo con la SCJN, fundamentar y motivar se cumplen, al mismo tiempo y en automático, solo por provenir del poder legislativo. Entonces cuando la SCJN publica una jurisprudencia en la cual afirma que una iniciativa está fundada y motivada de forma suficiente cuando proviene de los órganos legislativos crea, sin pretenderlo, un estado de excepción. Consolida el fenómeno moral, ideológico y jurídico que contribuye y avala, a que diputados y senadores se asuman facultados para ser jueces y partes de su propia eficacia y eficiencia, solo acotados por las leyes orgánicas y reglamentos camerales. ¿Cómo puede exigírsele a un grupo de personas que justifiquen sus procedimientos si el formalismo legal afirma enfático que no es necesario? El significado de “motivar” descrito por el experto en derecho parlamentario Miguel Ángel Campo seco Cadena (1990) difiere del publicado por la

SCJN. Esa laguna conceptual debe subsanarse; pues con esa redacción la corte considera que al cumplir con las formalidades exigidas en un órgano legislativo, se ha satisfecho la motivación material en todas las iniciativas futuras que activen algún proceso legislativo. Más aún, si cumplir los tiempos y formas del proceso legislativo es condición necesaria y suficiente, entonces todas las iniciativas son factibles de aprobarse, puesto que el legislativo está facultado para ello. Lo cual es un desacierto.

“La definición implícita de legalidad que caracteriza el actuar de nuestro gobierno y también el de los profesionales del derecho choca con las percepciones de la población” (Rubio y Jaime, 2008, p. 74). La corte unifica erróneamente dos categorías independientes: la legitimidad de quienes deciden con la eficacia de lo que deciden. El mundo social es complejo, con múltiples planos convergiendo, no reductible a meros formalismos administrativos. Situar la legitimidad formal en una categoría y la validez de los productos legislativos en otra, necesariamente obligaría a justificar con contenidos adicionales al formalismo camerale, tanto cada proceso legislativo, como la aprobación o rechazo de cada iniciativa. “Un problema de legitimidad de esta naturaleza debe ser enfrentado a cabalidad, requiere acciones decisivas e inteligentes porque constituye un desafío a lo más fundamental de la sociedad”. (Rubio y Jaime 2008, p.142).

Mientras se mantenga vigente el marco normativo que, de forma implícita considera innecesario justificar ante la ciudadanía los productos legislativos, la calidad de tales productos seguirá sin criterios de eficacia y eficiencia. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 70 autoriza lo anterior: “El Congreso expedirá la ley que regulará su estructura y funcionamiento internos”. Lo calificable de problema es que, esa lógica absolutista, incluye o excluye, deliberadamente o no, información ajena al edificio formal, de la cual los actores temporales –diputados o senadores– generalmente, no poseen criterios de validez.

Otorgar a un órgano –nodo– tal poder, absolviéndolo perpetuamente de justificar sus productos a la sociedad –sistema– a la que sirven, es equivalente a pre-asignarle, a ese órgano legislativo cualidades permanentes de honestidad, profesionalidad, eficacia, eficiencia, búsqueda

del bien común, competencias, conocimientos especializados, etcétera, que por simple estadística no puede tener. Más aún, es obsoleto imponer o acatar reglas únicamente porque provienen de un órgano legítimo –falacia de autoridad– pues en la era de la información, además de legitimidad hay que cumplir con la validez material, técnica u objetiva.

Recapitulando, en la era de la información no solo los próximos productos legislativos deben justificar su validez ante la sociedad, sino también, el contenido normativo de los diferentes instrumentos jurídicos y cada norma jurídica actual. Deben probar que son o siguen siendo óptimos en las condiciones vigentes. Si no es así, todo mandato legal que no se justifique ante los otros nodos sociales y sobre todo, en las condiciones endémicas vigentes, es susceptible de ser modificado, no importa si es un ordenamiento constitucional, ley o reglamento. Quien afirme lo contrario debe probarlo.

Se espera que este trabajo contribuya a generar discusiones sociales, académicas y políticas, sobre el hecho de que el uso de información científica en los procesos legislativos sea jurídicamente exigible, ya que hoy no lo es.

1.4. Planteamiento del problema

Todo problema bioético lo es porque algún agente moral, considera y trata de demostrar, que situaciones en el mundo provocadas por conocimiento generan condiciones calificadas de perjudiciales, dañinas o mejorables. En esta investigación, el responsable de realizarla, consideró que el hecho de que durante los procesos legislativos en salud la información científica se use de forma discrecional es un problema. Por tanto, se detalla a continuación la situación real que a juicio del autor es un problema bioético.

Las políticas públicas en salud son respuestas generadas por un “Estado-Nación” para reducir la magnitud de factores que propician una disminución de la salud de los habitantes en su territorio. Para incrementar las posibilidades de proteger la salud pública, estas respuestas

necesariamente deben derivarse del conocimiento más avanzado disponible en el tema específico. Esta investigación bioética se enfoca en analizar el proceso legislativo –y sus productos– mediante el cual el poder legislativo mexicano contribuye a la obligación constitucional, adquirida por el estado, de realizar acciones de protección a la salud.

Una política pública en salud se califica de eficaz y eficiente cuando es capaz de influir de forma significativa en factores objetivos a favor de la salud pública. Para lograrlo, las políticas públicas deben construirse con modelos teóricos aceptados –por comunidades hermenéuticas con formación científica– que muestren validez inferencial. Exponiendo públicamente que el curso de acción elegido lo fue, porque es el más eficaz y pertinente camino para proteger la salud que otros cursos de acción no elegidos.

Puesto que en línea con el derecho constitucional a la protección de la salud (Art. 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2010), todo proceso y producto del poder legislativo siempre debe mostrar que protege la salud; ya que es una institución que está jerárquicamente debajo de la Constitución, y por ello, sus acciones están ceñidas a ella. Dicho de manera inequívoca, el poder legislativo no tiene, por comisión u omisión, autonomía ni facultad para, de forma explícita o implícita, ir contra el mandato constitucional, y por ende, todos sus procedimientos y productos legislativos, deben acatar y adecuarse a la norma máxima. No hacerlo implicaría que, el proceso o producto legislativo que no muestra que realmente protege la salud, se califique de no alineado al mandato de la carta magna, por consiguiente es susceptible de ser catalogado como inconstitucional.

Por otra parte, las políticas públicas en salud surgidas del poder legislativo que han sido calificadas de eficaces y eficientes comparten un común denominador: todas ellas se han sustentado en información científica. No existe una sola política pública en salud, calificada de exitosa, que se haya construido de forma ajena o separada de la información en salud, científica y vigente. Por el contrario, cuando las políticas públicas en salud fracasan es común que esos fracasos se deban a que el peso específico de la información científica fue diluido –o substituido–

por otros saberes, intereses o usos y costumbres. Por tanto, existe evidencia suficiente que apoya de forma categórica la siguiente afirmación: todas las políticas públicas en salud exitosas, siempre se sustentan y anclan en información científica. Por consiguiente, dicho factor se vuelve preponderante e ineludible en las futuras ocasiones en las que una situación de salud pública, conocida o inédita, requiera ser regulada por una política pública.

Los párrafos anteriores parecen un periplo redundante, puesto que así debería conformarse toda política pública en salud constituida con el objetivo específico de mejorar la salud pública. Sin embargo, el problema radica en que no es así. Y no es así debido a que el marco normativo que regula la actividad legislativa permite una participación sobreestimada de los contenidos cognitivos, ideas, supuestos, ocurrencias, cosmovisiones individuales o de partido de los diputados o senadores. Lo cual propicia, sutil pero constante, que emerja en la psique de muchos legisladores la falaz percepción de sobredimensionar sus propias opiniones, las sugerencias de su bancada o intereses económicos de particulares, sobreponiéndose jerárquicamente sobre datos científicos en salud. Es decir, quienes son elegidos mediante el voto para legislar han aprendido, por usos y costumbres legislativos, además de permisividad normativa, que sus opiniones o contenidos discursivos pueden ser preponderantes. Y, que regularmente la labor legislativa consiste en un proceso que culmina con su propia opinión favorable o desfavorable, hacia una iniciativa que contiene una propuesta de regulación de factores que impactan a la salud.

Y, ese procedimiento no justificado socialmente, propicia que opiniones, preferencias, ocurrencias, juicios de valor, intereses económicos o de cabilderos, ideologías, enconos personales, “concertaciones”, acuerdos políticos, y otros tantos saberes de personas o grupos privados, puedan influir de forma significativa en quienes temporalmente tienen la facultad de legislar en salud. Ese grupo de influencias extrañas a la información científica en salud, pueden situarse en direcciones distintas y opuestas a la salud pública.

Es determinante en esta investigación intentar exponer con la mayor nitidez posible el siguiente contenido, pues es precisamente el fenómeno considerado problema: el marco

normativo de los órganos legislativos actual permite que en cada iniciativa en salud la información científica se use de forma discrecional. Dicho de otra manera, el nivel de preponderancia que se le otorga a la información científica en salud, en cada proceso legislativo, es establecido por el mérito o competencia de los integrantes de la comisión en salud. Si la normatividad, concede de forma explícita e implícita, a los legisladores la facultad de ser ellos quienes establezcan el peso específico de los datos científicos en la creación de políticas públicas en salud, entonces la normatividad permite que la información científica en ocasiones se use y en otras no. Y como ya se mencionó, la información científica es un factor prácticamente ineludible para incrementar la eficacia y eficiencia de toda iniciativa en temas de salud.

Por ello, se puede afirmar que actualmente el uso de la información científica en la creación de políticas públicas en salud es intermitente, casual, accidental, desestimada o desconocida. Como resultado de esa realidad procedimental, amparada por una normatividad ciega a la utilidad y alcance que aporta el conocimiento sanitario, científico y técnico en temas de salud, se hace evidente que el mandato constitucional de proteger la salud de los mexicanos no siempre se cumple. Puesto que un elemento que debería estar siempre presente –la información científica– está sujeta a ser usada en base al discernimiento, opinión o conveniencia de los legisladores en turno. En otras palabras, el legislador ordinario no tiene obligación jurídica, metodológica, cultural, tradicional ni moral de considerar en grado preponderante la información científica en todas y en cada iniciativa en salud. Y cuando si lo hace es por competencia individual y no institucional.

El hecho que la información científica se use de forma discrecional y/o contingente durante los procesos legislativos, tiene consecuencias reales en la salud pública. Pues cada vez que la información científica disminuye su nivel de importancia en cada proceso legislativo en salud, se incrementa la posibilidad de que la comisión legislativa en salud elija una opción alejada de proteger la salud, es decir, que elija mal. Expresado de otra forma, el acto de delegar al legislador la facultad de incluir, y el grado de inclusión de la información científica, provoca cada vez que sucede, que se incremente el factor de riesgo. Y un factor de riesgo es una

posibilidad de daño, luego entonces el actual procedimiento legislativo permite de forma explícita e implícita incrementar la posibilidad de daño a la salud de la población.

En definitiva, el factor de riesgo se incrementa sin la voluntad del legislador, pues se estima que él no busca deliberadamente hacer daño a la salud, la vida o al ecosistema, sino porque el legislador puede asumir por costumbre, que él –sus opiniones– es la parte sustantiva del proceso legislativo. Pero desde una perspectiva sistémica, el legislador concreto solo es un nodo receptor de información especializada, su labor consiste en ser más un buscador y facilitador de información que la de un juez de evidencia objetiva, pues ello regularmente escapa a sus facultades técnicas.

Es evidente que catalogar como un problema de urgente resolución a un proceso vigente hace décadas genera resistencias en personas entrenadas en algunos saberes o marcos epistémicos, ya que exige cambiar la categoría axiológica donde se sitúa el fenómeno; pasar de considerar el procedimiento legislativo en temas de salud como algo normalizado a considerarlo como algo obsoleto y en ocasiones perjudicial. Pues aunque ciertas epistémicas califiquen el fenómeno descrito no solo como vigente sino óptimo; esta investigación analizó el fenómeno descrito desde una perspectiva bioética, considerando el actual proceso legislativo no solo como obsoleto sino como un proceso con altas probabilidades de dañar a la salud pública. Y el daño en la salud individual o pública provocado por conocimiento es moralmente reprobable porque se puede prever.

Teóricamente las políticas públicas en salud deben proteger la salud. Se enfatiza, las políticas públicas en salud deben proteger la salud. Ese énfasis radica en que aparentemente la orden constitucional de que todo ciudadano mexicano tiene el derecho de que su salud (Art. 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2010) sea protegida es nítida, unívoca y aceptada sin cuestionamientos.

Pero entonces, ¿de dónde surgen los problemas de salud pública en México? Si en cada proceso legislativo vinculado a la salud anterior a esta investigación, se buscó proteger la salud y en México la calidad de la información en salud es de muy alta validez, entonces los factores que inciden en la disminución de la salud poblacional deben ser generados por causas netamente desconocidas y fuera del control de los mexicanos. Bajo ese supuesto, los mexicanos deben enfermarse por accidentes, causas hereditarias, o cualquier otra causa ajena a poder ser controlada o anticipada, es decir, enfermedades de génesis no prevenibles.

Es evidente que haber elevado a rango constitucional el derecho a la protección de la salud debería ser más que suficiente para que todas las acciones del propio estado mexicano protejan la salud. No es así. Al menos la práctica legislativa en algunas ocasiones difiere del mandato constitucional, pues los procesos legislativos no siempre protegen a la salud.

Aunque se pueden identificar algunas causas que diluyen el derecho a la protección a la salud en los procesos legislativos, esas prácticas no formales son habituales. Nadie puede mostrar que algún escrito formal argumente contra la salud ni tampoco se encuentra a alguien que públicamente asuma que un proceso legislativo en salud está influenciado por agentes, factores, intereses o metas ajenas a la salud pública.

Por un lado se acepta con presunción que la salud está en rango constitucional, pero la praxis muestra que las políticas públicas en salud no siempre tienen como prioridad la salud. A veces por desconocimiento, poco análisis o incompetencias del legislador. Otras veces porque en la meta de las políticas públicas en salud no es la salud sino generar diversos beneficios a costa de la salud.

Según la *Teoría de las Restricciones*, todas las acciones de un sistema deben estar subordinadas por una meta:

La Teoría de las Restricciones invita a los administradores de empresas a concentrar sus esfuerzos en las actividades que tienen incidencia directa sobre la eficacia de la empresa como un todo, es decir, sobre los resultados globales. Para que el sistema empresarial funcione adecuadamente las operaciones deben ser estabilizadas, para ello es necesario identificar y alterar las políticas contraproducentes. Entonces, se hace conveniente crear un "patrón o modelo que incluya no apenas conceptos, sino principios orientadores y prescripciones, con sus respectivas herramientas y aplicaciones... La Teoría de las Restricciones tiene como fundamento la Teoría de Sistemas, cuyo punto de partida es la consideración de que los sistemas son teleológicos; es decir, que tienen un objetivo o propósito. La TOC considera la empresa como un sistema constituido con la intencionalidad de conseguir una meta (Aguilera, 2000, p. 54).

Si cada uno de los nodos constitutivos de un sistema, conoce y acepta un mismo mandato o meta del sistema, entonces cada proceso o acción, debería contribuir a esa meta. Puesto que es aceptado el postulado que expresa "todo movimiento que no apoya al sistema está en contra del sistema", de ahí se sigue que si los componentes de un sistema están alineados a la misma meta entonces la cantidad de procesos en contra de la meta son accidentales, y eliminados o corregidos, en cuanto un agente los detecta.

Si la meta del sistema procesos legislativos en salud siempre es mejorar la salud, entonces las fallas en el control de los determinantes sociales de la salud, pertenecen a la categoría de falta de información o poca pericia del uso esa información disponible. Pero, si la meta en los procesos legislativos, es extraña o ajena a la salud y puede ser impuesta por algún agente moral no visible, entonces el mandato constitucional es mero discurso y la práctica está supeditada otras metas que no son mejorar la salud pública.

En ese supuesto, cuando la meta en un proceso legislativo en salud no es la salud, es cuando emerge la crítica al marco normativo actual, porque él, el marco normativo, permite y propicia ese error y además lo cataloga de legítimo. Y los legisladores en esas ocasiones usando sus facultades constitucionales convierten todo el conocimiento científico, relacionado al determinante social de la salud en turno, en meros textos bien elaborados pero enciclopédicos.

Puesto que se espera que todo proceso legislativo en salud tenga como meta la salud pública, como está escrito en la constitución, no que la salud pública pueda ser objeto de prácticas que la disminuyan. Es peor aún, que quienes propician esa posibilidad sean los mismos legisladores y los mismos marcos normativos de los órganos legislativos.

Por otra parte, las políticas públicas en salud, que surgen del poder legislativo, usan el mismo proceso implementado en crear políticas en otros temas. Es decir, el proceso legislativo es el mismo para todas las cincuenta y seis comisiones ordinarias de la Cámara de Diputados (2017b). Ese proceso legislativo, tal vez eficiente en el pasado, parece que actualmente ya no lo es. Al menos desde una perspectiva bioética en temas pertinentes a la salud y concretamente en relación con los determinantes sociales de la salud, puesto que se trata de un proceso legislativo idéntico para todos los temas y construido hace décadas.

Cuando las condiciones sociales, tecnológicas y de información disponible eran significativamente distintas a las condiciones actuales pudo haber funcionado. Pero ahora parece ser claramente insuficiente ante factores, necesidades y particularidades actuales. Es lógicamente irrefutable que las condiciones en 2017 son significativamente distintas a las existentes cuando se estableció el marco normativo que regula todo proceso legislativo del congreso de la unión.

El estado de cosas en el mundo actual difiere de los estados del mundo social existentes cuando se estableció el, aún vigente, proceso legislativo. Se mencionan algunos cambios como ejemplos: vivimos en la “era de la información”, la sociedad en el siglo XXI genera más cantidad de contenidos informativos que la generada en la primer mitad del siglo XX; además la humanidad experimenta eventos inéditos, contingentes, emergentes; con cambios de epistemologías y tecnologías superadas aceleradamente, con conocimientos científicos complejos, con cambios en las axiológicas regionales y mundiales, con cuerpos de conocimiento en constante evolución, nuevos activismos, confrontamientos religiosos, y muchos otros nuevos e inéditos factores.

De esa manifiesta transformación de condiciones sociales, emerge un análisis crítico, dirigido a cuestionar por qué los procesos diseñados, en y para condiciones de otras épocas siguen vigentes en las condiciones actuales, puesto que si las condiciones iniciales cambiaron, se espera que los instrumentos cambien.

Con ese cuestionamiento en mente, el modelo de legislación tradicional, requiere un proceso de verificación de validez, para identificar si sigue siendo valioso. Los valores, lo son en función de su eficacia, y dejan de serlo cuando la pierden (Cuevas, 2010). Como proceso verificador, se propone comparar dos conceptos de legislar: 1.- legislar en salud con el modelo tradicional y, 2.- legislar en salud con base en evidencia en el que la información científica en salud sea un factor ineludible. Con esa comparación se busca identificar si hay diferencias entre legislar del modo tradicional y un concepto de recién uso: *legislación con base en evidencia científica* (Lazcano-Ponce y Ramírez-Barba, 2008).

Se parte de la premisa que existen diferencias a favor del modelo de legislar con base en evidencia. Una de las primeras diferencias que se percibe, es una permeabilidad diferenciada entre los dos modelos y los datos disponibles en esta era de la información. Un elevado porcentaje de causas que propician la disminución de la salud están científicamente comprobadas, no obstante, y a pesar de ello, el uso de esa evidencia puede ser aleatorio y discrecional en el modelo actual. Las ocasiones en que se usan datos científicos son por iniciativa propia o mérito individual de los integrantes de alguna comisión en salud, no por ordenamiento institucional. Se parte de la hipótesis que el modelo de legislación tradicional es menos permeable a la enorme cantidad de información y datos científicos disponibles en la segunda década del siglo XXI.

Se concluye este apartado exponiendo que lo mencionado hasta aquí es la situación que sucede en el mundo, la cual será analizada desde una perspectiva bioética. Pues la bioética, como se detallará en este trabajo analiza conocimientos, saberes, procedimientos, usos y costumbres, de cualquier origen, que al ponerse en práctica tienen el poder de influir en la causalidad de las cosas y modificar significativamente el estado de las cosas en el mundo. Y si ese cambio se califica de

perjudicial, dañino o mejorable, entonces se vuelve un imperativo moral realizar un análisis bioético como el que se presenta en esta investigación con respecto al uso de la información científica en salud en los procesos legislativos.

1.5. El suceso de la realidad como problema bioético

Analizar a partir de la bioética el uso de la información científica en salud en los procesos legislativos en materia de salud pública en la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión de México durante el período 2006-2017, es el objetivo central de esta investigación.

Se adelanta al lector, como él ya lo intuye, que la investigación mostró indicadores –verificables por cualquier otro investigador– para poder sustentar, que la tesis que afirma que la información científica en salud puede ser usada de forma discrecional por los legisladores en los procesos legislativos, es una práctica cotidiana.

Con el sustento empírico obtenido de la investigación, se hizo un análisis bioético de esa realidad, exponiendo las consecuencias derivadas esa práctica, donde el incumplimiento formal del mandato constitucional adquirido por el Estado Mexicano, de protección a la salud de los ciudadanos, es el menor de los problemas.

El autor argumenta que los daños a la salud pública mexicana, propiciados por el fenómeno en investigación son incalculables. Ya que por omisión o por comisión se ha permitido desde la “legitimidad” formalista que se incrementen de forma significativa los factores de riesgo. En otras palabras, el porcentaje de daños a la salud nacional en las últimas décadas, hubiera sido menor si los procesos legislativos en salud hubieran concedido mayor preponderancia a la información científica en salud. La pregunta es: ¿la sociedad mexicana debe seguir pasiva y obediente, ante un conocimiento instrumental que en ocasiones propicia daños irreparables a la salud?

“Primero no dañar” o “*Primum non nocere*” y el principio de no maleficencia, son dos de los mandatos ético-morales que se enseñan al recurso humano formado en las ciencias de la salud (Beauchamp y Childress, 2001). Al respecto, Lifshitz (2002) señala:

Pero aún el daño involuntario puede significar una responsabilidad ética en tanto que, por ejemplo, participen la falta de previsión y los errores evitables, no se diga la negligencia, ignorancia o fraude. Colocar este compromiso “sobre todo”, “antes que nada” y “primero que nada” hace énfasis en lo paradójico que resulta que una profesión que tiene el propósito de hacer el bien pueda resultar dañina, y que a veces resultaría preferible ni siquiera intentar hacer el bien si al hacerlo se pudiera generar daño (p. 2).

De acuerdo con Lifshitz, resulta paradójico que un conocimiento encaminado a producir bien genere mal. Si algún agente moral o epistémico encuentra indicadores estadísticos de que ello sucede –probabilidades de producir mal en lugar de bien– entonces dicho conocimiento debe entrar en un estado de escrutinio. Las políticas públicas en salud no pueden pararse, en este caso hay que detectar qué acciones pueden ayudar a incrementar las posibilidades de hacer más bien que mal. Trasladando esos mandatos ético-morales, al tema de este trabajo, se sigue que un conocimiento que puede provocar más daño que bien, debe ser analizado bioéticamente para exponerlo a la sociedad y activar acciones para evitar ese factor de riesgo deliberado o no.

Entonces, cuando en un proceso legislativo en salud, los legisladores diluyen el peso específico de la información científica en salud, pueden estar incrementando el factor de riesgo. Y un factor de riesgo es una posibilidad de daño. Ningún daño es deseable, pero el daño generado por variables fuera del control humano es un daño ineludible. No obstante el daño que se generan en la salud mexicana por factores que si son susceptibles de controlar por los seres humanos y, por la causa que sea, quienes pueden controlarlos no los controlan, entonces se vuelve un daño moralmente inaceptable.

1.6. Propósito del estudio: Objetivos

1.6.1 Objetivo general

1. Analizar a partir de la bioética el uso de la información científica en salud en los procesos legislativos en materia de salud pública en la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión de México durante el período 2006-2017².

1.6.2 Objetivos específicos

1. Determinar el tipo de uso que ha recibido la información científica en salud en los procesos legislativos del Congreso de la Unión de México en materia de salud pública durante el período 2006- 2017.
2. Identificar las razones por las cuales la información científica en salud recibe el nivel de importancia que se le concede en el proceso legislativo, al presentar, rechazar o aprobar una iniciativa en salud.
3. Conocer el marco normativo y la realidad procedimental de los procesos legislativos del Congreso de la Unión de México en la que se han gestado las políticas públicas en salud en el período 2006-2017.
4. Distinguir la importancia de considerar la información científica en salud como un factor preponderante para elevar la eficacia de las políticas públicas en salud.

1.7 Preguntas de investigación

Preguntas con relación al suceso que se investigó:

² Obviamente, al analizar las legislaturas LX, LXI, LXII Y LXIII, el grupo que participa del proceso a estudiar es la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión de México durante el período 2006-2018. Como el año en curso no ha terminado y todavía no hemos llegado al 2018, se acota el período hasta el 10 de julio de 2017.

1. ¿La información disponible permite identificar como se pondera la información científica en los procesos legislativos en salud?
1. ¿La información científica en salud, es un factor preponderante durante el proceso legislativo?
2. ¿Pueden existir políticas públicas en salud eficaces ajenas a la información científica?
3. ¿La información científica es un factor elegible en la construcción de una política pública?
4. ¿La información científica es un factor insustituible e ineludible en toda política pública en salud?
5. ¿Qué factores permiten que la información científica en salud se use de forma discrecional?
6. ¿En qué medida el actual marco normativo que regula el proceso legislativo provoca que la información científica sea susceptible de ser subyugada por factores extraños a la salud?

Preguntas desde la bioética en relación al suceso que se investigó:

1. ¿Es moral, ética, técnica, epistémica o filosóficamente justificable que la preponderancia de la información científica en salud sea facultad de los legisladores?
2. ¿Es moralmente aceptable que un factor preponderante –la información científica– para la eficacia y eficiencia de las políticas en salud se use de forma discrecional por quienes legislan?
3. ¿Es admisible desde el principio de no maleficencia aceptar un marco normativo que puede incrementar la posibilidad de daño?
4. ¿Causa daño en la salud pública que una iniciativa viable, sustentada científicamente y utilitariamente, pertinente al ámbito de la salud, sea rechazada en los órganos legislativos, con argumentos extraños a la salud? ¿Esto puede ser calificado de legítimo aunque esté en contra del mandato constitucional?

5. ¿Es ético seguir usando un conocimiento-proceso que puede causar modificaciones en la salud pública de forma incalculable, pudiendo mejorarlo solo con cambiar la axiología de la información científica?

1.8 Importancia del estudio

1. Contribuir a la salud en México. Mediante la expansión de instrumentos como los análisis bioéticos a otras esferas del conocimiento. El autor deduce que realizar análisis bioéticos en saberes vinculados a la salud, pero exógenos al área médica, necesariamente expande la información y las perspectivas relacionadas a la protección de la salud.
2. Las conclusiones de esta investigación, de tomarse en cuenta, pueden ayudar a que el Congreso de la Unión incremente la eficacia de las políticas públicas en salud.
3. Pretende ayudar a la salud pública sugiriendo la necesidad de usar procesos legislativos más eficaces y eficientes. Ellos protegen más el derecho constitucional de protección a la salud, que procesos legislativos que no han probado su vigencia en el siglo XXI.
4. Concluye que un proceso legislativo en salud eficaz y eficiente eleva las posibilidades de que una política pública en salud sea también eficaz y eficiente.
5. Sustenta de forma lógica que una política pública en salud, eficaz y eficiente, esta correlacionada con la reducción de riesgos, lo cual propicia que se reduzca el porcentaje de maleficencia causado por acciones generadas por acciones de nuestra propia especie.
6. De llevar a la práctica las recomendaciones se contribuiría a que el Congreso de la Unión cumpla con el mandato constitucional: proteger la salud desde sus procesos.
7. Ayuda al conocimiento jurídico pues esta investigación permite manifestar que existen indicadores objetivos para afirmar que el actual proceso legislativo acto no siempre protege la salud. Y cuando no se protege siempre, entonces puede considerarse que el Congreso de la Unión incumple el mandato constitucional.

1.9 Aportación a la disciplina bioética

1. Amplía de forma exponencial la aplicación de la bioética a la realidad social. Ya que muestra que el uso de la bioética puede ir más allá de temas encasillados en *tópicos bioéticos*. Es decir, además de temáticas recurrentes, los análisis bioéticos pueden también dirigirse a todo conocimiento, epistemología, saber, usos y costumbres, procesos, técnicas, en síntesis cualquier cognición humana, cuya puesta en práctica provoque una modificación a un agente o ambiente que tenga o propicie vida.
2. Propone, a juicio del autor, la existencia de un objeto de estudio de la bioética: las consecuencias, calificadas de dañinas por algún agente moral, originadas por la aplicación de conocimiento humano con pretensiones benignas. Pues el daño, provocado sin intención de hacerlo, no deja de ser daño ni de dañar. Si es que el agente muestra evidencia de ese perjuicio.
3. Demuestra que un análisis bioético proporcionará información distinta a la generada desde marcos teóricos de una sola disciplina. Ampliando así las perspectivas analíticas desde las que se observa la realidad, puesto que entre más indicadores se tienen disminuye el margen de error. Los análisis bioéticos contribuyen a la expansión del conocimiento.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL

2.1. Explicación introductoria

Quien presenta este trabajo considera indispensable hacer explícito cómo se constituyó el concepto de bioética para esta investigación. El principio de *no maleficencia* de la bioética es el marco rector desde el cual se analiza el suceso de la realidad investigado. Y el núcleo duro de ese principio es *primero no hacer daño*. La Real Academia Española (2017) manifiesta que la palabra “daño” etimológicamente proviene del latín “*dammun*”:

DAÑO:

Del lat. *damnum*.

1. m. Efecto de dañar.
2. m. Am. Maleficio, mal de ojo.
3. m. pl. Der. Delito consistente en causar daños de manera deliberada en la propiedad ajena.

Y en su primera acepción se señala que daño es la acción de dañar. Y las acepciones de dañar son:

DAÑAR:

Del lat. *damnāre* 'condenar'.

1. tr. Causar detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia. U. t. c. prnl.
2. tr. Maltratar o echar a perder algo. U. t. c. prnl.
3. tr. desus. Condenar a alguien, dar sentencia contra él.
4. prnl. P. Rico y R.

Dom. Dicho de un aparato, un objeto, etc.: estropearse (|| deteriorarse).

El concepto de *daño* ha sido estudiado por autores de diversas disciplinas. Se presentan algunas definiciones desde la perspectiva jurídica:

Según Larenz (1958): “Menoscabo que, a consecuencia de un acaecimiento o evento determinado, sufre una persona, ya en sus bienes vitales naturales, ya en su propiedad o en su patrimonio” (p. 13).

Según Zannoni (1993), es un concepto “...apto para designar todo menoscabo patrimonial y no patrimonial” (p. 23).

A juicio de Wilson Volochinsky (2002) es:

...todo menoscabo que experimente un individuo en su persona y sus bienes, la pérdida de un beneficio de índole material o moral, de orden patrimonial o extrapatrimonial. No implica, necesariamente, la pérdida de un derecho, sino que basta que la víctima haya sido privada de una legítima ventaja. (p. 177).

También es “...la pérdida o menoscabo de un bien o interés jurídicamente protegido” (Zavala de González, 1996, p. 29).

Mientras que Mendoza (2014) le define como:

El daño es toda lesión, menoscabo o pérdida de algún beneficio de índole material, psíquica o espiritual; entendiéndose así que el daño no solamente se ocasiona en objetos, derechos o cosas, sino en la intimidad de la persona titular de los mismos; hablamos entonces de daños materiales y daños morales...El daño es *conditio sine qua non* de la responsabilidad civil, como algunos autores lo refieren; la responsabilidad deriva por hechos ilícitos o por algún riesgo creado; sin embargo, no se convierte en responsabilidad hasta el momento de la petición de un tercero, el cual se ve lesionado en sus bienes materiales o morales; aunado a que todos, como universalidad jurídica, estamos obligados a responder de nuestro actuar cuando así nos sea solicitado. Por tanto, si no resulta una lesión o menoscabo, por algún hecho ilícito o riesgo creado, no habrá daños ni tampoco una oportunidad de nacimiento a la responsabilidad civil (p. 20).

Cuando alguien explica el término "daño", regularmente nos expresa una idea asociada a efectos perjudiciales. Desde el derecho, se ha intentado definir el término *daño*, con el objetivo de aclarar cómo calificar los efectos que causan las acciones de unos sobre otros. En esas definiciones hay un parámetro común, el *daño* es un menoscabo que causa efectos adversos.

Según la Real Academia de la Lengua Española (2017), hay tres definiciones posibles de menoscabar: disminuir algo, quitándole una parte, acortarlo, reducirlo; deteriorar y deslustrar algo, quitándole parte de la estimación o lucimiento que antes tenía; causar mengua o descrédito en la honra o en la fama.

Entonces en las definiciones del término daño se pueden encontrar distintas ideas implícitas. De ellas aquí se hacen evidentes tres. Daño siempre implica un cambio. **1)** Cuando se emplea la palabra daño se está afirmando que las cosas o no son como eran antes o no serán como son ahora. Es decir, el estado actual de las cosas en el mundo tiene o tendrá variaciones significativas en sus cualidades o en las magnitudes de ellas. En otras palabras, una situación o las propiedades de un objeto, en tiempo actual (tiempo 2) difieren en magnitud o cualidad de las observadas en ese objeto en el pasado (tiempo 1). Ahora también aplica cuando un agente señala el estado de cosas actual (tiempo 1) y ofrece argumentos razonables para pronosticar que ese estado de cosas sufrirá cambios en tiempo futuro (tiempo 2). **2)** La palabra y el concepto daño, también implican de forma implícita, que esas variaciones en los objetos, personas o circunstancias son *calificadas* como desfavorables, perjudiciales o adverso por algún agente moral. Más nítido, quien usa el concepto daño afirma sin decirlo que las cosas en el mundo han cambiado o cambiarán, y que ese cambio él lo califica como *nocivo*. **3)** La palabra daño también contiene un análisis causal, debido a que quien ha calificado el cambio como daño debe identificar de forma nítida, si ese cambio calificado de insano es responsabilidad de un(os) tercero(s) quien(es) aplicando un conocimiento propiciaron tal cambio. O si el cambio calificado de daño se deriva de fenómenos sin responsabilidad humana. Esta distinción es sustancial, puesto que de ella se derivan los análisis bioéticos. Para esta investigación es esencial esta distinción conceptual, puesto que no es lo mismo el daño producido por alguien de forma dolosa, negligente, intencional o por dispraxis –para ello el derecho ofrece correctivos establecidos en la ley– que el daño provocado sin intención de dañar. Pues ese daño difuso y/o borroso diluye su identificación nítida. Por eso se vuelve peligroso, porque se esconde tras una supuesta neutralidad o tras de buenas intenciones. Esta última idea se detallará en los siguientes apartados.

Ahora, desde la perspectiva principialista de la bioética, Beauchamp y Childress (1979) afirman que el principio de no maleficencia obliga a no hacer daño intencionalmente, este principio está íntimamente relacionado con “la máxima *primum non nocere*: en primer lugar no hacer daño” (p. 179). Los mismos autores señalan que:

El concepto de no maleficencia se explica normalmente utilizando los términos *daño* e *injuria*. *Injuria* significa tanto daño como injusticia, violación o agravio. El término *daño* tiene una ambigüedad similar. La frase “X daño a Y” puede significar que X agravio a Y, o que X trató injustamente a Y, o simplemente, que X obstaculizo. Dificultó o impidió que se satisficieran los intereses de Y. Agraviar implica violar algún derecho, mientras que hacer daño no necesariamente, las enfermedades, los casos de fuerza mayor y la mala suerte causan daño sin agraviar, y cuando un acto de agravio, como por ejemplo omitir la información prometida, acaba produciendo beneficios, existe agravio pero no daño...quizá sea que lo para una persona puede representar un daño para otra no lo sea (pp 182-183).

El concepto guía de toda esta investigación radica en que existen estados del mundo calificados de perjudiciales generados por procedimientos derivados de conocimientos humanos sin intención de dañar. Dichas modificaciones calificadas de daño estrictamente no deberían existir en las políticas públicas, puesto que los procesos legislativos, aquí estudiados, son una actividad que dispone de la información más vigente relacionada a la salud. Dicho de otra forma, los marcos normativos situados jerárquicamente debajo de la constitución mexicana, pueden estar generando sin intención dolosa, modificaciones en la salud pública mexicana, y dichas modificaciones pueden ser calificadas de desfavorables o dañinas. Lo cual desde la perspectiva bioética de esta investigación es una situación que exige ser evaluada a la luz de nuevas perspectivas. Puesto que si bien no se puede garantizar que la salud de la población siempre será efectivamente protegida en la realidad, lo que si se debería exigir a los órganos legislativos es que demuestren que en sus intentos de proteger la salud poblacional realizaron las diligencias debidas, convocatorias, procesos, usando los modelos más recientes y la información científica mejor construida con el propósito que se produzca un incremento en la salud pública como resultado de esos procedimientos e información (Beauchamp y Childress, 1979). Pues no es moralmente aceptable generar consecuencias peores pudiendo generar mejores.

2.2. Estado del arte del concepto bioética para esta investigación

2.2.1. Introducción al concepto de bioética en esta investigación

La bioética surge en el mundo académico, entre otros factores, de identificar que estados del mundo calificados de perjudiciales no siempre se generan de la intención de producir daño; pueden surgir de las más impecables y bien intencionadas acciones. La bioética advierte que toda aplicación de conocimiento puede producir agravio. Cuando un conocimiento al ser puesto en práctica puede modificar de forma significativa cualidades, factores o interacciones en el mundo, es factible o necesario, ser analizado desde una perspectiva bioética. Si además ese conocimiento determina la existencia de una realidad y elimina todas las otras posibles realidades latentes antes de elegir, es determinante un análisis de la vigencia de los contenidos aceptados y calificados como vigentes y válidos. Las legislaciones en salud, son identificables en esa categoría; por tanto, los procesos usados en la legislación en salud pueden ser analizados desde un marco bioético.

La bioética no siempre es bien recibida. Y cuando si lo es, puede suceder que no permanezca así (Garza Ramos, 2016). La sentencia es precisa: no se afirma que sea infructuosa, inútil, o que se realice en torres de marfil, sino que a veces, la bioética puede, antes o después, ser observada con distanciamiento. Se le concede validez a la aseveración de Juan Garza Ramos (2016), debido a que empíricamente se ha constatado en diversas ocasiones. Aunque al principio otras disciplinas o saberes pueden otorgar a la bioética una bienvenida entusiasta, el entusiasmo de algunos puede disminuir aceleradamente cuando el análisis bioético se dirige a prácticas, conocimientos, procesos, valores, ideologías, saberes, normas o técnicas vinculadas a *sus* objetos de estudio, disciplinas o creencias particulares.

Una investigación bioética se realiza para conocer e identificar saberes y conocimientos, la praxis derivada y las consecuencias que se generan de ellos. Los contenidos cognitivos y las acciones que se analizan, se localizan en discursos o en comportamientos de los agentes morales;

y en las consecuencias derivadas de ellos se observan en variaciones significativas del estado de las cosas del mundo concreto (sujetos o ambientes). Los análisis bioéticos, en sus etapas iniciales, más que pretender validar esos contenidos epistémica o técnicamente –otras disciplinas se encargan mejor de ello– tienen la finalidad de identificar si esa praxis se asocia con factores de riesgo o posibilidades de daño en el mundo concreto.

Disminuir la posibilidad de daño o maleficencia derivados de la puesta en práctica de diversos conocimientos, o saberes humanos, es una de las metas de la bioética. En otras palabras, un análisis bioético, entre otros conceptos, puede considerarse como una lupa indagadora de conocimientos, saberes, procesos, valores, técnicas, prácticas, usos o costumbres, que convergen en una praxis compleja, con el fin de exhortar a quienes los convierten en práctica que justifiquen racionalmente ante sí mismos, terceros o la sociedad, que tales contenidos y sus acciones derivadas, siguen vigentes produciendo el mayor bien o el menor daño.

Toda petición hecha a una persona, grupo o institución, con el objetivo de que demuestren ante terceros la eficacia de alguno o varios de sus procesos cotidianos, es, entre otros factores, una oportunidad para ese agente de probar(se) la vigencia de su conocimiento en cuestión. Constatar que un saber sigue siendo vigente en las condiciones actuales o casuísticas, es algo valioso, pues lo considerado valioso lo es por su vigencia en producir estados del mundo más deseables que otros, pero no siempre se interpreta así.

Cuando un análisis bioético es puesto en práctica por quienes son etiquetados como extraños a la disciplina, grupo, institución, sociedad o país; la bioética puede ser vista como intromisión más que como ayuda, pudiendo generar en los agentes morales a quienes se dirige el cuestionamiento, poca participación, duda, severidad o franca hostilidad ante un análisis bioético; ya que pueden argüir que esos otros que se atreven a cuestionarlos disponen de cosmovisiones, valores, marcos teóricos, intereses o ideología disimiles. Pueden justificar su pretensión de no justificación porque esos otros no saben, no entienden, o no merecen explicación alguna (Rorty y Habermas, 2007). Es decir, quienes no están acostumbrados a ser escrutados, o a justificar sus

procedimientos, pueden considerar que el escrutinio de un otro es indicador de ignorancia del otro. Quienes se asumen como inescrutables pueden considerar que si ese otro que cuestiona supiera, ni siquiera formularía cuestionamientos. Y quizá ese otro sí es un novato e ingenuo o realmente pregunta desde la ignorancia. Entonces el experto debería considerar ese cuestionamiento como un acto didáctico o una oportunidad de ilustrar al inexperto. El experto nunca debería interpretar como ofensa a su dignidad, autoridad o identidad esas peticiones de justificación, puesto que quien exhibe su desconocimiento es el neófito que desconoce. La labor de la educación consiste en transmitir cuerpos cognitivos a quienes no los tienen. No obstante, la resistencia a sustentar de forma argumentativa las propias acciones que un agente moral realiza a otros agentes morales, tal vez tenga una génesis distinta. Es decir, el rechazo, explícito o implícito, a justificar acciones ante terceros se genera porque tal vez el cuestionamiento sistemático, que es común en ciertas disciplinas, en otras solo es un discurso y no una práctica.

En la época contemporánea se acepta que en ciertos temas de la construcción del conocimiento, no existe una sustancia o esencia que sea la “verdad” a la que todos, tarde o temprano, llegaremos a descubrir y menos aún en productos humanos. No obstante esta aceptación de que el conocimiento es menos universal y más contextual o temporal, en contraste, también se acepta que la agencia humana está en permanente depuramiento de sus saberes, ya que lo que hoy se acepta por unanimidad como conocimiento mejor construido que otro, mañana puede ser cambiado, ampliado o eliminado. No existen verdades perennes.

Sin embargo, también es unánime, que existen áreas temáticas, por ejemplo la salud y la tecnología, donde el porcentaje de predictibilidad de los procesos es determinante. Por tanto, en temas pertinentes a la salud se acepta que no hay representación conceptual que retrate con exactitud la realidad, pero también se acepta que hay conocimientos con más relaciones objetivas que otros. Las descripciones textuales, representaciones o afirmaciones, no son la realidad, son modelos de ella, usados por comunidades de agentes que a su vez han convenido aceptar esas descripciones como reales (León, 2007), porque esos contenidos se derivan de procedimientos considerados válidos para esas comunidades. Dicho de otro modo, en contenidos discursivos

realizados con el método científico, todo contenido textual, gráfico o estadístico es una interpretación o aproximación de la realidad, en el cual se exponen contenidos calificados de racionales, públicos, replicables y verificables, los cuales son analizados por pares de la misma comunidad científica, epistémica, hermenéutica o interesados en el tema, con la finalidad de que los lectores ponderen si las ideas expuestas por un autor, mediante palabras escritas, tienen el nivel de validez necesario para ser aceptadas temporalmente, por esa comunidad de homólogos o críticos.

Todo autor desconoce la magnitud en que sus textos o modelos reflejan la realidad, puesto que no sabemos en qué grado los escritos están describiendo la realidad o si lo escrito más bien se refiere a la idea de la realidad que ese autor tiene:

...la complejidad del mundo no nos impone ni fractales, ni caos, catástrofes o conjuntos borrosos como si fuesen la primigenia ontogénesis de la realidad suprema, en todo caso, se trata, única y exclusivamente, de actos de distinción, de procesos de observación, de perspectiva particular, por medio de los cuales hacemos más bella nuestra relación con el mundo y sus ámbitos de sentido. Así, podemos reiterar que las lógicas de los mundos son las lógicas de la construcción de esos mundos (Cisneros, 2000, párr. 3).

Si bien no se puede establecer el nivel de identidad entre el modelo usado y el objeto representado, sí se puede llegar a convenir que el proceso para construir el modelo que un agente genera y expone a terceros, puede ser evaluado mediante recursos técnicos de diversas disciplinas. Es decir, las comunidades académicas disponen de instrumentos para considerar que hay conocimientos mejor contruidos que otros.

Se acepta que seguramente algunas peticiones de justificación que la bioética solicita a algún agente, de alguno de sus saberes –formales o informales- han sido, son y serán, erróneas o mal planteadas. Pero ese margen de error no cancela el porcentaje de aciertos que se obtienen al someter a análisis las posibles causas de las modificaciones en el mundo concreto derivadas de la puesta en práctica de algún conocimiento. Esas modificaciones significativas, generadas de

saberes de nuestra especie, son ponderadas por algún agente moral, para identificar si puede haber en ellas indicadores de algún tipo de daño.

2.2.2. La necesidad de un concepto de bioética para este trabajo

El objetivo de este apartado es hacer explícito y nítido lo que se entiende en esta investigación como bioética. Se manifiesta que el concepto de bioética, aquí expuesto, requirió ser elaborado a partir de la información asimilada durante actividades pertinentes al Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud (PMDCMOS) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Una zona de confort académica consiste en elaborar una monografía de definiciones, conceptos e ideas de autores reconocidos, agrupar de forma ordenada esos contenidos y presentarlos como “marco teórico”, que será usado como factor de contraste. Es decir, se delimita una parcela de la realidad y se confronta con ese conglomerado de informaciones que el investigador denomina marco teórico. El problema surge cuando esos contenidos ya publicados, a juicio del investigador, son insuficientes. Cuando no existe un marco teórico robusto, debe ser construido. Esa discrepancia en la psique del investigador, provoca un dilema: el autor debe decidir si se aligera el esfuerzo usando saberes pretéritos o intenta construir un contenido *ad-hoc* para su investigación, con la posibilidad de no lograrlo y hacerlo mal.

El autor de esta investigación experimentó esa disyuntiva, eligió construir. Sintió la necesidad de explicarse y exponerse ante sí mismo un concepto de bioética acorde al grado vinculado a esta investigación, y después justificar ante terceros críticos, un concepto de bioética robusto. Para ello el autor tuvo que someterse a un proceso de deconstrucción de sus propios significados de las palabras moral, ética y bioética, puesto que las definiciones propuestas por distintos autores eran insuficientes para contener esta investigación.

Con base en el concepto de la tesis de la carga teórica de la observación y el concepto de deconstrucción, analizó críticamente si los constructos aprendidos de forma acrítica le permitían, disponer y exponer, un marco teórico adecuado para una investigación de esta envergadura, pues, de acuerdo con Iglesias (1976), un investigador que solo reproduce lo que grandes autores han expresado, no es un investigador, es un repetidor.

La línea argumentativa del inicio del concepto de bioética, usado en esta investigación, inicia con la tesis de la carga teórica, sin profundizar. Ello sirvió de base para que el autor de este trabajo cuestionara críticamente si los significados de los términos que había aprendido, realmente podrían soportar el concepto de bioética para este trabajo. Una vez haciendo explícito lo que se entiende como bioética se presentan argumentos que intentan vincular de forma congruente el tema central de esta investigación con el concepto de bioética expuesto y explicado.

2.2.3. La carga teórica, deconstrucción y concepto de bioética

Durante un extenso lapso temporal, el autor de esta investigación fue instrumentalizado por su carga teórica –aún es instrumentalizado pero ahora él sabe que lo es–. Elegía datos afines su información *a priori*, concediendo validez solo a una parte de la vasta información disponible e ignorando el resto. Ese procedimiento provocó desestimar información, datos y propuestas disímiles a sus contenidos cognitivos. La permeabilidad era amplia con saberes afines y casi nulos con información contraria. Se puede decir que eso es la función normal de la carga teórica.

Además de esa discriminación selectiva de datos, en cierto punto de la investigación, el autor experimentó una prolongada sensación de estancamiento conceptual. La construcción del marco teórico de esta investigación bioética no ha sido secuencial, ni armónico.

En otras palabras, el problema no era solamente la ceguera de ser un mensajero del contenido teórico aprendido en el pasado. Es fácil armar un marco teórico en referencias de

autores reconocidos, aunque solo se replique información dada y aceptada como verdad. El problema fue que esa información aceptada acríticamente era inconsistente o endeble para las pretensiones del autor, pero él no lo sabía.

Ese periodo crítico, durante el cual se avanzaba en el análisis documental del tema en investigación, se reconoce que el sustento epistémico bioético era insuficiente para este trabajo. Si bien la bioética ha crecido aceleradamente en el campo académico y se disponen de múltiples referencias y recursos bibliográficos, para esta investigación, el autor no lograba estructurar un marco teórico bioético que le generara la sensación de solidez epistémica. Fue entonces cuando conoce el concepto de *deconstrucción*. El filósofo Francés Jacques Derrida expone una forma distinta de análisis, la cual difiere de los indicadores aceptados por otros paradigmas de validar el conocimiento, llama a ese método *deconstrucción*. Con lo que Derrida riñe es con el hecho de haya gente que cree que tiene la hegemonía en el uso de los textos indicados para describir la realidad (Sztajnszrajber, 2015).

El concepto de *deconstrucción* de Derrida es, desde diferente y disruptivo hasta antagónico con el *establishment*. Reacciona contra lo establecido, es decir, la *deconstrucción* es una contrapropuesta crítica ante las intenciones monopolizadoras de ideologías, interpretaciones o cuerpos epistémicos de los paradigmas dominantes de cualquier persona o disciplina.

Retomando, mientras el autor de esta investigación, se encontraba en la búsqueda de asideros conceptuales sólidos, que le permitieran un árbol argumentativo bioético con el cual él se sintiera seguro, tuvo acceso a algunas ideas inspiradas en Jacques Derrida. Como la siguiente:

Ah, Usted se hace preguntas con respecto a la verdad; pues bien, en esa misma medida no cree aún en ella, impugna su posibilidad. ¿Cómo quiere entonces que se tomen en serio sus enunciados cuando aspira a alguna verdad, comenzando con sus supuestas preguntas? Lo que usted dice no es cierto porque cuestiona la verdad, vamos, usted es un escéptico, un relativista, un nihilista, ¡no un filósofo serio! Si sigue así lo pondrán en un departamento de retórica o de literatura. La condena o el exilio podrían ser más graves si insiste; lo encerrarían, entonces en el departamento de sofística, puesto que, en rigor a la verdad, lo que

usted hace se funda en el sofisma y nunca está lejos de la mentira, el perjurio o el falso testimonio. No piensa en lo que dice, quiere extraviarnos (Derrida, 1997, p. 16).

Fue entonces cuando emergió una idea inédita: tal vez el origen de la desestructura conceptual que el autor de esta investigación experimentaba, posiblemente se encontraba escondida en su propia carga teórica; tal vez habían términos, significados o conceptos pretendidamente ordenados y unívocos pero incompatibles al acomodarlos; tal vez había que pensar distinto y someter a escrutinio conceptos, términos y significados aprendidos.

Entonces se inició un proceso de deconstrucción personal dirigido a términos aprendidos acriticamente.

Más allá de este altercado mediático, con una solución *politically correct*, reconocemos en la obra de Derrida el muy valioso principio académico de la contradicción razonable como motor de la cognición; y los efectos que provocó su pensamiento, incluso después de su muerte, sirven como medidor de la trascendencia de una corriente filosófica. El deconstructivismo, que exige lecturas subversivas y no dogmáticas de los textos (de todo tipo), es un acto de descentralización, una disolución radical de todos los reclamos de “verdad” absoluta, homogénea y hegemónica. Sus orígenes no solo se encuentran en las redes neuronales de Derrida mismo, sino radican en el pensamiento de Nietzsche, quien relativizó la centralidad poderosa de las verdades filosóficas un innegable espíritu nietzscheano, las categorías absolutas, y desjerarquiza su importancia. Es un tipo de reflexión, como apuntó Henning Ritter en su obituario, que aleja permanentemente las esperanzas de recibir un “sentido” tranquilizante, es un análisis sin fin (Krieger, 2004, p. 182).

Los significados de moral, ética, bioética y análisis bioéticos fueron deconstruidos o analizados críticamente por el investigador en su propia carga teórica. Se califica que el ejercicio de deconstrucción personal del autor de los términos moral, ética y bioética fue prolífico. Pues después de ello, el concepto de bioética se robusteció y se diluyó cierta borrosidad de conceptos, la cual provocaba incertidumbre epistémica en el autor.

Un ejemplo de esa línea borrosa conceptual, el autor la identificó en otros textos. Puesto que es cotidiano leer una investigación, artículo, libro, o comentario vinculado a la disciplina

bioética y encontrar los términos moral, ética y bioética usados de forma polisémica. Dichas palabras casi nunca son definidas por los autores. Ellos tal vez suponen que las definiciones son socialmente compartidas y que quienes no las conozcan solo tienen que consultar algún diccionario para ilustrarse sobre el significado que los demás miembros de la sociedad ya comparten, o, porque definir las no es el tema del trabajo escrito, por falta de espacio o por considerarlo reiterado. Quien escribe de bioética y no define dicho término, expone su trabajo a que el lector lo interprete. Transmitir un mensaje con nitidez es distinto a emitir un mensaje para ser descifrado por cada lector.

Por ello aunque en otras investigaciones no se considere sustancial explicitar el término bioética, en esta sí se considera indispensable comunicarle al lector el significado de esa palabra para esta investigación. No se pretende la audacia –o ingenuidad– de encontrar un concepto universal del término, solo se procura hacer explícito al lector, que dicho concepto es el producto de un análisis crítico referente a lo que el autor entendía como moral, ética y bioética. Se exhorta a que quien esté leyendo, pondere, si es ajeno a esta zona de incertidumbre conceptual que el autor ha detectado en el mismo. El autor piensa que un elevado porcentaje de recursos humanos en formación bioética ha estado, está, o estará preguntándose: ¿qué es moral?, ¿qué es ética?, ¿qué es bioética?, ¿moral y ética son sinónimos?, ¿son conceptos distintos?, si hay bioética, ¿hay bio-moral?, la bioética, ¿es una forma de ética?, ¿cuál es la claridad conceptual que pueden producir conceptos difusos?

2.2.4. La bioética ¿definición difusa, individual o consensuada?

No se presenta el resultado del ejercicio de deconstrucción de los conceptos moral y ética, pues ello es ajeno a este documento. Solo se expone el resultado del concepto bioética. El primer comentario es que no existe consenso en la definición de bioética.

Ofrecer al lector una definición de lo que en esta investigación se entiende por bioética, ha sido un objetivo particular, no mencionado en los objetivos específicos. Se considera

determinante el intento de explicitar lo más detalladamente posible el concepto que se tiene de bioética para esta investigación. El lector puede estar de acuerdo o no con la descripción, pero esta investigación será mejor entendida –aunque ello no implica que sea mejor aceptada– si quien escribe logra trasladar al texto el concepto de bioética que se ha conformado después de años de estudio en formación académica en bioética.

Como ya fue mencionado, la palabra bioética proviene de los conceptos de “bio” y “ética”. *Bios* refiere a la vida, a lo vivo, a elementos que contienen o propician vida. *Ética* en coherencia con los párrafos anteriores, hace referencia a la reflexión racional, crítica, vinculada a decisiones que, particularmente, impacten al *bios*, a la vida.

Durante el ejercicio de deconstrucción de los significados de moral, ética y bioética; emergió una realidad, que si bien no es inédita, se ha diluido ante la vorágine de publicaciones sobre bioética. Era difícil vincular armoniosamente tales términos entre sí, ya que son, aparentemente de la misma familia, cuando en realidad son términos solo similares en la escritura o tema.

El concepto bioética no procede de la filosofía, ni de teorías morales. Por tanto, aunque la palabra bioética incluya la palabra ética, la bioética no necesariamente es una especie de ética o moral filosófica. Es pertinente esta distinción para destacar de que no siempre el marco epistémico de la bioética tiene que apelar a una ética –o moral– filosófica específica. Y que en un análisis bioético, el marco de filosofía moral es un elemento entre otros marcos epistémicos, técnicos o científicos. El origen del uso de la palabra bioética se generó a partir de Jahr, un sencillo pastor protestante y de Van Rensselaer Potter (1971), un oncólogo y científico. Ninguno de los dos era filósofo moral.

El afirmar que la génesis de la bioética no es la filosofía moral, previene de considerar que un análisis, únicamente es bioético si se sustenta en contenido de cierta filosofía moral. Recordar que el origen de la bioética está desvinculado de disciplinas de longeva tradición previene a

quienes pretenden establecer una demarcación autoritaria de lo que es o no es bioética. La bioética surgió como intención de exponer a la sociedad las consecuencias no favorables o perjudiciales del conocimiento, no como validación de conocimiento.

Si bien la bioética puede –y de hecho lo hace– recurrir a múltiples conceptos filosóficos o ético-morales, también puede recurrir –también lo hace– a otras propuestas morales o saberes, marcos referenciales y epistemología de otras disciplinas académicas. Es decir la bioética interactúa con el conocimiento sea este filosófico, académico, científico, cultural, etc.

La bioética trasciende a las disciplinas. No es especie ni predicado de disciplina alguna. Y las trasciende porque la bioética analiza críticamente conocimientos humanos de cualquier disciplina que poseen la potencia de cambiar situaciones de salud o vida en el mundo concreto.

La Bioética no se deja reducir ni a la Ética, ni a la Moral, ni a la Política, ni al Derecho... aunque los problemas de los cuales se ocupa sean problemas éticos, o morales, o políticos, o jurídicos... Pero son problemas que, aunque semejantes a los que tradicionalmente se planteaban, han de experimentar un replanteamiento nuevo. Y esto en función de las grandes novedades que caracterizan a nuestro presente (García Sierra, 1999, p. 138).

Hay múltiples definiciones de bioética y se toma como normal que cada autor, institución, país, o continente use la palabra bioética sin definirla. Bioética latinoamericana y caribeña de protección (Schramm, 2005), bioética clínica, bioética de la investigación, bioética personalista (Tomás y Postigo, 2007); bioética del medio ambiente (Correa-Márquez, 2007); bioética médica, bioética ecológica (Kottow, 2009); bioética general, bioética mediterránea (Mazuelos, 1998) bioética teórica, bioética orientada a decisiones de salud pública y al debate con la justicia, bioéticas culturales (Borgoño, 2014); bioética laica (Sádaba, 2003), etcétera.

¿Entonces que entender por bioética? Como no existe un consenso aceptado, se considera necesario hacer explícito que se entiende por bioética en esta investigación.

2.2.5 La necesidad de una disciplina crítica y flexible

La bioética emerge en la segunda mitad del siglo XX debido a que distintos agentes morales analizaron sucesos en el mundo a partir de perspectivas teóricas diferentes a las tradicionales. Tales sucesos fueron catalogados desde esos nuevos marcos analíticos como indeseables, inmorales, dañinos o simplemente no deseables. Esas consecuencias implicaban daños en la salud o vida de seres humanos, que fueron ocasionados por acciones de otras personas. Muchos de esos daños fueron causados por personas que buscaban conocimientos calificados de un bien mayor, pero a costa de la autonomía de las personas, es decir, algunas personas sometían, sin su consentimiento a otras personas, a procedimientos que provocaban consecuencias perjudiciales en las personas sometidas. Algunas disciplinas fueron ciegas a tales acciones y consecuencias y, saberes aceptados por ciertas comunidades hermenéuticas de otras disciplinas, aplicados en extremo, propiciaron esas realidades consideradas como dañinas.

Fue así como emerge la necesidad de una disciplina como la bioética. Un saber para cuestionar a otros saberes; pues si los marcos existentes en otras disciplinas hubieran calificado de inmoral, injusto, delictivo, u otra categoría crítica, aquellos sucesos donde el conocimiento humano provocó daño sin desearlo, la bioética no hubiera surgido como necesidad. La indagación bioética se dirige en particular a saberes, conocimientos, prácticas, técnicas, procesos vinculados de forma correlacional o causal con cambios en la salud o la vida de las personas o de los ambientes.

En el transcurso de cuatro décadas, la bioética se ha desarrollado principalmente en decisiones médicas, de investigación, temas controversiales relacionados a la vida, de la docencia a alumnos de las ciencias de la salud, es decir, la bioética fue acogida mayormente por los clínicos. Pero la salud integral no pertenece a una sola categoría o disciplina (Garza, 2017), la salud es un sistema complejo que también es influenciado –en ocasiones determinado– por conocimientos de disciplinas ajenas a las ciencias de la salud. Es decir, la salud y la vida

también pueden ser impactadas, de forma favorable o desfavorable, por conocimientos o saberes exógenos al área clínica.

Dentro de los conocimientos no médicos que influyen en la salud, se encuentran acciones que están bajo el marco teórico del derecho o de las políticas públicas. Y la bioética, como saber cuestionador de otros saberes que propician acciones que modifican atributos en la salud o en la vida, ha cuestionado –y lo seguirá haciendo– conocimientos y fenómenos vinculados al derecho y/o a las políticas públicas.

Esta investigación, de bioética y legislación, se incrusta en una red de saberes previos. Aunque cumple cabalmente con una aportación netamente original, con rigor metodológico y es parte del contenido discursivo de la bioética, se reconoce el aporte de grandes pensadores que antecedieron al tema. Trabajos en México de toda una vida como la línea de investigación “Derecho a la protección de la salud”, en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM del Dr. Fernando Cano Valle, quien ocupó la Cátedra UNESCO Bioética y Medicina Clínica; el libro “Bioética, legislación, políticas públicas y derechos humanos”, editado bajo la coordinación de la Dra. Graciela Rodríguez Ortega (2004); el seminario “Bioética y políticas públicas” del Dr. Juan Garza Ramos en el Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM; la producción académica constante que vincula el derecho y la bioética del Dr. Víctor Martínez Bulle Goyri; en el plano internacional de habla hispana el Observatorio de Bioética de la Universidad de Barcelona a cargo de la Dra. María Casado. Estos son, entre muchos más, algunos saberes que anteceden esta investigación.

Por otra parte, es paradójico que una disciplina académica que reconoce explícitamente estar en construcción epistémica, que el producto de sus procesos deliberativos es temporal, que acepta que en su praxis no posee consensos metodológicos ni epistémicos, y sobre todo, que lo exprese públicamente, tenga un vertiginoso crecimiento.

Ello contrasta con las posiciones de disciplinas que asumen –lo acepten o no– que posturas grandilocuentes, rebuscadas, imperativas o punitivas son sinónimo de mejor conocimiento. En otras palabras, mientras la bioética reconoce que es falible y perfectible, otras disciplinas se enfrascan en construir una imagen de certeza epistémica, analítica y procedimental.

Pero de acuerdo con Linares (2011), es precisamente allí, donde está la capacidad adaptiva de la bioética. La ausencia de acuerdo filosófico sobre muchas cuestiones éticas ha introducido mayor incertidumbre y duda en la bioética. Sin embargo esto no es negativo, por el contrario, las discrepancias filosóficas han contribuido al reconocimiento de la pluralidad moral contemporánea y a la diversidad de interpretaciones de muchos conceptos morales que parecían tener un significado unánime en las sociedades occidentales.

La bioética permite una premeditada flexibilidad para analizar la génesis y la línea de tiempo, constituida de etapas concatenadas, que han propiciado –o que se infiere propiciará– una consecuencia concreta específica.

La bioética es una disciplina que emerge y tiende a consolidarse aceleradamente tanto en el campo académico, pero más todavía en los momentos de disenso del mundo social. Pero esa fuerza tal vez también incluye un efecto homeostático. Así, la bioética sería un efecto compensatorio al paradigma racionalista que decretó una confianza absoluta en la razón (el error³ sería un concepto ajeno del conocimiento creado con la lógica y la razón); un contrapeso que identifica y expone la existencia de consecuencias no deseadas generadas de la puesta en práctica de cuerpos de conocimiento construidos en un paradigma que se asumió aséptico. La repulsión de la razón al error, generó la falsa idea de que el conocimiento racional y sus productos, o las

³ Error, **1.** m. Concepto equivocado o juicio falso. **2.** m. Acción desacertada o equivocada.**3.** m. Cosa hecha erradamente.**4.** m. *Der.* Vicio del consentimiento causado por equivocación de buena fe, que anula el acto jurídico si afecta a lo esencial de él o de su objeto. **5.** m. *Fís. y Mat.* Diferencia entre el valor medido o calculado y el real (Diccionario de la Real Academia Española, 2017)

consecuencias de su uso, eran eventos excluyentes de errores. Quienes repudian el error no desarrollan instrumentos de detección de él, por tanto, son ciegos a su identificación y a su corrección. La bioética, entre otros usos, analiza el conocimiento de otras disciplinas. Comienza por identificar y mostrar evidencia objetiva de las consecuencias que ese conocimiento ha provocado en sujetos o ambientes del mundo. Así, con la misma fuerza que un conocimiento se asume “libre de errores”, con potencia similar genera una respuesta homeostática –la bioética– que expone errores que ese conocimiento provocó, pero que no detectó por su repudio al error. Dicha repulsión causó ceguera a la probabilidad del mismo, sobre todo a las posibles consecuencias no deseables, tempranas o tardías, generadas en el mundo concreto en terceros o en el ambiente. El error, daño o resultado no deseable, puede localizarse en el conocimiento, en el procedimiento o en las consecuencias de su instrumentalización.

2.2.6 La bioética y el daño derivado de buenas intenciones

Distinguir que en el mundo existen situaciones perjudiciales producidas por conocimiento, sin intención de dañar, pudo ser el inicio de la bioética. No es significativo encontrar referencias históricas acerca de los orígenes de la bioética, que cuándo se usó el neologismo por primera vez, que quién es el padre de la bioética, que si la idea ya había surgido previamente a Van Rensselaer Potter (1971), esa información en sí misma no aporta nada a entender el fenómeno de la bioética.

Si indagar la fecha donde se encuentra escrita por primera vez, en algún documento, fuera condición necesaria y suficiente, para asimilar la compleja idea que subyace a la palabra bioética, sería tan simple que la disciplina se hubiera diluido como otras tantas propuestas teóricas de pretendida innovación. El dato histórico sólo denota la aparición cronológica de una palabra, no explica el porqué. ¿Por qué la bioética se expande con tal celeridad en el mundo actual?, ¿por qué su uso es exportable a otras disciplinas?, ¿qué hay bajo la superficie del Iceberg de la bioética, que se intuye tan importante, pero que se presenta aún difuso?, ¿por qué la bioética atrae a especialistas de distintas áreas con entusiasmo?

Intentar penetrar más allá de las capas superficiales e históricas, no es condicionante para encontrar la verdad, ni con ello se pretende adivinar los pensamientos de alguien hace más de cuarenta años. Con la reserva anterior, plantearse preguntas distintas a la simple recolección documental de datos, puede ampliar las interpretaciones. La génesis subyacente que propició el origen de la bioética debe contener un peso específico en sí misma de más densidad que la que contenida en la mera mención de publicar una y otra vez los orígenes de la bioética. Cansa un poco cuando se lee que los “orígenes” se basan en repetir, como estribillo, la aparición cronohistórica de un vocablo o de quien lo dijo y no en los posibles procesos y hechos que dieron origen a ese vocablo. ¿Qué originó ese vocablo?, ¿qué hubo de inédito?, ¿qué realidad percibió Potter?, ¿qué disciplinas de longeva tradición no percibieron anteriormente?, ¿por qué un médico, cuya única relación con la ética tradicional era el imperativo por excelencia de la ética médica (C. Viesca Treviño, sesión de tutoría, 2016): *primum non nocere*, fue capaz de echar a andar una disciplina de tal magnitud? Las anteriores ideas son algunas de las interrogantes que dieron lugar a esta distinción categorial.

De la pregunta ¿por qué surge la bioética? surgió la siguiente interpretación, se recalca, interpretación. Se postula que la existencia de una disciplina como la bioética pudo derivarse, entre otros factores, de que alguien distinguió un conjunto de situaciones con un común denominador, existentes en el mundo pero hasta entonces no vinculadas entre sí; no agrupadas y diseminadas en otras categorías. Todas ellas calificables de dañinas o perjudiciales y todas ellas derivadas del conocimiento. Es decir, todas esas situaciones perjudiciales sólo existían en el mundo concreto después de la aplicación de conocimientos humanos.

Si no se hubiera puesto en práctica un específico conocimiento, antecedente, no existiría su consecuente, una situación considerada dañina. Antes de la bioética, dichas situaciones dañinas o perjudiciales, provocadas por el conocimiento, ya existían en el mundo pero dispersas en otras categorías. El mérito de Potter fue distinguir nítidamente una nueva categoría: situaciones dañinas surgidas de buenos propósitos. Ésa, entonces nueva categoría conceptual, sólo permitía elementos con atributos específicos. Todos los elementos en esa nueva categoría

que Potter detectó, compartían entre sí que eran situaciones dañinas, pero no intencionales o buscando un bien mayor a costa de un mal menor. Todas esas, consecuencias provocadas, por la puesta en práctica de conocimientos humanos.

El gran aporte de Van Rensselaer Potter (1971) fue esa distinción categorial que, no sólo identificó, sino también, la hizo manifiesta al mundo científico. El aporte teórico se reconoce sólido, no por provenir de Potter, da lo mismo quién lo realizó, además de ser falacia de autoridad, sino por la consistencia intrínseca de dicha distinción categorial.

Él (Potter), no inventó nada en el mundo concreto, su gran aporte fue percatarse que existían –pudiendo no haber existido– elementos, situaciones o hechos dañinos vinculados causalmente a la aplicación de conocimiento. Hasta entonces las categorías de daños se atribuían a otros orígenes: daño natural (tsunami, plagas, enfermedades, inundaciones, etcétera), daño deliberado (guerras, drogas, fraudes, engaños, genocidios, abusos de poder, etcétera), daño accidental (choque de trenes, accidentes viales, derrame petrolero, etcétera). No existía la categoría de “daño concreto provocado por conocimiento de buenas intenciones”. Al parecer, la comunidad generadora de conocimiento –científica y académica– asumía, ahora sabemos que era ilusión, que el conocimiento instrumentalizado “con buenas intenciones”, tenía que producir solamente productos benéficos, esperados o deseables, es decir, si no existía “mala intención” de forma deliberada, las consecuencias tenían que ser de axiología benéfica o neutra. En el peor escenario, si un conocimiento no generaba el producto esperado, se desechaba o se corregía, por ineficaz, no por perjudicial.

Los supuestos de: a) la finalidad de la ciencia de producir conocimiento, con sus valores clásicos: verdad, neutralidad, objetividad, universalidad, originalidad, desinterés, conocimiento compartido (Escobar y Aristizabal, 2011); b) “más y mejor” y, c) idea de progreso y una fe en la ciencia (Viesca, 2007); d) la ley del más fuerte o darwinismo social; e) Actúa solamente de acuerdo con la máxima por la cual puedas al mismo tiempo querer que se vuelva una ley universal –el imperativo kantiano– entre otras proposiciones, pudieron contribuir a la idea de que

la intencionalidad “malévola” era antecedente y condicionante del daño concreto. Las anteriores ideas, junto a otras, apuntalaban la falacia de asumir que el método científico acompañado de intencionalidad benéfica, humanitaria, buena voluntad o pretensiones calificadas de “benévolas”, eran condiciones necesarias y suficientes, para que la ciencia o el conocimiento sólo generaran productos benéficos o neutrales. El final del optimismo ingenuo respecto a la ciencia, fue, según Potter, la publicación en 1962, del libro de Rachel Carson, *Primavera silenciosa* (Quintanas, 2009).

Los procesos críticos no se dirigían a evaluar las modificaciones objetivas producto del conocimiento ni al conocimiento génesis. La preocupación académica se enfocaba más en variables que validaran el estatus científico del conocimiento o en la justificación epistémica, que en las consecuencias del mismo. La ciencia era un valor en sí misma y lo considerado valioso es difícil de cuestionar, siendo esto una falacia de tradición y de autoridad. Se asumía que el daño en el mundo, era provocado por la acción deliberada y dolosa de hacer daño, y no como especie o predicado, no deseado pero posible, del producto técnico-científico ni por el conocimiento que lo antecedió. Por ejemplo, un pensamiento sin peso bioético es que el daño en Hiroshima y Nagasaki, fue generado por quien decidió lanzar las bombas, no por las bombas en sí.

Un pensamiento bioético es cuestionar no solo la decisión de lanzar la bomba, sino también, el esfuerzo vehemente por construir nuevas tecnologías para la guerra. No existía el constructo de que el daño podía generarse también de las mejores intenciones, ni se admitía la posibilidad de que una tecnología calificada de inocua y aséptica en presente, en futuro no lo sea. Los productos del conocimiento científico y los conocimientos en sí mismos, gozaban de una especie de inmunidad a la crítica. Se encontraban en un estado de excepción. Se asumía que los perjuicios provenían de la voluntad de dañar, usando productos o conocimientos a los que, en sí mismos, se les asignaba el atributo de neutros. El daño era consecuencia de la intencionalidad de dañar, usando un producto científico, en sí inerte. Es decir, al parecer se creía que el paradigma era que las consecuencias concretas sólo existían de la intencionalidad de generar consecuencias. Las

consecuencias no podían generarse ni del producto ni del conocimiento por sí mismos. Como afirmó González (1999):

Lo esencial aquí es que el conocimiento científico deja de ser *fin en sí mismo* y se convierte en *medio*; su valor incluso, queda condicionado no solo al fin al que se destine sino también a sus consecuencias y también a la valía moral...sin tales fines y valores, estas no aseguran su virtud sino al contrario, se precipitan hacia sus propios poderes destructivos y deshumanizantes. (p. 29).

Se conjetura que Potter abstraigo conceptualmente que algunos supuestos que prescriben la acción cognoscente: las investigaciones por sí mismas, los productos derivados de ellas, etcétera, pueden, por sí mismos, ser la génesis de una cadena causal de consecuencias perjudiciales, pero distales.

El acto de usar un instrumento –natural o artificial– para provocar daño, es tan evidente de calificar como reprobable o delictivo, que es indiscutible su identificación. No se requiere una nueva disciplina para ello, hay disciplinas que abarcan satisfactoriamente tales supuestos. Pero el daño provocado por las buenas intenciones es borroso, difuso, se diluye su identificación, parece accidente. En otras palabras el daño derivado del mal uso de los conocimientos, son una categoría. Otra categoría son los daños derivados de conocimientos aplicados con las mejores intenciones, sin intencionalidad de dañar o de daños colaterales.

Con la evidencia de que existen situaciones perjudiciales derivadas de los mejores deseos de un individuo o grupo de ellos, se puede postular que el mundo concreto no es susceptible ni responde ni juzga ni premia ni castiga la intencionalidad humana. Las sucesiones temporales de los estados de las cosas en el mundo concreto (Carrillo, 2011) son ajenas a la axiología de una especie. Las consecuencias sólo existen. Si una cadena causal se pone en marcha, por la acción del ser humano; intencionalmente o no, con buenas intenciones o no, con consecuencias inmediatas o no; los fenómenos derivados de la misma sucederán y manifestarán consecuencias específicas, tanto si la especie humana las califica de deseables o no; es decir, la acción humana

puede activar cadenas de sucesiones temporales, que propicien eventos específicos, pero independientes de las etiquetas benignas o malignas, del agente moral.

A la luz de la evidencia, es incuestionable, que el daño puede surgir, también, de los más excepcionales planes, de las intenciones más benéficas y de investigaciones científicas, técnica y metodológicamente, impecables: amianto, D.D.T. (su inventor fue premiado con un Nobel), transgénicos, políticas públicas estériles, sobreexplotación de flora y fauna, etcétera. Las situaciones dañinas pueden estar totalmente desvinculadas, tanto de la intencionalidad humana, como de la inmediatez de consecuencias no deseadas. Es decir, toda acción puede ser la génesis de cambios significativos en el estado de las cosas pero de manifestación tardía. Por tanto, y ante la evidencia de ello, se vuelve imperativo un proceso vigía de todo conocimiento, tanto en tiempo presente como en futuro.

El número de hechos calificables de daño provocado por la instrumentalización del conocimiento sin participación de la volición de provocar daño de algún agente moral, es significativo. El daño no intencional, no deja de ser daño ni de dañar.

La aplicación en el mundo de todo conocimiento genera consecuencias. Las consecuencias pueden ser calificadas de neutrales, deseables o indeseables. Las consecuencias pueden calificarse de negativas sin que hubiera una génesis teleológica. El daño puede emerger de una acción, método, técnica o conocimiento, que nunca se asoció con la volición de provocar daño. Esa es la distinción categorial que, se postula, dio origen a la bioética. Consecuencias consideradas dañinas que el conocimiento engendró.

Sintetizando: desde esta perspectiva se postula que el origen de la bioética se debe a que Potter identificó consecuencias perjudiciales para seres humanos y el ambiente, creadas por la puesta en práctica de conocimiento, en cuya génesis no había –al menos de forma evidente– manifiesta intencionalidad de dañar. Esta distinción categorial puede ser un recurso epistémico minúsculo, pero es nítido. La bioética no surge de disciplinas de longeva tradición, surge de un

profundo mérito de abstracción individual de un médico oncólogo. Es claro que los eventos históricos a los que Potter estuvo expuesto o conoció, fueron los datos de los cuales realizó la distinción de la categoría “daño provocado sin intención”, es decir, los datos estaban a la vista de todos, sin embargo, él, Potter, realizó la distinción categorial.

En retrospectiva se puede realizar un corte transversal en la historia de la ciencia, de la producción de conocimiento y de los productos que emergen de ambos. La bioética terminó de consolidar un cambio en la axiología de los productos y procedimientos científicos. El conocimiento puede crear, pero también puede dañar. Hasta antes de Potter, no existía la categoría de considerar que toda instrumentalización de la razón, todo producto del método científico, toda creación humana, puede llegar a generar modificaciones objetivas y estas, pueden calificarse de ser dañinas en distintos grados. La idea bioética cuestiona la categoría donde se deseaba, suponía o creía, estaban los productos –y las consecuencias– del conocimiento. Hace evidente con nitidez que la categoría, donde se situaban era un error categorial.

La ciencia, el conocimiento y los avances tecno-científicos, antes de Potter, eran un valor en sí mismos. Esa cosmovisión posicionaba a los seres humanos por debajo de información inventada por la misma especie. Después de Potter todo saber, conocimiento, información o dato, son meros instrumentos que hay que vigilar en función del desconocido pero latente potencial de modificación o impacto que pueden provocar en el mundo concreto; ahora sabemos, que siempre debió haber sido así. Los conocimientos humanos –científicos, filosóficos, jurídicos, teológicos, morales, ancestrales, culturales, etcétera– son valiosos pero no son permanentes ni incuestionables; son mutables y pueden provocar consecuencias no esperadas, algunas catastróficas. Es ingenuo, a la luz de la evidencia, conceder, tanto a la creación de conocimiento como a su aplicación y a sus consecuencias, atributos deseables de forma perenne.

La bioética exhorta a la actitud de validar todos nuestros conocimientos cíclicamente; con la pretensión de buscar lo mejor del conocimiento con el menor impacto negativo posible. Potter detecta y manifiesta sutil pero contundentemente el concepto del “conocimiento peligroso”,

desprendido de la falacia cientificista de “más y mejor” (Viesca, 2007). Todo conocimiento al ser aplicado genera consecuencias, y un porcentaje significativo puede calificarse como dañinas, por tanto, son necesarios análisis bioéticos en toda instrumentalización de todo saber. Un análisis bioético es un proceso analítico que pretende detectar, áreas de oportunidad o francos errores, en conocimientos que se ponen en práctica. Con el fin de disminuir, inhibir o eliminar la magnitud de daño, no intencional, generado por el conocimiento de otras disciplinas.

Para esta investigación:

1. Lo que en otros tiempos se consideraba ético, desde el punto de vista médico, hoy no lo es o carece de sentido y, conforme sigamos avanzando en el terreno científico, los principios éticos también cambiarán (Cano, 2001).

2. Se asume que en bioética no hay un discurso preponderante (Linares, 2011).

3. Quien participa o realiza un análisis bioético lo hace siempre desde una dirección marcada inevitablemente por la especialidad de quien hace la teoría bioética, pues éste no puede abandonar su método de pensamiento (Sagols, 2006).

4. Lo que prevalece es el disenso aporético y la falta de acuerdo sobre contenidos morales mínimos. Como lo ha señalado Tristram Engelhardt, no existe por ahora una “ética canónica dotada de contenido” capaz de resolver esas controversias sociales (Linares, 2015).

5. Aun no se puede afirmar que la bioética haya adquirido un estatuto epistemológico fuertemente consolidado u unitario. Tampoco hay un común acuerdo para delimitar su contenido o su metodología (Tarasco, 2009).

6. En la configuración de la bioética, actualmente, no se puede hablar de un modelo exclusivo que sea aplicable en todos los países e incluso dentro de un mismo país (Tarasco, 2009).

8. “Se distingue justamente por sus propósitos de un saber crítico, anti dogmático, en continuo proceso de revisión y corrección, sobre la base de cuanto conocimiento, ya filosófico, ya científico, va generando” (González, 1999, p. 37).

9. Se trata de analizar el hecho empírico, es decir, cuantificable o medible con el método científico propio de tal clase de conocimientos, para posteriormente confrontarlos argumentativamente con conceptos axiológicos, y por último, emitir una conclusión ética (Tarasco, 2009).

10. La dificultad reside en que todas esas explicaciones morales presuponen lo que intentan explicar. (Engelhardt, 1995).

2.2.7 Definición de bioética para esta investigación

En base a lo anterior, sin pretender proponer una definición de bioética, sí se hace explícito que la bioética es una disciplina que se genera de la aceptación académica que reconoce que aun el conocimiento calificable de haber sido generado con pulcritud lógica, epistémica, científica, filosófica, etcétera, puede generar consecuencias dañinas, no deseables o mejorables. Para esta investigación se entiende como bioética: *una vertiente del conocimiento, que usa, entre otros medios, análisis críticos dirigidos a otros conocimientos humanos –de cualquier génesis- los cuales, al ser puestos en práctica han causado, están causando o pueden causar modificaciones significativas en sujetos, elementos o ambientes vinculados a la vida.* Un análisis bioético comienza si algún agente moral califica como mejorable o dañina la modificación causada por la instrumentalización del conocimiento en turno.

Se elige usar “análisis críticos dirigidos a conocimientos humanos” en plural porque se considera fundamental hacer explícito que toda modificación en el mundo es causada por un tejido de saberes y no de un solo saber. Este tejido o conglomerado de saberes es un haz de líneas de conocimientos de diversas génesis -académicas, filosóficas, culturales, económicas, técnicas, científicas, estadísticas, emocionales, etcétera- que convergen, agrupados pero independientes entre sí, como antecedente de acciones que a su vez causan modificaciones en el mundo. Cabe precisar que “conocimiento”, en singular, puede crear la idea de que las consecuencias catalogadas como mejorables o dañinas tienen un solo origen: tradicional, epistémico o disciplinar. Cuando esto sucede, considerar que hay temas exclusivos de una sola disciplina académica, puede generar la idea de que mejoras en las consecuencias concretas únicamente pueden surgir de esa disciplina o que solo modificando una línea de acción es suficiente para incidir de forma integral en el hecho concreto.

Aceptar que todo cambio en el mundo concreto es el consecuente posterior de varios saberes -no solo de uno- que convergieron en tiempo y lugar, permite buscar, explicitar, cualificar y cuantificar dichos saberes, que de forma paralela, concomitante o compleja han propiciado la modificación de la realidad.

La bioética entonces contribuye a hacer explícitos los conocimientos o disciplinas agrupadas en cada caso concreto, identificar si entre esos conocimientos existe relación jerárquica, además de la axiología de los agentes morales, para exponer las posturas detectadas ante quien deba decidir una alternativa sobre las no elegidas.

Por tanto, como siempre existe la posibilidad de que las consecuencias del conocimiento generen situaciones distintas a las pronosticadas, se vuelve una obligación moral realizar análisis críticos de los distintos saberes que se intersectan antes de tomar una decisión con altas posibilidades de generar alguna repercusión en la vida, la salud, o el ambiente. Dichos análisis son análisis bioéticos; un instrumento que examina a otro conocimiento.

2.2.8 El análisis bioético

Los análisis bioéticos ayudan a clarificar y estructurar, situaciones complejas, borrosas o difusas. Son instrumentos de investigación que se realizan con la pretensión de distinguir diferentes cursos de acción; y de ellos, elegir el que teóricamente tenga más posibilidad de provocar el estado del mundo deseado. Los análisis bioéticos también, contribuyen a identificar y disminuir, consecuencias dañinas derivadas de la aplicación de conocimiento.

Para esta investigación se acepta como análisis bioético:

1. La identificación de un fenómeno de la realidad calificado como problema, dañino, no deseable o mejorable.
2. Categorizar si dichas consecuencias no deseables se generan por conocimiento, saberes o usos y costumbres.
3. Identificar cuáles son los conocimientos –y los procedimientos derivados de ellos– que propician esa consecuencia en el mundo objetivo.
4. Identificar las causas científicas, ideológicas, epistémicas, axiológicas, técnicas, morales, culturales, endémicas, etcétera que influyen en la consecuencia referida.
5. Distinguir la línea o líneas específicas del conglomerado de conocimientos en que se engendra la génesis del resultado anómalo.
6. Presentar el estudio nítido, ante terceros y/o ante el facultado para tomar decisiones.
7. Si es una decisión personal, que la autonomía se priorice (Beauchamp and Childres, 1998).
8. Si es una decisión pública, se espera, que el facultado para decidir justifique su decisión públicamente (Rorty y Habermas, 2007; Tarasco, 2009).

La realización de un análisis bioético se recomienda cuando se aprecia o es evidente para un agente moral que pueden existir mejores estados del mundo –referentes a la salud o la vida– usando procesos distintos a los cotidianos. Es decir, si alguien considera, argumenta y expone que “X” consecuencias pueden ser mejores si se usan modelos instrumentales diferentes, tendrá

que dar evidencia de ello. Lo cual implica exponerse a rivalidades, disensos entre individuos, comunidades o instituciones. Pues pretender cambiar la axiología vigente vinculada a contenidos morales, disciplinares, técnicos, o de cualquier otra índole, implica un lapso de resistencia. Más aún, si estas resistencias o divergencias se hacen mayores, pueden pasar de ser simplemente distintas a ser contrarias o antagónicas. Y si se llegan a convertir en antagónicas, las personas que se adhieren *a priori* a una u otra ideología, pueden volverse radicales; considerando a quienes que no profesan su mismo pensamiento como un rival a quien se debe atacar, denigrar, ridiculizar, perjudicar o hasta eliminar.

Es poco frecuente la capacidad de comunicación entre rivales ideológicos, principalmente por que el estrés o la intensidad emocional que se experimenta al interactuar con sujetos con ideas contrarias, no es agradable. Cuando no existe la competencia para el diálogo, entre extraños o rivales morales, es esperable que los agentes involucrados emitan monólogos o soliloquios, inclusive con características histriónicas. Cuando no existe garantía de que el dialogo –entendido como la escucha y ponderación de las razones del otro– se pueda dar entre los agentes vinculados en la cuestión, entonces se sugiere la realización de un análisis bioético.

Otra característica necesaria para un análisis bioético es que quien lo ejecute, debe tener la suficiente competencia para tratar de identificar o alejarse de sus propios prejuicios, cargas teóricas, o agendas preestablecidas. Aunque en un análisis bioético se recurre a recursos epistémicos y metodológicos, ello no necesariamente significa que se tengan ideas preconcebidas inamovibles de sucesos inéditos o futuros. Quien sea incompetente en lo anterior, hará *bio-moral* –la suya– y no bioética (la moral constituye un conjunto de directrices o leyes, aceptadas de forma acrítica y/o *a priori*, que precalifica situaciones inéditas).

Los análisis bioéticos, como método, pueden ser descrito como un conjunto de filtros cuya función consiste en identificar actores, posiciones, valores, cosmovisiones, interacciones y discursos: morales, epistémicos y técnicos que anteceden; y han propiciado, están propiciando o propiciarán unas consecuencias y no otras en el mundo real.

También la bioética, como método, primero indaga posturas, evidencias y razonamientos de las mismas. Identifica los contenidos del discurso presentado por las distintas posturas; y posteriormente organiza de forma separada, los argumentos que apoyan a cada una de las posturas. Cada una de éstas se representa como eventos independientes, formando una imagen clara de los *pros* y *contras* de ellas en forma individual. Posteriormente expone, sin cualquier juicio, bien sea favorable o desfavorable; los elementos y contenidos que fueron detectados. La bioética contribuye a observar de forma nítida elementos y fenómenos inicialmente indistinguibles; utilizando el contraste, el diálogo entre posturas, los *pros* y los *contras* (Sagols, 2016).

Tal análisis axiológico y técnico se presenta ante el público o agentes relacionados con el tema; entre los cuales están quienes tienen la capacidad de tomar decisiones. La bioética no impone una verdad, ya que ésta como sinónimo de perpetuidad no existe, sino que percibe y presenta todo un entramado de argumentos expuestos por quienes defienden cada postura en pugna, expone cursos de acción y en determinadas situaciones hace conjeturas sobre los diferentes futuros de dichas alternativas. El hacer explícito un abanico de opciones disponibles ante quien tiene el poder de elegir una de ellas, ayudará a que la elección se apoye en la fuerza de la razón y no en la razón de la fuerza. Cuando la decisión que se impone se hace con base en la razón y no en el poder, o viceversa, el público debe estar en conocimiento de ello.

Es cada vez más aceptado que todas las decisiones que se consideren en un momento dado, son temporales y pueden ser revisadas en el futuro cuando surjan conocimientos o planteamientos nuevos. No existen saberes, procesos o conocimientos perpetuos, todo es temporal o circunstancial. Los análisis bioéticos pretenden exponer los antecedentes singulares que se entrelazan y propician unos estados del mundo. Pues las modificaciones en el mundo concreto, de forma general, nunca provienen de un solo saber, aunque lo parezca. Es decir, todo cambio en los atributos de los objetos, provocado por el movimiento o acciones de un agente, implica más de un saber.

Estos saberes se agrupan, concomitantes pero independientes entre sí. Por ejemplo, una política pública en salud, implica ponderar múltiples conocimientos pertinentes: información estadística, científica, filosófica, histórica, moral, y especializada del tema en turno. Es un error considerar que una política pública solo pertenece al órgano legislativo, al procedimiento legislativo o al derecho. Otro ejemplo, el programa “hoy no circula” (programa gubernamental mexicano que establece medidas que limitan el flujo vehicular en CDMX y Estado de México), como política ambiental de la megalópolis de la Ciudad de México, contempla información de múltiples disciplinas, génesis, e intereses como: conocimientos en salud, científicos, de partículas suspendidas, reglamentos y sus efectos sobre la salud, económicos, sociales, políticos, comerciales, etc.

La imagen mental de líneas de saberes aglutinadas es distinta a la que produce la idea de que hay temas netamente de derecho, psicológicos, médicos, económicos, políticos, genómicos, etc. La bioética no puede identificar la validez técnica propuesta por cada línea disciplinar en un caso concreto, pero si puede intentar ponderar el nivel de influencia de ese saber en el caso específico.

2.2.9 Bioética y medicina

Se reitera que el acto de justificar acciones propias ante otros puede generar rechazo o incomodidad en individuos, grupos, o gremios. En la interacción entre derecho-bioética puede estar sucediendo lo mismo que aconteció en la relación medicina-bioética. Aunque no existe registro de un rechazo explícito hacia la bioética por la medicina, se intuye que el acoplamiento no fue lúdico.

El vínculo medicina–bioética en 2017 muestra una madurez mayor a la década de los 70 del siglo XX. Es decir, la relación medicina-bioética es significativamente distinta actualmente que hace tres o cuatro décadas. Dos conceptos disimiles tuvieron que amalgamarse para concebir una mejor praxis médica. El paternalismo y la autonomía son conceptos opuestos en un

continuum, donde la magnitud de cada factor es casuística, es decir, el equilibrio funcional depende de las particularidades endémicas del caso. De ambos términos surgen praxis contrarias. La práctica médica tradicional presupone una relación médico-paciente en la que la dinámica del proceso se centra en el facultativo, quien posee los conocimientos, los medios y la fuerza técnica para hacer lo que sea necesario para mejorar el estado de salud del individuo.

El paternalismo constituyó el canon de excelencia de la relación médico-paciente durante los 25 siglos que median desde su conceptualización por la escuela hipocrática —cuyos documentos más antiguos conocidos datan del siglo V a.C. — hasta bastante bien entrado el pasado siglo XX. Esa manera de entender el arte de curar promovió la elevación del principio de beneficencia al nivel de deber moral perfecto. Esto requirió que el médico tuviera que hacer el bien a ultranza, actuar de acuerdo al mejor interés del paciente de acuerdo a su criterio profesional, sin tomar en cuenta para ello las opiniones y deseos de este, sus familiares o sus representantes legales (Cañete, 2015, p. 147).

Las generaciones actuales de profesionales de la salud aceptan cada vez más que el paciente es un otro, un igual, un homólogo en dignidad humana, que se encuentra en circunstancias temporales que lo hacen menos o más vulnerable. En la relación sanitaria, el profesional tiene la información técnica, y el paciente adulto la capacidad de consentir o decidir. Ninguno de los dos puede hacer nada sin el otro (Gracia, 2004). Actualmente, la participación del especialista en salud se concibe como la de un experto técnico, que la de un ser jerárquicamente superior que, condescendentemente, otorga salud a quien lo necesita.

Si bien en las últimas décadas la formación del recurso humano en salud ha sido influenciada por las humanidades, aún existen evidentes inercias del paternalismo duro. Todavía se manifiestan acciones paternalistas del tipo “yo soy el que sé”, usted no sabe de su enfermedad, por tanto yo decido las acciones en su persona. Sobre todo en la práctica hospitalaria cotidiana y no tanto en la academia. De la convergencia de líneas independientes como el Código de Núremberg, el Informe Belmont, los principios de bioética, el paradigma de los derechos humanos, etcétera, se formó una corriente teórica contraria al paternalismo. Esto constituyó un intenso choque frontal, difícil de asimilar. Un gremio médico acostumbrado a una longeva práctica de paternalismo, se encuentra con un paradigma distinto y antagónico, que otorga al

paciente un principio de autonomía que se formula inequívocamente con la denominación de “principio de respeto a las personas que obliga a tratarlas como agentes autónomos” (Sanllehí, 2000, p. 101). Han pasado décadas y, todavía, en la segunda década del siglo XXI, en la práctica, se perciben reminiscencias del paternalismo duro. Toda evolución nunca es lúdica. Cuando emerge un nuevo conocimiento, disímil al cotidiano, se requiere un proceso de adaptación para incorporarlo. Pero cuando ese conocer-hacer implica asimilar contenidos cognitivos y procedimientos contrarios a los aprendidos en etapas tempranas, puede generar reacciones hostiles o displacenteras, intrasujeto, intersujetos, gremios, grupos, disciplinas o sociedades.

El paradigma de los derechos del paciente se impuso al paradigma del paternalismo facultativo, entre otros factores, porque hubo evidencia de consecuencias moralmente inadmisibles derivadas del paternalismo (juicios de Núremberg, Tuskegee, biotecnología sin regulaciones éticas, eugenesia, etcétera). Mientras el paradigma paternalista duro estuviera presente en el contenido formativo de los especialistas en salud, las probabilidades de nuevos y más casos eran latentes. Asimilar un paradigma nuevo y contrario a siglos de tradición médica ha demandado un esfuerzo intenso y constante. Ya que la introyección del nuevo paradigma bioético, no es solo cognitivo, sino procedimental y comportamental. El episteme formativo del personal en salud y el *habitus* hospitalario fueron confrontados (Capdevielle, 2011).

Entonces, no fue concesión graciosa de los profesionales en salud aceptar en su práctica la influencia del paradigma bioético. Tampoco recibió una bienvenida con festejos. Fue un colapso adaptativo, pero necesario, de la medicina ante la exigencia de una sociedad que no podía permitir más consecuencias dañinas (en niveles micro y macro) derivadas de un paradigma insuficiente en muchos casos. Se comenzó a exigir que los procedimientos de los especialistas en salud se adaptaran a una sociedad más informada, exigente y empoderada. “La historia ha demostrado que después de elaborar un ‘modelo’ suele darse un paso más: tratar de imponerlo a los demás. Pero ese paso solo es legítimo si se logra mediante la persuasión, nunca por imposición.” (Casado, 2000, p. 23).

Han sido décadas de forzosa y displacentera adaptación de las disciplinas de la salud. Pero el empuje de la ciudadanía, la academia, las evidencias de daño, las aportaciones de la filosofía moral, entre otros factores, contribuyeron a disminuir la inercia de la tradición paternalista. Hubo consenso en la sociedad –los especialistas en salud incluidos–, de que era más deseable la presencia del paradigma bioético en la práctica médica que su ausencia (González, 1999). Si alguna vez hubo resistencia de algunos especialistas en salud, esta aminoró lentamente ante la contundencia teórica y práctica del nuevo paradigma.

La medicina no es la única disciplina que produce conocimiento capaz de modificar al mundo objetivo. Cualquier conocimiento o saber que tenga la potencialidad de modificar la salud, vida o ambiente, es susceptible de un análisis bioético.

En esta investigación se entiende que la bioética incluye, entre otras cuestiones, procedimientos que pueden analizar cualquier conocimiento que al ser puesto en práctica sea capaz de modificar estados del mundo. Es decir, es susceptible de ser analizado bióticamente cualquier conocimiento de cualquier disciplina que tenga la potencialidad de modificar magnitudes en la salud de las personas o en el ambiente. Todo conocimiento que impone o modifica realidades y consecuencias en el *bios* es objeto de estudio de la bioética. Esto implica cualquier tipo de consecuencia, mejorable o dañina en el *bios*, que exista en el mundo y que sea derivada de poner en práctica conocimientos humanos.

Si existe evidencia o inferencia justificada de que un conocimiento ha provocado o puede producir daño, se debe realizar un riguroso escrutinio del mismo. No se interviene sobre la consecuencia directamente, sino sobre el conocimiento (antecedente) que propicia el resultado calificado de dañino o mejorable (consecuente). Es moralmente necesario hacer un análisis bioético de todo conocimiento que se intuye tenga una correlación entre él y un fenómeno calificado como mejorable. Todo conocimiento puede ser modificado si existe voluntad de hacerlo, puesto que el conocimiento no es un ente es un instrumento. Si la consecuencia perjudicial no es inevitable entonces es volitiva. No se perjudica a nadie por alejarse de saberes o

procedimientos ya obsoletos, puesto que dichos contenidos cognitivos son artificiales, entonces, el cambio es axiológico más que técnico. Los conocimientos humanos no se molestan por ser modificados ya que no poseen agencia moral, quienes si manifiestan resistencia a cambiar esos inventos son quienes los ponen en práctica, pues en ocasiones en estadios ausentes de pensamiento crítico, los seres humanos asocian su praxis con su identidad, y desde la perspectiva del autor de esta investigación, todo contenido cognitivo es solo un instrumento susceptible de ser modificado por otro contenido que muestre ser más eficaz y eficiente. La parte (el conocimiento) no puede ser más importante que el todo (el ente), pues el ente puede producir conocimientos, no al revés.

Los seres humanos pueden aferrarse a una sola idea, método, forma de pensar, proceder, y así, perpetuar un error (Foucault, 2000). Con base en la idea anterior se afirma que si un conocimiento inmanente a la humanidad impacta al *bios*, entonces es susceptible de ser analizado bióticamente, con rigor científico y multidisciplinariamente, ya sea ese conocimiento académico, tradicional, político, religioso, social, endémico, etcétera. El análisis bioético implica, necesariamente, marcos teóricos distintos a los usados cotidianamente. Solo filtros distintos elaborados bajo esta perspectiva cribarán y detectarán elementos que filtros cotidianos no discriminan. Por ejemplo, un análisis bioético enfocado en un conocimiento generado en un campo normativo –como está investigación– será con una lógica distinta a la cotidiana del derecho. Si el procedimiento a analizar está vinculado a la distribución de recursos a grupos vulnerables, el análisis tendrá elementos distintos a los de gestión pública. Se reitera, la bioética entre otras aplicaciones, implica filtrar conocimientos o procedimientos tradicionales o inéditos con lógicas diferentes a las de una sola disciplina o tradición. La finalidad es detectar áreas de oportunidad que al ser corregidas permitan inferir estados del mundo más deseables.

Como ya se mencionó, pensadores del paradigma tradicional no siempre aceptan disensos exógenos. Pueden rechazar evaluaciones que provengan de sitios epistémicos diferentes al de ellos. Pueden considerarlas ajenas, equivocadas o prescindibles, juzgándolas como intrusiones a sus objetos de estudio, como sucedió en la práctica médica -con respecto a la bioética- en los

años 70. Pero ese bajo costo (molestia gremial) puede provocar un significativo incremento en la eficacia y eficiencia de conocimientos y procedimientos, que algunas disciplinas (nodos) defienden como propios, pero que son parte del capital social (sistema).

Si bien es cierto que disensos, dudas o cuestionamientos generados en otros nodos del sistema pueden ser una pérdida de tiempo, también pueden provocar mejoras significativas derivadas de marcos analíticos inéditos de otras disciplinas, otros saberes u otras cosmovisiones.

Los conceptos viajan y más vale que viajen sabiendo que viajan. Más vale que no viajen clandestinamente. ¡Es bueno también que viajen sin ser detectados por los aduaneros! De hecho, la circulación clandestina de conceptos, ha, asimismo, permitido a las disciplinas desasfixiarse, destrabarse. La ciencia estaría totalmente trabada si los conceptos no migraran clandestinamente. Mandelbrot decía que los grandes descubrimientos son el fruto de errores en la transferencia de conceptos de un campo a otro, llevados a cabo, agregaba él, por el investigador de talento. Hace falta talento para que el error se vuelva fecundo. Ello muestra también la relatividad del error y de la verdad. (Morín, 2005, p. 161)

Por lo tanto, cuando los modelos cotidianos se muestran insuficientes, se vuelve necesario incrementar la permeabilidad de los nodos de un sistema hacia nueva información. Con la intención de que esos nuevos datos produzcan nuevos conceptos o modelos, con la intención de constituir respuestas emergentes, trascendiendo las tradicionales pero obsoletas ante situaciones contingentes. Esto no es una concesión graciosa ni paternal de alguna “autoridad”, es una necesidad. El esfuerzo entonces será separar la información basura de la valiosa. Ciertas condiciones de la sociedad, como la salud, pueden mejorarse al evolucionar los modelos usados.

No se conoce otro remedio eficaz contra la fosilización del dogma –religioso, político, filosófico, o científico– que el método científico, porque es el único procedimiento que no pretende dar resultados definitivos... Afirmar y asentir es más fácil que probar y disentir. Por esto, hay más creyentes que sabios. Aunque el método científico es opuesto al dogma, ningún científico o filósofo debiera tener la seguridad de haber evitado todo dogma. (Bunge, 1981, p.67-68).

López de la Vieja (2014) expresó acertadamente “todos pensamos mejor que uno”. Análogamente, la bioética ayuda y complementa los análisis de otras disciplinas. No las

substituye ni las suplanta, sino que las enriquece y las ayuda a pensar mejor que ellas solas. La información del sistema social no es propiedad de un nodo específico, ni de una sola disciplina –y más si las consecuencias son públicas–. El hecho que existan objetos de estudio no es excluyente que otros saberes puedan conocer y complementar dichos objetos de estudio.

2.2.10 Bioética y derecho

La vinculación entre bioética y derecho es longeva, a pesar de la joven vida de la bioética. Han caminado paralelamente. Han analizado conjuntamente distintos y variados temas. En ocasiones, los límites son borrosos y poco identificables. Ha sido una relación nutricia. Hay expertos en bioética y derecho, con vastas obras escritas, que sirven como guía para abordar temas relacionados a ambas disciplinas.

Durante el desarrollo de esta investigación, en la fase del análisis del fenómeno, eclosiona, por necesidad, una perspectiva distinta a la impulsada por la mayoría de estas obras. Aunque no es inédita, tampoco es común:

El derecho recibe desde la bioética constantes críticas. La más extendida se refiere a la lentitud de la respuesta y lo vetustas que son muchas normas. Según esta visión el ordenamiento jurídico respondería tarde, iría por detrás de la realidad y eso constituiría su principal problema. (Serrano, 2005, p. 127).

Lo normal es pensar la relación bioética–derecho como dos saberes paralelos dirigidos a un fenómeno de interés mutuo, pero independientes en sus objetos de estudio. En vez de recurrir a qué dice el derecho o qué dice la bioética en este tema, la pregunta que emergió fue: ¿por qué el derecho acepta este procedimiento?, ¿cómo justifica el derecho un planteamiento sobre otros?, ¿los supuestos morales o epistémicos, que sustentaron normas, siguen vigentes en las condiciones actuales? Y otras tantas preguntas más, cuyas respuestas no se obtienen en lo ya establecido en la norma sino precisamente en cuestionar ese cuerpo de saber aceptado y sus habituales respuestas. Existe una significativa diferencia entre preguntar ¿qué se debe hacer? y en cuestionarse ¿por qué

se debe hacer? La primera pregunta implica acatar acríticamente un contenido, como acudiendo a un oráculo o solicitando consejos sapienciales; y la otra solicita a quien sugiere o dicta, que justifique racionalmente la indicación. En otras palabras, se considera necesario realizar pruebas de vigencia a la validez de las normas en múltiples temas regulados por el edificio legal. La bioética podría cuestionar –y ¿debería?– si una norma que se origina en un órgano legítimo, es condición necesaria y suficiente para que dicha norma sea eficaz y eficiente en el mundo real, natural, objetivo.

Por otro lado, el derecho puede escrutar si algunos productos de la bioética son o no generalizables a la población nacional. Puede suceder que el producto de un análisis bioético sea válido en un caso, comunidad o entorno, e inválido o perjudicial en otros. Es decir, la validez de un análisis bioético proviene de ponderar los elementos –técnicos, axiológicos, relacionales, histórico temporales, filosóficos, objetivos, ideológicos, económicos, etcétera– que se detectaron y que son constitutivos de ese caso en específico y, tal vez, irrepetible. Por tanto, el único imperativo jurídico, puede ser el realizar análisis bioéticos casuísticos, ya que el contenido siempre será disímil. No hay casos idénticos.

El derecho puede refinar factores pertinentes a la bioética, pero también factores legales, normativos o procedimentales del derecho, o regulados por él pueden ser evaluados por la bioética. Más que una tensión de disciplinas –ello sería ingenuo e indeseable– se busca expandir, enriquecer y complementar marcos referenciales cotidianos cuando se analizan conocimientos y procedimientos vinculados o que contribuyen a la salud nacional. ¿Algunos profesionales del derecho han rechazado el hecho que la bioética realice análisis en conocimientos históricamente reservado al derecho? El rechazo explícito o implícito, consciente o no, si es que sucede, proviene de profesionales fundamentalistas. Como se señaló cuando se habló de la medicina, quien desestime una posible opción de mejora, en principio teórica, tendría que justificar su rechazo. La medicina debió aceptar que su práctica médica era mejor acompañada de la bioética con un único marco teórico –el suyo–. Es decir, la única manera racional de rechazar los análisis

bioéticos en áreas históricamente reguladas por otras disciplinas, como el derecho, tiene que basarse en mostrar que la presencia de la bioética perjudica más que su no presencia.

El conocimiento, que en la práctica se ha constituido en un poder, puede usarse correcta o incorrectamente, puede servir o lastimar a los seres humanos. La preocupación central en las sociedades contemporáneas en torno a esta temática radica en que si el conocimiento está siendo, o va a ser, bien o mal usado.

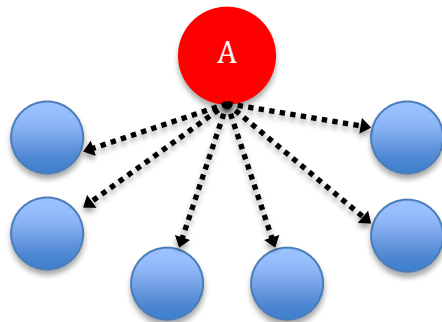
El tema cobra gravedad y peso cuando se tiene en cuenta la gran capacidad que este tiene para influir en el desarrollo de la vida misma, en la concepción que se tiene de uno mismo y de lo que se quiere ser en tanto seres humanos, sobre los valores propios y las relaciones sociales y personales, incluidas las más íntimas. (Martínez, 2010, p. 397)

Existen conocimientos legales marcos normativos y procedimientos administrativos que modifican la salud o la vida. Además, se encuentran parcelas de la realidad, como los órganos legislativos, que también lo modifican y que son regulados, mayormente, por criterios legales o por profesionales competentes en marcos normativos. Pero cabe destacar que ellos se encuentran alejados del dominio de criterios técnico-científicos vinculados a los temas que pretenden regular. También se afirma todo sujeto solo puede validar alguna información o saber afín a su carga teórica. Por tanto, la bioética puede – ¿y debe? – participar como saber paralelo al saber legal. Pero el carácter de esta participación en aquellos temas donde la salud o vida puede modificarse por ciertos cuerpos de información no debe presentarse como *adendum* o invitado subordinado, sino como proceso homólogo en importancia analítica. En aquellos temas en los que el conocimiento legal o procesos regulados directa o indirectamente por el derecho impactan al *bios*, el paradigma bioético puede ayudar a mejorar los productos dirigidos a la ciudadanía. No es menor la cantidad de conceptos, procesos y normas vinculadas al aspecto normativo modifican al *bios* (ver figura 1).

Surgen las siguientes preguntas: ¿es deseable que otros nodos sociales conozcan los procesos constituyentes del nodo regulador?, ¿es tiempo que el regulador social justifique sus regulaciones

ante los nodos regulados?, ¿la acción de regular es función y propiedad del sistema o facultad propia de un nodo?, ¿es tiempo de que los nodos regulados, también, regulen al regulador?, ¿los saberes de otros nodos pueden contribuir a que el regulador regule mejor? Si se muestra evidencia que actividades sociales que usan como marco teórico al derecho, modifican o impactan, la salud, vida o ambiente, entonces estos pueden analizarse bióticamente. Estos instrumentos y procesos no solo son parte del conocimiento, susceptible de ser analizado, sino que al ser procedimientos diseñados para tener impacto en la salud pública, se vuelve obligatorio analizarlos bióticamente.

Regulación actual: unidireccional, lineal, facultad de un nodo, jerárquica. Quien regula no es regulado.



Regulación sugerida: Interacción compleja, regulación como función-propiedad del sistema no del nodo. Instrumentalizada por el nodo facultado.

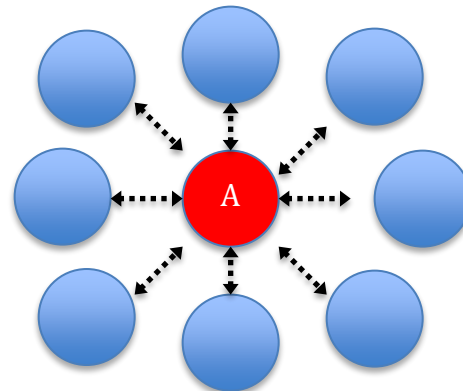


Figura 1. Modelos de regulación. Izquierda: Esta imagen representa a “A” regulando a los círculos restantes, asumiendo que la facultad de regular le corresponde a “A”. Derecha: a diferencia esta imagen presenta la facultad de regular como propiedad sistémica, donde los nodos interactúan con “A” con información con el fin de que se obtenga una mejor regulación. Elaboración propia.

2.3. El proceso legislativo desde el marco jurídico

2.3.1. Introducción

Tomando como guía uno de los objetivos de esta investigación, que expresa “Exponer el marco normativo y la realidad procedimental de los procesos legislativos del Congreso de la Unión de México en la que se han gestado las políticas públicas en salud en el período 2006-2017.” Se presenta en este apartado mayormente contenido extraído de los textos normativos.

En base a ese objetivo se decidió circunscribirse a lo que dice la ley. No obstante que se reconoce la importancia de exponer un sustento contextual bibliográfico, también puede desviar la atención del lector a un hoyo negro de referencias bibliográficas, que si bien apuntalan el marco referencial, también pueden consumir tiempo valioso del lector en información mejor descrita en otras obras. Un contenido bibliográfico amplio puede focalizar la mirada en el bosque y no en el árbol que se pretende mostrar. Y como el fenómeno de la realidad que se investiga, cuyo resultado será analizado desde una perspectiva bioética, sucede en los órganos legislativos, concretamente en los procesos legislativos en salud, se expone el marco rector que propicia la existencia del objeto de investigación de este trabajo.

2.3.2. La constitución como norma de normas

Se inicia por exponer que en la estructura normativa en este país existe un orden estructural. En ese orden existe también un elemento que rige todo el edificio formal que está debajo de él. Ese elemento rector es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por tanto, todo agente individual o institucional debe regular sus acciones de acuerdo a las la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, pues se reitera, es la norma jurídica suprema. Es decir, los contenidos de otros marcos normativos se consideran supeditados a los mandatos constitucionales, por ello, siempre deben sujetarse, coadyuvar o garantizar los

derechos, ordenanzas y demás indicaciones presentes en el cuerpo vigente de la constitución mexicana.

La constitución es el eje de la vida social. De ella depende el conjunto del aparato normativo que rige una comunidad; es ella la que establece las bases de legitimación y ejercicio del poder; es ella donde residen los instrumentos que garantizan la libertad y la igualdad de los integrantes de la sociedad (Valadés, 2002, p. 107).

Por consiguiente, toda ley, reglamento, proceso o política pública debe acatar el contenido que se lee a simple letra en la constitución; ello es similar a lo afirmado por Huerta Ochoa (2009) “...el cumplimiento de los preceptos constitucionales es obligatorio y por lo mismo, su infracción es antijurídica...” (p. 21). Entonces las distintas instituciones gubernamentales pueden considerarse como órganos facilitadores de la puesta en práctica del contenido constitucional, es decir las instituciones gubernamentales son la parte instrumental del contenido constitucional. Autores como García Máynez (2002), Valadés Ríos (2002), entre muchos otros constitucionalistas, o investigadores como el ya mencionado Huerta Ochoa (2009), coinciden en los beneficios sociales derivados de sustentar el sistema jurídico en una constitución. Los marcos normativos que sustentan la legalidad y dictan las indicaciones de actuación de los órganos legislativos son los que se observan en el cuadro 1.

Los tres poderes, ejecutivo, legislativo y judicial, también están jerárquicamente debajo de la constitución y obligados por ella. Y aunque siempre existen disensos entre poderes, instituciones o particulares, estos deben resolverse a favor de quien expone argumentos más afines al contenido constitucional. Esa es una de las funciones de la constitución: regular el poder; mediante una serie de valores expuestos públicamente a priori. “Al control del poder conciernen los instrumentos jurídicos que permiten contener a cada uno de los órganos del poder dentro de los límites que le asigna la constitución (Valadés, 2002, p. 25), si no existiera la aceptación voluntaria de considerar a la constitución como la norma social por excelencia, quienes detentan temporalmente el poder podrían intentar imponer por la fuerza sus intereses, intentando crear cursos de acción de forma anárquica. Y en las sociedades más avanzadas las

acciones gubernamentales, y de otros actores sociales, están sujetas a la ley vigente. Puesto que “...el Estado de derecho consiste en la adecuación de los actos del poder a la letra de la ley...” (Valadés, 1999, p. XXVI).

Cuadro 1.

Marcos normativos que sustentan la legalidad y dictan las indicaciones de actuación de los órganos legislativos. Estados Unidos Mexicanos. 2017

	Nombre	Publicación inicial	Última modificación
01	CONSTITUCIÓN Política de los Estados Unidos Mexicanos	DOF 05-02-1917	<u>DOF 27-05-2015</u>
02	LEY Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos	DOF 03-09-1999	<u>DOF 18-05-2015</u>
03	REGLAMENTO del Senado de la República	DOF 04-06-2010	<u>DOF 22-12-2014</u>
04	REGLAMENTO de la Cámara de Diputados	DOF 24-12-2010	<u>DOF 06-05-2015</u>
05	REGLAMENTO para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos	DOF 20-03-1934	<u>DOF 24-12-2010</u>
06	LEY de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación	DOF 29-05-2009	<u>Sin reforma</u>

Marco jurídico y normatividad interna del congreso general y de sus cámaras.

No obstante que la sociedad acepta el contenido expuesto en la carta magna como sistema rector del sistema legal en México, también se acepta que no existen leyes perpetuas. Por tanto toda ley necesita mostrar vigencia en condiciones distintas a las iniciales, es decir, hay leyes pretéritas superadas por circunstancias presentes, las cuales deben ser expandidas, modificadas o eliminadas, mediante los mecanismos previstos en la propia ley. O también se sabe que condiciones emergentes necesitan ser reguladas por políticas públicas para que dichas condiciones inéditas no perjudiquen las realidades de la sociedad. Precisamente esta investigación expone un cambio en la ley, pero ello se explicitará más adelante.

El objetivo de presentar el estado del arte referente a la vinculación entre el derecho y el proceso legislativo del cual surgen las políticas públicas en salud, es hacerle evidente al lector que el proceso legislativo no es autónomo, independiente ni autosuficiente, por el contrario, es un procedimiento que está muy por debajo de la máxima norma jurídica que es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a la cual debe obedecer. “El criterio de jerarquía presupone la existencia de una determinada estructura del orden jurídico donde la validez de toda norma, tanto en sentido formal como en sentido material, depende de la primera norma” (Huerta, 2009, p. 19), y la primera norma se reitera, es la constitución. El autor antes citado, también explica que:

La constitución, por su origen y su posición jerárquica, es fuente primaria del sistema jurídico; es fuente de fuentes. Por lo tanto, las normas constitucionales tienen eficacia directa por lo que a su operatividad se refiere, puesto que no requiere desarrollo legislativo para producir efectos jurídicos. Admitir lo contrario supondría que la norma fundamental no es suprema, por estar subordinada a un órgano constituido cambiante; es decir, su eficacia no puede depender de órganos creados por ella misma (p. 27).

Que la constitución tenga eficacia directa significa que los órganos que aplican el derecho deben esforzarse en cumplir los derechos allí consagrados y asegurarse que consideran el contenido constitucional como premisa de su decisión.

2.3.3. ¿Qué es el proceso legislativo?

En el cuadro 2 se muestra qué es el proceso legislativo de acuerdo a la información publicada por el Sistema de Información Legislativa (2017) de la Secretaría de Gobernación.

El proceso legislativo está constituido por una serie de etapas concatenadas (ver cuadro 3). Tales etapas secuencias tienen el objetivo de que las iniciativas de ley, que presentan quienes tienen la facultad de hacerlo, sean debidamente escrutadas. Toda iniciativa de ley que llega a convertirse en política pública debe superar una serie de etapas concatenadas. Se cumple exitosamente una etapa del proceso legislativo cuando la iniciativa superada exitosamente los

requerimientos de la misma. Es necesario expresar que además de los filtros escritos, existen unos usos y costumbres no escritos que en ocasiones poseen más fuerza que la ley escrita.

Cuadro 2.

El proceso legislativo. Definición.

Proceso legislativo

Es el conjunto de actos y procedimientos legislativos, concatenados cronológicamente, para la formación de leyes, así como para reformar la Constitución y las leyes secundarias. Tiene como características: 1) ser constitucional, ya que su procedimiento se expresa en los artículos 71 y 72 de la Carta Magna; 2) ser formal, en función de que su validez debe respetar los procedimientos previstos en las normas constitucionales; y 3) ser bicameral, ya que requiere de la participación de la Cámara de Diputados y de la Cámara de Senadores, salvo en los casos que la normatividad refiere a las facultades exclusivas de cada cámara.

El Gobierno Federal participa en el proceso legislativo para presentar iniciativas, promulgar y publicar las leyes y decretos (con las excepciones previstas expresamente en la propia Constitución); las legislaturas de los estados participan para presentar iniciativas y avalar reformas constitucionales; y los diputados federales y senadores participan al presentar iniciativas y, en su caso, aprobar las leyes y decretos correspondientes.

En México, a partir de la reforma político-electoral del 2014 se reguló constitucionalmente la participación de los ciudadanos en la presentación de iniciativas de ley, ante el poder legislativo, a través de la iniciativa ciudadana.

Los procedimientos más característicos que deben seguirse durante el proceso para elaborar y poner en vigor las normas son los siguientes: 1) presentación de la iniciativa, 2) turno de la iniciativa para su estudio a la comisión de dictamen correspondiente, 3) dictamen de comisión, 4) presentación de la primera y segunda lectura del dictamen ante el pleno, 5) discusión, 6) aprobación, 7) sanción, 8) promulgación y publicación, y 9) iniciación de la vigencia.

Fuente: Sistema de información Legislativa, 2017a

Cuadro 3.

Etapas del proceso legislativo.

Etapas del proceso legislativo	
Iniciativa de ley	<p>La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 71 que el derecho de iniciar leyes o decretos compete:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al presidente de la república. - A los diputados y senadores del Congreso de la Unión. - A las legislaturas de los estados y de la Ciudad de México. - A los ciudadanos en un número equivalente, por lo menos, al cero punto trece por ciento de la lista nominal de electores, en los términos que señalen las leyes.
Cámara de origen	<p>La cámara de origen recibe en el pleno la propuesta de iniciativa y dicta un trámite.</p> <p>La iniciativa es turnada a una o más comisiones legislativas para su análisis y dictamen correspondiente.</p>
Comisión de origen	<p>La comisión analiza la iniciativa y elabora un dictamen para someterlo a discusión y votación en el seno de la propia comisión.</p> <p>Se entrega el dictamen al pleno para su declaratoria de publicidad, o en calidad de dictamen de primera lectura o para discusión.</p>
Pleno cámara de origen	<p>El pleno discute y somete a votación el dictamen.</p> <p>Si es una reforma a legislación secundaria se debe aprobar por mayoría simple o relativa; es decir, la suma más alta de votos emitidos frente a otra u otras opciones.</p> <p>Si es reforma constitucional se debe aprobar por mayoría calificada; es decir, dos terceras partes de legisladores presentes.</p> <p>El proyecto se envía a la cámara revisora o se ordena su publicación si es facultad exclusiva de alguna de las Cámaras.</p>
Cámara revisora	<p>La minuta es recibida por el pleno de la cámara revisora el cual dicta un trámite.</p> <p>La minuta es turnada a una o más comisiones legislativas para su análisis y dictamen correspondiente.</p>
Comisión revisora	<p>La comisión analiza la minuta y elabora un dictamen para someterlo a discusión y votación en el seno de la propia comisión.</p> <p>Se entrega el dictamen al Pleno para su declaratoria de publicidad, o en calidad de dictamen de Primera Lectura o para discusión.</p>
Pleno cámara revisora	<p>La comisión analiza la minuta y elabora un dictamen para someterlo a discusión y votación en el seno de la propia comisión.</p> <p>Se entrega el dictamen al pleno para su declaratoria de publicidad, o en calidad de dictamen de primera lectura o para discusión.</p>

Cuadro 3.

Etapas del proceso legislativo. (Continuación)

Etapas del proceso legislativo	
Poder ejecutivo	El decreto aprobado por ambas cámaras es recibido por el ejecutivo federal para su publicación en el Diario Oficial de la Federación. Si el ejecutivo emite observaciones al decreto se devolverá a la Cámara de origen.
Observaciones del ejecutivo	Después de que un decreto ha sido aprobado por ambas cámaras y turnado al ejecutivo federal, el presidente puede realizarle observaciones . Se considerará aprobado por el poder ejecutivo todo proyecto no devuelto con observaciones a la cámara de su origen dentro de los treinta días naturales siguientes a su recepción. Vencido este plazo el ejecutivo dispondrá de diez días naturales para promulgar y publicar la ley o decreto. Transcurrido este segundo plazo, la ley o decreto será considerado promulgado y el presidente de la cámara de origen ordenará dentro de los diez días naturales siguientes su publicación. Los plazos no se interrumpirán si el congreso cierra o suspende sus sesiones, en cuyo caso la devolución se hará a la comisión permanente.
Diario Oficial de la Federación	El Diario Oficial de la Federación es un órgano del gobierno mexicano que publica en el territorio nacional, las leyes, decretos, reglamentos, acuerdos, circulares, órdenes y demás actos expedidos por los poderes de la federación, a fin de que éstos sean aplicados y observados debidamente.

Fuente: Sistema de información Legislativa, 2017b

Las políticas públicas en salud que emanan de Poder Legislativo, a su vez derivan del proceso legislativo.

El procedimiento legislativo está caracterizado, cuando menos, por cuatro notas elementales, a saber: a) pluralidad de actos, b) pluralidad de sujetos, c) secuencia temporal en que deben desarrollarse dichos actos, y d) la intención del procedimiento que es la consecución de un acto jurídico último al que se ordenan todos los actos procedimentales. Con base en estas

notas, el procedimiento legislativo aparece como un instrumento a través del cual el órgano representativo del pueblo, esto es, el parlamento, expresa su voluntad legislativa, pero la trasciende de las decisiones a que da lugar su utilización y concreta un principio constitucional de carácter fundamental: el principio democrático. (Mora-Donatto, 2012, p. 8).

Cada etapa de la cadena procedimental del proceso legislativo está descrita en los distintos instrumentos que regulan tal procedimiento, como otras actividades en la Cámara de Diputados y en la Cámara de Senadores. El marco jurídico y reglamentario del congreso general y de sus cámaras, establece las directrices que obligatoriamente se deben cumplir en tiempo y forma para que una iniciativa en salud presentada ante el pleno de la cámara se turne a la comisión de salud y en ella deseche o se apruebe para su votación en el pleno. El contenido normativo de los distintos instrumentos es determinado por las propias cámaras. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2010), establece en su artículo 71 que la “Ley del Congreso determinará el trámite que deba darse a las iniciativas.”.

2.3.4. El proceso legislativo está subordinado a los bienes jurídicos tutelados en la constitución

El apartado anterior nos indica que el sistema jurídico es un edificio formal muy bien delimitado. Esa nitidez logra -o debería hacerlo- líneas de acción que descienden en armónica secuencialidad iniciada en la parte cumbre: a saber, la Constitución y los marcos subyacentes, los demás marcos normativos como receptores del contenido constitucional. Es decir, por encima del “proceso legislativo” se encuentra:

1. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
2. La Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos.
3. Reglamento del Senado de la Republica
4. Reglamento de la Cámara de Diputados
5. Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos,

La regulación del proceso legislativo, proceso del que emanan las leyes del Congreso de la Unión, está sujeto al marco normativo establecido por el mismo congreso. Pero ese marco normativo es parte de un andamiaje jurídico, es decir, las actividades permitidas y no permitidas, los tiempos y las formas de dicho proceso, son una etapa tardía o lejana del origen del sistema jurídico. En otras palabras, tanto los legisladores temporales, sus procedimientos y sus productos legislativos no son autónomos, independientes ni autosuficientes. Deben alinearse, voluntaria o involuntariamente, a los preceptos constitucionales, pues de acuerdo con Valadés Ríos (2002), "...una Constitución es el estatuto jurídico del poder" (p. 25), y por tanto el poder de lo facultado a los legisladores está supeditado al poder de la Constitución.

De acuerdo a la Constitución:

Artículo 50: El poder legislativo de los Estados Unidos Mexicanos se deposita en un Congreso general, que se dividirá en dos Cámaras, una de diputados y otra de senadores.

Artículo 70: Toda resolución del Congreso tendrá el carácter de ley o decreto. Las leyes o decretos se comunicaran al Ejecutivo firmados por los presidentes de ambas Cámaras y por un secretario de cada una de ellas, y se promulgaran en esta forma: "El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos decreta: (texto de la ley o decreto).

Luego entonces la Constitución faculta al Congreso de la Unión para crear leyes o decretos. Entendemos como ley una regla que debe ser respetada por los integrantes de una comunidad. Urrutia (1997) expone que:

Desde un punto de vista puramente formal, Ley es: "lo acordado por los órganos legislativos competentes, dentro del procedimiento legislativo prescrito"... Dentro del ámbito del Derecho Positivo Mexicano entendido como Derecho Legislado, la ley debe tener las siguientes características:

- a) Debe ser justa, en cuanto debe ser igual para todos los miembros del cuerpo social;
- b) debe ser bilateral, es decir, debe considerar que la relación jurídica ha de darse necesariamente, entre dos sujetos, uno activo y otro pasivo. Aquel, investido de una facultad a la que corresponde una obligación de éste;
- c) debe ser general, pues no debe manifestarse en relación con una persona o caso particular. Debe ser dictada en forma abstracta sin consideración a los intereses privativos de una persona dada;
- d) debe ser obligatoria, porque la ley no debe ser una invitación sino un mandato y como tal, imperativo. El Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, cuando promulga una ley, utiliza

la siguiente fórmula: "Por lo tanto, mando se imprima, publique, circule y se le dé el debido cumplimiento"; y

e) debe ser coercitiva, esto quiere decir que, si sus mandatos no son cumplidos espontáneamente por los obligados, es legítimo usar la fuerza para que sean observados puntualmente. La coercibilidad implica la posibilidad de que la ley debe ser cumplida aún contra la voluntad del obligado (pp. 415-416).

Desde una perspectiva sistémica, el congreso, es un nodo más de los muchos que conforman el sistema social. Dicho nodo es tanto gubernamental como social y su existencia se sustenta en la necesidad regular situaciones en el mundo que, desde la perspectiva de algún agente moral, deben controlarse, pues su no control provoca estados del mundo más desfavorables que su control. Las situaciones sociales son complejas y cambiantes, con actores nuevos, condiciones emergentes o contingentes, conocimientos recién constituidos, perspectivas inéditas, o datos originales, es decir, la realidad social es mutable; requiere ser ponderada y regulada de forma constante. El poder legislativo teóricamente debería cumplir esa función de regular distintos aspectos de la vida social mediante leyes o políticas públicas diseñadas para provocar mejoras en las circunstancias sociales, el bien común, el respeto de los derechos humanos, o cualquier otro indicador vinculado a crear mejores condiciones en el territorio nacional.

Continuando, el poder legislativo legisla; y legislar de acuerdo con García (2002) se entiende como "...el proceso por el cual uno o varios órganos del Estado formulan y promulgan determinadas reglas jurídicas a las que se da el nombre específico de leyes... la ley no representa el origen, sino el resultado de la actividad legislativa..." (p. 52).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 71, faculta al poder legislativo para que de forma autónoma determine el trámite que debe darle a las iniciativas de ley. Según expresa Miguel Eraña (2013):

No existe una actividad más característica de las cámaras que ejercer, con libertad y autonomías plenas, la potestad de configurar su propia normativa de ordenación. Esto es, expedir y reformar sus propios reglamentos, sin requerir siquiera la intervención de poder o

autoridad ajena para la formulación, la sanción, la promulgación o la publicación de sus normas (p. 73).

Es decir, el poder legislativo es autónomo, independiente y autosuficiente en sus procesos, solo debajo del contenido constitucional, por tanto, todo su repertorio procedimental que de manera autónoma configura dicho poder para su propia autorregulación, debe hacerlo para salvaguardar los derechos reconocidos en el texto constitucional.

2.3.5. Procesos legislativos homogéneos ¿para temas diferenciados?

El marco normativo que regula los procesos legislativos es ciego a las evidentes diferencias de temas de distinta naturaleza. En México, los órganos legislativos se ramifican en subgrupos llamados comisiones legislativas. Tienen como encargo constitucional conocer y resolver asuntos relacionados con su denominación. Entre estos subgrupos se encuentra la comisión que atiende los asuntos relacionados a la salud. Las políticas de salud se construyen con los mismos procesos usados en todas las comisiones legislativas. No existe una diferencia de trato a temas de naturaleza distinta. Asuntos de interés social como la economía, la gestión presupuestal, las regulaciones administrativas, cuotas arancelarias, etcétera, son significativamente distintos a la protección de salud. Usar procesos estandarizados en todos los temas de las comisiones de los órganos legislativos es asumir que todos estos temas pueden ser tratados similarmente. Esto es cuestionable por las diferencias cualitativas entre los temas, por ejemplo, entre la protección a la salud y la regulación de uso de suelo. Para que el tratamiento de un tema sea realmente exitoso, se debe intervenir en él con modelos y métodos pertinentes a la naturaleza de la problemática. Hay temas políticos focalizados en promesas electorales y preferencias ideológicas, que no pueden ser resueltos con los mismos mecanismos que temas relacionados con relaciones causales objetivas como en los procesos salud-enfermedad. Hay temas de preferencia y elección por consenso ideológico; y temas de causalidad, diagnóstico y elección de acciones sustentadas en información científica, datos y estadística.

2.3.6. Los cabilderos y su presencia legalizada en la Cámara de Diputados

En el reglamento de la Cámara de Diputados existe la figura del cabildeo. Las personas que se amparan bajo ese reglamento lo hacen con la finalidad de monitorear e influir en iniciativas que se presentan en el órgano legislativo. En los artículos 263, 264 y 265 del Reglamento de la Cámara de Diputados (2010) a la simple letra dice:

CAPITULO III Del Cabildeo

Artículo 263.

1. Por cabildeo se entenderá toda actividad que se haga ante cualquier diputado, diputada, órgano o autoridad de la Cámara, en lo individual o en conjunto, para obtener una resolución o acuerdo favorable a los intereses propios o de terceros.

2. Por cabildero se identificará al individuo que represente a una persona física, organismo privado o social, que realice actividades en los términos del numeral que antecede, por el cual obtenga un beneficio material o económico.

Artículo 264.

1. Todo individuo que pretenda realizar cabildeo por más de una vez en la Cámara, deberá inscribirse al inicio de cada legislatura, en un registro público, que elaborará la Mesa Directiva, el cual se difundirá semestralmente en la Gaceta y en la página electrónica, con los datos proporcionados por quienes se registren.

2. La inscripción tendrá vigencia por el tiempo que dure la legislatura correspondiente.

Artículo 265.

1. Los diputados y diputadas, así como el personal de apoyo de la Cámara, se abstendrán de hacer recomendaciones que equivalgan a un cabildeo, cuando obtengan beneficio económico o en especie para sí o su cónyuge o parientes consanguíneos o por afinidad hasta el cuarto grado, o para terceros con los que tengan relaciones profesionales, laborales o de negocios.

Se denomina cabildero a la persona que ha sido “autorizada” para tratar de influir en las opiniones que tienen los legisladores, respecto a un tema. Es decir, su labor consiste en usar múltiples y distintos medios para sugerir a legisladores que se adhieran a favor o en contra de una iniciativa. Cabe mencionar que la figura de cabildero funge como intermediario entre grupos de interés y los legisladores. Esa figura aunque debidamente legalizada no es bien vista por el grueso de la sociedad, como bien lo señalan Brito (2013) y Robles del Valle (2013):

Un cabildero, o lobby, como se conoce en el gobierno de Estados Unidos, es una persona que trata de influenciar a los funcionarios electos para asegurarse de que las leyes favorezcan o no perjudiquen a una industria, organización o el público en general. (Brito, 2013, párr. 1).

“Esta actividad siempre ha sido objeto de sospecha, asociándola a formas de corrupción o influencias indebidas por parte de grupos particulares de interés con poder económico, político u organizativo” (Robles del Valle, 2013, párr. 5).

2.3.7. ¿Qué se discute en las comisiones en salud?

La actividad de las comisiones es explicada por el Sistema de Información Legislativo (2017c), tal como muestra el cuadro 4.

De acuerdo con el marco normativo que regula el proceso legislativo, para que una iniciativa se presente ante el pleno del órgano Legislativo ya cumplió los requisitos formales exigidos en los marcos normativos.

Otro aspecto importante dentro del procedimiento legislativo es la revisión de la constitucionalidad de la iniciativa. El Poder Legislativo, además de verificar que un proyecto legislativo reúne las recomendaciones de la técnica legislativa, debe estar seguro de su adecuación a la Constitución y a las leyes locales. (Chávez, 2016, p. 216)

Posteriormente a ese paso inicial se turna a comisiones. Las comisiones son órganos constituidos por el pleno donde se analizan y dictaminan las iniciativas que le sean turnadas, entre otros asuntos. En otras palabras, ¿De qué naturaleza es el contenido que se delibera en la etapa de la discusión en comisiones? Si la iniciativa está vinculada a un determinante social de la salud y ya ha cumplido, en tiempo y forma, con el proceso formal, entonces, gran parte de lo que se discute es netamente pragmático, objetivo y relacionado con la naturaleza científica del tema.

Cuadro 4.

Qué son las comisiones.

Comisión

Grupo u órgano de trabajo constituido por el *pleno* de las cámaras e integrado por legisladores de los grupos parlamentarios con representación en cada una de ellas. Tiene como finalidad estudiar, analizar y discutir los asuntos legislativos que les son turnados por los órganos de dirección de la cámara a la que pertenecen para elaborar los trabajos, opiniones, resoluciones, informes o dictámenes que serán discutidos en el *pleno*.

Las comisiones fomentan la organización, especialización y distribución del trabajo parlamentario y contribuyen a que la cámara cumpla sus atribuciones constitucionales y legales. Éstas pueden ser: ordinarias, especiales, de investigación, con carácter transitorio, conjuntas.

La Junta de Coordinación Política es el órgano facultado para proponer la integración de las comisiones y sus juntas directivas.

El Reglamento del Senado de la República establece que el presidente y los vicepresidentes de la mesa directiva no formarán parte de ninguna comisión ordinaria o especial. En el caso de la normatividad de la Cámara de Diputados esta limitante se hace extensiva a todos los integrantes de la mesa directiva.

Fuente: Sistema de información Legislativa, 2017c

Es decir, cuando una iniciativa ha llegado el pleno del órgano legislativo en turno, es porque ya ha cumplido la anhelada validez normativa tan valorada, por consiguiente sería redundante discutir en las comisiones en salud contenidos formales, jurídicos o constitucionales relacionados a la validez legal.

En el ámbito jurídico, La palabra validez, es usada según Ross (1991) en por lo menos tres significados diferentes que cumplen tres funciones distintas:

Primero, el termino es usado en las corrientes exposiciones doctrinarias del derecho vigente para indicar si un acto jurídico, por ejemplo, un contrato, un testamento, o una orden administrativa, tienen o no los efectos jurídicos deseados. Se dice que el acto es inválido o

nulo si no los tiene. Esta función es interna, en el sentido de que afirmar que un acto es válido es afirmar algo según sistema de normas dado.

Segundo, el término es usado en la teoría general del derecho para indicar la existencia de una norma o un sistema de normas. La validez de una norma en este sentido significa su existencia efectiva o realidad, por oposición a una regla meramente imaginada o aun mero proyecto. Esta función es externa en el sentido de que afirmar que una regla, o un sistema de reglas, existe, es afirmar algo acerca de la regla o del sistema. El enunciado no es un juicio jurídico, sino una aserción fáctica que se refiere a un conjunto de hechos sociales.

Tercero, la validez en ética y derecho natural, como hemos visto, se usa para significar una calidad apriorística, específicamente moral, llamada también la “fuerza obligatoria” del derecho, que da lugar a una obligación moral correspondiente. (...) La validez en sentido normativo no cumple ninguna función en la descripción y explicación de la realidad. Su función consiste en reforzar el orden jurídico al proclamar que las obligaciones de ese orden no son meras obligaciones jurídicas sino también deberes morales. (pp. 26-27).

Luego entonces ¿qué contenido de las iniciativas en salud es el que se dialoga en las comisiones de salud de los órganos legislativos? En sentido lógico debería discutirse más información pertinente a la información pragmática del tema de salud en turno, pues los requisitos formales ya se cumplieron en la etapa pre-legislativa (Chávez 2016).

Es indispensable manifestar que estas ideas son una versión reduccionista de un añejo problema, el cual es estudiado por la filosofía de la ciencia política. Existe la noción de incompatibilidad entre el saber científico y el saber político. Las diferencias epistémicas de ambos saberes se manifiestan en un alejamiento de sus representantes. Los políticos hacen política y los científicos ciencia. Pero, ¿así debería de ser? Es decir, ni los políticos son tan eficientemente políticos para lograr diálogos con los científicos (Velasco y López, 2013). Ni los científicos han sido tan competentes en el método científico para desarrollar modelos de comunicación eficientes con los políticos. Ambas comunidades parecen cómodas en soliloquios disciplinares y económicos. Mientras esos nodos han asumido una actitud altiva y de desdén entre sí, el grueso de la sociedad recibe productos deficientes de esas dos actividades que esa sociedad costea. O tal vez, sea un acuerdo tácito de dos enormes gremios en una dispraxis social, en la cual el alejamiento de ambas culturas se deba más, a que para ambos gremios, sea más conveniente ese distanciamiento que la tensión intrínseca de tratar de trabajar en pos del bien común. Ese acuerdo tácito, si es que pudiera llegar a ser posible, parece más un acuerdo no

escrito entre grupos no lícitos donde “tú trabajas lo tuyo y yo lo mío, pero no te metas conmigo”. Un indicador de que esa suposición es ficción, serían foros organizados por los políticos donde solicitaran la participación de los científicos no para escucharlos sino usar la información científica como guía de las políticas públicas. Ello contribuiría para mostrarle a la sociedad que si las políticas no funcionan es porque el conocimiento científico es limitado y pero no por un infundada actitud de superioridad o autosuficiencia de la clase gobernante.

Pero actualmente las condiciones sociales, con evidentes factores de riesgos colectivos están empujando a que la sociedad exija eficacia y eficiencia en las políticas públicas. Las políticas públicas son el antecedente causal en muchas de las realidades sociales que actualmente se padece. Por ello, la sociedad empieza a exigir nuevos modelos de participación ciudadana. Se está exigiendo la socialización de las decisiones. Puesto que el modelo donde otros actores sociales también participan y emiten evaluaciones críticas al modelo tradicional, despabilará y exhortará a científicos y políticos a robustecer sus nexos vinculantes.

El párrafo anterior sirve de antecedente para expresar que si lo que se dialoga en las comisiones en salud es contenido formal, jurídico o procedimental, ello, es estéril, pues ese análisis se hizo con anterioridad. Pero si lo que se dialoga es contenido objetivo, material, información científica, también es peligroso, pues los legisladores en su mayoría votaran sobre temas que no pueden validar.

...la ley lo que tiene que hacer es recoger ese conocimiento esa información y ponerlo en la norma. Si la ley no tiene un conocimiento adecuado, si lo que se recoge en las normas no es un conocimiento adecuado pues entonces nos vamos a atorar con normas que pueden causar mucho daño o lo menos que puede pasar es que sean absolutamente ineficientes. (Martínez, 2016, min 15:40)

Entonces, ¿qué contenidos se analizan en una comisión en salud cuando ponderan rechazar o aprobar una iniciativa de ley? En los parlamentos, en lugar de discutir para obtener la verdad, lo que se intenta en última instancia es “dar fe” (Galiana, 2003).

2.3.8. El poder legislativo 1917-1997 ¿Autonomía o inexistencia?

Durante la etapa de investigación histórica referente al significado y concepto de “parlamento”, “congreso” o poder legislativo. Se consultaron a los clásicos por ejemplo la republica de Platón, pasando por Montesquieu, los contractualistas, etcétera. También se tuvo acceso a magnas obras realizadas por autores contemporáneos, por ejemplo, puede consultarse la estupenda monografía de la historia del parlamento presentada por Chávez (2016).

Después de consultar las obras de múltiples autores, emergió una realidad evidente, pero escondida por un mundo de información. Cabe mencionar que observar con nitidez esa categoría provocó escepticismo inicial. ¿A qué sistema político se refieren las publicaciones nacionales que explican la separación de poderes? Se pueden referir a situaciones en otros países o a la historia de cómo se gobernaba en esos países. Porque todas esas descripciones del poder legislativo mexicano fueron eso, descripciones, hasta 1997. Pues el “poder legislativo” hasta 1997 fue una especie de oficialía de partes del ejecutivo. Se elige ese calificativo por descriptivo no se usa por peyorativo.

...en el México posrevolucionario, la centralización de la política en los márgenes institucionales del partido hegemónico y de la presidencia de la República lo anuló en la práctica debido a la penetración y eventual colonización que protagonizó la clase política hegemónica en los tres niveles de gobierno. El resultado fue la constitución de un gobierno indiviso en el largo periodo de gobierno unificado priista, durante el cual el Congreso federal abdicó de sus facultades para contrapesar al Ejecutivo durante la aprobación anual del presupuesto, renunciando a intervenir en la determinación de la estructura de los ingresos, así como de su ejercicio en el gasto público, a pesar de estar dotado de facultades para hacerlo (Carpio, 2011, pp.281-282).

Según Eraña (2013), aunque existían físicamente los representantes de la nación –diputados y senadores– que provenían de elecciones “democráticas”, entre los años 1934 y 1982 los usos y costumbres de la política en México convirtieron al “poder Legislativo” en un tramitador legislativo, siendo ésta la etapa de más devaluación del Congreso como poder autónomo.

Ante esos datos, cualquier ciudadano puede identificar que la enorme cantidad de publicaciones que explican temas vinculados a la vida democrática, se refieren a bellas narrativas o a otros países. Porque la contundente realidad nacional expone tajante que en la realidad mexicana no ocurrían tales descripciones. Eran idealización o ficción.

La realidad era un poder legislativo sumiso y dócil, el cual no legislaba; ponía estampillas de recibido a los documentos que recibía del ejecutivo.

El año 2000 el congreso adquiere de facto una autoridad plena, pero la inercia del presidencialismo, manifestado en usos y costumbres, procedimientos de la clase política mexicana, acostumbrada un modelo de gobierno, según Eraña (2013) continúa o se manifiesta todavía en 2009:

Con ello nuevamente se redujo al Congreso a cuestiones secundarias, en tanto que se retomó la prelación grosera de Ejecutivo en los *mass media* (tanto privados como de control estatal), situación que, por diversos momentos, provocó un desempeño anodino de la Legislatura LXI al padecerse en sus cámaras de complicaciones continuas para objetar o controlar las decisiones provenientes del *auto insuflado* poderío del presidente. (p. 39)

Esta contundente e irrefutable diferencia de realidades, una enciclopédica y otra práctica, han convivido casi un siglo en una simbiosis donde la sociedad es la perjudicada. Ello exponencialmente, va más allá de las ficciones jurídicas que Kelsen menciona (Kelsen, et al, 2003). Tampoco es interés del autor caricaturizar a nadie que haya publicado textos referentes a realidades inconexas con la práctica. La autocrítica es individual. Pero lo que sí es determinante exponer es que como país, no sabemos legislar como expertos. Nos sobre calificamos. Nuestros actuales legisladores no pueden abreviar de nadie pues no existe una cultura legislativa ni experiencia de crear leyes eficaces. La curva de aprendizaje recién comienza. No hay legisladores expertos para entrenar a legisladores novatos.

2.4. El proceso legislativo desde la validez objetiva y validez jurídica

2.4.1. Introducción

Hacer evidente la existencia de una nítida y significativa frontera entre los significados de validez en los saberes de pretensión científica y jurídicos es determinante, puesto que están constituidos por lógicas distintas. La racionalidad de la validez objetiva está vinculada con cualidades en los objetos y los modelos de interacción para influir en las magnitudes de las propiedades presentes en el objeto. “El conocimiento científico es un conocimiento objetivo que se estructura en sistemas verificables, obtenidos metódicamente y comunicados en un lenguaje construido con reglas precisas y explícitas” (Díaz y Heler, 1989, p. 75). Es decir, en la racionalidad de la validez objetiva se acepta el postulado de que existe “...un sujeto que conoce objetos” (Op. cit, p. 40) no que los inventa. Y la racionalidad de la validez jurídica, es distinta, pues remite al concepto de legitimidad política, el cual significa que ciertas personas aceptan voluntariamente la autoridad de otras debido a ciertos procedimientos. Es decir, esa validez es una convención entre individuos para aceptar como valiosos un producto que ha cumplido una serie de etapas preestablecidas en un documento considerado como guía de acción.

Existen diferencias radicales entre las lógicas subyacentes en las que la ciencia y los saberes jurídicos llegan a afirmar que algo tiene validez. La validez objetiva implica y exige, entre otros factores, demostraciones exitosas y constantes, con una elevada correspondencia predictiva entre el modelo de realidad utilizado y el objeto representado. Es decir para que una información sea calificada con validez objetiva esa información debe mostrar que el modelo que la contiene refleja predice o pronostica cambios verificables en el objeto.

La ciencia se caracteriza por ser un conocimiento sistemático verificable, y metódico que resulta así fundamentado. Sus resultados son así provisorios; por ende, la investigación puede llegar a reformularlos o reemplazarlos por otros nuevos. El conocimiento logra así ser objetivo. “subjetivo” es aquello que varía así con cada sujeto. “objetivo puede comprender como lo que corresponde a los objetos. Pero como noción opuesta a “subjetivo”, significa que

no varía con cada sujeto, sino que se presenta de igual manera para todo sujeto. (Díaz y Heler, 1989, p 75).

La lógica subyacente en los saberes jurídicos para atribuirle validez a algo, consiste en acuerdos, convenios o pactos entre las personas. Se hace notar que contrario a lo esperado muchas de estas “convenciones” son más longevas que los saberes objetivos. Otra característica de este tipo de validez radica en qué puede defender de forma hostil algunos conceptos calificados de válidos, la razón de ello se localiza en que por medio de acuerdos se puede dar valor a cosas, factores, elementos, procesos, ideas, productos, métodos, que no lo tienen. Por ejemplo “Las creencias sobre las cuales coinciden un grupo de fanáticos serían objetivas, si bastara el acuerdo de los miembros de ese grupo.” (Díaz y Heler, 1989, p. 75). La validez objetiva y la validez jurídica son entonces distintas, lo cual también implica alejarse de la pretensión de colonización jerárquica de una sobre otra. Lo que la sociedad actual exige es que en cada proceso legislativo existan mecanismos para crear mejores políticas públicas en salud, otorgando el peso específico a cada una de ellas cuando una validez sea más pertinente que la otra. Y esa ponderación la hacen los agentes morales no los saberes.

2.4.2. Órganos legislativos y productos legislativos

¿Es necesario que los productos de órganos legislativos, legales y legítimos, sean eficaces y eficientes?, ¿la sociedad debe exigir a un órgano legislativo, constituido legalmente (t1), que sus productos (t2) sean eficaces y eficientes? A continuación, se explican los términos de las preguntas:

- Se entiende por *órganos legislativos legítimos*: aquellos grupos a los que un elevado porcentaje de la población les otorga autoridad para emitir regulaciones sociales. Dicha atribución de legitimidad se origina mayormente por surgir de los procesos formales o legales. Legitimidad se comprende como la aceptación del régimen de gobernación (Weber, 1971). Un órgano legítimo se sustenta en una esfera convencional, ideológica, moral, o epistémica.

- Se entiende por *órganos legales*: aquellos grupos conformados por personas elegidas para un puesto de representación popular. Esto se debe dar mediante procesos admitidos y establecidos formalmente por una institución competente y reconocida por una sociedad. La legalidad avala que la elección de los individuos se realizó de acuerdo a la norma vigente.

- Se entiende como *producto de órganos legislativos*, legales y legítimos las normas que se imponen a una sociedad que son resultado de los procesos internos de órganos legislativos facultados constitucionalmente para legislar.

- Se entiende como *producto con validez objetiva o material* –eficaz y eficiente– las acciones que se basan en información sustentada en investigaciones científicas y validadas, datos objetivos, estadística, variables y factores endémicos intervinientes, etcétera. Cuanta más información se considere en el proceso analítico, más probable será obtener conclusiones válidas. En otras palabras, un producto, proceso, modelo o política pública es eficaz y eficiente si al ponerlo en práctica la consecuencia, resultado o estado de cosas que genera son similares a las prometidas. En este caso, se considera eficaz y eficiente si la el producto legislativo protege la salud poblacional. Un producto eficaz y eficiente se corrobora en el mundo objetivo.

Es determinante afirmar que las propiedades de una categoría –órganos legales y legítimos– no se transfieren automáticamente a otra categoría –productos eficaces y eficientes–. Considerar lo contrario es una muestra de un razonamiento falaz, la falacia del todo a la parte. Se distinguen dos momentos:

Tiempo 1 (t1) es el periodo cíclico en el cual, mediante procesos aceptados socialmente, se eligen grupos de personas que tendrán la facultad de legislar. Las etapas de ese lapso constituyen el proceso legal aceptado por los demás miembros de esa sociedad, para otorgar a dicho grupo legitimidad y legalidad.

Tiempo 2 (t2) es cada uno de los productos que surgen de las actividades del grupo considerado legal y legítimo. Es necesario remarcar que estos productos no adquieren eficacia, eficiencia ni validez objetiva o material, por haber sido generados por un órgano legal y legítimo. Cada producto en t2 adquiere su validez en función de que sus elementos constitutivos se vinculen, sean pertinentes, tengan una correlación o causalidad entre su contenido teórico y la realidad a la que pretende influir.

Por tanto, es necesario distinguir lo siguiente:

A) pueden existir productos inválidos objetivamente, que provengan de órganos formalmente legales y legítimos.

B) también pueden existir productos de considerable validez y legitimidad material/científica creados por grupos especializados, pero al no provenir de órganos, legales y legítimos, dichos productos no son considerados como material válido para el diseño o implementación como política pública en Salud.

C) lo idóneo es que los órganos legales y legítimos, (t1) sean competentes en generar productos eficaces y eficientes (t2).

Aceptar que la legitimidad formal es condición necesaria pero no suficiente, es un indicador de madurez legislativa, estatal, académica y social. Requiere reconocer una realidad evidente para la ciudadanía, pero aún no aceptada ni reflejada en el paradigma gubernamental ni en sus marcos normativos ni en sus prácticas procedimentales. Para la ciudadanía es evidente que existen instituciones expertas muy calificadas técnicamente y que es necesario trabajar conjuntamente con ellas para mejorar la calidad de las políticas públicas en salud. Por el contrario, si el nodo legislativo persiste en auto atribuirse competencias inexistentes –técnicas, científicas, conocimientos, expertas, etcétera– es el primer paso para generar productos inválidos. Por tanto, afirmar que una norma legislativa es “legítima”, puede diluir en el lenguaje una distinción categorial. Retomando, la legitimidad es condición necesaria pero no suficiente. Adicionalmente, se requiere que la norma sea eficaz y eficiente. Si una política pública en salud,

es legal y formalmente válida, pero no se prueba que se constituyó con la mejor información científica disponible que permita inferir que también será eficaz y eficiente, es probable que sea estéril.

Habiendo exployado los términos se detalla la pregunta, como se ha explicado, el t1 se refiere al hecho de que por medio del voto –uno de los medios que otorga legalidad y legitimidad– surjan los representantes de la nación, quienes se encargarán de la prerrogativa de legislar.

El t2, se refiere a los productos –normas y leyes– que surgen de la actividad para la cual fueron elegidos. Distinguir conceptualmente t1 de t2 establece una línea nítida entre órgano, legal y legítimo por una parte, y, por otra parte, los productos que surgen de su actividad. De esta distinción se puede extraer dos categorías: la primera categoría incluye los procesos necesarios para que ese órgano colegiado sea considerado, legal y legítimo. La otra categoría, los requisitos para que los productos, de ese grupo, también, contengan validez material eficacia y eficiencia, ya que para que un propósito pueda ser realizado, es necesario que el medio que la persona emplea sea capaz de producir causalmente la finalidad deseada (García, 1990).

Para que una política pública en salud cumpla con el espíritu de la ley –proteger la salud– debe ser aceptada y acatada por la población. Además debe provocar el efecto que se infiere. Luego entonces es indispensable que los productos (políticas públicas) de órganos legislativos y legales legítimos –formalmente- sean también válidos y legítimos objetivamente.

2.4.3. Validez científica y validez jurídica

El concepto de validez tiene significados distintos en la ciencia y en el derecho. Pero como los marcos normativos de los procesos legislativos tienen más influencia del paradigma legal que del científico, entonces estos reflejan más el concepto de validez legal que el concepto aceptado en la ciencia. Hacer patente que en la cultura legislativa se usa el mismo significado de validez para dos etapas o estadios diferenciados es una importante aportación. Pues si dos etapas disímiles son agrupadas en misma palabra pero habiendo diferencias significativas en las etapas fácticamente distintas se comete un error categorial. Entre mejor sea la delimitación categorial y más específicos seamos al comunicar esos límites, entonces será posible compartir con terceros los significados sobre los que basamos nuestras argumentaciones. Algunos requisitos son: delimitaciones conceptuales nítidas, significados unívocos y explicación explícita de los conceptos a terceros. No detectar que un elemento difiere, en cualidades o en magnitudes, que son significativas y cuya diferencia lo vuelve disímil con los demás elementos del grupo al que supuestamente pertenece, es un error. “El error de atribuir un concepto a un objeto fuera de su ámbito de aplicación se llama error categorial” (Mosterín y Torretti, 2002, p. 103).

...el concepto de validez es totalmente distinto para el derecho que para la medicina. Para la medicina la validez va vinculada con el conocimiento, con que ese conocimiento sea obtenido mediante determinado proceso y sea verdadero. La validez en el derecho es producto del resultado de un procedimiento; que el acto jurídico sea producido por quien está autorizado para producirlo y de acuerdo cumpliendo con los requisitos que la ley le establezca. Entonces ese acto es válido. Para la medicina la verdad del conocimiento es fundamental. (Martínez, 2016, min 25:50)

La palabra “validez” tiene significados distintos cuando se asocia, por una parte, al órgano legislativo y, por otra, al producto que de él emana, surge la siguiente pregunta: si la legitimación política –del órgano legislativo– se adquiere por medio del voto, ¿cómo se adquiere la legitimación de cada producto del órgano legislativo?

En ciencia se asume que una información tiene validez o se considera legítima cuando quien la expone explica cómo llegó a ella y detalla el proceso para que terceros replicando ese modelo obtengan resultados similares. Ese proceso siempre está relacionado con cualidades y magnitudes, presentes en los objetos. Y la forma estructurada y secuencial de cómo ese proceso concatenado de etapas influirá en cambios en el objeto (ver figura 2).

El hecho de que los órganos legislativos sean legales y que un porcentaje de la población les otorgue legitimidad, es un evento *desvinculado* del grado de validez objetiva de sus productos (políticas). Son eventos interactuantes pero independientes (ver figura 2). El escenario, donde los procesos legislativos o que el marco normativo que los regula, en ocasiones permitan o propicien una implementación ficticia del derecho a la protección a la salud, es un problema bioético dado que afecta dimensiones de la vida. Aceptar de forma acrítica, como sonsonete o estribillo, la idea de que los órganos legislativos gozan de legitimidad, denota pasividad ciudadana y una zona de confort académica.

Entonces, se vuelve preponderante enseñar a cada integrante de cada nueva legislatura que su labor primordial consiste en crear leyes en salud pública constituidas por dos tipos de validez. Pues la validez formal es condición necesaria pero no suficiente. "...el proceso oficial, aun siendo ineficaz como proceso de decisión, es válido en otro sentido, básicamente de legitimación" (Galiana, 2003, p. 86). Garantizar solo la validez jurídica es insuficiente para crear políticas públicas en salud, eficaces y eficientes. Cuando una sociedad acepta sin cuestionar que los órganos legislativos "gozan de legitimidad" puede estar entregando un permiso formal para aceptar dislates en las públicas en salud.

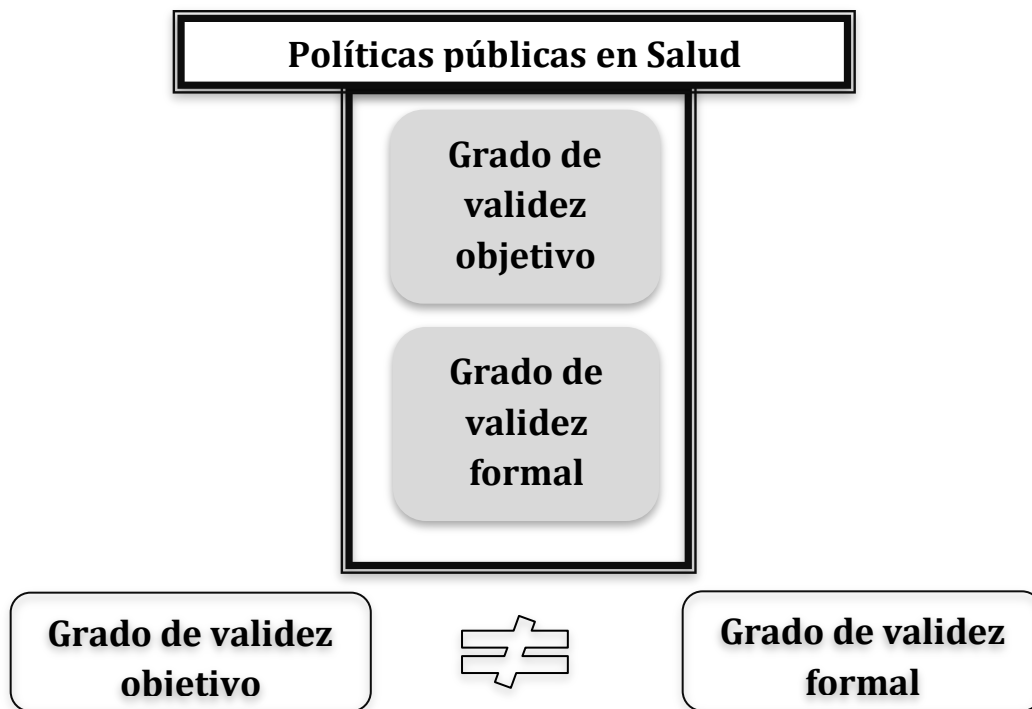


Figura 2. Validez integral de una política pública en salud. Una política pública eficaz y eficiente está conformada por dos tipos de validez. La validez formal implica la aceptación de la sociedad de esa política y la validez objetiva implica que las acciones propicien en la realidad lo pronosticado en el modelo.

Fuente: Elaboración propia.

Esta investigación pretende dar evidencia que una política pública en salud *siempre* debe incluir, en todo su recorrido –iniciativa, análisis, discusión aprobación o rechazo, implementación y evaluación–, contenido que indique el grado de validez objetiva que posee; es decir, el porcentaje de causalidad que se le atribuye a la política en turno.

La validez objetiva de una política pública en salud es necesaria para generar efectos deseados al ponerla en práctica, dado que influye significativamente en la magnitud de algún

condicionante social de la salud, que puede ser considerado como factor de riesgo antecedente de ciertas patologías.

La comprensión de una relación causal, no es, típicamente, un proceso de razonamiento lógico, no es una vinculación abstracta entre objetos abstractos. El problema causal es más bien una cuestión ontológica, aunque puede analizarse con la ayuda de la lógica (Schuster, 2005, p. 55).

La validez material no se vincula únicamente con consenso político, votación unánime, ni otro instrumento de consenso-disenso. La validez científica se vincula primero con modelos objetivos y después, ahora sí, con la aceptación política del modelo que mejor representa esa realidad objetiva.

Por ello, distinguir entre validez objetiva y validez jurídica es esencial en esta investigación. De no hacerlo, quienes poseen estructuras cognitivas mayormente jurídicas pueden llegar a intuir inconsistencias en la forma de producción legislativa, pero esa intuición a lo sumo puede ser expresada a terceros, pero no detectar alternativas de solución.

Si existe un debido proceso en el ámbito judicial –el cual involucra a individuos concretos– ¿debería existir la figura de *debido proceso legislativo* dado que sus productos involucran a millones de ciudadanos? Si la legitimidad política se adquiere mediante el voto como proceso legitimador, ¿cuáles serían los procesos que legitiman cada producto legislativo (política pública)? Necesariamente un debido proceso legislativo en salud implica sustentar toda política pública en salud en la información científica creada por alguna institución especializada en el tema, con la acepción de que esa institución reciba presupuesto gubernamental. De esa forma se eliminan expertos privados.

Habiendo establecido estas categorías se realizan las siguientes preguntas:

1. ¿Es probable que de un órgano legislativo –legal y legítimo– surjan leyes y normas de validez material cuestionable?

2. ¿De un órgano legítimo, es posible que emanen normas desvinculadas/alejadas de la realidad?, ¿ello puede ser perjudicial para la salud social?
3. ¿Es probable que una iniciativa viable, sustentada científicamente y utilitariamente, pertinente al ámbito de la salud, sea rechazada por órganos legislativos?, ¿esto puede ser perjudicial para la salud?
4. ¿Debe haber procesos de legitimación de los productos de un órgano legítimo?
5. ¿Sería deseable que existiera un ordenamiento jurídico que amparara que los productos de un órgano legislativo deban de ser también legitimados y validados materialmente?
6. ¿Es deseable un “debido proceso legislativo en políticas en salud”?
7. ¿Cómo sería tal proceso?

Es necesario recordar que el concepto de bioética en esta investigación se refiere al estudio de las consecuencias que se generan por la puesta en práctica de algún conocimiento. Sobre todo cuando un agente moral, intuye que un conocimiento puede estar generando un daño a la salud o el medio ambiente. Y desde la perspectiva del autor esa intuición de daño se hace más evidente con las siguientes preguntas.

- ✓ ¿Las acciones que se toman en materia de salud en los órganos legislativos pueden incrementar o disminuir determinantes sociales en salud? Sí.
- ✓ ¿El incremento o decremento de estos determinantes sociales pueden afectar la salud de la población? Sí.
- ✓ ¿Todas las decisiones del poder legislativo respecto a la salud tendrían que priorizar salud de la población? Sí.
- ✓ El derecho a la protección de la salud ¿pertenece a los actores temporales del legislativo o a cada miembro concreto de la población? Pertenece a la población.

Entonces, los legisladores, cuando ponderan presentar, rechazar o aprobar una iniciativa en salud, están tomando decisiones que afectaran derechos de terceros. Por tanto, las decisiones en salud que son dirigidas a la sociedad, tendrían que mostrar a esa sociedad que la base racional de

la decisión se sustenta en la ponderación de la mejor información científica en salud disponible en esa sociedad: estadístico, técnico, bibliográfico, científico, etcétera. Pues los órganos legislativos no son fines sino medios usados para crear mejores condiciones sociales, en este caso, condiciones sociales más saludables.

La racionalidad formal no es un fin en sí mismo, sino que sirve a las razones material-rationales. Estas tienen la última palabra, es más la racionalidad material “es el motor que impulsa a la historia universal desde el comienzo de la época moderna; es el corazón palpitante del estado moderno. Esto vale tanto en general como en particular. Solo a partir de la comprensión de las razones en que se basa una ley, ésta puede ser interpretada y desarrollada, pueden llenarse las lagunas y proponerse nuevos proyectos de ley, etc. (Galiana, 2003, p. 90)

Existe una diferencia abismal entre la calidad y cantidad de información en salud de la sociedad: académica, institutos nacionales, artículos y publicaciones nacionales e internacionales, investigaciones, instituciones especializadas, investigadores, expertos, y otros agentes de distintos sectores; comparada con la calidad y cantidad de la información en salud presente únicamente en los órganos legislativos. Por ello hacer la distinción entre validez objetiva y jurídica es determinante porque “...la legalidad positiva o formal en el estado Constitucional no sólo está condicionada por vínculos jurídicos formales sino también sustanciales” (Galiana, 2003, p. 110). Sin embargo, el marco normativo actual parece implicar que el órgano legislativo no solo puede distanciarse a voluntad del sistema social del que es parte sino, además, relegar la información de ese sistema. Si las decisiones en salud emanadas del legislativo no muestran como ponderaron el conocimiento validado por instituciones expertas en salud, entonces no existe forma de conocer la validez objetiva de la decisión, lo cual, se insiste, puede vulnerar el derecho a la protección a la salud. Más grave aún, se puede vulnerar la salud pública real a la que se supone que ese mandato constitucional debe proteger.

De ahí que los estudios de la Ciencia de la Legislación se dirijan a mejorar la calidad de la ley, pero esta no se entiende únicamente en sentido formal (de lenguaje jurídico, sistemática interna de la norma y procedimental) sino también funcional (de consecución de objetivos). A todo ello, hay que añadir, que se olvida con demasiada frecuencia que el Derecho está orientado a la consecución de unos objetivos determinados, y que éstos no se alcanzan con

la simple declaración programática. El paso de la racionalidad formal a la racionalidad práctica implicará también redefinir la propia eficacia del Derecho; de ahí que haya que distinguir entre eficacia y efectividad, para entre lo que sería el estricto cumplimiento de la legalidad y el logro de los objetivos marcados por la norma. De forma que, mientras en la racionalidad formal la eficacia se mide por el seguimiento del cumplimiento de la normas, la racionalidad practica tendrá en cuenta para ello el logro de resultados o la consecución de fines o, lo que es lo mismo, su efectividad. (Galiana, 2003, p. 112).

Algunos fenómenos encontrados en esta investigación respecto a las políticas en salud:

Fenómeno 1: Existe evidencia que el número de iniciativas en salud que se aprueban es de aproximadamente un 16.1 % de las que se presentan.

Fenómeno 2: Existe evidencia de que hay iniciativas con un elevado porcentaje de validez material, científica y estadística, que no obstante son rechazadas por los órganos legislativos.

Fenómeno 3: Los marcos normativos que rigen el proceso legislativo, posibilitan que los órganos legislativos aprueben o rechacen políticas en salud con indicadores, tiempos y formas extraños, ajenos o contrarios a la salud pública. En otras palabras, una política en salud puede ser aprobada o desechada sin mostrar evidencia de haber considerado información estadística, bibliográfica o científica vinculada con el tema en cuestión.

Fenómeno 4: Un elevado porcentaje de las personas que constituyen cada comisión en salud (las comisiones son parte de los órganos legislativos) tienen formaciones ajenas a las ciencias de la salud y otro porcentaje no tiene formación profesional alguna. No obstante y a pesar de ello, el voto de quienes están en ese supuesto, vale lo mismo que el voto de alguien experto.

Fenómeno 5: Por lo anteriormente expresado, los órganos legislativos no son instituciones expertas en salud, ellos son nodos buscadores y procesadores de información científica en salud realizada por especialistas en investigación; la cual es realizada con modelos científicos.

Fenómeno 6: Quienes no son competentes en ponderar la validez de la información que reciben o son expertos temas desvinculados a la salud, no saben si su interpretación es válida o inválida.

De lo anterior se puede extraer estas aseveraciones:

1. El marco normativo actual permite que un elevado número de personas con formación ajena a la salud propongan, aprueben o rechacen políticas públicas en salud.

2. Actualmente el cumplir con tiempos administrativos pertinentes al órgano legislativo, así como votos a favor o en contra como medio de legitimación, se considera condición necesaria y suficiente, para que el sistema político mexicano le otorgue validez al proceso de presentar, rechazar o aprobar iniciativas en salud.

3. El marco normativo actual delega en cada órgano legislativo y en su comisión de salud la facultad de establecer el nivel de permeabilidad para permitir la entrada de información científica, evidentemente externa a dicho órgano.

4. Es moralmente criticable usar un proceso con posibilidades latentes de causar daño a la salud de la población.

5. El daño, que ha provocado y puede seguir provocando, un proceso legislativo sustentado en una normatividad que obedece a un formalismo ingenuo/absolutista es incalculable.

Se considera urgente una amplia discusión social, en la que participen instituciones de diversos sectores, incluyendo también a representantes del poder legislativo, que se articule alrededor del siguiente tópico: ¿La información especializada disponible en la ciudadanía, en temas de salud, debe seguir siendo mero *adendum* periférico, el cual el órgano legislador, puede elegir usar o no hacerlo? O por el contrario, establecer que toda política en salud, para que sea eficaz y eficiente debe, necesariamente, sustentarse en la mejor información disponible en salud, la cual siempre está fuera del órgano legislativo.

Para las políticas públicas el criterio es la justicia en muchas ocasiones, y me parece equivocada esa idea de desechar de entrada la eficiencia y la eficacia, como criterio de políticas públicas. Yo

creo que en muchas ocasiones el criterio es justamente la eficacia, el uso eficiente de recursos, y en algún momento puede justificarse que eso es lo éticamente correcto en determinados supuestos desde la perspectiva de una política social. (Martínez B-G. V., 2013, p. 374).

Si es tan evidente que no se puede diagnosticar en salud –individual o social– ni emitir recomendación alguna sin información validada, ¿qué impide una evolución acelerada de los marcos normativos en políticas en salud? Michael Foucault (2003), da una explicación precisa:

Un principio general en lo que se refiere a las relaciones del derecho y el poder: me parece que hay un hecho que no debemos olvidar, y es que en las sociedades occidentales, y esto es así desde la Edad Media, la elaboración del pensamiento jurídico se hace esencialmente en torno del poder real. El edificio jurídico de nuestras sociedades se construyó a pedido del poder real y también en su beneficio, para servirle de instrumento o de justificación. En Occidente, el derecho es un derecho de encargo real. Todo el mundo conoce, por supuesto, el papel famoso, célebre, repetido, reiterado de los juristas en la organización del poder real. No hay que olvidar que la reactivación del derecho romano, hacia mediados de la Edad Media, que fue el gran fenómeno en torno y a partir del cual se reconstruyó el edificio jurídico disociado tras la caída del Imperio Romano, fue uno de los instrumentos técnicos constitutivos del poder monárquico, autoritario, administrativo y, finalmente, absoluto. El edificio jurídico, por tanto, se forma alrededor del personaje real, e incluso a pedido y en beneficio del poder real. Cuando en los siglos siguientes ese edificio jurídico escape al control real, se vuelva contra el poder real, siempre se pondrán en entredicho los límites de este poder, la cuestión de sus prerrogativas. En otras palabras, creo que el personaje central, en todo el edificio jurídico occidental, es el rey. De él se trata, de sus derechos, su poder, los límites eventuales de éste: de esto se trata fundamentalmente en el sistema general, en la organización general, en todo caso, del sistema jurídico occidental. Ya hayan sido los juristas los servidores del rey o sus adversarios, en esos grandes edificios del pensamiento y el saber jurídicos siempre se trata, de todos modos, del poder real. (Foucault, 2003, p. 31).

Mientras el ejercicio del poder se siga aceptando, como privilegio o goce temporal de imponer mandatos, derivados de los sistemas de creencias personas concretas o grupos, el ejercicio del poder cambiará de actores, pero estructuralmente será idéntico. El proceso legislativo en salud presentará las siguientes invariantes:

Invariante 1: una iniciativa que es presentada por un agente con ese derecho, con la intención de convertirse en política pública, siempre inicia por un fenómeno de la realidad objetiva que algún agente asume debe ser regulado.

Invariante 2: el contenido de una iniciativa siempre contiene acciones que se asumen, vinculadas causalmente, con las condiciones de la realidad.

Invariante 3: una iniciativa sólo puede ser presentada en algún órgano legislativo, por un agente con ese derecho; los instrumentos jurídicos preestablecen quiénes son esos agentes.

Invariante 4: el proceso siempre sucede en los órganos legislativos. Son grupos de ciudadanos, que mediante reglas legales, adquieren la competencia jurídica de decidir por otros.

En base en las ideas anteriores, se puede afirmar que:

Una política pública en salud, consiste en una serie de indicaciones de acción obligatorias a implementar en una porción de la realidad social, con la creencia que dichas acciones generan (relación causal) estados del mundo más deseables que los que se obtienen en su ausencia. Un conglomerado de instrucciones se convierte en política pública en salud, porque emana de un órgano, al que la sociedad le delegó la potestad de decidir por todos. Entonces, una política pública en salud debe estar constituida por contenidos, elementos y relaciones pertinentes a dos categorías de naturaleza distinta distintas (la dimensión objetiva y la dimensión formal). La cualidad y magnitud del contenido de ambas categorías está a cargo del legislador ordinario, quien adicionalmente, debe intentar vincular las dos dimensiones usando instrumentos cognitivos (ideológicos, epistémicos, lógicos, etcétera). El legislador puede ser conceptualizado, como una interface racional entre dos categorías con lógicas distintas, inconmensurables. El legislador debe, idealmente, en su trabajo de creación de normatividad, vincular el conocimiento legal –formal– y el conocimiento de índole científica –objetivo– pertinente al fenómeno que pretende regula. Se espera que sus análisis contemplen elementos legales, morales, axiológicos, políticos, usando el marco jurídico existente, y que sea capaz de ensamblarlos con acciones propias del mundo concreto, de naturaleza causal o relacional.

Una norma legal emanada del edificio jurídico vigente no es suficiente para modificar fenómenos concretos si las acciones generadas no intersectan en las líneas causales que influyen en el fenómeno que se pretende disminuir/incrementar. La validez integral de una política pública en salud (ver figura 2) deviene de incluir contenido congruente con dos realidades: el marco normativo –validez y legitimidad política– y la validez objetiva o material –eficacia y eficiencia–.

De esto se desprenden dos categorías:

Categoría 1: la salud no es opinable. Es el efecto acumulativo de una serie de relaciones causales que influyen en variables (determinantes sociales de la salud) que, a su vez, impactan en factores de riesgo correlacionados con la magnitud de los niveles de salud en una persona o población. En otras palabras, la realidad objetiva sólo puede ser modificada con procesos causales objetivos. El criterio de validez objetiva es el rector.

Categoría 2: el orden social requiere que se asigne, reconozca y respete al tomador de decisiones. El criterio de validez formal es el rector. Por lo que, una política pública en salud exige indicadores de validez objetivas, eficacia y eficiencia –qué y por qué se decide– y criterios validez de legalidad –quién decide–.

2.4.4 La información creada desde la salud pública

“Desde 1990, el debate bioético incorporó, poco a poco, el estudio de los problemas sociales y ambientales como condicionantes básicos de la salud, dirigiendo la atención a las políticas públicas” (Villela, 2013, p. 340). El conocimiento que proviene desde los expertos en salud, es el conocimiento más objetivo disponible con respecto a la salud pública. Esas investigaciones cuyo objeto de estudio son los determinantes sociales de la salud, reflejan correlaciones entre factores sociales y cómo estos influyen en la salud. Por tanto más allá de investigaciones específicas, el

meta análisis permite afirmar que toda política pública en salud, relacionada con un determinante social de la salud, solo será eficaz y eficiente si basa sus líneas de acción en dicho conocimiento. Ello también permite afirmar que no usar conocimiento ya validado y correlacionado al tema de una iniciativa en salud es un error, pues rechazar o aprobar esa iniciativa política pública con base en otros saberes no científicos es desde estéril hasta perjudicial para la salud. Lo cual es equivalente a afirmar que ese producto es anticonstitucional, puesto que no hay argumentos fuertes para afirmar teóricamente que dicha alternativa proteja a la salud, por tanto si no se prueba teóricamente que la protege, si la puede dañar o seguir dañando. Más claro, no hay eficacia y eficiencia, en las políticas públicas, sin conocimiento creado con el método científico.

En una estuenda publicación del Instituto Nacional de Salud Pública de México, que lleva por título: *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*, se encuentran artículos relacionados a los determinantes sociales de la salud. En dicha publicación se hace eco de un llamado de la OMS:

...la OMS hizo un llamado a todos los gobiernos para que tomaran la iniciativa en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) y exhortó a los gobiernos, a las academias, a la sociedad civil, a la propia OMS y otras organizaciones internacionales para lograr la equidad sanitaria. (Urbina y González, 2012, p. 11)

La publicación mencionada es parte de una pléyade de trabajos enfocados en una misma dirección: la información creciente de la influencia de los determinantes sociales en la salud poblacional. Cada determinante social de la salud es un evento independiente que provoca consecuencias específicas; lo cual no excluye que dos o más determinantes sociales puedan converger o intersectarse en un momento dado. Es más, las consecuencias de la salud pública casi siempre son el consecuente de múltiples antecedentes independientes pero interactuando de forma compleja. Esos procesos sociales, con el poder de modificar el grado de salud en una población, son “...un conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud...” (Lamy, 2012, p. 17). Es decir, todo factor considerado determinante social de la salud, es un factor que existe generado por

seres humanos. No son fenómenos naturales como las sequías, terremotos, epidemias, avalanchas, etcétera; son procesos sociales, cuya existencia deviene de una u otra forma de actividades humanas. El efecto acumulativo de ciertas actividades humanas puede convertirse en un determinante social con o sin intención de quienes participan en esas actividades. Por tanto, la información más valiosa en políticas públicas proviene de las investigaciones de los especialistas en salud, no de las psiques de los legisladores. Al respecto Cano (2017) señala:

Es necesario repensar el propósito de las políticas pública en salud a la luz y necesidad imperiosa de los derechos humanos, la sinergia virtuosa de los derechos humanos representa la semilla del análisis moderno de las políticas públicas en salud, cuyas respuestas hasta el momento han sido insuficientes (p. 124).

2.4.5 La influencia económica en la construcción de políticas públicas

Se decidió incluir este apartado dentro de este documento por el evidente vínculo teórico entre el proceso legislativo y el objeto de estudio de la disciplina académica denominada *políticas públicas*, además de la amplitud conceptual que sus múltiples autores ofrecen a los creadores de políticas. Pues la diversidad de saberes y conocimientos académicos contemplados en las publicaciones de políticas públicas, provienen tanto de diversas disciplinas, como de autores con distintas posturas (algunas contrarias entre sí). Esa pluralidad de modelos permite acercamientos enriquecedores por disimiles.

Además de lo anterior, se destaca un factor determinante en los usos y costumbres legislativos durante la creación de las políticas públicas. Tal factor sucede en la realidad legislativa y algunos autores tuvieron la habilidad de identificarlo y exponerlo como constructo: la creación de las políticas recibe una poderosa influencia de intereses económicos. Reconocer que en la práctica legislativa cotidiana, en ocasiones la creación de las políticas públicas, recibe más influencia –por fuerza– de grupos industriales o de intereses de lucro, que de contenido de la

academia, fue valiente. Otras disciplinas asumen, ingenuamente o no, que el problema de la falta de eficacia y eficiencia de las políticas públicas se debe sólo al desconocimiento de procesos, datos o información importante.

Galiana (2003) señaló atinadamente en su libro *“La legislación en el estado de derecho”* que

... las insuficiencias de fondo de las decisiones legislativas aparecen con más claridad en el nivel de la aplicación (p. 13).

Pero dicho diagnóstico, el cual manifiesta un fenómeno no deseable, se intenta solucionar con distintas ideas pero sin salir de la disciplina legal. Es decir, las posibilidades de un cambio significativo sustentado en alternativas del mismo paradigma que ha provocado el estado indeseable, son reducidas. Por ello, cuando se lee en el libro de Wayne Parsons (2007), de forma franca y directa, que la construcción de normas en muchas democracias puede estar fuertemente influenciada por el beneficio económico de algunos agentes, se introduce en el análisis conceptos que obligan a pensar el proceso legislativo de formas distintas, pues diluye la percepción inocente de que las políticas públicas son ineficaces o indebidas debido solo a que quienes las realizan poseen competencias o información insuficiente. Es decir, las políticas que se imponen a la sociedad, en ocasiones obedecen al lucro y no necesariamente por un proceso bioético o moral que pretenda generar mejores condiciones sociales, incrementar el bien común, o una mejor gobernanza. Linares (2007) expresa: beneficio de pocos, responsabilidad de todos.

Es posible identificar dos grandes bloques de naturaleza distinta. Uno es el deber ser que los libros de forma teórica exponen y el segundo bloque, regularmente poco documentado, es lo que en realidad sucede en la aprobación o no de una iniciativa de ley, “...la ausencia de una verdadera rendición de cuentas por parte del parlamento, representa una amenaza para la toma de decisiones democráticas por parte de los políticos electos. ...entonces la idea del ‘gobierno del pueblo’ parece bastante irreal e idealista” (Parsons, 2007, p. 277). No solo es un problema de

racionalidad (Habermas, 1998), ni de análisis del discurso, ni de pluralidad, ni de teoría de elección racional, ni de epistemología sino también de intereses económicos y poder.

La política pluralista no es un juego que se desarrolle en igualdad de condiciones. Los intereses empresariales ejercen la influencia predominante en los procesos de toma de decisiones de las democracias liberales... las democracias liberales operan, fundamentalmente con los intereses del sistema capitalista en mente. (Parsons, 2007, p. 280).

La formulación de políticas públicas se encuentra dominada por poderosa “tecnica estructura” tanto en lo gubernamental como en lo empresarial. La democracia pluralista es básicamente un mito que solo podría cambiar mediante la implementación de una agenda más radical de políticas públicas. (Parsons, 2007, p. 282).

El estudio de la política es el estudio de la influencia y los influyentes. Los que se llevan la mejor parte constituyen la elite, el resto, las masas (Lasswell, 1936) y en ocasiones, se intuye, que los activistas cabilderos que “interactúan” con los legisladores temporales, trabajan en contenidos de ley afines a los intereses de ciertos grupos que se presentan a los diputados -por supuesto alejados de contenidos académicos- siendo probable que tales contenidos se ponderen más que el bien de la sociedad.

2.4.6 Legislación en salud basada en evidencia

El término “*legislación basada en evidencia*” hace referencia a que las decisiones políticas en salud deberían basarse adicionalmente a las buenas intenciones o consensos políticos en datos, estadísticas, investigaciones recientes, bibliografía, evidencia objetivable, etcétera, relacionada con el tema en turno. No es deseable que las decisiones en salud puedan abstraerse de los datos endémicos de la realidad nacional en salud, ni de la evidencia científica de las investigaciones derivadas de las instituciones generadoras de investigación. El modelo que supone que las comisiones legislativas de salud pueden resolver los asuntos de su competencia solo por decreto, es similar a suponer que todos los pacientes pueden recuperar la salud, solo por entrar a un hospital y ser atendidos por personas elegidas por causas no vinculadas a competencias médicas.

A nivel nacional e internacional existen múltiples actores generadores de información científica en salud de alto nivel. Dentro de ese conjunto que genera conocimiento e investigación, se encuentran las universidades, institutos, la Secretaría de Salud y otras instituciones que emiten y publican continuamente información en salud de alta calidad. En otras palabras, la cantidad de evidencia científica disponible en la sociedad mexicana, permite inferir que es posible formular políticas públicas más eficaces y eficientes que las actuales. Según Head (2010), hay tres factores cruciales que permiten y sustentan las concepciones del concepto políticas basadas en la evidencia (EBP): alta calidad de bases de información sobre temas relevantes, cohortes de profesionales con habilidades en el análisis de datos y la evaluación de políticas, incentivos políticos para la utilización de análisis y asesoría dirigida a los gobiernos usando la evidencia durante los procesos de decisión.

La legislación en salud se analiza en las comisiones de salud, que pertenecen a alguno de los treinta y cuatro órganos legislativos, que a su vez conforman uno de los tres poderes del estado mexicano. Las comisiones de salud, son una categoría muy específica. Esos grupos de ciudadanos se conforman con un fin delimitado: salvaguardar el derecho a la protección a la salud que tienen todos los mexicanos. Es necesario acentuar, que dicha categoría o nodo, no es independiente, ni esta desvinculada de la sociedad. Esto se enfatiza, debido a que los datos y la evidencia sugieren un alejamiento, ostracismo, desvinculamiento, o de plano, separación entre el objeto de ser de las comisiones en salud y la realidad de salud en la sociedad mexicana. Es decir, parece que las actividades de las comisiones de salud fueran autorreguladas o autogestionadas. Cuando un integrante o un grupo de ellos, de cualquier comisión de salud, presupone que su conocimiento y su competencia constitucional son condición necesaria y suficiente para interactuar con el océano de datos en salud, es indicador no favorable, a la luz de las nuevas tendencias:

Tal como afirma Duran (2007):

La consolidación y expansión de los determinantes que configuran la sociedad del conocimiento, tales como el incremento acelerado de los flujos y volúmenes de información y el desarrollo y ampliación de novedosas tecnologías de comunicación, ha configurado un panorama en constante evolución, el cual exige que las organizaciones transformen sus estructuras y procesos, en procura de lograr una permanente y continua adaptación (p. 183).

La eficacia y eficiencia de un conglomerado de personas, en este caso las comisiones de salud, no escapan a la tendencia sistémica mundial de las consecuencias probadas del uso, tratamiento y generación de información. Es decir, entre más flujo de información sean capaces las comisiones de salud de investigar, detectar, procesar, y emitir, en forma de políticas públicas en salud, mejores productos entregarán al sistema social.

El conocimiento se asume como un motor de cambio, que permite que las organizaciones “aprendan” de experiencias anteriores, tanto positivas como negativas, e incorporen en tal aprendizaje en sus acciones posteriores, no sólo desde una perspectiva individual sino también colectiva, al aprovechar las sinergias y potencialidades de estos intercambios y transferencias.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, habiendo examinado el informe sobre la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2009a), instó a todos los gobiernos para que tomaran la iniciativa en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) y exhortó a la comunidad internacional, en particular a los organismos de las Naciones Unidas, los órganos intergubernamentales, la sociedad civil y el sector privado para lograr la equidad sanitaria. (OMS, 2009b). Evidentemente, las acciones de los agentes antes mencionados deben estar sustentadas en la documentación científica disponible que exponga la realidad.

Existe certeza de que las políticas de protección a la salud, cuando usan diagnósticos y evidencia científica, derivada de investigaciones de calidad, son más eficaces y eficientes que la legislación basada en buenas intenciones, supuestos, fe, consenso o acuerdos entre agentes desvinculados con la salud. Una prueba de ello es la *“Ley para la protección de la salud de los*

no fumadores” que, de acuerdo a Lazcano-Ponce y Ramírez-Barba (2008), sucede por el esfuerzo intersectorial de investigadores, institutos y órganos legislativos.

La salud no se modifica por consensos, buenas intenciones, fe, acuerdos ideológicos, interés personales o de grupo, decretos, intimidaciones, ni presiones políticas; la salud se protege cuando las acciones influyen en la cadena causal de la enfermedad. Una enfermedad crónica degenerativa no disminuye por consenso de los médicos, ni es susceptible a influencias económicas, ni a presiones grupales. Durante el desarrollo de esta investigación se presentan elementos que sustentan la tesis que afirma que las políticas públicas en salud serán más eficaces y eficientes cuando todas ellas, respondan a la realidad y se basen en evidencia versus al modelo actual.

El sistema legislativo actual es un modelo nonagenario. Se mencionan dos tesis contrarias una de la otra: 1) que el sistema de legislación fue tan excepcionalmente diseñado en la segunda década del siglo pasado, que ha sido capaz de responder al cambio tecno-científico, educacional, informático de finales del siglo XX y principios del siglo XXI, o 2) que el sistema de legislación hace décadas que ya es obsoleto.

Tal parece que las innumerables investigaciones de alta calidad derivadas de las múltiples instituciones que generan conocimiento en salud en México, permanecen archivadas y en espera de que su información sea usada a favor de la protección de la salud de los mexicanos. El concepto de legislación basada en evidencia científica, es aún eso, un concepto. Sin embargo, tal como señala Velasco (2005) existen datos de que las políticas basadas en evidencia producen mejores resultados que las surgidas sustentadas meramente en la carga teórica, ideológica, moral, política, intereses, consensos y capacidades analíticas de los integrantes de las comisiones en salud:

Una de las ideas centrales detrás de las políticas públicas es que, si se desea ser eficaz en la solución de los problemas que afectan a la sociedad, la acción gubernamental no puede

depender sólo de la “voluntad política”. Por el contrario, un gobierno eficaz es aquel que sustenta la transformación de la realidad gracias a la calidad de decisiones que utilizan las mejores evidencias disponibles provenientes de muchas fuentes.

Recientemente en el Reino Unido (RU) se ha popularizado el concepto de “Políticas Basadas en Evidencia” (Evidence-Based Policy) que no es más que integrar la experiencia y el conocimiento individual de los funcionarios públicos con la mejor evidencia disponible que arrojan los ejercicios de evaluación y la investigación académica. Esto contrasta con políticas públicas basadas en la opinión, la tradición, la ideología o la discrecionalidad... (párr. 1 y 2).

Y en temas menos ideológicos y más objetivos (como la salud), el fenómeno se expande, puesto que la información científica está más vinculada a las cualidades físicas que los contenidos ideológicos. Luego entonces, la información calificada de evidencia debe ser parte sustantiva de cualquier política pública en salud. Lo anterior permite afirmar que existen diferencias significativas en legislar en salud del modo tradicional y legislar en salud con base en evidencia.

Por tanto parece evidente que, al menos en salud, el modelo de *“legislación en salud con base en información”* produce mejores productos que el modelo actual. En primera instancia parece una afirmación inobjetable. Sin embargo, si dicha tesis es efectivamente superior al modelo actual, debe pasar sin diluirse en el crisol de la resistencia que toda nueva propuesta debe recorrer antes de alcanzar su positividad en el derecho jurídico.

El modelo de legislación actual es un modelo protocolar, ordenado, que tiene límites precisos en tiempos y formas, pero que se considera ya insuficiente. La propuesta de cambio no tendría que considerarse disímil, diferente ni antagónica al modelo actual. Si legislar en salud con base en información se considera como la evolución natural del modelo actual, puede catalogarse como un movimiento evolutivo más que confrontador. Un proceso adaptativo a las condiciones actuales.

Se convierten en tesis rivales el modelo actual versus el modelo de legislar en base a información cuando agentes morales, individuales o grupales, asignan mayor valor al dominio institucional o disciplinar del proceso de legislar que al derecho humano de protección a la salud. Los marcos normativos son meros instrumentos, simples medios, formas intercambiables para un fin. Dichos procesos están jerárquicamente por debajo del bien jurídico tutelado por el estado, la protección a la salud. Por tanto, si algún agente moral considera al modelo de legislación actual como un método más eficaz y eficiente para proteger la salud social, debe probarlo. La carga de la prueba cae sobre quien lo afirme.

De acuerdo al criterio sostenido en este trabajo “legislar en salud con base en información” no es sólo un medio más acorde a las condiciones actuales, sino que es un modelo más eficaz y eficiente para que el estado lleve a la práctica su deber de proteger la salud de la población. Este trabajo recoge los argumentos que sustentan dicha afirmación.

Se considera que la idea de hacer evolucionar el proceso legislativo, enriqueciéndolo con la mejor información disponible en la sociedad es necesaria. Se vuelve indispensable someter las decisiones a la opinión de expertos. “Se propone que la calidad de la investigación sea evaluada con la participación de pares externos y que las investigaciones sean creativas, rigurosas, relevantes, pertinentes, con impacto evaluable” (Garza Ramos, 2005, p. 6). Por consiguiente, para que un conocimiento alcance el rango de consistente debe ser expuesto a consideración de pares, homólogos y especialistas en distintas disciplinas asociadas o vinculadas a la salud. El contenido emitido de una muestra plural y experta en salud será el indicador de si existe consenso, neutralidad, o disenso, a favor o en contra de las dos tesis ya mencionadas. Someter a la crítica a ambas será un indicador válido de si es adecuado continuar apoyando a una tesis o la otra.

2.5 El proceso legislativo y el conocimiento científico en salud

2.5.1. Introducción

La diferencia en cómo se constituyen los múltiples saberes disponibles para ser usados por el legislador, justifica un trato diferenciado hacia esos saberes. Es decir, hay conocimientos cuya construcción implica una mejor calificación de la sociedad. Hay saberes mejor contruidos que otros, por ello, se considera necesario exponer de forma breve los paradigmas que subyacen en la construcción del conocimiento calificado de científico. Ello con la finalidad de ofrecer argumentos, razones y justificaciones del porqué se considera que una política pública en salud, relacionada a un determinante social, solo puede ser eficaz y eficiente si su núcleo está constituido por información científica y no por validez concertada o convenida entre sujetos.

2.5.2. Información

Empapada con vuestra propia sangre, la pluma chirria en el pergamino. Acaban de firmar un pacto con el diablo. Ustedes prometieron su alma después de la muerte si les daba riqueza y todo transcurrirá de acuerdo con eso durante su existencia. Pero, ¿cómo mantendrá él su parte del acuerdo? Quizá les haga saber las coordenadas de un tesoro escondido, pero eso está un poco pasado de moda, sería más conveniente que les dijera por adelantado los resultados de las carreras de los caballos y que los hiciera moderadamente ricos si ustedes son realmente ambiciosos les puede dar los pronósticos del mercado accionario. Conocimiento es lo que tiene el diablo para ofrecer. En todos los casos lo que ustedes obtienen en pago a su alma es conocimiento, información: las coordenadas de un tesoro, los nombre de los caballos ganadores, la lista de los valores accionarios. La información los hará ricos, amados y respetados. (Ruelle, 2003, p. 161)

Se acepta que estamos en la era de la información (Crawford, 1983). La capacidad de producir información, datos, conocimiento que la especie humana ha alcanzado, es astronómica. Cada día surge nueva información, nuevos métodos, ideas y proposiciones que interactúan

complejamente en una cíclica reelaboración de marcos teóricos vinculados a fenómenos objetivos.

Entre más indicadores estén disponibles disminuye el margen de error. Un indicador es un tipo de información que contrasta con otra información. Se acepta por unanimidad que disponer de mayor y mejor información, es más deseable, que menor y peor información. Mayor y mejor información se considera aquella que es capaz de superar más escrutinios desde distintas áreas disciplinares. La capacidad de procesamiento de un nodo (in-out) está constituida por al menos tres factores: a) cantidad de información que puede captar y decodificar, b) procesos internos de ponderación, análisis y significado los datos que ingresaron y, c) productos que emite a otros nodos del sistema.

La producción de información trivial, también va en aumento. Por ello al procesar información, los filtros que ayudan a distinguir la información valiosa de la que no lo es, se vuelven indispensables y determinantes. Contenido informativo= número de dígitos del número de mensajes permitidos (Ruelle, 2003). Se identifican dos fenómenos:

- . Cantidad de información disponible
- . Procesos de validación de la información

Los nodos, personas, instituciones, sistemas, que incrementan la capacidad de: A) obtener la mayor información posible; y B) discriminar información valiosa de la que no lo es, tienen respuestas adaptivas más funcionales que quienes no evolucionan o lo hacen lentamente.

Incrementar la capacidad de recibir información y de ponderarla es requisito exigible en la era de la información a aquellos nodos que reciben, procesan y emiten información. La valía del nodo receptor-emisor se deriva de la validez de los datos que emite a otros nodos del sistema. Otorgamos validez a la información en función de sus consecuencias futuras y las que inferimos al conocer la información. En la medida que disponemos de información valiosa en contextos

específicos, podemos hacer modelos predictivos para esos contextos, que nos ayudan a comprimir el tiempo en situaciones similares. La ciencia avanza, mediante la creación de nuevos conceptos, nuevas idealizaciones en la física, nuevas definiciones en matemáticas (Ruelle, 2003). La búsqueda sistemática de nueva información y nuevos modelos ha contribuido al monumental mundo tecnológico del siglo XXI.

La capacidad adaptativa de todo nodo –subsistema– a un medio al que pertenece –sistema– se demuestra en sus movimientos, comportamientos, acciones, etcétera; es decir, en toda actividad atribuible al nodo (no al medio). El medio no necesita adaptarse, el nodo-elemento sí. Los nodos interactúan entre ellos, ejercen y reciben, fuerzas, datos, movimientos, información, en una interacción perenne. Dichas respuestas dependerán de las cualidades internas de cada nodo-subsistema. La lógica y capacidad de los elementos constituyentes de un nodo, condiciona la respuesta del mismo a las influencias del medio.

La frecuencia y magnitud de la respuesta de un nodo al medio debe estar adaptada a la intensidad de exigencia que el medio impone ese nodo. El nodo debe computar el gradiente de intensidad de respuesta más funcional a la señal recibida. No siempre es funcional una respuesta intensa a un estímulo intenso, ni una respuesta débil a un estímulo pobre. La respuesta adaptativa es ponderar la respuesta idónea a los estímulos que recibe. Por tanto, se vuelve crucial que la decodificación interna del nodo contenga un alto índice de validez, para que las respuestas sean lo más funcionales posibles.

La cantidad de información es un factor crucial que determina la respuesta. La intensidad y frecuencia de la respuesta de un nodo depende de la cantidad y calidad de información presente en los diálogos nono-nodo, nono-nodos, nodo-sistema. Cuanta más información detecte un nodo más precisa será su respuesta. Más información propicia un movimiento más económico y ecológico, más eficaz y eficiente. Es decir, los movimientos emitidos por un nodo al medio, serán más coherentes y pertinentes en función de la cantidad y calidad de información intercambiada. Un sistema competente para intercambiar la mayor cantidad de información entre

los nodos que constituyen será un sistema más capaz, que sistemas deficientes en el intercambio de información entre sus nodos.

Cuanta más información proveniente del medio sea procesada por un nodo, mejor será su respuesta adaptativa. Lo contrario también es válido, entre menos datos del macro-sistema disponga un micro-sistema, las respuestas serán más erráticas, menos eficientes y más desarticuladas, lo que contribuye a que dicho nodo-sistema colapse en su medio por su deficiente interacción a las condiciones del medio macro-sistema.

Es unánime la idea de que a mayor información aumenta la posibilidad de percibir las mejores alternativas para una situación específica. Lo contrario también es cierto, a menor información, disminuyen los indicadores disponibles para elegir óptimamente.

Cuando la elección carece de información, es insuficiente o se fundamenta sobre datos erróneos, descontextualizados, obsoletos o desvinculados con el tema, el acto de escoger se vuelve azaroso y por lo tanto es más probable elegir alternativas no funcionales. Mayor información y mejor procesamiento, eleva la posibilidad de respuestas óptimas. Menor información y peor procesamiento, disminuye la posibilidad de respuestas óptimas.

Por tanto, en la interacción nodo/sistema, es determinante tanto la cantidad de información que el sistema emita al nodo, como la que este sea capaz de procesar. Tal como hemos afirmado a mayor información mejor respuesta. Este principio se puede aplicar a la toma de decisiones grupales: cuanta más información se posea, las respuestas serán estadísticamente más probables de ser más funcionales. Entre menos información, se reitera, menor posibilidad de respuestas funcionales. Es preciso mencionar que, a diferencia de otros sistemas orgánicos los objetivos humanos no se limitan a la supervivencia: pueden ser económicos, deportivos, sociales o de una multitud de tipos. No obstante, para incrementar las posibilidades de una decisión funcional, seguirá siendo preferible una mayor cantidad de información sobre la falta o mala calidad de información.

El nodo –órgano legislativo- del sistema sociedad, debe funcionar de forma análoga. Entre más información se allegue y mejor la procese, entonces sus productos –políticas públicas- serán más funcionales. Es decir, disponer la mayor información posible y basarse en ella para construir sus productos, es una cuestión meramente técnica, no ideológica. El Congreso de la Unión no pierde autonomía, legitimidad, ni importancia social por justificar sus productos en información científica.

2.5.3. Ciencia

Dado que los factores constitutivos del concepto llamado “salud” suceden en el mundo y no en la psique del sujeto, a pesar de que la generación de esos conocimientos de la realidad requiera instrumentos de su psique, se considera que los conocimientos en salud, derivados del método científico, poseen mayor validez que saberes no científicos. Es evidente que las condiciones que determinan la salud pública, suceden en la realidad y dichos factores influyen significativamente en la salud de los habitantes de un territorio, en este caso México. Entonces por un lado se identifican hechos y sucesos en el mundo y por otro lado un mecanismo específico de análisis de ése mundo. Se hace notar que se acepta por unanimidad que la ciencia ha desarrollado modelos especializados, pero perfectibles, para generar conocimiento de áreas o parcelas de la realidad que estudia. Considerando que la ciencia es un instrumento humano diseñado para estudiar la realidad y que la salud pública pertenece a tal realidad, de ahí se sigue el interés de exponer de forma general lo que se entiende por ciencia en esta investigación. Así también, exponer los porqué en los que se sustenta la aceptación que el conocimiento de la naturaleza derivado de modelos científicos, posee mayor validez material que saberes no científicos.

Se puede entender ciencia, del latín *scientia*, “conocimiento”, como un sistema dinámico y en expansión constante, constituido por procedimientos, contenidos y productos que han

resistido pruebas racionales y empíricas de diversas disciplinas. La ciencia no es un saber estático y/o dado, sino un conjunto de modelos y procesos dinámicos que filtran contenidos y que buscan mejores explicaciones a las vigentes. Todo esto acontece en el sujeto cognoscente que pretende saber más, un científico que busca lo conocido no es un científico es un repetidor (Iglesias, 1976) y solo logran ser considerados como científicos aquellos contenidos que han cumplido los criterios establecidos por las comunidades científicas.

Está ampliamente aceptado que para ciertos fines existen conocimientos mejores contruidos que otros. Se reitera que para la comunidad científica el conocimiento generado por métodos científicos posee mayor validez que saberes contruidos por marcos regulados por criterios no científicos. Y lo tiene que ser, puesto que la ciencia pretende encontrar modelos de los objetos para luego manipularlos. No obstante lo anterior, también se acepta que la ciencia ha tenido en el curso de la historia innumerables fracasos (Rosenblueth, 1971). Como ejemplo de esta posición crítica a la misma ciencia y su práctica, se cita a Di Trocchio (1995), el cual señala en el prólogo de su obra más conocida *Las Mentiras de la Ciencia*: “El engaño siempre ha sido un arte. Desde hace algún tiempo se ha convertido también en una ciencia” (p. 7). El autor de ese libro expone un vasto contenido relacionado con conductas inmorales, tramposas o francamente delictuosas realizadas por personas con formación científica. Véase también el libro *Dispraxis* (Cano et al, 2012), editado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, donde diversos autores exponen conductas anómalas efectuadas por representantes de distintas disciplinas académicas.

Dicha publicación también manifiesta una recopilación de casos concretos donde la moralidad y ética de quienes producen conocimiento es cuestionada o señalada de fraude científico. Otro gran obstáculo que aporta a estos fracasos de la ciencia, es el descrito por Bunge (2012), quien señala a aquellos científicos que se asumen inmunes a los errores y se auto asignan el atributo de la infalibilidad. Tales científicos pueden persistir en un error por ser incompetentes para aceptar que pueden estar equivocados.

El objetivo de este apartado es expresarle al lector que no se parte de un dogmatismo científicista, sino que se considera que la actividad científica está hecha por humanos, tan humanos como el resto y con métodos tan perfectibles como todo instrumento inventado por la especie humana y que ineludiblemente ha habido, hay y habrá recursos humanos formados en el método científico, que muestren comportamientos no deseados, insuficientes, deshonestos o delictuosos. No se considera necesario exponer ejemplos concretos de cómo las personas con formación científica suponen, plagian, inventan o de plano mienten en sus publicaciones, pero si se afirma que la actividad científica no está exenta de las “imposturas intelectuales” (Cano et al, 2012).

Por esto, los días en los que el paradigma positivista se aceptaba como único paradigma válido ya son parte del pasado. Se reconoce que el conocimiento científico es invaluable, pero que no es el único conocimiento con importancia para los seres humanos. No se parte de una posición ingenua neopositivista, sino que se acepta que el paradigma complejo contempla diversos modelos de conocimiento dentro de los cuales, el científico sigue en expansión.

Y aun aceptando que todo saber conlleva una construcción “...ya no es admisible la idea de realidad como algo dado” (Prigogine, 1997, p. 47), también se reconoce que el paradigma donde la pluralidad se confunde con pluralismo puede propiciar discursos totalitarios. El paradigma posmoderno puede cometer el mismo delito que denuncia, pues si bien hay evidencia que el positivismo es insuficiente en muchos casos específicos, también es cierto que saberes hermenéuticos son insuficientes en otros tantos casos. Es decir, que no hay saberes para todo caso, todo tiempo y toda circunstancia, sino que el sujeto-agente debe usar esos saberes o conocimientos en función de los fines que pretende.

Por tanto, el método científico posee recursos que permiten detectar la validez de una información que se ha publicado o que se ha aceptado como válida. Esos recursos del método científico son un crisol de escrutinio –verificabilidad– en el cual los errores explícitos o implícitos pueden detectarse. Los errores de la ciencia solo se corrigen con más ciencia (Bunge,

2012). Ese escrutinio crítico, común para una persona con formación científica, no es cómodo para quienes no poseen formación científica. Por consiguiente, quienes publican desde la ciencia saben que su trabajo será expuesto para que terceros puedan verificar las afirmaciones publicadas.

En consecuencia, para que un trozo de saber merezca ser llamado “científico” debemos saber cómo hemos llegado a saber, o a presumir, que el enunciado en cuestión es válido:

...debemos ser capaces de enumerar las operaciones (empíricas o racionales) por las cuales es verificable (confirmable o disconfirmable) de una manera objetiva al menos en principio. Ésta no es solo una cuestión de nombres: quienes no desean que se exija la verificabilidad del conocimiento deben abstenerse de llamar “científicas” a sus propias creencias, aun cuando lleven bonitos nombres compuestos con raíces griegas. Se les invita cortésmente a bautizarlas con nombres más impresionantes, tales como “reveladas”, “evidentes”, “absolutas”, “vitales”, “necesarias para salud del estado”, “indispensables para victoria del partido”, etcétera. (Bunge, 1981, p. 42).

Precisamente, es el método científico puesto en práctica por otros científicos, el instrumento que permite verificar o desestimar un contenido en específico, en tiempo presente y en circunstancias endémicas, “la característica distintiva de los enunciados científicos reside en que son susceptibles de revisión (es decir, en el hecho de que pueden ser sometidos a crítica y remplazados por otros mejores)” (Popper, 1962, p. 60). Los productos derivados del método científico pueden robustecerse, mejorarse o ampliarse. Pues la aplicación del mismo, a la luz de nuevas informaciones, datos, ideas, sujetos, técnicas u otros inéditos factores puede generar nuevo conocimiento. “El juego de la ciencia, en principio, no se acaba nunca, cualquiera que decide un día que los enunciados científicos no requieren ninguna contrastación ulterior y que pueden considerarse definitivamente verificados, se retira del juego.” (Op cit., p. 64).

Es necesario reiterar que el paradigma moderno donde la ciencia suponía que el mundo real esperaba a ser descubierto, ha sido insuficiente en algunos fenómenos. Esa incapacidad del paradigma moderno de responder o resolver con validez algunos o muchos cuestionamientos ha

propiciado que se generen genuinos contenidos críticos en algunos temas o parcelas de la realidad. Ello ha servido de asidero para que algunos planteamientos posmodernos cuestionen no solo los estados del mundo no resueltos, sino la totalidad de las bases modernas. Es decir, se pasó de “el pensamiento moderno no responde con validez a estos cuestionamientos” a “todo el paradigma es erróneo”. Ello es ejemplo de la falacia donde una característica de las partes se vincula al todo.

Si bien, el conocimiento puede predicarse como complejo, dinámico, autopoietico, emergente, contingente, entre otras características, muy diferente es predicar que todo el pensamiento moderno este errado. Como evidencia se afirma que el espectacular mundo tecnológico en el que vivimos proviene de la ciencia moderna.

Algunos planteamientos posmodernos se derivan de argumentos basados en la idea de que el mundo y el sujeto están separados por instrumentos conceptuales, hermenéuticos y barreras anatómicas, y ello, aseguran los posmodernos, sustenta que los sujetos tengan experiencias del vivir individuales. Las cuales estarían determinadas por la interpretación del mundo de cada individuo. Y continúan: si no es posible tener acceso al mundo objetivo mediante los recursos que disponen los humanos, entonces es indefendible el concepto de objetividad científico.

No obstante, las críticas epistémicas, realizadas por estudiosos de libros que critican la ciencia, la producción de información científica y de productos científicos se incrementa exponencialmente. Tal vez la enorme maquinaria científica además de críticas desvinculadas de su praxis y sus fundamentos teóricos, requiere contenciones distintas como la bioética, por ejemplo. Pues los científicos y sus prácticas son inmunes a ciertos disensos generados en marcos teóricos distantes alejados de método científico. La ciencia a diferencia de “la religión, la magia, la seudociencia y la seudomedicina que comparten una característica con la protociencia, que es que ninguna de ellas propone mecanismos plausibles, o sea, compatibles con hipótesis bien corroboradas” (Bunge, 2012: 154). Sin embargo, la ciencia no está exenta de planteamientos críticos filosóficos, bioéticos y axiológicos rigurosos, pues ella debe servir al hombre, no al revés.

Retomando, la salud pública implica fenómenos reales: las contingencias por contaminación, la sedimentación de micropartículas de metales pesados en los órganos humanos provenientes del aire contaminado son sucesos reales y no se disuelven, disminuyen o eliminan usando lenguaje o cambiando el significado. Es decir, hay modificaciones en la materia fuera del pensamiento. La salud, la vida, la muerte, el embarazo, las guerras, los muros, la discapacidad, incluso los libros con textos contra la realidad están en el mundo, son objetos independientes de las ideas de algún sujeto cognoscente. Y tales objetos, como muchos otros, existen en la realidad, aún sin un sujeto cognoscente. Por ejemplo, el cáncer de colon puede matar y una bacteria también, aún si quien muere nunca supo la causa de *su* muerte. Dichos objetos se encuentran en el exterior del contenido cognitivo del sujeto, ajenos a él, tienen una existencia totalmente desvinculada de su voluntad o de sus conocimientos. Esos “elementos” están en el mundo sujetos a fuerzas y lógicas, ajenas al sistema conceptual del sujeto. Existen, con o sin la aprobación de algún agente, las lógicas del mundo son del mundo no las establece el sujeto. Por ejemplo, la diabetes mellitus en perros o gatos sucede a pesar que dichos animales lo sepan o no (Hardy, 1988).

Si acaso el mérito del agente cognoscente es intentar reproducir o inventar en su psique modelos que califica como modelos del mundo. De acuerdo con Rosenblueth (1971), los hechos científicos no son reflejos completos de la realidad, sino modelos simplificados, arbitrarios pero siempre posibles, de ella. También el filósofo alemán Immanuel Kant, en su obra *Crítica de la razón pura* (2009) nos ofrece un tratado de cómo los seres humanos intentan interactuar con la realidad. Es decir, lo que está en construcción son los métodos, procesos, modelos, o formas que acercan a agentes quienes disponen de funciones mentales superiores a que las usen con la pretensión de conocer la realidad. Según Kant, las categorías del entendimiento son una interface entre el sujeto y el objeto, y la validez de dichas categorías deviene de su nivel de contrastación. La explicación más rigurosa será la más rigurosamente contrastable y más rigurosamente contrastada (Popper, 1962). Tanto Popper como Kant se focalizan en las formas, métodos, procesos o instrumentos que los seres humanos utilizan para conocer al objeto.

Una grieta realizada por un iceberg al casco de un barco, como fue el caso del Titanic, sucede por una causa a pesar de que los tripulantes la adviertan o no. Tal inadvertencia no hace que la grieta desaparezca, como tampoco la exageración hace que sea más profunda o marcada (Hartman, 1959). Esas “cosas” están en el mundo y no dependen de que alguien las conozca previamente, ni de la conciencia, deseos, o axiología de algún ser cognoscente; tal es el caso de que el universo mismo de acuerdo a la teoría del Big-Bang existió, a pesar de que no hubo ser humano que constatará dicho hecho en tiempo presente. Para conocer patrones, regularidades o irregularidades de sucesos que suceden fuera de la conciencia del sujeto no hay otro instrumento mejor que la ciencia. Pues el conocimiento científico busca regularidades en la naturaleza (Rosenblueth, 1971).

La ciencia no es un credo, no fue revelada al hombre por una deidad superior. La ciencia es un producto de las funciones emergentes provenientes del cerebro humano, y como tal, siempre está sujeta a discusión y a una posible revisión; en ella no hay verdades absolutas, por el contrario su norma es la relatividad. La ciencia representa un sumario lógico del conocimiento, basado en la observación y en la experiencia humanas (Brillouin, 1969).

Se cierra esta advertencia reiterando que no se asume la posición ingenua que el conocimiento científico es el único instrumento importante para los seres humanos. No obstante, para el proceso de conocer de la ciencia de lo real, lo objetivo, la materia, la sustancia, el mundo concreto; es el instrumento más eficiente del que dispone la humanidad para interactuar con el mundo. Y la salud individual y pública sucede en esas categorías, aunque para percatarse de ese suceso se use el lenguaje y modelos cognitivos. Por tanto la información científica en salud, es el recurso más valioso disponible, no porque los hombres de ciencia posean atributos morales o cognoscentes superiores y diferenciados del resto de la sociedad, sino por el modelo usado.

Merton insiste, por ejemplo, en que la baja tasa de fraude en la ciencia, comparada con otras actividades humanas, no se debe a rasgos estrictamente personales de los individuos, como

tener un carácter honesto. Más bien, la explicación para Merton proviene de la exigencia epistémica de la verificabilidad de los resultados científicos, por lo cual la investigación científica está bajo estricta vigilancia de los colegas expertos. Hay, según Merton, una indispensable rendición de cuentas dentro de las comunidades científicas que lleva institucionalmente al desinterés, no como una motivación interna sino como una norma que debe seguirse so pena de impedir el desarrollo de la ciencia y de exponerse a las sanciones de los pares (León, 2007, p. 174).

2.5.4. La ciencia como instrumento para interactuar con el mundo

Existen numerosos instrumentos diseñados por los seres humanos para interactuar con objetos teóricos o fácticos, de distinta naturaleza: la magia, el mito, la alquimia, la superstición, la religión, etcétera. Y la ciencia, es uno de esos instrumentos diseñado para interactuar con aquello llamado realidad. La ciencia como instrumento se usa en la inevitable interacción que la humanidad tiene con el mundo material y concreto, para intentar conocerlo o modificarlo, para usarlo u obtener cosas de él, para vivir en él y alimentarse de él. La ciencia no se usa para conocer el valor, ni para resolver problemas éticos, tampoco para decirnos lo bueno o lo malo, nunca para conocer a alguna deidad. La ciencia se usa para conocer e influir aquello que llamamos realidad y que percibimos con nuestros sentidos.

Así como un técnico usa un martillo para golpear un clavo en vez de usar un destornillador; y un campesino emplea una pala para escarbar en vez de unas pinzas; en cuestiones de conocimiento también se usan distintas herramientas para distintos fines. No es admisible usar alguna teoría moral para una intervención quirúrgica, ni el derecho romano para una impresión gráfica, ni el constructo de condicionamiento pavloviano para un alegato de índole penal. El uso de un instrumento o herramienta será en función de su utilidad para incrementar la posibilidad de hacer que suceda un fin deseado. Así, la ciencia se considera como el mejor instrumento de la humanidad para conocer fenómenos de esa realidad que le incumben, en este caso, la salud.

No obstante lo anterior, ello no cancela de tajo la posibilidad de que un saber aparentemente ajeno, proporcione muestras de que su uso puede ayudar a resolver mejor una situación. Por tanto, si ese saber ajeno demuestra que su presencia es mejor que su ausencia, entonces el conocimiento se expande, puesto que no importa el origen sino que ese nuevo saber mejora el conocimiento del fenómeno.

La humanidad además de utensilios y artefactos manuales ha creado instrumentos más complejos, por ejemplo distintas áreas de conocimiento: la disciplina llamada derecho para intentar regular la convivencia social, la democracia para diluir las hostilidades en la toma del poder, la medicina para pretender curar enfermedades, también conceptos como la moneda para regular intercambios de valores, los transportes para desplazarse, tecnología para comunicarse más y mejor, etcétera. Los seres humanos han forjado innumerables saberes, técnicas e instrumentos, que no existen en la naturaleza para interactuar precisamente con esa naturaleza o con las condiciones artificiales derivadas de los seres humanos que se han naturalizado para las sociedades. Los sujetos que nacen y se desarrollan en las ciudades, han aprendido que ese ambiente es natural.

Por tanto, la especie humana usando sus facultades ha inventado productos abstractos y concretos. Con esos productos no naturales, los seres humanos pretenden hacer más eficientes sus complejas relaciones con el ambiente donde transcurre su vivir y, no menos importante, con otras personas (algunas con morales distintas, pero también reales). Así, el ser humano ha sido capaz de construir un fabuloso mundo tecnológico cuya génesis se localiza en inicio en su psique, con esos modelos guía sus acciones proyectando al mundo sus contenidos mentales “el ser humano tiene la asombrosa y a la vez terrible capacidad de ver las cosas no solo como son, sino como pueden ser, de otro modo; tiene el poder, diríamos, de descubrir el mundo no solo en su realidad, sino en su posibilidad” (González, 1999, p. 28). Ello lo ha logrado usando instrumentos pensados expofeso para obtener unos resultados y no otros. Uno de esos instrumentos es la ciencia.

De acuerdo con Bunge (1981) la ciencia fáctica es una herramienta creada con el fin específico de intentar encontrar regularidades en el mundo que ven nuestros ojos o en conceptos derivados de nuestras percepciones. Reconociendo que lo que “ve” un sujeto siempre será a través de filtros materiales; como las retinas, el nervio óptico, entre otros órganos biológicos; o filtros abstractos, como los paradigmas y creencias aceptadas como válidas por cada sujeto, lo que se conoce en filosofía como la carga teórica; la objetividad podría verse disminuida o cancelada según algunos detractores de la ciencia. Sin embargo, quienes tienen formación para crear conocimiento con pretensiones científicas asumen, a priori, la objetividad de la realidad.

La ciencia busca modelos abstractos o teóricos lógicos que representen las relaciones funcionales que se asume existen en la naturaleza. “Estos modelos parten de experiencias pasadas y deben ser aplicables a las futuras. La ciencia empieza y acaba siempre en la naturaleza, en una realidad externa que se postula” (Rosenblueth, 1971, p. 10).

El hecho de que quienes hacen ciencia busquen modelos implica que no hay un solo camino, sino que hay diversos modelos susceptibles de producir conocimiento científico, y el fiel de la balanza está en cumplir con los requisitos de la comunidad científica a la que se pertenece (León, 2007). Los modelos construidos para aprehender un fenómeno, dato, información o imagen de la realidad pueden diferir, de hecho lo hacen, en función de la carga teórica de quienes crean el conocimiento. Es decir, el dato objetivo, concreto y el objeto es el mismo, pero es entendido y asimilado de diferente manera por distintos agentes. La diferencia radica en lo que el agente sabe del objeto y la red conceptual de cómo lo sabe. El modelo conceptual que posee el sujeto determina lo que se ve del objeto. Pero se requiere la presencia concreta del objeto como condición para ser visto. “Que un objeto del mundo sea objetivo significa que lo pueden percibir y representar otros miembros de la misma clase de agentes, siempre y cuando las circunstancias sean adecuadas y su aparato perceptual funcione normalmente” (León, 2007: 194). No se pone en duda que el objeto está en el mundo (Kant, 2009) puesto que ese objeto ha impactado la sensibilidad del sujeto. Con la sensibilidad percibida en aparatos sensibles de distintos sujetos, como criterio de objetividad, se establece la objetividad del objeto. Por esta razón se asume al

objeto como tal, a pesar de que la integración a los marcos conceptuales de distintos agentes sea disímil, puesto que son disimiles los conocimientos en cada agente cognoscente. Por ello el mismo objeto visto por mil sujetos, puede provocar mil interpretaciones.

Pero una vez que el objeto es integrado a una teoría construida por un sujeto (Kant, 2009) y esa teoría se convierta en un modelo teórico capaz de modificar al objeto, la razón también se ejercita para hacer conexiones entre representaciones (León, 2007), entonces los miembros de la comunidad a la que se expone el modelo, pueden considerar este modelo presentado como válido o vigente. Pero cuando la realidad difiere de las predicciones de ese modelo, es decir, si distintos sujetos no perciben en su sensibilidad los atributos que se pronosticaron, entonces emerge una discrepancia hacia el modelo, pero no hacia el objeto. Si esa divergencia continúa se vuelve evidente la necesidad de un análisis del modelo. El análisis riguroso provocará que este se expanda para contemplar las singularidades donde el modelo no es exitoso, o que se deseche el modelo y se comience uno nuevo que resuelva mejor esa parcela de la realidad. Entonces el anterior desechado da lugar a un modelo de la realidad más vigente. Y ese ciclo de producción de conocimiento es perenne.

Diremos que un agente tiene la creencia de que un objeto X está en su campo perceptual si el agente tiene la disposición de actuar como si fuera el caso (...) Si el objeto de hecho esta en el campo perceptual del agente, se dice que la creencia es correcta. Así, en condiciones adecuadas, el agente es capaz de hacer cosas con el objeto. Mientras que si el agente tiene la disposición de actuar como si estuviera presente el objeto, cuando no está, entonces el agente tiene una creencia equivocada aunque esta incluya una representación del objeto. En tales casos, como ocurre cuando el agente sufre de alucinaciones, por lo general fracasarán sus intervenciones en el mundo directamente relacionadas con ese objeto (León, 2007, p. 195).

Por consiguiente, aquellos elementos constituyentes y pertinentes de la actividad científica, son instrumentos inventados por seres humanos; contruidos para indagar la realidad exógena a él, donde sucede su vivir. “El objetivo de las comunidades científicas es generar un auténtico conocimiento en su campo, un conocimiento objetivo de la realidad que sea resultado de procedimientos racionales” (León, 2007, p. 33). Como objetivo se entiende a la posibilidad de

que atributos o propiedades –así como sus magnitudes– que un investigador predica de un objeto sean identificables no solo para él, sino también para otros investigadores o seres humanos. Además de que los modelos construidos al ser puestos en práctica modifiquen, influyan o impacten en el objeto.

El método científico, se entiende como modelos cognitivos que escrutan el mundo objetivo, y que necesariamente incluyen la observación, experimentación, cuantificación, predictibilidad y falsabilidad, según León (2007) y Popper (1962). Dichos modelos conceptuales están constituidos por etapas secuenciadas u ordenadas que contienen datos observados por el sujeto y que él asume provienen de la realidad, los cuales están enlazados mediante hipótesis creadas o deducidas por el investigador. Dicho de otra forma, las conexiones o relaciones entre los datos o hechos no las proporciona el fenómeno las propone el sujeto, para después, en sucesos futuros, evaluar el nivel de correspondencia entre los nuevos resultados y el modelo creado en su psique. Las teorías científicas introducen conexiones entre los hechos empíricos, pero una teoría puede llegar a ser descartada mientras los hechos permanecen si estos han sido observados correctamente; y por tanto sus conexiones se establecerán conforme a una teoría distinta (Brillouin, 1969). En pocas palabras, la ciencia pretende encontrar esquemas constantes en la realidad, para después usar esas regularidades en situaciones futuras de distintas índoles.

El científico busca datos e indicadores de sucesiones temporales en el mundo, ajenas e independientes a él, para después mediante el entendimiento y la razón, intentar relacionar de forma teórica y secuencial esos elementos. El método ayuda a distinguir entre: a) el sujeto cognoscente; b) sus procesos formales y fácticos de conocer; y c) el objeto que intenta conocer. Nótese la triada: Sujeto cognoscente; instrumentos de los que dispone; objeto a conocer.

La ciencia no es el sujeto; la ciencia no es el objeto, la ciencia es el proceso que el sujeto usa para intentar conocer el objeto y después hacer modelos predictivos. Pues si el objeto fuera parte de los pensamientos del sujeto –como lo sugieren autores posmodernos– el sujeto tendría la facultad de modificar el objeto de forma voluntaria solo mediante pensamientos y esto no sucede.

Tampoco la mera percepción de objetos produce conocimientos, el mundo no se presenta como conocimiento dado solo como fenómeno. Es conocida la analogía que nuestros sentidos captan impresiones del mundo, como una cámara fotográfica, pero la sola imagen es solo eso, una imagen, no es conocimiento. Las representaciones o impactos en nuestros sentidos nada dicen en sí mismas de la relación entre estas y el mundo objetivo (Bunge, 1972). Solo el agente cognoscente, “construye” en su psique un sistema, básico o complejo, mediante sus funciones mentales superiores, el significado de esa imagen y su relación en el tiempo consigo misma o con otros elementos. “El hecho, reducido al hecho, al empirismo puro de Hume, donde la realidad no es más que la sensación de la experiencia inmediata no es el hecho de la ciencia. Tampoco lo es el hecho del racionalismo puro, colección de universales platónicos” (Rosenblueth, 1971, p. 25).

La ciencia es un modelo exitoso constituido por sujetos capaces de construir y reconstituir complejos sistemas cognitivos con los cuales pretenden interactuar con el objeto que pretenden conocer, pues el hecho científico no es solo función de la realidad exterior sino del método seguido para el registro de esa realidad (Rosenblueth, 1971:24). La ciencia es un instrumento cuyos objetos de estudio se encuentran en el mundo material, concreto, observable y objetivo. Dicho instrumento nos previene de cometer la falacia del método, que consiste en confundir el método de estudio con el objeto de estudio. “¿Cómo sabemos cuándo lo que ha cambiado son las experiencias o percepciones y cuándo los objetos?, ¿cuándo un cambio en nuestras percepciones se ha debido a un cambio en lo que reconocen y cuándo a que ellas mismas han cambiado?” (Carrillo, 2011, p. 10). La ciencia nos ofrece indicadores para intentar responder lo anterior.

Además, tiene que ver con que el movimiento intencional de un agente en el mundo sea exitoso. Se toma como exitoso cuando sucede en el mundo lo que ya sucedió en la psique del sujeto capaz de exponer un modelo a terceros. Es decir, si del mapa o modelo cognitivo, individual o compartido por más seres humanos, se generan acciones que logran hacer que sucedan en la realidad estados del mundo pronosticados, entonces esas acciones –y sus productos– son ciencia. Por el contrario, si no sucede en el mundo objetivo la consecuencia inferida a priori, entonces puede ser calificada de conocimiento todavía insuficiente para recibir

el calificativo de ciencia, por más que sea explicada de forma lógica y coherente. Como ejemplo se menciona que actualmente, es de uso cotidiano el término oxígeno y no flogisto. Pues Lavoisier tuvo el mérito de lograr más similitud objetiva con su modelo que Georg Ernst Stahl, Priestley y Cavendish. Y la teoría del flogisto se derrumbó bajo la fuerza acumulada de las evidencias de Lavosier (Kitcher, 2001). Otro ejemplo de ciencia, aunque más silvestre, es la frecuencia de caza de una persona endémica de la selva amazónica. Si esa persona ha construido un modelo conceptual derivado de regularidades identificadas y originadas por experiencias previas experimentadas en el mundo donde vive –profundidad de pisadas, heces, ruidos, olores, sitios, horas del día, estaciones del año, ramas rotas, etcétera– y dichos datos le permiten una caza exitosa de forma regular, entonces ese conocimiento se puede catalogar de científico. Claro, hasta que las condiciones iniciales –el hábitat de la jungla– permanezcan sin modificaciones significativas. Si las condiciones cambian y el modelo se vuelve obsoleto, entonces el cazador deberá construir otro modelo. Esto ejemplifica al concepto de que la ciencia no es sino la elaboración de modelos de la naturaleza (Rosenblueth, 1971).

El método científico consiste en poner a prueba esas hipótesis. Aquí “poner a prueba” significa cotejar las hipótesis con los hechos a fin de establecer si las hipótesis resisten frente a los hechos o no (Murillo, 2012). Es decir, esto implica que una hipótesis es viable de ser puesta en práctica empíricamente para observar si el estado de cosas que produce se correlaciona con aquello que la teoría preestablece. Es más, las ramas de saber que han mostrado avances espectaculares, son aquellas donde la ciencia ha sido usada de forma sistemática. Incluidas áreas relacionadas a la salud como la medicina, la genómica, los medicamentos, la genética, entre otras. Puesto que quienes están formados científicamente saben que el conocimiento se expande escrutando los contenidos que hoy se aceptan como válidos, ya que no se trata de buscar los casos que verifiquen la hipótesis sino, por el contrario, de pensar si existen contraejemplos que puedan hacerla falsa (Ibíd.).

Entonces, el punto de quiebre a destacar aquí es que entre otros conocimientos, la ciencia produce modelos, contruidos con información captada del mundo, para predecir o provocar en el

mundo concreto lo que se ha producido anticipadamente en el pensamiento. El científico conoce el mundo con sus modelos, conocer es siempre aprehender un dato en una cierta función bajo una cierta relación, en tanto, significa algo dentro una determinada estructura (Martínez, 2012) para tratar de provocar un suceso específico ulteriormente. Si ello no sucede así, se puede llamar poesía, narrativa, lógica, ideología, política, pero no ciencia. A las hipótesis científicas se llega, en suma, de muchas maneras: hay muchos principios heurísticos, y el único invariante es el requisito de la verificabilidad (Bunge, 1981).

Así, dentro de las múltiples innovaciones que la especie humana ha inventado, la ciencia es la herramienta creada para conocer y modificar aquello que percibimos a través de los sentidos y que hemos convenido llamar realidad.

Se reconoce que la ciencia propicia diversas reacciones, desde defensas a ultranza hasta hostiles ataques. Más allá de las calificaciones individuales a favor o en contra respecto a la ciencia, tema que escapa a esta investigación, se destaca que, según Bunge (1981), tanto los procesos como los productos científicos comparten dos características inevitables: que puedan replicarse y que puedan verificarse. Los productos científicos implican que pueden replicarse si otros agentes aplicando el mismo proceso llegan al mismo resultado. En el ejemplo del Amazonas de la página anterior, replicar se refiere a que otras personas tenga la misma frecuencia de caza aplicando los mismos procedimientos que nuestro hábil cazador y que pueden verificarse implica que un grupo de cazadores observen con sus propios ojos las consecuencias que el cazador experto dice va a obtener.

El interés en la presente investigación en el concepto ciencia, radica en exponer que la información científica en salud hace referencia a estados empíricos del mundo. Es decir, la información en salud calificada como científica expone, mediante modelos consensuados, propiedades y magnitudes de cualidades calificadas de objetivas, presentes y pertinentes a entidades objetivas. En otras palabras, la salud está constituida por atributos que se encuentran o se asume que se encuentran en entidades objetivas, no en el sujeto cognoscente. Aunque para

verificar, escrutar, comunicar y refutar esos enunciados se usen instrumentos no concretos, cognitivos, lógicos, matemáticos, epistémicos, estadísticos, entre otros, esas propiedades son descritas por enunciados referentes al mundo empírico. Como afirmó Hempel (2005): “La característica definitoria de un enunciado empírico es su capacidad de ser sometido a prueba mediante la confrontación con hallazgos experimentales, con los resultados de experimentos apropiados o de la observación dirigida” (p. 15). Como los elementos constituyentes de la salud están en el mundo objetivo, entonces, el instrumento diseñado para conocer datos y propiedades en ese mundo objetivo, deben proporcionar información con más validez que herramientas extrañas a conocer el mundo. Por ejemplo las opiniones, la ideología, las preferencias, la religión, o saberes que no han probado poder interferir en los mecanismos objetivos vinculados a la salud.

Por otro lado, una vez que se tienen conocimientos científicos respecto a la salud, es decir, cuando las supuestas identificaciones de antecedentes y consecuentes objetivos en temas pertinentes a la salud han corroborado poder incidir en esas cadenas causales, se deben usar para propiciar disminución o aumento de factores vinculados con la línea causal objetiva. El mundo objetivo, que es ajeno al sujeto, no responde a opiniones, sobornos, convenciones, democracia, votaciones, teorías morales ni cualquier otro saber ajeno a esa cadena objetiva. El mundo material solo se modifica por acciones que interceptan la cadena objetiva, elaborada como antecedentes y consecuentes. Aunque distintos marcos epistémicos pueden contribuir a mejores teorías, la ciencia solo es ciencia si en la realidad sucede más veces de las que fallan lo que sus predicciones preestablecen.

2.5.6. Información científica en salud

Como información científica en salud se entiende a aquellos contenidos discursivos constituidos por proposiciones coherentes entre sí a las que se les concede poseer un elevado nivel de reflejar teóricamente atributos convenidos como objetivos. Ese conocimiento está construido con datos vinculados a la salud que se consideran objetivos y que provienen de

protocolos de investigación realizados mediante el método científico. Tales contenidos discursivos exponen un vínculo del tipo correlacional o causal, entre elementos o propiedades presentes en dichos elementos. Tales elementos de la realidad se representan en un modelo teórico conformado por etapas que se consideran concatenadas y en un orden secuencial. En esta cadena secuencial de etapas se continuará el desarrollo del fenómeno. El principio de no reversibilidad (Kant, 2009) es indicador de que el cambio sucede en el objeto y no en la cognición del investigador. En otras palabras, si las etapas consideradas como antecedentes disponen de la temporalidad necesaria, entonces las etapas consecuentes aparecerán. Existe una diferencia significativa entre un saber sistematizado como algo sustancial para la salud (Viesca, 2013), a diferencia de cualquier saber pretendidamente saludable que carezca modelos objetivos. Al ser la ciencia un instrumento diseñado para analizar e influir en la realidad, es posible que de ella se generen conocimientos generadores de acciones capaces de intersectar e influir en la cadena causal objetiva, modificando así, por parte del agente cognoscente, las magnitudes, amplitudes y frecuencias de los fenómenos, que de no haberse intervenido seguirían con su devenir pronosticado por el conocimiento científico. Cuando nos referimos a información científica, nos referimos a aquellos conglomerados de proposiciones producto de investigaciones realizadas con estándares aceptados por determinadas comunidades científicas en un tiempo histórico. Por ejemplo en salud, podemos decir, que se considera que una información es científica si quienes la recopilaron y analizaron utilizaron pautas y procedimientos claramente establecidos; si la metodología aplicada puede ser replicada por otras personas, o sea, si al momento de reproducir la investigación se obtienen resultados similares. La época contemporánea, se ha calificado como la era de la información, debido a que es la época de la historia humana donde mayor cantidad de información se produce y trasmite.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

En este apartado se pretende mostrar “... el diseño de investigación, así como las estrategias metodológicas y análisis” (Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, sf, p.56) de la tesis.

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Esta es una investigación analítica ya que el objetivo de esta investigación fue analizar desde el principio de no maleficencia de la bioética un conocimiento –el proceso legislativo mexicano– y de las consecuencias que produce su puesta en práctica. Las investigaciones analíticas, tal como señala Hurtado de Barrera (2010) constituyen:

...un proceso metódico de búsqueda de conocimiento que tiene como objetivo generar una crítica o una interpretación de un evento de estudio (...) con base en un criterio de análisis, de manera tal que es posible descubrir aspectos novedosos, y no evidentes en un primer momento, en el evento estudiado. (p. 444)

También se considera empírica, ya que “...Este tipo de investigación tiene como fin primordial captar información relevante para un análisis descriptivo del problema o situación social que se estudia. Las hipótesis que aquí se manejan se refieren a los aspectos inmediatos y externos de los fenómenos” (Rojas Soriano, 2002, p. 157).

El diseño utilizado para alcanzar el objetivo antes mencionado fue documental. Los diseños “...se definen con base en el procedimiento a seguir, desde el punto de vista de la recolección de los datos, para alcanzar ese logro” (Hurtado de Barrera, 2010, p. 693). Aunque el autor de esta investigación no estuvo presente en la ejecución de procesos, se acepta que los documentos disponibles de forma digital en la página de la Cámara de Diputados (2017) reflejan con validez lo sucedido en la realidad de cada proceso legislativo. Por tanto, esta investigación empírica es

documental porque todos datos consultados fueron extraídos de documentos disponibles en la página antes mencionada.

Igualmente, esta investigación es:

Observacional o no experimental: el investigador no participó en el fenómeno estudiado ni pudo interferir en el desarrollo procedimental de tales acontecimientos.

Transversal (con muestras independientes): se considera como tal porque los integrantes de cada legislatura son distintos.

Retrospectiva: los datos consultados representan sucesos sucedidos en el pasado.

Esta investigación se focalizó en una parcela o porción de la realidad. Los hechos que se analizan acontecen sin que el investigador pueda influir en ellos, situación necesaria para que terceros puedan replicar el procedimiento que se detalla más adelante.

Es determinante resaltar que se usó la siguiente metodología para conocer si la hipótesis – de que la información científica en salud se usa de forma discrecional– se corrobora o no, pero el punto focal de la investigación es el análisis bioético no el estudio empírico, aunque dicho estudio sea indispensable para realizar, valga la redundancia, el análisis bioético.

3.2 Muestra

Para conocer el nivel de preponderancia de la información científica en salud en los procesos legislativos se estableció la muestra a investigar de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión y exclusión: a) Se trabajó exclusivamente con iniciativas presentadas en la Cámara

de Diputados del Congreso de la Unión de México. No se consideraron los procesos llevados a cabo en la Cámara de Senadores ni en los congresos unicamerales de los estados que componen los Estados Unidos Mexicanos; b) Se consideraron los procesos de las legislaturas LX, LXI, LXII y LXIII en el período 2006-2017; c) Se consideraron exclusivamente las iniciativas referentes a un condicionante social de la salud sustentada en información científica en salud. Así se obtuvo como muestra a analizar 763 iniciativas.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó como técnica para recolectar la información necesaria para alcanzar los propósitos de esta investigación la *revisión documental*. Esta es “...un proceso que abarca la ubicación, recopilación, selección, revisión, análisis, extracción y registro de información contenida en documentos.” (Hurtado de Barrera, 2010, p. 851). Se utilizaron como fuentes principalmente documentos institucionales y legales, la mayoría de ellas obtenidas directamente de redes de servidores. También se consultó bibliografía especializada en distintas áreas de conocimiento: derecho, salud pública, sociología, política, filosofía, entre otras. La validez de la información, principalmente la referida a los procesos legislativos, fue revisada cuidadosamente para verificar su veracidad y procedencia. Se utilizaron, para asentar de manera organizada y selectiva los datos o información, matrices de registro personales.

3.4. Procedimiento

El suceso que se investigó sucedió en el mundo social, es decir, cualquier persona puede tener acceso a los datos consultados y siguiendo un método similar puede llegar a resultados equivalentes. Es importante acentuar que, para poder realizar el análisis bioético, primero se necesitaba disponer de una afirmación sustentada en información calificada de válida. Para

lograr identificar que “la información científica en salud se usa de forma discrecional⁴ en los procesos legislativos” –hecho sobre el que se realizó el análisis bioético– se diseñó un procedimiento metodológico.

Primero, se estableció como postulado que toda intervención en salud –pública o privada– realizada en el paradigma dominante de la salud en México, acepta que la información científica es factor ineludible para incrementar la salud o disminuir los factores de riesgo. Las universidades, los institutos nacionales, el sistema nacional de salud, los hospitales privados, la secretaria de salud, las comisiones nacionales relacionadas a la salud aceptan como recurso indispensable datos de naturaleza científica. Dicho paradigma se distancia de creencias culturales no verificadas, supuestos tradicionales o de saberes místicos.

Segundo, se aceptó que los productores de la información científica son instituciones integradas por personas con diversos niveles de dominio del método científico. Y los agentes más competentes son responsables de estructurar los protocolos de investigación. En ello se sustenta la validez de sus productos.

Tercero, con base en los puntos anteriores, en cada iniciativa se analizó el grado de preponderancia que el órgano legislativo le asignó a la información científica.

La investigación se desarrolló en varias fases o etapas sucesivas:

1. Se identificó la necesidad de realizar un análisis bioético del proceso legislativo del que surgen las políticas públicas en salud. Se postula que el acto de delegar en el legislador

⁴ Esta facultad discrecional debe ejercitarse en forma tal, que se respete el principio de igualdad de los individuos ante la ley. De manera que si las circunstancias de hecho y de derecho son las mismas en dos casos, la decisión debe ser idéntica para ambos; de otro modo no se trataría de una facultad legítima, sino de un poder arbitrario, incompatible con el régimen de la legalidad (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 1942)

ordinario: individual, comisión o pleno legislativo; la facultad de que él sea quien determine la preponderancia de la información científica en salud en cada etapa del proceso legislativo es erróneo, pues la información científica en salud en el paradigma actual no es factor consultivo sino determinante.

2. Para conocer el nivel de preponderancia de la información científica en salud en los procesos legislativos se estableció la muestra a investigar de acuerdo con criterios de inclusión y exclusión, dando como muestra a analizar 763 iniciativas presentadas en la Cámara de Diputados de las legislaturas LX, LXI, LXII y LXIII en el período 2006-2017.

3. En cada iniciativa en salud, perteneciente a las legislaturas mencionadas antes, se catalogaron los siguientes datos:

3.1 La iniciativa se refiere a un condicionante social de la salud: si o no.

3.2 La iniciativa requiere sustentarse en información científica en salud.

3.3 La iniciativa presenta bibliografía.

3.4 La iniciativa sustentada en información científica en salud se rechazó.

3.5 La iniciativa sustentada en información científica en salud se aprobó.

3.6 La iniciativa refiere a una institución pública especializada.

4. De las iniciativas analizadas en cada legislatura se cuantificaron aquellas que se aprobaron con base en la información científica en salud. De las iniciativas analizadas en cada legislatura se cuantificaron aquellas que se desecharon en contra de la información científica en salud.

5. El análisis aritmético fue suficiente para catalogar en distintos grupos de categorías las iniciativas. Por ello no se usó ningún programa estadístico.

3.5. Análisis bioético de la información

Considerando el carácter inter y transdisciplinario de la bioética, a la vez que también es integrador u holista (Maldonado, 2005), con base en datos empíricos se afirma que en los procesos legislativos la información científica en salud, se usa de forma discrecional. De ello se realizó un análisis bioético.

“La Bioética es un campo importante de promoción de los derechos humanos fundamentales – especialmente el derecho a la vida y a la salud– y de análisis de las consecuencias prácticas de la justicia en nuestra sociedades” (León, 2011, p. 242). Cada día cobra mayor vigencia la bioética institucional y social que analiza, entre otras cosas, la ética de las políticas de salud (Op. cit.). En bioética no existe una forma estandarizada de análisis, puesto que se reconoce que cada caso está constituido por factores únicos -y magnitudes-, también únicas y endémicas. Hay casos que tendrán más incidencia de unas disciplinas que de otras. Y otro fenómeno del mismo tema pero en otro territorio puede tener condiciones iniciales disimiles. Por ejemplo, los transgénicos. En México, hay posiciones contrarias a su uso, pero en condiciones de hambruna, como en algunas regiones de África, su uso es considerado favorable. Es decir, el concepto “maíz transgénico” será evaluado en función del contexto, no de un marco teórico *a priori*. Esa elasticidad conceptual escapa a los análisis cuantitativos o cualitativos tradicionales, los cuales pretenden emitir un diagnóstico con validez generalizada. O son siempre buenos o siempre malos. En bioética un diagnóstico y un paquete de alternativas son válidos de forma casuística y singular, no plural.

Pero el reconocimiento de la pluralidad –reconocer múltiples hermenéuticas– no significa la aceptación del pluralismo –interpretaciones con el mismo valor– que propone conceder a todas las alternativas la misma validez, pues siempre habrá alternativas mejor construidas que otras. El indicador de validez de cada propuesta susceptible de ser elegida como relevo a la que se pretende substituir será el grado de racionalidad con que esté estructurada, lo fines pronosticados y la axiología de la sociedad en ese momento. Además, se debe explicitar detalladamente el

modelo sugerido, el cual se asume como antecedente de la realidad considerada más favorable. Ése modelo está constituido por cada factor involucrado para inferir que sucederá el fenómeno en esperado, por ello las competencias analíticas del investigador deben ser suficientes, pues se corre el riesgo de que el investigador sea ciego a factores correlacionados o de sobreestimar o infravalorar el coeficiente de influencia de distintos factores.

Con base en lo anterior, un análisis bioético debe ser suficiente para mostrar que las conclusiones a las que se llega son razonables y sustentadas en factores involucrados y concomitantes al fenómeno. Pues la validez será determinada no por un deber ser pretérito, sino por el nivel de correspondencia entre la solución propuesta y la realidad, lo cual solo sucederá en tiempo futuro. En otras palabras, el rigor de escrutinio es aplicado al análisis de la nueva propuesta porque se asume que las consecuencias pueden diferir debido a que no se conocen todos los antecedentes.

Por otro lado, el expandir el aparato crítico con el cual se procesan los datos del mundo, para poder analizar un dato empírico desde distintos vértices, implica romper estructuras cognitivas consideradas verdaderas. Es decir un filósofo, un abogado, un sociólogo, un político, un psicólogo, un médico, un físico, un epidemiólogo, un biólogo, etcétera, regularmente analizan los datos del mundo con las estructuras conceptuales de su primera formación: la de su disciplina. Regularmente esas ideas formativas son la “carga teórica” de la que se dispone en los *in-out* pertinentes a la información de cualquier índole.

El pensamiento bioético exige la competencia de expandir esa primera formación y aceptar que en el mundo se localizan fenómenos que requieren marcos cognitivos adicionales a los que regularmente posee una persona. Por ejemplo, imponer legalmente una vacuna a una población, implica que dicha decisión deba superar exitosamente distintos marcos formativos: el legal (norma del país), el filosófico (desde qué autor), el epidemiológico (estadística endémica), el molecular (científico), el económico (recursos disponibles), logístico (porcentaje de población beneficiada), moral endémica (cultura dominante en ese grupo poblacional) y otros saberes

involucrados. Si cada representante de esas disciplinas participa en una mesa de diálogo para ponderar si se aplica o no la vacuna la población y muestra una baja permeabilidad a saberes distintos, pronto esa mesa será un lugar de soliloquios o monólogos y después una mesa de colonización del más hábil explicando.

La bioética no siempre tiene una metodología idéntica a usar en todos los casos, "...no existe ni es posible una canónica de la investigación en bioética" (Maldonado, 2005, p. 36). Como la teoría fundamentada se construye de acuerdo a la habilidad del investigador, el mismo investigador puede usar un método distinto en dos pacientes con la misma enfermedad, en el mismo hospital, y con el mismo diagnóstico, pero con morales distintas (Viesca, 2014, comunicación personal). "La bioética no es aplicada ni exige, de entrada ni de salida, un interés eminentemente práctico y aplicado. Pero, asimismo, la bioética tampoco es eminentemente teórica y reflexiva" (Ob. cit.), pero esto no es sinónimo de pluralismo o de juicios hermenéuticos del tipo "para mi es así". La bioética, en teoría exige que un agente detecte los factores objetivos y los separe conceptualmente de los factores no objetivos, involucrados en el fenómeno, el cual se acepta como un suceso de múltiples antecedentes del que se desconocen las magnitudes de influencia de cada causa.

El hecho de que esta investigación se sustente en un estudio empírico-documental y no solo en entrevistas, lecturas, o cuestionarios, se considera una expansión para la bioética, pues se desea mostrar que una preferencia moral además de sustentarse en alguna propuesta de filosofía moral, también debe sustentarse en indicadores técnicos. Un análisis bioético, no impone *per se* ningún conocimiento epistémico, técnico ni científico, como si lo hace la uni-disciplina. Quien realiza el análisis bioético acepta que sus conclusiones emanan no de la objetividad, sino de su carga teórica. Puesto que la bioética, desde que Potter la definió, se convirtió en un puente entre dos culturas: la científica y la humanista. La validez de la investigación en bioética no deviene de un "*Gold estándar*" preestablecido y ciego a las singularidades del caso, sino de: 1) la capacidad de identificar las líneas causales que, se asume, convergen y propician el fenómeno investigado; 2) de la capacidad de proponer cambios en esas líneas causales y; 3) exponer la

información ordenada ante quienes tienen la facultad de decidir. Como recuerda Maldonado (2005):

... la investigación en bioética tiene, al igual que en cualquiera otra área científica o teórica, las exigencias de calidad acostumbradas; esto es, claridad argumentativa, respeto a las fuentes (no robo de ideas), evidencia y fuerza empírica, consistencia lógica y sentido de trabajo en equipo (sentido, comunidad académica y científica) y originalidad (p. 38).

Circunscribir el fenómeno analizado en un modelo metodológico unidisciplinar es insuficiente. Identificar y exponer que los marcos reguladores de los órganos legislativos propician que la información científica se use de forma discrecional y vincular ese suceso a la posibilidad de riesgo o daño, exige modelos inéditos. Para el derecho no es problema, al menos no uno urgente, si lo fuera habría intentos evidentes de cambio; los expertos en políticas públicas se enfocan en la academia, en producir procedimientos y guías analíticas no en la aceptación política de esa metodología; la medicina en salud pública, es más reactiva que preventiva, las instituciones productoras de conocimiento científico: universidades, los institutos nacionales de salud, la Organización Mundial de la Salud, etc., son eso, productores de conocimiento. Por ello, se decidió presentar al lector el estado del arte del fenómeno, pero desde la perspectiva de algunos representantes de esas disciplinas. Puesto que el análisis de esta realidad escapa a los marcos unidisciplinarios. Desde la teoría de la ética dialógica “La validez de las convenciones precisa de una base moral, y exige, al menos, tener una información adecuada, tener ‘interlocutores válidos’ informados y mantener las promesas hechas” (León, 2011, p. 26).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Resumen del capítulo

En este capítulo IV se expone una síntesis de los resultados de la investigación empírico-documental. Acentuando que el objetivo de esta investigación es analizar a partir de la **bioética** el uso de la **información científica en salud** en los **procesos legislativos** en materia de **salud pública** del Congreso de la Unión de México durante el período 2006-2017. Pero para poder realizar un análisis bioético de un suceso de la realidad, es necesario delimitar esa realidad de forma nítida. Por ello y para cumplir el objetivo descrito se analizaron dos factores que contienen indicadores del nivel de importancia asignado a la información científica en salud durante los procesos legislativos se estudiaron:

1.- Los marcos normativos que regulan el proceso legislativo en el congreso de la unión.

Síntesis: Después de una minuciosa revisión del marco normativo, se detectó que ni en la constitución ni en las leyes, ni en los reglamentos se hace referencia a la necesidad de incluir a la ciencia o a la información que surge de investigaciones científicas. Es decir, al parecer existe la suposición de que la sola enunciación de que los mexicanos gozan del derecho de la protección de su salud, es condición necesaria y suficiente para que ello suceda. (Anexo 1).

2.- Las iniciativas en salud presentadas en la cámara de diputados presentadas en las legislaturas LX. LXI. LXII y LXIII (Esta última aún no concluye. El periodo abarca desde el 17 de octubre de 2006 hasta el 10 de julio de 2017).

Síntesis: El estudio empírico-documental expone evidencia suficiente para sustentar que la información científica en salud se usa de forma discrecional en la presentación, rechazo o aprobación de una iniciativa en salud en el proceso legislativo (Anexo2).

4.2 Análisis de la investigación empírico-documental

Después de analizar cada una de las iniciativas en salud presentadas en las legislaturas LX, LXI, LXII, y hasta el momento de la LXIII, se considera que existe la evidencia suficiente para poder afirmar con certeza que la información científica en salud se usa de forma discrecional durante cada una de las etapas del proceso legislativo. También se afirma que la evidencia demuestra que quienes participan en los procesos legislativos no tienen la obligación jurídica de mostrar la cantidad y calidad de información científica utilizada cada etapa del proceso legislativo que recorre una iniciativa en salud. Es decir, los diputados o senadores pueden escuchar opiniones de instituciones expertas en un tema o pueden no hacerlo. Más aún, el legislador ordinario no tienen obligación de justificar ante la ciudadanía que representa, qué fue lo que ponderó, a qué información le concedió mayor relevancia, ni por qué dicha información fue preponderante.

Lo anterior sucede debido a que los instrumentos normativos que regulan el proceso legislativo de forma implícita conceden la facultad al legislador de crear normas con la información que él considere necesaria y suficiente.

- . Los instrumentos jurídicos que legitiman el proceso legislativo no contemplan como obligación del legislador ordinario el uso de información científica.

- . La información disponible en temas de salud nacional, generada usando el método científico, se trata como opinión prescindible en los marcos normativos de los órganos legislativos.

- . Lo contrario sería que el marco normativo exigiera al legislador ordinario acompañar de opiniones técnicas especializadas, el recorrido procedimental de cada iniciativa en salud.

Esa realidad formal que parece inocua, democrática y parlamentaria, y sobre todo alejada y desvinculada del concepto daño a la salud, crea las condiciones para que se gesten acciones u omisiones de consecuencias contrarias a la protección de salud. Los criterios de alternancia en el poder son disímiles y/o antagónicos de los criterios de la salud.

Una intervención exitosa en salud implica, siempre, un diagnóstico certero y un tratamiento eficaz. Un diagnóstico implica conocer la mayor cantidad de información del caso en turno, así como conocer información emanada del método científico para su tratamiento. En su práctica, el especialista clínico en salud no puede abstraerse en soliloquios o solipsismos. Sería acusado de negligencia. Debido a que su actividad le impone ser un nodo con una muy elevada permeabilidad de información exógena; él debe acudir fuera de sí mismo a buscar datos endémicos del caso en turno, información que no se genera en su psiquis.

En nivel macro, una política pública en salud no difiere del proceso clínico individual, y más aún, si quienes van a “decidir”, son inexpertos o tienen formaciones ajenas a las ciencias de la salud, la salud no debería estar en disciplinas ajenas o con axiologías distintas a las ciencias de la salud=. Los especialistas en salud deberían tener una posición más preponderante en decisiones nacionales de salud pública (Martínez, 2016). Actualmente tanto los especialistas en ciencias de la salud, como la información que emana de ellos, cuando participan en procesos legislativos lo hacen como informadores que ofrecen “información a considerar”.

Esta investigación expone de forma evidente que legislador ordinario no tiene la obligación jurídica de someter la presentación, rechazo o aprobación de las iniciativas en salud a la información científica vigente. Ello propicia daño a la salud. Si una iniciativa no se acompaña de una opinión técnica avalada por algún instituto nacional de salud, instituciones académicas especializadas, órganos consultivos, u otra institución experta, puede ser contrario a la protección de la salud. Es decir, sin información científica disminuye la validez de la propuesta política, pues no existe una exitosa política pública en salud a nivel mundial desvinculada de la

información disponible del tema a regular. La información científica en temas de salud pública, no es *adendum*, es la esencia de la acción eficaz. Sin información válida no hay norma válida.

El uso de un proceso legislativo solipsista y absolutista, puede considerarse obsoleto en la era de la información. Seguir usando ese proceso puede provocar daños a la salud pública en lugar de protegerla. Los marcos normativos que no obligan al legislador ordinario a concederle un nivel predominante a la información científica disponible, en cada etapa del procedimiento legislativo, pueden causar daño a la salud pública. Mientras el legislador ordinario tenga la potestad de proponer, desechar o aprobar políticas en salud basados en su legitimidad constitucional pero sin una opinión técnica de institución especialista en salud, el daño a la salud será latente en cada iniciativa.

Es necesario puntualizar que quienes son diputados o senadores no son culpables, ellos hacen lo que pueden o lo que les permite el orden jurídico. El problema se focaliza en los instrumentos normativos que rigen el actuar del legislador. En dichos instrumentos no existen ordenamientos jurídicos que obliguen a que toda iniciativa se acompañe en todo el proceso legislativo de información válida científicamente. La cual debería incluir una opinión técnicamente avalada especialistas para esa iniciativa en salud en específico.

Este es el problema bioético. Seguir poniendo en práctica un conocimiento inventado por los seres humanos y del que se tiene evidencia que puede generar daño en sujetos o ambientes que propician o contengan vida.

Actualmente, cuando se utiliza alguna evidencia científica, en la iniciativa, en el proceso legislativo o en el sustento por el que se aprueba o desecha el dictamen legislativo, se debe a méritos individuales o formación académica personal; es decir, son variables azarosas.

En 2017 legitimidad de un producto legislativo, se basa en el cumplimiento de dos condiciones: A) que provenga de un órgano competente constitucionalmente, y B) que dicho

producto haya cumplido, en tiempo y forma, las etapas formales preestablecidas y aceptadas de dicho órgano legislativo.

La validez en sentido normativo no cumple ninguna función en la descripción y explicación de la realidad. Su función consiste en reforzar el orden jurídico al proclamar que las obligaciones de ese orden no son meras obligaciones jurídicas sino también deberes morales (Ross, 1991, p 27).

Por tanto, la legalidad y legitimidad legislativa es condición necesaria pero no suficiente. Para que una política pública en salud realmente proteja a la salud, se requiere validez material, como se muestra en este documento.

Los condicionantes sociales de la salud, son denominados así por la Organización Mundial de la Salud, debido a su evidente influencia en la salud pública. Esos condicionantes sociales son fenómenos de la realidad representados y expuestos en bloques o cuerpos de información publicados por instituciones especializadas en temas de salud. Tales bloques están constituidos por datos emanados de investigaciones realizadas por especialistas en salud mediante el método científico. Por tanto, las probabilidades de disminuir la influencia de un determinante social de la salud sin el uso de la información científica en salud pertinente al tema en turno, es reducida. Es decir, el uso de la información científica en salud en la reducción de factores de riesgo, es ineludible, porque el mismo concepto de “determinante social de la salud” está constituido por bloques de la misma naturaleza: información científica.

Por otra parte, en congruencia con el derecho a la protección de la salud, el estado debe alinear todos y cada uno de sus procesos a esa meta, proteger la salud. El estado mexicano, está obligado jurídicamente (obligación asumida voluntariamente) a realizar políticas públicas que protejan la salud de la población, mediante la incorporación del derecho a la protección de la salud a la Constitución Política Mexicana. Si los denominados condicionantes sociales de la salud influyen de forma significativa en la salud nacional, por ejemplo en la incidencia de la obesidad, entonces, deben ser controlados, disminuidos o erradicados, con políticas públicas

exitosas. Y esa labor le corresponde al estado en general y al Congreso de la Unión como parte de él.

En las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio. (OMS, 2004).

Existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales.

Si la prevalencia e incidencia de una patología puede disminuir porque las acciones propuestas en una iniciativa en salud incidirán en un determinante social de la salud específico, es una obligación jurídica, técnica, moral y ética del Estado aprobar dicha iniciativa. Y como se expuso anteriormente, la información científica en salud es un factor sustancial, pues sin información científica no hay diagnóstico ni tratamiento eficaz.

Pero también se sabe que estadísticamente no todas las iniciativas en salud serán aprobadas. Por tanto la única justificación de no aprobar una iniciativa en salud que tenga un sustento científico, es que sea técnicamente imposible, económicamente inviable u otra razón de más peso que los datos científicos. No se pretende que el Congreso de la Unión sea una oficialía de partes de la información científica, pues pueden existir casos –de hecho existen– en los que otros factores impiden llevar a la práctica las acciones sugeridas por la ciencia.

Pero, sí una iniciativa en salud:

- . Se sustenta en información científica vigente.

- . Expone un eficaz diagnóstico de la situación de la realidad que se califica de problema en salud.
- . Propone líneas de acción que se infiere influirán en el condicionante social de la salud entorno en turno.
- . Las acciones son técnicamente factibles.
- . De acuerdo a la información disponible, posee elevadas posibilidades de que su aprobación de la iniciativa provoca más salud que su no aprobación.

Entonces, la iniciativa *debería* aprobarse. A pesar que algunos particulares manifiesten inconformidad. Pues el bien tutelado constitucionalmente es el derecho a la protección de la salud.

Ahora bien, si a pesar de que alguna iniciativa que cumpla con los puntos anteriores se rechaza, ese rechazo debería tener una justificación con un elevado grado de validez. Pues la población debe saber que la solución elegida lo fue debido a que se analizó con rigor -y después de ese implacable escrutinio- se constató que fue la alternativa más eficaz y eficiente en relación a la salud. Porque era la alternativa que mejor protegía a la salud. Y, que si no se aprobó y se rechazó, a pesar de que la aprobación de la iniciativa protegía más la salud que su rechazó, tal rechazo se sustentó en causas de mayor preponderancia que la información científica en salud.

El autor supone que el texto del párrafo anterior es contundente. Pero no obstante que dicha idea o propuesta sea aceptada por la mayoría de una población o, incluso, que sea aceptada por unanimidad por los legisladores, el marco normativo actual del congreso de la unión permite a la comisión de salud rechazar una iniciativa constituida con argumentos científicos fuertes.

La única opción de que las políticas públicas sean eficaces y eficientes es: A) como ya se mencionó, que la información científica en salud se use, siempre, de forma preponderante; y B) para que el legislador ordinario cumpla con ese mandato, el marco normativo debe considerarlo como obligatorio.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. Discusión

En el apartado 2.1 se expuso que para esta investigación un elemento constitutivo de la bioética es que puede analizar desde distintas perspectivas, conocimientos de cualquier origen, cuya puesta en práctica pueda generar cambios significativos en factores asociados a la salud o la vida. Esta investigación se enfocó en estudiar los efectos, y los conocimientos que los generan –derivados de distintos saberes– pero todos relacionados con el proceso legislativo en salud. Con la pretensión de identificar el nivel de preponderancia asignado a la información científica en salud durante la presentación, rechazo o aprobación de alguna iniciativa en salud. En este apartado se describen algunos conceptos productos que esta investigación detectó.

5.1.1. La información científica en el proceso legislativo desde el marco jurídico

Se encontró evidencia para afirmar que el actual proceso legislativo en salud no siempre cumple con proteger a la salud. Cuando si lo logra es porque sustentó sus políticas públicas en información científica en salud. Luego entonces esa variable –la información científica–, se puede considerar un predictor de eficacia, por tanto, el marco normativo del Congreso de la Unión debería contener un ordenamiento jurídico para que en la presentación, rechazo o aprobación de todas y cada una de las iniciativas en salud, se muestre evidencia de que la alternativa seleccionada está en concordancia con la dirección indicada por la información científica.

El sistema normativo mexicano tiene orden. El cual inicia con la aceptación social de que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es la norma fundamental, ello significa que todos los demás instrumentos normativos están jerárquicamente debajo de los contenidos vigentes en ella. Esto quiere decir que instituciones, leyes, reglamentos y cualquier otro

instrumento regulador del gobierno son medios para llevar a la práctica el contenido constitucional. Se reitera, ninguna institución pública ni instrumento normativo pueden de forma legítima realizar acciones contrarias al contenido de la Carta Magna. Por tanto, si un proceso legislativo en salud no muestra de forma teórica pero contundente, que ha intentado proteger la salud usando todos los recursos disponibles, entonces, ese producto legislativo, puede ser anticonstitucional, debido a que debe mostrar explícitamente cómo protege de forma objetiva a la salud.

Pero las leyes no son perpetuas, puesto que son lineamientos sociales de regulación de condiciones cambiantes. Por ello existen mecanismos para corregir contenidos obsoletos en circunstancias sociales emergentes, no obstante mientras el contenido constitucional este vigente debe respetarse. Por tanto, la autonomía del Congreso de la Unión se debería limitarse a identificar las particularidades de cada iniciativa en salud para encontrar las mejores formas de llevar a la realidad social el espíritu de la ley suprema y los derechos reconocidos en ella. En este caso el derecho a la protección de la salud. Esto quiere decir que el Congreso de la Unión, los reglamentos de las dos cámaras, y las normatividades a su interior, están todas a servicio del contenido constitucional. Continuando, el poder legislativo no es un fin en sí mismo, es un instrumento que solo justifica su existencia cuando realmente sus acciones generan beneficios a la población y solo la sirve creando mejores estados del mundo o condiciones sociales, en este caso singular, creando políticas públicas que incrementen la salud en la población.

Entonces la actividad que se realiza en los órganos legislativos llamada proceso *legislativo*, en todas y cada una de sus etapas, debe contribuir de forma inobjetable a la realización de los derechos constitucionales (protección a la salud). Esa realización consiste en esfuerzos para que el pueblo goce en su realidad fáctica de los derechos consagrados. Por tanto, cuando el proceso legislativo debiendo proteger a la salud, no la protege, está realizando un acto anticonstitucional. La salud no se protege por decreto, para ello se necesita, siempre, de información de naturaleza objetiva ligada al tema de salud en turno. Pero si los marcos normativos del Congreso de la Unión fueron creados mayormente y/o únicamente desde el

paradigma legal, entonces la inclusión obligatoria de saberes científicos en ellos, puede considerarse desde esos saberes, una “intromisión” al formalismo jurídico, de información ajena.

Se reconoce que algunos agentes epistémicos rechazarán la “intromisión” de otros actores, conocimientos y paradigmas de índole científico al proceso legislativo en salud. Los pueden catalogar de ajenos, extraños o invasores, arguyendo que la autonomía del congreso será lesionada si aceptaran fuerzas “ajenas” a ellos, las cuales tendrían un valor específico por sí mismas y por tanto, ajeno al control de los legisladores. Es esperable todo tipo de argumentos que se reducen al simple hecho de no ceder el poder a otras racionalidades, pues disminuirían sus “facultades constitucionales” al no poder incidir o imponer su voto sobre la evidencia científica. Sin embargo ese argumento se cae cuando se recuerda que el congreso mexicano fue una oficialía de partes durante 80 años, cuando ese “poder” se encargaba de sellar de recibido las iniciativas del legislativo.

No obstante, si el Congreso de la Unión, en ejercicio crítico desea enviarle a la sociedad un mensaje de que realmente desea proteger la salud de la población, debería entonces, aceptar que la protección a la salud, implica siempre estar sustentada en información científica. Y eliminar que la participación preponderante de la información científica en salud continúe como actualmente: por mérito personal o casualidad. Reconociendo que el incluir en sus marcos normativos un ordenamiento jurídico para que las iniciativas incluyan opiniones técnicas de alguna institución especializada, produce más beneficencia a la salud. Además de contemplar también en el marco regulador que en el supuesto rechazo de una iniciativa en salud, se debe justificar técnicamente a que la aprobación de esa iniciativa produciría menor salud en la población. Ello disminuiría significativamente la influencia de las creencias, intereses, o ignorancia de los legisladores en turno, en el proceso que recorren las iniciativas en salud. Pues actualmente las comisiones en salud no tienen obligación explícita de rendir cuentas de su eficacia y eficiencia; no tienen obligación explícita de tomar en cuenta la evidencia científica surgida de investigaciones de otras instituciones; no tienen criterios de eficiencia de las políticas implementadas; no rinden cuentas del impacto de sus acciones u omisiones; no necesariamente

responden a realidades estadísticamente evidentes; y, adicionalmente, por lo regular están conformadas por personas con competencias desconocidas, formaciones ajenas a la salud, o de plano sin formación académica.

5.1.2. Poder legislativo ¿novato o experto?

Es determinante exponer que como país, estamos aprendiendo a legislar. Una evidente contribución de esta investigación es haberse percatado de que el Congreso de la Unión es una institución prácticamente de reciente creación operativa. Existía en la teoría no en la práctica. En cada nueva legislatura los legisladores recién elegidos no pueden abreviar de legisladores eficaces y eficientes, pues casi no existen. Si los hay serán muy pocos. Este planteamiento es considerado por el autor como crucial en esta investigación, pues se ha aceptado como verdad probada la división de poderes. Lo cual, desde una perspectiva crítica es una ficción. Los mexicanos hemos crecido con una información relacionada al sistema político mexicano, que cuando se procesa desde una posición de escrutinio, no pasa mucho tiempo para desquebrajarse. Las publicaciones, los textos y los contenidos que describen la separación de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, permanecen firmes. Lo que se desquebraja es que esas descripciones tengan una relación de identidad con la realidad nacional. Es decir, en la realidad, muy recientemente existe el poder legislativo. Se menciona la siguiente extensa cita como ejemplo de cómo hemos aceptado descripciones teóricas y las hemos, pasivamente, naturalizado.

...la Constitución Política, denomina al primer capítulo de su Título Tercero, “De la División de Poderes”, y en el artículo 49, establece: “El Supremo Poder de la Federación se divide, para su ejercicio en Legislativo, Ejecutivo y Judicial. No podrán reunirse dos o más de estos Poderes en una sola persona o corporación...” De lo que se desprende que la influencia tan poderosa de la teoría de Montesquieu, llegó también hasta nuestro país y fue plasmado así en nuestras distintas cartas magnas, desde la Constitución de 1824; las Bases Constitucionales de 1835; la Constitución de 1857 y la actual Constitución promulgada en 1917. Cabe aclarar, que incluso la llamada Constitución de Cádiz, de 1812, ya consagraba el principio de división de poderes, pero no fue posible realizarla en los años posteriores, debido, primero, a la resistencia que opusieron los virreyes, y después, en la época independiente, ya bajo la vigencia de la Constitución de 1824, que recogió estos principios, a las tremendas luchas sostenidas por los partidos liberal y conservador. Jorge Carpizo, afirma que la tesis mexicana

que han seguido todas las constituciones de nuestro país, salvo la de 1814, “consiste en que no hay división de poderes, sino que existe un solo poder: el supremo poder de la federación que se divide para su ejercicio; así, lo que está dividido es el ejercicio del poder”. Por otra parte, cabe mencionar que en México, la crítica al tema que, ocupa, ha girado en torno a la preponderancia del Poder Ejecutivo en el ejercicio del poder y la aparente confusión de poderes, que en realidad debe ser vista como colaboración entre los mismos (Cámara de Diputados, 1998, p. 276).

La cita anterior es una diminuta muestra del extenso contenido bibliográfico que contribuye a crear de forma ficticia una agigantada idea pero inexistente en la realidad nacional. En México, el poder legislativo autónomo recién comienza en 1997. Puesto que hasta 1997 funcionó un sistema político muy distinto al que se describe en los textos de democracia y jurídicos. Entonces, ¿qué labores hicieron las legislaturas anteriores a 1997? Pues según autores críticos, existe evidencia contundente que durante esos 80 años la autonomía de dicho poder era prácticamente inexistente. es decir, las labores realizadas no tienen vínculo con las descritas en los textos “especializados” en ese tema.

El cambio de realidad, un poder legislativo sin una mayoría hegemónica que cambió el sistema presidencial, fue en 1997. En el año 2000 se consolidó con la alternancia del poder ejecutivo, pero en 2009 de acuerdo a Miguel Eraña (2013) el Congreso volvió a actuar como ayudante del presidente. Es decir, México, de acuerdo a los autores consultados no dispone de una capital cultural solido en materia legislativa, pues 20, 17, u 8 años es un tiempo muy reducido para disponer de un conocer-hacer eficaz y eficiente, como lo poseen países desarrollados.

Como todo organismo neonato el Congreso de la Unión tiene que aprender. En este caso a legislar. Y las curvas de aprendizaje dependerán de la actitud del aprendiz. Nada que no se acepte puede ser corregido, si el poder legislativo se asume como experto siendo novato y adicionalmente continua con marcos reguladores ya obsoletos, con discursos solipsistas o soliloquios discursivos, perpetuando los actuales usos y costumbres ajenos a la información

científica, entonces la eficacia y eficiencia de las políticas públicas serán como hasta ahora lo han sido.

¿Entonces de qué se habla cuando se habla de poder legislativo? Pues la institución que lleva ese nombre en México, hasta 1997, estaba al servicio del ejecutivo. Es decir, no había autonomía, por tanto no había legislación desde ese poder. Las iniciativas eran propuestas en sintonía armónica con el ejecutivo. Y posteriormente, ya en el siglo XX la legislación en salud es regulada por un procedimiento vetusto construido en un paradigma académico absolutamente distinto al contemporáneo. Según los autores consultados se puede considerar que el poder legislativo está aprendiendo a legislar en salud.

Los integrantes de las 7 legislaturas más recientes (LVII, LVIII, LVIX, LX, LXI, LXII y LXIII) han intentado ser eficaces y eficientes legislando, pero basados en más en voluntad que en competencias. Como ejemplo de la desvirtuada idea de la legislación en México se menciona que algunos medios de comunicación consideran que un buen legislador es quien más iniciativas realiza y toman como ejemplo a una senadora que ha participado en 268 iniciativas (La Nación, 2017). Es decir, se iguala el concepto eficacia legislativa con cantidad de iniciativas presentadas, lo cual es un error conceptual. Pues la eficacia no depende de la cantidad sino de la calidad. ¿Cuántas de esas 268 iniciativas están basadas en información científica?

Resumiendo, no existe una cultura legislativa ni experiencia generalizada de crear leyes en salud eficaces. La curva de aprendizaje recién comienza. ¿A qué especialistas recurrirán los próximos integrantes de la Legislatura LXIV, cuando se pregunten qué grado de importancia deben conceder a la información científica en los procesos legislativos en salud?:

- ¿A legisladores longevos con experiencia en obediencia y/o seguir instrucciones de otro poder?
- ¿A legisladores recientes autodidactas, poco eficientes y con logros académicos insuficientes?
- ¿A legisladores que han sido influenciados por cabilderos para votar en una u otra línea?

- ¿A los autores que publicaban textos a sabiendas que estaban desvinculados de lo que sucedía en la realidad?
- ¿A un marco normativo creado en las épocas donde las condiciones eran significativamente distintas a las actuales?
- ¿A los deseos propios de buscar el bien común pero sin modelos eficaces u eficientes?

No existen legisladores expertos para enseñar a legisladores novatos.

5.1.3. El proceso legislativo desde la validez objetiva y validez jurídica

El actual marco normativo que regula el proceso legislativo está desvinculado de la ciencia. Por otra parte, los actuales investigadores, científicos, académicos y otros actores creadores de conocimiento académico le conceden validez al paradigma complejo, donde la realidad, es un sistema interactuante de factores objetivos y subjetivos, el cual es imposible de conocer de forma integral, y menos aún desde una sola disciplina. No obstante lo anterior, todavía existen rezagos en muchos saberes normativos, pero también cada vez más se detectan voces disonantes con ese paradigma auto exiliado de los demás saberes, por ejemplo Barrati (2005) afirma que “La realidad social, es decir, la naturaleza de las cosas es un elemento determinante de la fuerza normativa de la constitución” (p. 32). Lo que menciona ese autor es que la fuerza normativa de la constitución –validez jurídica– debe constituirse con un contenido que refleje la naturaleza de las cosas objetivas –validez objetiva–. Pero el actual marco normativo nacional:

Defiende una concepción cerrada del sistema jurídico de tal manera que su fundamentación se encuentra dentro de sí mismo... La construcción kelsiana constituye el modelo más acabado de formalismo. Tras rechazar la contaminación del espacio jurídico por factores procedentes de otros campos, elabora una sistemática gradual del ordenamiento basada sobre todo en el principio de jerarquía. (Barrati, 2005, p. 8)

En los marcos normativos que regulan los procesos legislativos, se menciona al conocimiento científico, pero ligado a bibliotecas, no a su uso preponderante. Y esa minusvalía otorgada a la información científica ya era evidente hace décadas pero por la comunidad académica: “no podemos pasar por alto el hecho de que varias disciplinas científicas de México, que han alcanzado un grado de desarrollo de excelencia (como ciertas áreas químicas y biomédicas), son totalmente ignoradas y hasta despreciadas...” (Pérez Tamayo, 1988, p. 157).

No se desea lo que no se conoce, ni se anhela lo que no se ha visto. Por tanto, si los marcos normativos son ciegos a la importancia trascendental que tiene la validez objetiva, en las iniciativas en salud, pues los legisladores no le concederán a la información científica más importancia que la manifestada en los marcos reguladores de su actividad. “Pues es la ley y seguramente está muy bien pensada pues lleva casi cien años funcionando” pensarán los legisladores entrenados en esa realidad cultural. Replican acrítica o lucrativamente lo realizado por sus antecesores:

Cuando busca una explicación de los sucesos, encuentra un aparato ideológico que legitima las estructuras imperantes. Marcos ideológicos que no responden al sentir ético de la comunidad. Que si bien formalmente se encuentran respaldados por el orden jurídico vigente, no necesariamente representan los valores y aspiraciones reales. (Sánchez, 1982, p. 8).

La realidad normativa omite conceder importancia a la validez objetiva, pero no es una omisión sin consecuencias. Ya que esa ceguera normativa, a la importancia de la información científica, provoca que el grado de validez formal esté sobre-regulado. En otras palabras, si quienes tienen la responsabilidad de hacer mejores políticas siguen siendo guiados solo por saberes jurídicos, intentaran encontrar soluciones a realidades empíricas con criterios legales. Lo cual es un error categorial. Se incrementará la regulación formal, en contraste con el grado de validez objetiva, el cual está sub-regulado. Algunas consecuencias de la sobre-regulación formal y de la sub-regulación objetiva en una política pública en salud son:

1. Aumenta la posibilidad que de un órgano legislativo –legal y legítimo– surjan leyes y normas de validez cuestionable.
2. Iniciativas en salud, que refieren a un problema evidente, se pueden rechazar por cuestiones formales administrativas y no objetivas.
3. Si el marco jurídico no considera obligatoriamente que se pondere la información actualizada de la dimensión objetiva, real y concreta del fenómeno que se pretende regular, esta información puede, o no, utilizarse, a discreción de los legisladores.
4. Por tanto, iniciativas en salud bien sustentadas y científicamente válidas, pueden ser rechazadas por intereses ajenos a la salud, lucro, desconocimiento, dispraxis, ingenuidad o porque la ideología de alguno de los legisladores temporales es sobredimensionada. Es decir, el proceso legislativo actual, cuyo objetivo es proteger la salud de los mexicanos, no siempre es eficaz ni eficiente; por ende, puede suceder que en ocasiones tal instrumento propicie el efecto contrario: en vez de proteger el bien jurídico tutelado, lo lacera.
5. Asignar el mismo grado de validez a los conocimientos de expertos y a las opiniones en algún tema de salud de un legislador ordinario, es ya un error categorial. Pero supervalorar la opinión de un legislador no experto sobre el contenido emitido por especialistas de un tema en específico, es una práctica no sólo desatinada, sino contraria a proteger el derecho a la protección de la salud.

5.1.4. Las políticas públicas: ciencia vs intereses económicos

Para esta investigación se detectan dos aportes significativos desde la disciplina de las políticas públicas al proceso legislativo.

1.- Cubre un enorme sector que el derecho no había contemplado. Ese sector se enfoca en la forma de crear políticas públicas eficaces y eficientes, usando conocimiento académico. Es decir, el proceso legislativo meramente formal es un esqueleto insuficiente por sí mismo. Se necesitan distintos tipos de procedimientos de evaluación, investigaciones de múltiples áreas, saberes

distintos y contrarios, axiologías en pugna. Los autores de esta rama del saber humano captaron la naturaleza compleja implican las políticas públicas y expandieron sus marcos analíticos más allá del encorsetado proceso legislativo descrito en las publicaciones jurídicas.

2.- Otro aporte sustancial de esta disciplina consiste en reconocer sin rubor que las políticas públicas están fuertemente influenciadas por intereses económicos o de otra índole. Y no solo eso, sino que es tan fuerte esa influencia que se ha legalizado que “cabilderos” puedan interactuar con los legisladores con el fin de proteger intereses de particulares. Por tanto, los legisladores, cuando tienen que elegir entre aprobar o rechazar una iniciativa una iniciativa salud, pueden estar bajo la presión de actores poderosos capaces de coaccionar la voluntad de las personas. Es decir, el cabildeo ejerce una influencia significativamente intensa, pues los cabilderos están allí en vivo, insistentes en sus intereses. Mientras que la información científica en salud no tiene activistas que la promuevan con la combatividad con que lo hacen los cabilderos.

5.1.5 El conocimiento científico en salud en el proceso legislativo

El conocimiento que proviene desde los expertos en salud, es el conocimiento con más validez disponible con respecto a la salud pública. No hay eficacia y eficiencia, en las políticas públicas, sin conocimiento creado con el método científico. La información más valiosa en políticas públicas proviene de las investigaciones de los especialistas en salud, no de las psiques de los legisladores.

Como se afirmó en el apartado anterior, la información derivada de expertos en salud es información construida con modelos que investigan la realidad. Y la salud o la pérdida de ella es un acontecimiento que sucede en el mundo material. Entonces el conocimiento científico en salud, generado por expertos en investigación es un factor irremplazable por el legislador. Cabe mencionar que habrá ocasiones en que dicho conocimiento sea imposible de poner en práctica, salvo esas ocasiones donde la puesta en práctica sea técnica o económicamente irrealizable, en los casos restantes, la información científica, debería ser ineludible e irremplazable por otros

factores que actualmente pueden ser más importantes que la información científica (intereses, ideologías, supuestos, mitos, conveniencias, acuerdos políticos).

Sintetizando: a la luz del conocimiento en salud pública actual –nacional y mundial–, adicional a la investigación realizada y expuesta en el capítulo IV, no existen políticas públicas en salud independientes al conocimiento científico, por tanto, dicho conocimiento debería considerarse como preponderante en todos los casos futuros de iniciativas en salud, salvo en aquellos donde sea técnicamente imposible llevarlos a cabo.

5.2. Conclusiones desde una perspectiva bioética

Los resultados presentados, a juicio el autor, cumplen con el objetivo general y específicos que se planteó la investigación, así como se han también respondido las preguntas de investigación plantadas. Como se detalló en el capítulo II, para esta investigación la bioética emerge del principio de beneficencia, primero no dañar (*Primum non nocere*). Fuera de ese núcleo duro, la bioética, para realizar un análisis bioético puede utilizar múltiples contenidos académicos para investigar todo conocimiento (académico, moral, cultural religioso, etcétera) que al ser puesto en práctica pueda provocar, este provocando, o ha provocado cambios significativos en propiedades vinculadas a la salud o a la vida. El objeto de estudio de la bioética es el conocimiento –de cualquier génesis– con potencial de modificar el estado de las cosas en el mundo relacionadas a la salud o la vida. Y un análisis bioético se realiza cuando un(os) agente(s) moral(es) pretende(n) identificar y/o mostrar a terceros que ese cambio originado en el mundo derivado de ese o esos conocimiento(s) humano(s) puede ser calificado de perjudicial. Es importante destacar otra aparentemente tenue pero fundamental característica distintiva de la bioética consiste en considerar que todo conocimiento puede causar daño, pues se postula que el daño no solo se genera de la voluntad de hacerlo. El daño puede suceder aun sin que el agente moral lo pretenda. Más todavía, la modificación en el estado de las cosas, calificada de daño puede generarse de conocimiento de buenas intenciones, pues las modificaciones objetivas en el mundo ocasionadas por acciones humanas solo se manifiestan, solo existen. Por ello la bioética

se expande aceleradamente, pues la humanidad comienza a notar que la cantidad de circunstancias perjudiciales provocadas por buenas intenciones es enorme.

Por otra parte, los análisis bioéticos no parten del “así es”; sino de la intención de escrutar críticamente “el cómo ha sido”, para buscar el mejor “cómo puede ser”, luego justificar el “porque debería ser así”, de allí se sigue ¿qué? necesitamos hacer para que “así sea” y replicar sistemáticamente ese círculo.

Esta investigación bioética inició con el interés de realizar un análisis bioético de la siguiente tesis: **la información científica en salud es usada de forma discrecional en los procesos legislativos.** Debido a que el autor participó en una investigación anterior en la cual encontró que el rigor para aprobar una política pública, en la entonces Asamblea legislativa del Distrito Federal, fue cuestionable. Con ese antecedente, el autor intuyó que ese mismo nivel de escrutinio se usa para aprobar o no, iniciativas de mayor calado a nivel nacional. Y de corroborarse que en la Cámara de Diputados también se usa ese nivel de análisis en políticas públicas en salud, se puede considerar que allí hay un problema bioético. Pues un conocimiento –el proceso legislativo– puede estar generando daño buscando el bien. Por tanto, se determinó conocer el nivel de importancia que se le asigna a la información científica en salud. Debido a que las intervenciones exitosas en salud en la salud clínica tienen una alta correlación con el uso de la mayor información científica disponible. Por tanto, en base a ese modelo exitoso se considera que el uso de la información científica en salud, en la salud pública también es un factor determinante para elevar el porcentaje de la salud nacional. Pero se hace notar, que se reconoce y acepta, como en la salud individual, que lo exigible no es el logro exitoso de la consecuencia deseada⁵, pues tal vez existen factores con una alta correlación causal que en este

⁵ Cuando un médico cirujano acepta tratar y cuidar a un paciente, sin acuerdos especiales, legalmente acepta un contrato implícito, en el que afirma poseer las cualificaciones razonables y habituales de su profesión y se compromete a actuar con habilidad, cuidado y diligencias prudentiales. En este contrato implícito, el médico no promete la curación, de manera que no existe negligencia si la curación no se produce, pero si promete implícitamente que tratará al paciente con la diligencia debida las habilidades usuales con el propósito de que se

momento, o nuestros modelos tienen áreas de oportunidad, o, nuestro conocimiento científico no ha descubierto. Lo que sí se debe escrutar es que como se ha usado el conocimiento científico del que sí disponemos, pues al no usar el recurso información científica en salud, un conocimiento (el proceso legislativo), de buenas intenciones puede estar generando un daño incalculable.

Para conocer el nivel de preponderancia que se le da a la información científica en salud, en los procesos legislativos en México se realizó un estudio en 763 iniciativas en salud, de las legislaturas LX, LXI, LXII Y LXIII de la Cámara de Diputados, con el objetivo de poder tener indicadores empíricos del nivel otorgado a la información científica en salud en todas y cada una de esas iniciativas. Los resultados del análisis empírico-documental confirma la tesis: en los procesos legislativos, la información científica en salud es usada de forma discrecional. En ocasiones se usa y en ocasiones no se usa. Además se realizó un análisis de la magnitud de logro educativo de cada uno de los integrantes de la comisión en salud de cada legislatura y el promedio obtenido de acuerdo al método utilizado arrojó un porcentaje de 30.1 de un 100 % posible.

Para contextualizar este análisis se acudió a bibliografía adicional a la bioética. Se consultaron diversos autores de distintos marcos referenciales: 1) jurídico, 2) políticas públicas, 3) el concepto contemporáneo de ciencia, 4) conocimientos en salud realizados con metodología científica, 5) el logro educativo como predictor de desempeño. De todos los autores, disciplinas, instituciones y saberes consultados no se encontró un solo contenido que afirmara que la información científica en salud es perjudicial para las decisiones políticas en salud. Por el contrario, en todos los marcos referenciales, se encuentra de forma explícita o implícita la importancia de disponer de información realizada por el método científico como sustento de toda política pública. Es decir, el hecho de que los marcos jurídicos que regulan los procesos legislativos, permitan que el legislador ordinario sea quien decida si su voto, a favor o en contra

produzca la curación como resultado de estos cuidados y habilidades, y está obligado a demostrar este nivel de cuidado y habilidades (Beauchamp y Childress, 1998, p. 185).

de una iniciativa en salud, se sustenta o no en evidencia científica, abre la posibilidad de generar daño a la salud pública.

Desde la lógica jurídica, en estricto seguimiento al sistema constitucional que rige nuestro marco legal, a juicio del autor, cada vez que en algún proceso legislativo los legisladores diluyen la preponderancia de la información científica en salud otorgándole la misma importancia o por debajo, de sus ideas personales, intereses, ideologías, mitos, usos y costumbres o cualquier otro saber no justificado, realizan una acción anticonstitucional, ya que, como se expuso, la información científica en salud, es insustituible para intervenciones exitosas. Pues el bien jurídico tutelado es el derecho a la protección de la salud y para que ello realmente suceda está investigación expone evidencia de que la información científica en salud debe considerarse no solo valiosa sino preponderante. Es justo decir que el legislador hace lo que puede con lo que sabe y con lo que le imponen, el problema radica, a juicio del autor, en el marco normativo. Pues ese marco regulador es el que debería considerar como obligación que toda iniciativa en salud que se presente al órgano legislativo este sustentada y contenga una opinión técnica de alguna institución en salud, especializada en el tema.

Los paradigmas dominantes también dominan los contenidos de los agentes. Los sistemas de creencias disciplinares y sus representantes de una u otra manera manifiestan lo aprendido con anterioridad. Lo que antes fue valioso no siempre lo será y las leyes en sí mismas, solo son indicadores de lo perimido o no en un corte transversal de una sociedad. Las leyes y los marcos normativos son reflejo de las convenciones sociales en un tiempo históricamente delimitado.

Las normas jurídicas ni producen la justicia ni producen la equidad; las normas jurídicas lo único que pueden hacer es expresar en términos jurídicos los acuerdos sociales que se han tomado sobre esa situación, especialmente o idealmente, en los espacios democráticos destinados a esa toma de decisiones, y donde se supone que se ha logrado llegar a consensos para establecer, que en determinado punto, esto es lo que se considera justo o equitativo en una sociedad. Pero las normas jurídicas no van a producir ni la justicia ni la equidad.

A quién se tiene que confrontar con esta propuesta no es a las leyes en sí mismas (las leyes no tienen agencia *per se*), sino a quienes creen que las leyes actuales –los marcos normativos de Congreso de la Unión que no consideran a la información científica de forma preponderante– siguen siendo el mejor modelo para producir las mejores políticas públicas en salud, como mandata la constitución. En otras palabras, la petición de que la información científica se incluya como obligación para la presentación de una iniciativa en salud, no solo es más congruente con el paradigma académico actual, sino con las condiciones vigentes porque da evidencia irrevocable que apoya precisamente el texto constitucional, aunque la sugerencia venga de la bioética y no del derecho. Lograr que el cuerpo normativo contenga la obligación de usar los mejores recursos para incrementar la salud nacional, es “...la respuesta más humana que la sociedad puede otorgar a otro ser humano” (Cano et al 2014, p 326).

Los conocimientos consultados como marco referencial en el capítulo II corroboran por unanimidad la importancia del conocimiento científico. Pues desde distintas perspectivas se reconoce una alta correlación entre la magnitud del conocimiento con el nivel de competencias manifestado por agentes individuales y sociales. Ello se traduce a que mayor y mejor información es concomitante con mayores y mejores capacidades analíticas, resolutivas; los agentes funcionan y resuelven más y mejor, cuando mayor información del tema poseen o pueden adaptar sus modelos a temas inéditos. Análogamente entre más y mejor información se considere en los procesos legislativos en salud, se eleva la posibilidad de que se cumpla el mandato constitucional de proteger la salud. Incluir en el marco normativo un mandato jurídico que garantice que la información científica en salud será usada de forma preponderante en cada iniciativa en salud es a favor de la salud. No existe alguien que justificadamente pueda mostrar que la información científica perjudique a la salud pública. No es igual una declaración de una persona que aspira a un puesto político que una declaración que surge de una institución de investigación en salud, la diferencia no es por petición de principio ni por falacia de autoridad, sino porque la información que surge de la institución en salud, está diseñada para ser escrutada exhaustivamente por terceros y ante errores detectados o nuevas perspectivas, esa información puede corregirse, mejorarse o desecharse. Todo ello en base a que quienes reciben una formación

crítica o científica saben que tarde o temprano tendrán que mostrar ante terceros la validez de la información que pretende sea aceptada por una comunidad dada. Por el contrario, la declaración del aspirante a un cargo de elección popular nunca pasará por la verificabilidad de sus homólogos ni sufrirá descredito ante la sociedad si resulta sin validez. La salud clínica individual no está directamente en manos de administradores, ni de abogados, ni sociólogos, ni mucho menos en manos de alguien elegido democráticamente pero neófito en salud. La salud individual está en manos de especialistas en salud, entonces, ¿la sociedad mexicana debe aceptar con pasividad que la salud pública está mejor cuidada en manos de no especialistas en salud? La evidencia muestra lo contrario.

Análisis bioético: Lo considerado valioso socialmente lo es porque un agente muestra a terceros que “eso” es valioso debido a que genera productos más deseables que los que generan otras alternativas u opciones. Allí radica la moralidad de un concepto. Pero a diferencia de posiciones únicamente sustentadas en algún autor o en alguna moral, en el concepto de bioética para esta investigación se sustenta la “moralidad” -lo aceptable o no de una alternativa sobre otras alternativas- también deviene de un análisis constitutivo de los factores de esas alternativas. Se considera que los fenómenos analizados no son ni lineales, ni unidisciplinarias, sino que son conglomerados de conocimientos, técnicos, científicos, epistémicos culturales, teológicos, ideológicos, subjetivos, viscerales, y otros factores que interaccionan complejamente. Pero no obstante ese dinamismo de fuerzas, mediante modelizaciones cuantitativas de la realidad se pueden distinguir conceptualmente líneas objetivas que influyen en los fenómenos, ese conocimiento se considera científico. Existe una diferencia significativa entre un saber sistematizado como algo sustancial para la salud, a diferencia de cualquier saber pretendidamente saludable que carezca modelos objetivos.

Después de analizar a partir de la bioética el uso de la información científica en salud en los procesos legislativos en materia de salud pública en la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión de México durante el período 2006-2017, se afirma que es un conocimiento que ha provocado un inmenso daño sin pretenderlo. Pues dicho marco permite que la información

científica en salud se diluya a simple opinión. Esto no implica que el uso de la información científica eliminará de tajo todo menoscabo a la salud, pero si lo disminuye, lo cual es más deseable y ya se ha hartado expuesto que dicha información es ineludible e insustituible en la creación de políticas públicas eficaces y eficientes. Pues cada vez que en una iniciativa en salud la información científica no se considera preponderante se puede incrementar el factor de riesgo y causar daño. Adicionalmente, se acentúa que todos los saberes consultados tienen una tendencia unánime, mayor información protege más la salud. Entonces, ¿es aceptable que la sociedad mexicana siga aceptando pasivamente que un atributo cuya presencia casi siempre provoca efectos favorables, siga desvinculado del concepto y la práctica de legislativa cuando no existe una sola razón objetiva para no hacerlo? Desde esta perspectiva bioética sustentada en el daño, el factor de riesgo es tan evidente que la posibilidad de daño a la salud poblacional en el futuro es esperable porque ya ha sucedido en las dos décadas pasadas. En las cuales las enfermedades asociadas a los determinantes sociales de la salud se incrementaron aceleradamente en México, como nunca en la historia. Ante la pasividad y permisibilidad de un poder legislativo más enfocado en aprender a ser autónomo y volcado a soliloquios negadores de la realidad retratada en estadísticas, que en legislar eficazmente para proteger la salud pública. Esta investigación bioética trasciende más allá de ser un trabajo de grado y mucho más que una crítica al paradigma del formalismo jurídico o la denuncia de que el marco normativo es ciego a la información científica y que, por ende, no siempre cumple con el derecho a la protección de la salud. Puede considerarse, desde la perspectiva de riesgo que, los órganos legislativos cuando no sustentan sus políticas públicas en salud, en información científica, pueden ser un factor determinante para la salud, pero para dañarla.

La última reflexión bioética es que el marco normativo actual, propicia e incita a que la salud pública sea un producto que puede venderse al mejor postor y el *habitus* legislativo, no solo lo conoce, sino que lucra con esa posibilidad a tal grado que ha “legalizado” la presencia de agentes que influyen al “novato” legislador individual y colectivo.

Vinculación entre el concepto general de bioética y el fenómeno singular que se investigó

	Descripción teórica del concepto bioética para esta investigación (véase apartado 2.2, página 54)	Descripción del caso singular, específico, en el cual se aplica el concepto general.
Premisa A	La bioética puede analizar conocimiento de cualquier origen cuya puesta en práctica tenga la potencialidad de provocar un cambio significativo en la realidad.	<i>El proceso legislativo es conocimiento creado por seres humanos para generar políticas públicas en salud con la finalidad de cambiar la realidad.</i>
Premisa B	Existen argumentos suficientes para afirmar que los cambios provocados por esas acciones pueden calificarse de desfavorables.	<i>El estudio empírico muestra que los resultados favorables suceden cuando la información científica en salud se usa como guía. Y, cuando no se considera, se incrementa el factor de riesgo a la salud pública.</i>
Premisa C	Esos conocimientos y sus acciones están bajo la voluntad de algún agente moral.	<i>Los marcos jurídicos que regulan los procesos legislativos si pueden ser cambiados puesto que su contenido lo establecen seres humanos.</i>
Premisa D	Existe una forma distinta que pronostique estados del mundo más favorables	Si. Que el marco normativo considere como requisito que en toda iniciativa en salud la información científica tenga un peso preponderante en la presentación, rechazo o aprobación. Mediante opiniones técnicas de

instituciones expertas en el tema en turno.

Conclusión El actual proceso legislativo nacional se compone de una serie de etapas derivadas de conocimientos inventados por seres humanos. Ese procedimiento en su forma actual en ocasiones puede menoscabar la salud pública, lo cual es inaceptable desde el principio de no maleficencia de la bioética. Ese daño, cuando sucede, es inaceptable debido a que pudo disminuirse si la información científica se hubiese llevado a la práctica de una forma más eficaz y eficiente. En otras palabras, si la salud pública se perjudica, a pesar de haber sustentado la política pública en turno en el conocimiento científico más avanzado, no existe responsabilidad. Pero, si la salud pública se daña porque los diputados o senadores, que participaron en la construcción de la política pública, desestimaron la importancia de la información científica vinculada al tema en turno, es bioéticamente inaceptable y anticonstitucional.

RECOMENDACIONES

La única opción de que las políticas públicas sean eficaces y eficientes es: A) como ya se mencionó que la información científica en salud se use, siempre, de forma preponderante, y B) para que el legislador ordinario cumpla con ese mandato, el marco normativo debe considerarlo como obligatorio. Se propone lo siguiente.

Recomendación 1: crear un patrón de instituciones competentes para la emisión de opiniones técnicas.

El congreso de la unión no es una institución especializada en información en salud. Por ello se recomienda crear un patrón de instituciones competentes para la emisión de opiniones técnicas. No como órganos consultivos sino como órganos descentralizados del poder legislativo pero cuyas opiniones técnicas tengan el reconocimiento de ser el factor preponderante en la salud pública del futuro. Así, si las consecuencias siguen siendo desfavorables a la salud, el peso de la crítica social, se alejaría del congreso y caería en los especialistas en salud. Ello también diluirá una enorme tarea que el congreso atrajo ingenuamente a sus labores: la ponderación de la validez científica, técnica y epistémica en salud. Pues la labor del congreso es usar los mejores conocimientos disponibles los cuales ellos ni saben ni pueden validar. Así los legisladores optimizarían sus esfuerzos en aprender a hacer mejores políticas públicas en salud.

Las sociedades actuales como sistemas complejos. Características importantes que son comunes a todos los sistemas complejos: 1) Están compuestos de muchas partes que interactúan entre sí. 2) Cada parte tiene su propia estructura interna y está encargada de llevar a cabo una función específica. 3) Lo que ocurra a una parte del sistema afecta de manera no lineal a todo el sistema. 4) Presentan comportamientos emergentes, de tal manera que el todo no es la simple suma de sus partes. Un sistema complejo está constituido por nodos y sus interacciones. Los distintos nodos en un sistema tienen funciones diferenciadas. Unos nodos tienen atributos o actividades distintas a los restantes, por tanto, de forma análoga, una sociedad, puede

considerarse, como un sistema complejo, constituido por nodos con funciones específicas. Entonces, si el nodo llamado poder legislativo debe producir leyes que eleven el bien común, lo debe hacer con información de otros nodos, puesto que el nodo legislativo no es nodo técnico, científico ni especialista en producir información ni datos de cómo es el mundo. Dicho nodo, debería asegurarse que sus procesos internos están diseñados para allegarse la mejor información disponible, y con base en ella, producir las mejores políticas para la población. Y en el caso de la salud, las mejores políticas, siempre están acompañadas de la información científica más actual y vigente, producto de la actividad de otros nodos sociales especialistas en producir información mediante el método científico. De ahí se sigue el supuesto de que si el marco normativo del congreso de la unión exigiera que toda iniciativa en salud presentada al pleno de todo órgano legislativo, incluyera una opinión técnica emitida por alguna institución especializada produciría más salud que no hacerlo. En el estudio empírico presentado en esta investigación se observan datos que permiten afirmar que el congreso de la unión produce políticas públicas en salud deficientes cuando se alejan de la ciencia. Y está investigación sustenta la idea de que si el marco normativo exigiera una opinión técnica emitida por alguna institución especializada en salud, ello elevaría la efectividad de las políticas públicas en salud emanadas del órgano legislativo en turno. De esa manera se reduce la posibilidad de encontrar iniciativas en salud mal diagnosticadas, de soluciones no pertinentes, propuestas desde la ignorancia del proponente o desde ocurrencias individuales, o mal elaboradas.

Sintetizando, se propone que toda iniciativa en salud debe contener, una opinión técnica de alguna institución que reciba presupuesto federal, especializada en el tema de la iniciativa.

Recomendación 2: requisito para presentar iniciativas en salud

Opiniones técnicas de instituciones especializadas en salud. La parte nodal y sustantiva de las recomendaciones de esta investigación es que el sistema normativo del congreso de la unión debe contemplar como requisito ineludible que cada iniciativa en salud presentada al pleno del órgano legislativo en turno, incluya una opinión técnica de alguna institución especializada en

el tema de salud en turno y realizada ex profeso para esa iniciativa. Mientras no exista una obligación normativa que obligue al legislador ordinario a que su iniciativa contenga una opinión técnica de alguna institución especializada en un tema concreto en salud, las políticas públicas en salud seguirán con la calidad actual. Por tanto, se sugiere cambiar el marco legal del congreso de la unión para que toda iniciativa en salud referente a un determinante social de la salud, contenga como requisito, la opinión técnica de algún Instituto Nacional en Salud, de alguna universidad pública reconocida como experta en ese tema, de alguna comisión nacional, de alguna academia nacional, de la Secretaria de Salud, de COFEPRIS o de cualquier otra institución experta en salud que reciba presupuesto federal y que sea un referente especializado en el tema en el que otorga su opinión técnica.

Recomendación 3: requisito para desechar una iniciativa

En la época contemporánea palabras como “verdad” o “causalidad”, aparecen con menos frecuencia en las publicaciones académicas. Es decir, se hace evidente que la información científica en salud, es un factor más entre otros. Y en ocasiones específicas, esos otros factores pueden tener una importancia mayor a la información científica y a la opinión técnica de alguna institución en salud. Pero si es el caso, el agente moral (legislador, comisión en salud o pleno), que considere que existe un factor de mayor importancia o que impide la puesta en práctica de alguna acción propuesta en alguna iniciativa, ese agente moral –individual o colectivo– debe justificar públicamente el rechazo de la iniciativa. Justificar con validez técnica el porqué se rechaza una iniciativa en salud sustentada en información científica avalada por alguna institución especializada, no es una concesión benevolente de algún órgano legislativo, sino una explicación necesaria y exigible de las razones del rechazo. El legislador debe explicar sin resistencia y de forma detallada las causas por las cuales esa iniciativa, que la opinión técnica afirma produce más salud, no se aprueba. Por consiguiente, dicho rechazo tendría que exponer de forma exhaustiva a la sociedad las razones técnicas que llevaron a rechazar tal iniciativa. Es esperable que no todas las iniciativas sustentadas científicamente, serán aprobadas, aun contando con las opiniones técnicas de los nodos especializados en salud. Pero es exigible, jurídica,

técnica, médica y bioéticamente que todo rechazo a una iniciativa contenga una explicación plenamente justificada de su rechazo ya sea que el rechazo se manifieste en comisiones o en el pleno.

Por ello el marco normativo también debería incluir en su norma que en caso de que la comisión o el pleno rechacen la iniciativa en salud debería presentar un argumento técnico que sustente el rechazar la iniciativa presentada. Y dicho argumento deberá ser público y revisable, pues al no ser el órgano legislativo un nodo técnico en salud, puede errar por insuficiencia de conocimientos técnicos. Y si el proponente inicial de la iniciativa rechazada detecta que la justificación es deficiente deberá tener la posibilidad de exigir a quien rechazó la iniciativa un debate técnico público. De esa forma se reduce la posibilidad de que los rechazos a las iniciativas en salud sean de índole moral, ideológica, ignorancia, emocionales, o de cualquier otro factor extraño o ajeno a la salud pública.

Sintetizando, se propone que: todo rechazo a una iniciativa en salud –que contenga una opinión técnica de alguna institución que reciba presupuesto federal y especializada en el tema de la iniciativa– debe contener una justificación técnica de las razones del rechazo, la cual puede ser impugnada si el proponente de la iniciativa detecta errores en el dictamen técnico del rechazo.

De realizarse las recomendaciones hechas derivadas de esta investigación bioética, se pronostica que la salud pública será menos menoscabada. La bioética es un saber cuya efectividad radica en exhortar modificaciones en otros saberes, con base en una crítica racional, pública y compleja. Como la expuesta en esta investigación.

REFERENCIAS

- Aguilera, C. (2000). Un enfoque general de la teoría de las restricciones. *Estudios Gerenciales*, 16(77), 53-69.
- Alvarado, J. (2012). *Perspectiva jurídica y bioética y el interés superior del niño en la adopción*. (Tesis de maestría sin publicar). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Barrati, E.J. (2005). La realidad social como factor de legitimidad constitucional” *Lex tantum*. *Anuario de la Escuela de Derecho de la Universidad Anáhuac de Xalapa*, 2, 7-37.
- Barrientos-Pérez, M. y Flores-Huerta, S. (2008). ¿Es la obesidad un problema médico individual y social? Políticas públicas que se requieren para su prevención. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 639-651.
- Beauchamp, TL y Childress, JF. (1998). *Principios de ética Biomédica* (versión española de la 4ª ed. inglesa). Madrid, España: Masson.
- Brillouin, L. (1969). *La información y la incertidumbre en la ciencia*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Brito, T. (2013, mayo 31). Qué es un cabildero o "lobbyist". Nota periodística. Recuperado el 16 de julio de 2017 de <https://www.aboutespanol.com/que-es-un-cabildero-o-lobbyist-2728995>
- Borgoño, C. (2014). *Bioética Global y Derechos Humanos*. Recuperado de: <http://www.bioeticaweb.com/bioetica-global-y-derechos-humanos/>
- Bunge, M. (1972). *Causalidad, el principio de la causalidad en la ciencia moderna* (3ra ed.). Buenos Aires: EUDEBA.
- Bunge, M. (1981). *La Ciencia: su método y su filosofía*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte.

Bunge, M. (2012). Filosofía para médicos. Buenos Aires: Gedisa.

Cámara de Diputados, Dirección General del Centro de Documentación, Información y Análisis. (2005). I. Procedimiento legislativo. Recuperado el 14 de mayo de 2015 de <http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/prosparl/iproce.htm>

Cámara de Diputados. (1998). Diccionario de términos parlamentarios. México: Porrúa.

Cámara de Diputados, LX Legislatura. (2008, Abril). Iniciativa que reforma el artículo 307 de la ley general de salud, a cargo de la diputada Guadalupe Socorro Flores Salazar, del grupo parlamentario del PRD. Gaceta Parlamentaria, 2480-II. Recuperado el 8 de abril de 2014 de <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/60/2008/abr/20080408-II.html#Ini20080408-5>

Cámara de Diputados. (2009a). Asuntos turnados a la comisión de: Salud. LX Legislatura. Recuperado el 6 de junio de 2015 de http://sitl.diputados.gob.mx/cuadro_asuntos_por_comision.php?comt=47

Cámara de Diputados. (2009b). LX Legislatura. Diputados. Salud. Plantilla de integrantes. Recuperado el 26 de abril de 2015 de: http://sitl.diputados.gob.mx/integrantes_de_comision.php?comt=47

Cámara de Diputados. (2011, Octubre, 4). Diario de los Debates de la Cámara de Diputados, Año III, Primer Periodo. Recuperado el 26 de abril de 2015 de: <http://cronica.diputados.gob.mx/PDF/61/2011/oct/111004-2.pdf>

Cámara de Diputados. (2012a). LXI Legislatura. Diputados. Salud. Plantilla de integrantes. Recuperado el 26 de abril de 2015 de: http://sitl.diputados.gob.mx/LXI_leg/integrantes_de_comisionlxi.php?comt=41

Cámara de Diputados. (2012b). Asuntos turnados a la comisión de: Salud. LXI Legislatura. Recuperado el 6 de junio de 2015 de http://sitl.diputados.gob.mx/LXI_leg/cuadro_asuntos_por_comisionlxi.php?comt=41

Cámara de Diputados. (2015a). Asuntos turnados a la comisión de: Salud. LXII Legislatura. Recuperado el 9 de diciembre de 2015 de http://sitl.diputados.gob.mx/LXII_leg/cuadro_asuntos_por_comisionlxii.php?comt=51

Cámara de Diputados. (2015b). LXII Legislatura. Diputados. Salud. Plantilla de integrantes. Recuperado el 26 de abril de 2015 de: http://sitl.diputados.gob.mx/LXII_leg/integrantes_de_comisionlxii.php?comt=51

Cámara de Diputados, LX Legislatura, Secretaría de Servicios Parlamentarios (sf). Iniciativas presentadas en la LX Legislatura turnadas a comisión. Recuperado el 14 de octubre de 2015 de: <http://sitl.diputados.gob.mx/iniciativas.php?comt=36&edot=T>

Cámara de Diputados, LXI Legislatura, Secretaría de Servicios Parlamentarios (sf). Iniciativas presentadas en la LXI Legislatura turnadas a comisión. Recuperado el 14 de octubre de 2015 de: http://sitl.diputados.gob.mx/LXI_leg/iniciativaslxi.php?comt=36&tipo_turnot=1&edot=T

Cámara de Diputados, LXII Legislatura, Secretaría de Servicios Parlamentarios (sf). Iniciativas presentadas en la LXII Legislatura turnadas a comisión. Recuperado el 14 de octubre de 2015 de: http://sitl.diputados.gob.mx/LXII_leg/iniciativaslxii.php?comt=36&tipo_turnot=1&edot=T

Cámara de Diputados, LXIII Legislatura, Secretaría de Servicios Parlamentarios (sf). Iniciativas presentadas en la LXIII Legislatura turnadas a comisión. Recuperado el 3 de marzo de 2017 de: http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII_leg/iniciativaslxiii.php?comt=53&tipo_turnot=1&edot=T

Cámara de Diputados. (2017a). LXIII Legislatura. Cámara de Diputados. H. Congreso de la Unión. Recuperado el 3 de marzo de 2017 de <http://www.diputados.gob.mx/>

Cámara de Diputados. (2017b). LXIII Legislatura. Diputados. Salud. Plantilla de integrantes. Recuperado el 26 de abril de 2015 de: http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII_leg/integrantes_de_comisionlxiii.php?comt=53http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII_leg/integrantes_de_comisionlxiii.php?comt=53

- Cámara de Diputados. (2017c). Listado de Comisiones Ordinarias. Recuperado el 3 de marzo de 2017 de http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII_leg/listado_de_comisioneslxiii.php?tct=1
- Campbell, N.A.; Mitchell, L.G. y Reece, J.B. (2001). *Biología conceptos y relaciones* (3ª ed.) México: Pearson.
- Camposeco C. M. A. (1990) *De las iniciativas, Manuales Elementales de Técnicas y Procedimientos Legislativos*. Primera Edición. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, LIV Legislatura. México, Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/biblioteca/bibdig/Iniciativas/index.htm>
- Campos, C. A. (2013). Concepto manifestado en seminario de doctorado, octubre, 2013.
- Cano, V.F.; Campos, C.A.; Cáceres, N.E. y Aranda D. (2012). *Dispraxis*. México UNAM, Instituto De Investigaciones Jurídicas.
- Cano, V.F.; Márquez, D. y Melgar, P. (2014). *Medicina y estructuras jurídico administrativas en México: Hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Cano, V. F. Pantoja, N. M. Sánchez, M. M. (2017) *El péndulo de la medicina, el doble péndulo de la salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Cañete Villafranca R, Guilhem D, Brito K. (2015). Paternalismo médico. *Revista Médica Electrónica*, 35(2), 144-152. Recuperado el 14 de mayo de 2017 de: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema06.htm>
- Capdevielle, J. (2011). El concepto de Habitus: “Con Bourdieu y contra Bourdieu”, *Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 10, 31-45.

- Carpio, E. (2011). Relaciones entre Ejecutivo y Congreso en México, 1997-2006: La aprobación de las finanzas públicas en dos gobiernos sin mayoría. *Andamios*, 8(15), 273-303.
- Carrillo, C. (2011). Causalidad y sucesiones temporales en la filosofía de Kant. Tesis de maestría no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Casado, M. (Comp.). (2000). *Estudios de Bioética y Derecho*. Valencia, España: Tirant Lo Blanch
- Chávez, H.E. (2016) *El derecho parlamentario estatal mexicano. Análisis y propuesta de reforma*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto De Investigaciones Jurídicas.
- Cisneros, C.A. (2000, marzo). Pensamiento borroso y narrativas cotidianas. *Revista Casa del Tiempo*. Recuperado el 16 de octubre de 2016 de: <http://www.difusioncultural.uam.mx/revista/mar2000/cisneros.html>
- Comisión Nacional de Bioética, CONBIOÉTICA. (2015). Consentimiento informado. Recuperado el 9 de octubre de 2016 de http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
- Comisión Nacional de Bioética, CONBIOÉTICA. (2015). *¿Qué es bioética?* Recuperado el 9 de octubre de 2016 de http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
- Comisión Permanente del Congreso de la República, XLII Legislatura. (2015). *Gaceta Parlamentaria*, No. 22, tomo III. Recuperado el 16 de marzo de 2016 de: <http://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/62/3/2015-08-14-1/assets/documentos/gaceta03.pdf>
- Consejo Nacional de Población, CONAPO. (2015). *Proyecciones de la Población 2010-2050. Datos de Proyecciones*. Recuperado el 16 de marzo de 2016 de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos

- Crawford, S. (1983). The origin and development of a concept: the information society. *Bulletin of the Medical Library Association*, 71(4), 380-385.
- Cuevas, B. (2010), *Coloquio de Filosofía de la Tecnología*. Catedrática de la Universidad de Salamanca. Llevado a cabo en el Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM del 5 al 7 de octubre del 2010.
- Delors, J. (Coord). (1996). La Educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI. Paris: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO.
- Derrida, J. (1971). De la gramatología. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Díaz, E. y Heler, M. (1989) El conocimiento científico, hacia una revisión crítica de la ciencia. Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- Di Trocchio, F. (1997). Las Mentiras de la ciencia. Madrid: Alianza Editorial.
- Duran, S. (2007). Gestión del conocimiento: herramientas en descentralización y fortalecimiento de la administración municipal: Una visión desde el PNUD. *Revista Buen gobierno*, 3, 182-197.
- Eraña, M. (2013). Derecho Parlamentario Orgánico. Claves para ser un buen legislador en México. México: Biblioteca Jurídica Porrúa.
- Escobar, J. y Aristizabal, C. (2011, noviembre). Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. *Revista Colombiana de Bioética*, 6, 76-109.
- Foucault, M. (2000). Defender la Sociedad: Curso en el Collège de France (1975-1976). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Foucault, M. (2003). Hay que defender la sociedad: Curso del Collège de France (1975-1976). Madrid: Akal.

- Galiana, A. (2003). La legislación en el estado de derecho. Madrid: Dykinson.
- García, E. (2002). Introducción al estudio del derecho (53ª ed.). México: Porrúa.
- García, S. P (1999). Diccionario Filosófico, manual de materialismo filosófico una introducción analítica, Oviedo. Consultado el 20 de agosto de 2014. Disponible en: <http://www.filosofia.org/filomat/df507>.
- Garza, R. J. (2005). Investigación en la UNAM.- un punto de vista en la facultad de medicina veterinaria y zootecnia. UNAM, Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia.
- Garza, R. J. (2017). Evolución conceptual hacia la salud integral. Ponencia presentada en el simposio “El camino hacia una salud, los determinantes sociales de la salud y las buenas prácticas de producción”. Academia Mexicana de Medicina. Recuperado el 15 de octubre de 2015 de <https://www.youtube.com/watch?v=3UCcFH4URBY>
- Gobierno Federal de México, Secretaría de Salud. (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Ciudad de México: Autor.
- González, J. (1999). Valores éticos de la ciencia, En R. Vázquez (comp.), Bioética y derecho: Fundamentos y problemas actuales (pp. 25-41). México: Instituto Tecnológico Autónomo de México/Fondo de Cultura Económica.
- Gracia, D. (2004). Ética Médica: conceptos fundamentales, En P. Farreras y C. Rozman (Eds), Medicina Interna (13ª ed.) (pp.55-60). Madrid: Elsevier.
- Habermas, J. (1998). Facticidad y Validez, sobre el derecho y el Estado democrático del derecho, en términos de teoría del discurso. Madrid: Trotta.
- Hans, J. (1995). El principio de responsabilidad: Ensayo de una ética para civilización tecnología. Barcelona, España: Herder.

Hardy, R.M. (1988). Diabetes Mellitus en el perro y en el gato. Revista de AVEPA, 8(2), 71-88. Recuperado el 14 de octubre de 2014 de: <https://ddd.uab.cat/pub/clivetpeqani/11307064v8n2/11307064v8n2p71.pdf>

Hartman, R. (1959). La estructura del valor. Fundamentos de axiología científica. México: Fondo de Cultura Económica.

Head, B. (2010). Evidence-based policy: principles and requirements. Strengthening evidence based policy in the australian federation, volume 1: proceedings. Recuperado el 14 de octubre de 2016 de: http://www.pc.gov.au/__data/assets/pdf_file/0007/96208/03-chapter2.pdf

Hempel, C.G. (2005). La explicación científica. Estudios sobre la filosofía de la ciencia. Barcelona, España: Paidós.

Huerta, C. (2009). Teoría del derecho. Cuestiones relevantes. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Hurtado de Barrera, J. (2010). Metodología de la Investigación: Guía para la comprensión holística de la ciencia (4ta ed.). Bogotá-Caracas: Quirón.

Iglesias, S. (1976). Principios del Método científico. México D.F.: Verum Factum.

Kelsen, H. Fuller, L. F. y Ross, A. (2003). Ficciones jurídicas. México: Distribuciones Fontamara.

Kant, I. (2009). Crítica de la razón pura. FCE, UAM, UNAM. Primera reimpresión (2011)

Kitcher, P. (2001) El Avance de la Ciencia, ciencia sin leyenda objetividad sin ilusiones. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Filosóficas.

- Kottow, M. (2009). *Bioética Ecológica*. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.
- Krieger, P. (2004). La deconstrucción de Jacques Derrida (1930-2004). *Anales del Instituto de Investigaciones Estéticas*, vol. XXVI, núm. 84. Ed. Primavera, México DF, México.
- Larenz, K. (1958). *Derecho de las obligaciones (versión española y notas de Jaime Santos Briz)*. Madrid, *Revista de Derecho Privado*.
- Lazcano-Ponce. E. y Ramírez-Barba. E.J. (2008). Legislación basada en evidencia científica. El caso de México. *Salud Pública de México*, 50(supl. 3), 277-278.
- León, O. (2007). *La ciencia y la tecnología en la sociedad del conocimiento. Ética, política y epistemología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- León, F.J. (2011). *Bioética: La promoción de la dignidad de la dignidad de la persona en el ámbito biomédico*. Madrid: Palabra.
- Linares, J. (2011). *La bioética desde una perspectiva filosófica*. Recuperado de: https://www.academia.edu/592570/La_bioética_desde_una_perspectiva_filosofica
- Lifshitz, A. (2002). El Significado actual de “Primum Non Nocere”. Recuperado el 18 de noviembre de 2015 de http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/junio_2k2.pdf
- López de la Vieja, M.T. (2014). *Análisis bioético. Casos y narrativas*. Seminario impartido Universidad Nacional Autónoma de México, agosto, Ciudad de México.
- Maldonado, C. (2005). ¿Qué es investigar en bioética? En A.I. Gómez y C.E. Maldonado (Comps), *Bioética y educación. Investigación, problemas y propuestas* (pp. 23-39). Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario.
- Martínez, V.M. (2010). Aspectos bioéticos de los derechos humanos. En C. Maqueda Abreu y V. Martínez Bullé Goyri (coords), *Derechos Humanos: temas y Problemas* (pp.391-411).

Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. Recuperado el 21 diciembre de 2016 de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2758/13.pdf>

Martínez, M. (2012). Nuevos fundamentos en la investigación científica. Ciudad de México: Trillas.

Martínez Buyé-Goyri, V. (2013) Sobre los derechos humanos y la justicia. En J. González y J.E Linares (coords.), Diálogos de bioética. Nuevos saberes y valores de la vida. México: Fondo de Cultura Económica.

Martínez Buyé-Goyri, V. (2016). Jurisprudencia y conocimiento médico. Ponencia presentada en el simposio Medicina, Verdad y Validez. Unidad de Informática y Telecomunicaciones FM UNAM. Recuperado en 14 de abril de 2017 de disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Gk8iqxi2I3c>

Mazuelos, P.J. (1998). Posibilidad y significado de una bioética mediterránea. Tesis doctoral. Roma. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/images/stories/documentos/comparacion%20engelhardt%20y%20gracia.pdf>

Mendoza, L.A. (2014). La acción civil del daño moral. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.

México. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2010, julio 29). Diario Oficial de la Federación, julio 29, 2010.

México. Decreto por el que se expide el Reglamento de la Cámara de Diputados. (2010). Diario Oficial de la Federación, diciembre 24, 2010.

México. Ley reglamentaria del artículo 5o. constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. (2010). Diario Oficial de la Federación, agosto 19, 2010.

- Mora-Donatto, C. (2012). Teoría de la legislación. México: Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Jurídicas. Recuperado el 13 de abril de 2017 de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3201/4.pdf>
- Morin, E. (2005). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, España: Gedisa.
- Mosterin H. J y Torreti R. (2002). Diccionario de Lógica y Filosofía de la Ciencia, Madrid, España: Editorial Alianza.
- Murillo, S. (2012). Prácticas científicas y procesos sociales una genealogía de las relaciones entre ciencias naturales, ciencias sociales y tecnologías. Buenos Aires: Biblos.
- Muro, E. (2006). Algunos elementos de técnica legislativa. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto e Investigaciones Filosóficas.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Serie de Informes Técnicos; 916. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009a). Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2009b). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62a asamblea mundial de la salud, punto

12.5 del orden del día 22 de mayo de 2009. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2017). Determinantes sociales de la salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2013). Clasificación Internacional Normalizada de la Educación CINE 2011. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002207/220782s.pdf>

Ortega, R.G. (2004). Bioética, legislación políticas públicas y derechos humanos. México: Comisión nacional de derechos humanos

Parsons, W. (2007). Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas. Ciudad de México: FLACSO México.

Pastore, M. (2009). Neocontractualismo y nuevo espacio público, la salida de la democracia liberal. Buenos Aires: Ediciones del Signo.

Pérez T. R. (1990). ¿Existe el método científico? México DF: Fondo de Cultura Económica.

Popper, K.R. (1962). La lógica de la investigación científica (2da ed.). Madrid: Tecnos.

Potter, V.R. (1971). Bioethics: Bridge to the Future. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Prigogine, I. (1997). ¿Tan solo una ilusión? (4ª ed.). Barcelona, España: Tusquets.

Quintanas A. (2009). Reseña de "Bioethics: Bridge to the Future" de Van Rensselaer Potter. Sinéctica, Revista Electrónica de Educación, 32, 1-5. Extraído el 24 de mayo de 2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99812141010>

Real Academia Española RAE. (2017). Diccionario de la lengua española (22da ed.). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=PUzkYYPH>

Robles del Valle, I. (2013, octubre 18). ¿Qué diablos hace un cabildero? Acá te lo decimos. Nota periodística. Recuperado el 16 de julio de 2016 de: <http://www.animalpolitico.com/2013/10/quienes-son-y-que-hacen-los-cabilderos-en-el-congreso/>

Rojas Soriano, R. (2002). Investigación social: teoría y praxis (11ra ed.). Ciudad de México: Plaza y Valdés.

Rorty, R. y Habermas, J. (2007). Sobre La Verdad: ¿Validez Universal O Justificación? Buenos Aires: Amorrortu.

Rosenblueth, A. (1971). El método científico. México: Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional.

Ross, A. (1991). El concepto de validez y otros ensayos. México: Distribuciones Fontamara.

Ruelle, D. (2003) Causalidad y caos. Dirección general de divulgación de la ciencia. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Rubio, L. y Jaime E. (2008). El acertijo de la legitimidad. Por una democracia eficaz en un entorno de legalidad y desarrollo. México: Fondo de Cultura Económica-CIDAC

Sádaba, J. (2009) Principios de bioética laica. España: Gedisa.

Sagols, L. (2006). Interfaz bioética. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México/ Fontamara.

Sanllehí, J., (2000). A vueltas con el principio de autonomía. En M. Casado (Comp.) Estudios de bioética y derecho (pp. 101-112). Valencia, España: Tirant Lo Blanch.

- Sánchez, A.J. (1982). *¿Hacia dónde va la democracia?*. México: Cuadernos de Joaquín Mortiz.
- Schuster, F.G. (2005). *Explicación y predicción. La validez del conocimiento en ciencias sociales* (3ra ed.). Buenos Aires: CLACSO.
- Secretaría de Educación Pública (2017). Registro Nacional de Profesionistas. Recuperado el 17 de marzo de 2017 de: <https://www.cedulaprofesional.sep.gob.mx/cedula/presidencia/indexAvanzada.action>
- Senado de la República, LXIII Legislatura. (2014, Noviembre 6). *Gaceta: LXII/3PPO-47/51167*. Recuperado de: <http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=2&sm=2&id=51167>
- Serrano, J.M. (2005). *Retos Jurídicos de la bioética*. Madrid, España: Ediciones Internacionales Universitarias.
- Sistema de información Legislativa (2017a). *Glosario. Definición de proceso legislativo*. Recuperado el 12 de julio de 2017 de: <http://sil.gobernacion.gob.mx/Glosario/definicionpop.php?ID=192>
- Sistema de información Legislativa (2017b). *Lo que debes saber del congreso. Proceso legislativo*. Recuperado el 12 de julio de 2017 de: <http://sil.gobernacion.gob.mx/Congreso/congreso2.php?accion=1#Proceso>
- Sistema de información Legislativa (2017c). *Glosario. Comisión*. Recuperado el 12 de julio de 2017 de: <http://sil.gobernacion.gob.mx/Glosario/definicionpop.php?ID=36>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (1942, Septiembre). *Semanario Judicial de la Federación, Segunda Sala, Quinta Época, Tomo LXXIII, tesis P. C/97*. Recuperado de: <https://sjf.scjn.gob.mx/SJFSist/Documentos/Tesis/326/326322.pdf>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (1997, Junio). *Semanario Judicial de la Federación, Novena Época, Tomo V, tesis P. C/97*. Recuperado de: <https://sjf.scjn.gob.mx/SJFSist/paginas/DetalleGeneralV2.aspx?id=198428&Clase=DetalleTesisBL>

- Sztajnszrajber, D. (2015). Derrida. Clase 7 del ciclo "8 Filósofos | Recargado" dictado en la Facultad Libre de Rosario. Recuperado el 18 de julio de 2017 de: https://www.youtube.com/watch?v=oZG5Lq_wnHk (Minuto 28:30 al 29:20)
- Tarasco, M.M. (2009) Diversas posturas filosóficas que influyen en el razonamiento bioético. En K. Porter (Ed.), *Introducción a la Bioética* (pp. 13-44). Ciudad de México: Méndez.
- Tomás, G y Postigo, E. (2007). *Bioética personalista: ciencia y controversias*. Madrid , España: Ediciones internacionales universitarias, EIUNSA, S.A.
- Urbina, M. y González, M.A. (coords.),(2012). *Importancia de los determinantes sociales en la salud* (1ra ed.). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Urrutia, P.N. (1997). *Ley*. En F.B. Valenzuela (Coord.), *Diccionario universal de términos parlamentarios* (pp.415-416). México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
- Valadés, D. (1999). *Representación y legitimidad*. En J.J. Orozco, (Comp.). *Democracia y representación en el umbral del siglo XXI. Memoria del III Congreso Internacional de Derecho Electoral* (pp. XXIII-XXX). México: Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.
- Valadés, D. (2002). *Constitución y democracia*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto e Investigaciones Filosóficas.
- Velasco, E. (2005). *Políticas Públicas Basadas en Evidencia*. Recuperado el 30 de octubre de 2014 de: <http://politicadigital.cl/?P=leernoticiaprint&Article=1243>
- Velasco, G.D. y López, B.C. (Comps) (2013) *Aproximaciones a la filosofía de la ciencia política*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.

- Viesca, T. (2007). Bioética. Concepto y Métodos. Diálogos de Bioética. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 15 de octubre de 2015 de: <http://www.bioetica.unam.mx/assets/bioetica1.pdf>
- Viesca, T. (2013) La medicina ante la vida. En González, V. J; Linares J.E (coord.) Diálogos de bioética. Nuevos saberes y valores de la vida. México: Fondo de Cultura Económica. UNAM.
- Viesca T. (2014). Comunicación personal en seminario de doctorado, Marzo, 2014.
- Viesca T. (2016). Comunicación personal en seminario de doctorado, Diciembre, 2016.
- Wilson Volochinsky, B. (2002). 226 preguntas en derecho civil: contratos y responsabilidad extracontractual. Santiago de Chile: La Ley.
- Weber, M. (1979). Economía y Sociedad: esbozo de una sociología comprensiva. México: FCE.
- Zavala de González, M. (1996). Resarcimiento de daños (Tomo II. Daños a las personas. Integridad física). Buenos Aires: Hammurabi.
- Zannoni, E.A. (1993). El daño en la responsabilidad civil (2a. ed.). Buenos Aires: Astrea.

ANEXOS

Anexo 1. Bases legales que sustentan y orientan la actuación legislativa

1	CONSTITUCIÓN Política de los Estados Unidos Mexicanos
<p><u>Artículo 70.</u> Toda resolución del Congreso tendrá el carácter de ley o decreto.</p> <p><u>Artículo 71.</u> El derecho de iniciar leyes o decretos compete:</p> <p>I. Al Presidente de la República;</p> <p>II. A los Diputados y Senadores al Congreso de la Unión; Fracción reformada DOF 09-08-2012</p> <p>III. A las Legislaturas de los Estados; y Fracción reformada DOF 09-08-2012</p> <p>IV. A los ciudadanos en un número equivalente, por lo menos, al cero punto trece por ciento de la lista nominal de electores, en los términos que señalen las leyes. Fracción adicionada DOF 09-08-2012</p> <p>La Ley del Congreso determinará el trámite que deba darse a las iniciativas. Párrafo reformado DOF 17-08-2011, 09-08-2012</p>	

2	LEY Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos
<p>Las Comisiones son órganos constituidos por el Pleno, que a través de la elaboración de dictámenes, informes, opiniones o resoluciones, contribuyen a que la Cámara cumpla sus atribuciones constitucionales y legales.</p> <p><u>Artículo 45</u></p> <p>1.- Los presidentes de las comisiones ordinarias, con el acuerdo de éstas, podrán solicitar información o documentación a las dependencias y entidades del Ejecutivo Federal cuando se trate de un asunto sobre su ramo o se discuta una iniciativa relativa a las materias que les corresponda atender de acuerdo con los ordenamientos aplicables.</p> <p>7.- Las comisiones tomarán sus decisiones por mayoría de votos de sus miembros. En caso de empate en la votación de un proyecto de dictamen o resolución deberá repetirse la votación en la misma sesión, y si resultare empate por segunda vez, se discutirá y votará de nuevo el asunto en la sesión inmediata, pero si aquél persistiere, el asunto será resuelto en definitiva por el Pleno, dando cuenta de ambas posiciones, escuchando a los oradores a favor y en contra que determine el Presidente de la Mesa Directiva y conforme a las reglas del debate que rigen a la</p>	

Asamblea.

Artículo 93

Las reuniones de las comisiones podrán ser públicas, cuando así lo acuerden sus integrantes. También podrán celebrar sesiones de información y audiencia a las que asistirán, a invitación de ellas, representantes de grupos de interés, asesores, peritos, o las personas que las comisiones consideren que puedan aportar conocimientos y experiencias sobre el asunto de que se trate.

Artículo 94

Las comisiones tomarán sus decisiones por mayoría de votos de sus miembros. Los dictámenes que produzcan deberán presentarse firmados por la mayoría de los senadores que las integren. Si alguno o algunos de ellos disienten del parecer de la mayoría, podrán presentar por escrito voto particular.

ARTICULO 97

Los presidentes de las comisiones, por acuerdo de éstas, podrán solicitar información o documentación a las dependencias y entidades del Ejecutivo Federal cuando se trate un asunto sobre su ramo o se discuta una iniciativa relacionada a las materias que les corresponda atender de acuerdo con los ordenamientos que las rigen.

3

REGLAMENTO del Senado de la República

Artículo 117

1.-Las comisiones ordinarias elaboran dictámenes, informes y opiniones respecto de los asuntos que se les turnan; y ejercen las facultades de información, control y evaluación que les corresponden.

2.-Las competencias de las comisiones ordinarias conciernen en lo general a sus respectivas denominaciones;

Artículo 128

1.- Conforme a los artículos 91 y 104 de la Ley, la Junta Directiva de cada comisión se constituye con un presidente y dos secretarios.

Artículo 129

VI- Promover la realización de estudios e investigaciones, especialmente de carácter histórico, doctrinario y de derecho comparado, en los asuntos competencia de cada comisión; VII.- Proponer consultas y audiencias, públicas o privadas, con autoridades gubernamentales, especialistas, representativos de organizaciones sociales y ciudadanos en general, relacionados

con las materias de cada comisión;

Artículo 135

1. Las comisiones ordinarias tienen adicionalmente las atribuciones siguientes:

a. Dictaminar las iniciativas, minutas, proyectos y proposiciones que les son turnados;

Artículo 136

2.- Conforme a lo dispuesto en la parte final del párrafo 1 del artículo 103 de la Ley, las comisiones pueden resolver por sí mismas los asuntos cuya naturaleza y trascendencia así lo requieran, sin que contravengan los ordenamientos relativos.

Artículo 150

6. Las decisiones en las comisiones se adoptan con el voto de la mayoría absoluta de sus integrantes presentes.

7. Las votaciones sobre dictámenes o resoluciones requieren de la mayoría absoluta de los integrantes de la respectiva comisión.

Artículo 157

1.- Para el desempeño de sus funciones cada comisión y comité cuenta con un Secretario Técnico y, conforme a sus necesidades y la disponibilidad de recursos humanos y presupuestales del Senado, con asesores parlamentarios de carrera o especializados y demás personal de apoyo.

2.- Con autorización de la Mesa, los asesores especializados son contratados para auxiliar a las comisiones o comités, cuando se requieran servicios profesionales idóneos para asuntos específicos.

Artículo 159

1.- Los secretarios técnicos deben contar con título profesional, así como tener conocimientos y experiencia en las materias de competencia de la comisión o comité que corresponda.

2.- Los secretarios técnicos de las comisiones de Estudios Legislativos, Justicia, Puntos Constitucionales, Reglamentos y Prácticas Parlamentarias, así como de la Jurisdiccional, deben ser licenciados en Derecho, preferentemente con maestría o doctorado.

Artículo 169

Toda iniciativa consta por escrito y contiene, al menos, lo siguiente:

- A. Encabezado o título, con el señalamiento preciso del o de los ordenamientos a que se refiere;
- B. Fundamento legal;
- C. Exposición de motivos, con las razones que la sustentan y la descripción del proyecto;
- D. Texto normativo que se propone de nuevos ordenamientos o de adiciones o reformas a

los ya existentes;

E. Régimen transitorio y, en su caso, el señalamiento de la legislación a derogar o abrogar;

F. Lugar y fecha de formulación; y

G. Nombre y firma del o los autores y, en su caso, el grupo parlamentario del cual forman parte.

5.- Cuando se considera conveniente, pueden anexarse a la iniciativa los documentos que facilitan su comprensión y análisis.

Artículo 182

1.- Los dictámenes legislativos son los documentos formulados en comisiones, por los cuales se propone al Pleno una decisión sobre las iniciativas o proyectos turnados por el Presidente.

2.- Al emitir dictamen las comisiones proponen aprobar, modificar o desechar, parcial o totalmente, iniciativas o proyectos.

Artículo 184

1.- En el proceso de dictaminar, las comisiones pueden convocar a audiencias públicas o reuniones, con el fin de escuchar al autor o autores de la iniciativa, a especialistas en la materia, representantes de organizaciones y grupos interesados, así como a ciudadanos.

2.- De igual modo, las comisiones pueden recibir de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal o de cualquier ente público, de los distintos órdenes de gobierno, los elementos de información que estimen convenientes para el desahogo de sus trabajos.

Artículo 80

1.- El dictamen es un acto legislativo colegiado a través del cual, una o más comisiones facultadas presentan una opinión técnica calificada, por escrito para aprobar o desechar los siguientes asuntos:

Artículo 82

1.- El dictamen podrá proponer la aprobación total o parcial del asunto o asuntos que le dieron origen, o bien, proponer su desechamiento. Cuando se dictamine parcialmente un asunto, el resto se tendrá por resuelto y todo el asunto se considerará como total y definitivamente

concluido.

Artículo 84

1.-El dictamen será válido sólo cuando la comisión o comisiones discutan un asunto en Reunión y éste se apruebe, por mayoría absoluta.

Numeral reformado DOF 20-04-2011

Artículo 85.

1. El dictamen deberá contener los siguientes elementos:

I. Encabezado o título del dictamen donde se especifique el asunto objeto del mismo, así como el ordenamiento u ordenamientos que pretenda crear o modificar;

II. Nombre de la comisión o comisiones que lo presentan;

III. Fundamento legal para emitir dictamen;

IV. Antecedentes del procedimiento;

V. Nombre del iniciador;

VI. Contenido del asunto o asuntos, destacando los elementos más importantes, entre ellos el planteamiento del problema;

VII. Proceso de análisis, señalando las actividades realizadas, como entrevistas, comparecencias, audiencias públicas o foros, con el fin de tener mayores elementos para dictaminar;

VIII. En su caso, valoración de impacto presupuestal, regulatorio u otro;

IX. Análisis y valoración de los argumentos del autor que sustentan el asunto o asuntos;

X. Análisis y valoración de los textos normativos propuestos, en su caso, explicando si se aprueban, modifican o desechan;

XI. En caso de dictamen positivo:

a) El proyecto de decreto;

b) La denominación del proyecto de ley o decreto;

c) El texto normativo que se somete a la consideración del Pleno, y

d) Los artículos transitorios.

XII. En caso de dictamen negativo, el proyecto de acuerdo respectivo,

XIII. En ambos casos el voto aprobatorio de la mayoría absoluta de las diputadas y de los diputados de la comisión o comisiones que dictaminan, que debe constar mediante firma autógrafa, y

Fracción reformada DOF 20-04-2011

XIV. Lugar y fecha de la Reunión de la comisión en que se aprueba.

Artículo 135

1. El voto es la manifestación de la voluntad de un legislador a favor, en contra o por la

abstención, respecto al sentido de una resolución de un determinado asunto.

Artículo reformado DOF 20-04-2011

Artículo 148

1. Las comisiones o comités, para el despacho de los asuntos, deberán contar con asesores parlamentarios de carrera que proporcionará el Comité de Administración conforme a la disponibilidad de los recursos humanos y el perfil del conocimiento requerido para cada tema.
2. Podrán además, en los casos que así lo amerite, tener personal de confianza y, en su caso, de base, que reúna el perfil del conocimiento requerido para cada tema.

Artículo 149

1.-La Junta Directiva de la comisión o comité deberá, en su caso:

VI. Llevar a cabo consultas, respecto a los temas de su competencia, con representantes de los otros Poderes de la Unión, especialistas, organizaciones sociales, grupos de interés y ciudadanos en general;

3. La Junta Directiva podrá consultar a ciudadanos, grupos, organizaciones, a los titulares de las entidades de la administración pública centralizada y paraestatal y a los titulares o representantes legales de quienes detenten una concesión del Estado, cuando se estudie un negocio concerniente a sus respectivos ramos o actividades.

Artículo 150

XV. Designar y en su caso, proponer la contratación del Secretario Técnico y de los asesores parlamentarios, así como del personal de apoyo de la comisión o Comité, que deberá reunir el perfil del conocimiento requerido para cada tema y podrá ser del servicio de carrera, de base o externo;

Artículo 167

1.-La Reunión de la comisión será la máxima instancia de decisión.

4.-Las resoluciones o dictámenes deberán adoptarse por mayoría simple.

Artículo 176

1.-En el proceso de dictamen la comisión:

I. Deberá definir el método de dictamen,

II. Podrá contar con un reporte de investigación que incluya los antecedentes legislativos, la doctrina, la jurisprudencia y, en su caso, el derecho comparado del asunto en estudio

Artículo 177

2. La comisión por mayoría absoluta podrá acordar la realización de audiencias públicas o reuniones, en las que consulte:

➤ La opinión de los especialistas en la materia;

IV. A las cámaras, consejos y organizaciones sociales concedoras del tema que se discuta,

V. Las opiniones de los ciudadanos

Artículo 180

1. Los dictámenes de las iniciativas y de las minutas, serán turnados a la Mesa Directiva, para su discusión y votación en el Pleno.
2. Los dictámenes que resuelvan proposiciones con punto de acuerdo, se sujetarán a lo siguiente:
 - I. Los aprobados en sentido positivo, se remitirán a la Mesa Directiva para que se enliste en el Orden del día, de la Sesión más próxima, para su discusión y votación en el Pleno.
 - El aprobado en sentido negativo, se enviará a la Mesa Directiva para su archivo como asunto total y definitivamente concluido.

Artículo 190

1. Los diputados y diputadas manifestarán su decisión, en torno a un asunto determinado cuando emitan su voto.

CAPITULO III Del Cabildeo

Artículo 263.

1. Por cabildeo se entenderá toda actividad que se haga ante cualquier diputado, diputada, órgano o autoridad de la Cámara, en lo individual o en conjunto, para obtener una resolución o acuerdo favorable a los intereses propios o de terceros.
2. Por cabildero se identificará al individuo ajeno a esta Cámara que represente a una persona física, organismo privado o social, que realice actividades en los términos del numeral que antecede, por el cual obtenga un beneficio material o económico.

Numeral reformado DOF 20-04-2011

Artículo 264.

1. Todo individuo que pretenda realizar cabildeo por más de una vez en la Cámara, deberá inscribirse al inicio de cada legislatura, en un registro público, que elaborará la Mesa Directiva, el cual se difundirá semestralmente en la Gaceta y en la página electrónica, con los datos proporcionados por quienes se registren.
2. La inscripción tendrá vigencia por el tiempo que dure la legislatura correspondiente.
3. No podrán llevar a cabo actividades de cabildeo los servidores públicos durante el ejercicio de sus funciones; así como sus cónyuges y sus parientes por consanguinidad o afinidad hasta el cuarto grado.

Numeral adicionado DOF 18-10-2013

4. El número máximo de personas acreditadas para realizar actividades de cabildeo en la Cámara de Diputados será de veinte por cada comisión y dos por cada persona moral inscrita;

en caso de que exista un número mayor de solicitudes respecto a alguna comisión o persona moral, la Mesa Directiva acordará lo conducente.

Numeral adicionado DOF 18-10-2013

5. Las disposiciones previstas en el numeral que antecede, también serán aplicables a aquellos individuos que siendo ajenos a esta Cámara, representen a una persona física, organismo privado o social y que no obtenga un beneficio material o económico en razón de dichas actividades.

Numeral adicionado DOF 18-10-2013

Artículo 265

1. Los diputados y diputadas, así como el personal de apoyo de la Cámara, se abstendrán de hacer recomendaciones que equivalgan a un cabildeo, cuando obtengan beneficio económico o en especie para sí o su cónyuge o parientes consanguíneos o por afinidad hasta el cuarto grado, o para terceros con los que tengan relaciones profesionales, laborales o de negocios.

2. Las diputadas y los diputados o el personal de apoyo no podrán aceptar dádivas o pagos en efectivo, en especie, o cualquier otro tipo de beneficio de cualquier naturaleza por parte de persona alguna que realice cabildeo o participe de cualquier otro modo para influir ilícitamente en las decisiones de la Cámara de Diputados.

Numeral adicionado DOF 18-10-2013

3. Toda infracción a esta norma será castigada en términos de las leyes de responsabilidades o la legislación penal, según corresponda.

Numeral adicionado DOF 18-10-2013

Artículo 266

1. Los documentos de cabildeo relacionados con iniciativas, minutas, proyectos, decretos, y en general, cualquier acto o resolución emitida por la Cámara, serán integrados en un archivo de cabildeo, en cada comisión.

2. Los documentos de cabildeo deberán publicarse en la página electrónica de la Cámara para que puedan ser objeto de consulta pública, en los términos del artículo 244.

3. Los documentos de cabildeo, la información, opiniones, argumentaciones o cualquier otra manifestación hecha por los cabilderos no serán vinculatorias para la resolución del asunto en cuestión.

Artículo 267

1. La solicitud de inscripción al registro de cabilderos incluirá la siguiente información:

I. Nombre completo del solicitante y copia de identificación oficial vigente. En caso de ser una persona moral, una relación de quienes acredite el representante legal, para realizar la actividad ante la Cámara;

II. Domicilio del solicitante, y

III. Relación de las principales comisiones o áreas de interés en las que preferentemente se desarrollarán las actividades del cabildeo.

2. La Mesa Directiva deberá dar respuesta a la solicitud de inscripción, en un plazo no mayor a diez días. En caso contrario, se entenderá la inscripción en sentido positivo al solicitante.

Numeral reformado DOF 20-04-2011

3. Una vez cumplido el requisito de inscripción, la Mesa Directiva expedirá para cada cabildero una identificación con fotografía que deberá ser portada durante su estancia en las instalaciones de la Cámara.

4. El cabildero notificará a la Mesa Directiva cualquier cambio en la información proporcionada en la solicitud, para su inscripción en el padrón de cabilderos, en un plazo no mayor de diez días, a partir de la modificación correspondiente.

Numeral reformado DOF 20-04-2011

Artículo 268

1. La Mesa Directiva podrá suspender o cancelar el registro en el padrón de cabilderos durante la legislatura correspondiente, al cabildero que no acredite fehacientemente el origen de la información que proporcione a cualquier legislador, comisión, órgano, comité o autoridad de la Cámara.

Artículo reformado DOF 20-04-2011

5

REGLAMENTO para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados
Unidos Mexicanos

Artículo 87. Toda comisión deberá presentar su dictamen en los negocios de su competencia, dentro de los cinco días siguientes al de la fecha que los haya recibido. Todo dictamen deberá contener una parte expositiva de las razones en que se funde y concluir con proposiciones claras y sencillas que puedan sujetarse a votación. ¿qué se discute?

ANEXO 2

Anexo 2.1 Iniciativas en salud presentadas en la cámara de diputados en las legislaturas LX, LXI y LXII, y LXIII

Anexo 2.2 *Porcentaje de eficiencia terminal de las iniciativas en salud*

Anexo 2.3 *Número de iniciativas presentadas por el Ejecutivo Federal en Cámara de Diputados*

Anexo 2.4 *Casos paradigmáticos que denotan la calidad del proceso legislativo*

Anexo 2.4.1 *Caso Jorge Kahwagi*

Anexo 2.4.2 *Caso Mercado Sánchez María Victoria*

Anexo 2.5 *Categorías consideradas no deseables*

Anexo 2.6 *Iniciativa en salud desechada contra la evidencia científica. México. 2008*

Anexo 2.6.1 *Contenido de la iniciativa en salud desechada contra la evidencia científica*

Anexo 2.6.2 *Información generada científicamente y disponible antes rechazar la iniciativa*

Anexo 2.6.3 *Artículos periodísticos relacionados con la publicidad infantil en México antes de desechar la iniciativa*

Anexo 2.6.4 *Información científica en salud desechada.*

Anexo 2.6.5 *Razonamiento emitido por la Cámara de Diputados justificando el rechazo de la iniciativa*

Anexo 2.6.6 *COFEPRIS determina una acción contraria al dictamen de la comisión en salud de la Cámara de Diputados*

Anexo 2.7 *Categorías en las cuales se clasifican las distintas formas de usar la información científica en salud*

Una preocupación que atraviesa de principio a fin en este texto, es la busca por desterrar el estigma del mal legislador, del que vota por consigna, del ignorante, del que desconoce.

Senador Zoe Robledo (citado por Eraña, 2013)

Anexo 2.1

Iniciativas en salud presentadas en la cámara de diputados en las legislaturas LX, LXI y LXII, y LXIII

Para conocer la correspondencia entre el magnífico repertorio del edificio legal que regula los procesos legislativos y los productos reales que estos ofrecen a la sociedad se realizó una investigación de la producción legislativa en materia de políticas públicas en salud en las legislaturas LX, LXI, LXII y LXIII. El objetivo de este bloque, a saber, el análisis empírico-documental; es identificar el nivel de preponderancia que se le asigna a la información científica durante el proceso legislativo que recorren las iniciativas en salud presentadas en la cámara de diputados. En los resultados mencionados en el texto se expuso que el marco normativo se limita a describir tiempos y formas sin considerar otros elementos como requisitos, por ello se infiere que muchos de ellos presentan iniciativas, las rechazan o las aprueban basados en factores ajenos a la salud. Este bloque de resultados está constituido por un análisis realizado a 763 iniciativas en salud en el cual se evaluó cada iniciativa, mediante los siguientes indicadores:

- A. La iniciativa se presenta con bibliografía científica
- B. La iniciativa se rechaza a pesar de la evidencia científica
- C. La iniciativa se presenta, se aprueba en comisiones y se aprueba en el pleno del órgano legislativo con sustento en información científica
- D. La iniciativa se rechaza a pesar de la evidencia científica por una causa justificada

Si existe evidencia de que la información científica en salud tuvo un peso específico determinante en la iniciativa en salud se le asignó un numeral (tanto si se aprobó o no). Si la información científica no tuvo un peso preponderante, se le asignó otro numeral.

El Congreso General es donde se presentan las iniciativas en Salud. De acuerdo al artículo 71 de la Constitución Política Mexicana (2010), las iniciativas pueden ser presentadas ante el pleno de la Cámara de Diputados o de la Cámara de Senadores por quienes tienen esa facultad. El Presidente de la República, diputados y senadores, a las legislaturas de los estados y a los ciudadanos en un número equivalente, por lo menos, al 0.13 % de la lista nominal de electores. Como se expresa en la página web de la Cámara de Diputados (2005):

El Poder Legislativo mexicano, encarnado en la figura del Congreso General, es el órgano responsable, a través del procedimiento legislativo, de producir las normas legales que expresan la voluntad del pueblo mexicano y que se constituyen, en razón de su origen y procedimiento de elaboración, en las normas primordiales del ordenamiento jurídico mexicano, únicamente sometidas a la Constitución.

En el derecho mexicano, y siguiendo al maestro Eduardo García Máynez, es frecuente distinguir seis etapas típicas de elaboración de la ley, a saber:

- Iniciativa;
- Discusión;
- Aprobación;
- Sanción;
- Publicación;
- Iniciación de la vigencia.

No se analizará el proceso legislativo, se analizan los productos del proceso legislativo. Como producto del proceso legislativo se entiende el dictamen negativo de la comisión correspondiente y/o la aprobación en el pleno de un dictamen positivo surgido de la comisión en Salud.

Los siguientes cuadros contienen los datos derivados de la investigación realizada en el sitio web de la cámara de diputados de México. Se analizaron las iniciativas en salud presentadas en la cámara de diputados de cuatro legislaturas (LX, LXI, LXII y LXIII). El total de las iniciativas presentadas desde el 17 de octubre de 2006 hasta el 10 de julio de 2017 fue de 763. De las cuales

se aprobaron 123, es decir, el índice de eficiencia terminal hasta el 10 de julio de 2017 es de 16.12%. Las iniciativas desechadas, concluidas o pendientes se asignan a la categoría de no aprobadas. Cabe acentuar que la legislatura LXIII hasta el momento de la impresión de esta investigación no ha concluido y pueden aprobarse más iniciativas.

El cuadro 6 contiene los datos derivados de haber analizado las 763 iniciativas en salud correspondientes a las legislaturas mencionadas. Derivado de los indicadores usados para crear las categorías de análisis, se expone que solo 25 de las 763 iniciativas cumplieron las variables de (A) ser aprobadas, y (B) usando la información científica como factor preponderante. De esos mismos indicadores se detectaron 111 iniciativas, con información científica y vinculada a determinantes sociales de la salud que fueron rechazadas por criterios extra-científicos o contra la evidencia científica. El restante de las iniciativas caen en otras categorías, algunas de las cuales se explican más adelante.

Información científica en salud: en esta categoría se incluyen aquellas iniciativas que contienen información científica en salud pero el propósito de la iniciativa no está relacionado a un determinante social de la salud.

Información científica relacionada a un determinante social de la salud: en esta categoría se incluyen aquellas iniciativas que contienen información científica en salud y que están vinculadas a modificar un determinante social de la salud.

Cuadro 5

Iniciativas en salud presentadas, desechadas y aprobadas

Conceptos analizados	Numero de legislatura			
	LX	LXI	LXII	LXIII
Años	2006- 2009	2009- 2012	2012- 2015	2015- 2018
Total de iniciativas presentadas en salud a comisión e	151	204	175	235
Total de iniciativas aprobadas en cada legislatura	24	65	12	22
Porcentaje de aprobación	15.9	31.8	6.9	9.3
Iniciativas con información científica en salud sin influencia en un determinante social	41	35	86	113
Iniciativas con información científica en salud relacionadas con determinantes sociales de la salud	53	23	24	36
Iniciativas con información científica en salud relacionadas con determinantes sociales de la salud. Concluidas o desechadas	45	14	22	30
Iniciativas con información científica en salud relacionadas con determinantes sociales de la salud. Aprobadas.	8	9	2	6

Anexo 2.2

Porcentaje de eficiencia terminal de las iniciativas en salud

Toda iniciativa en salud pretende modificar factores que disminuyen o incrementan la salud. No obstante lo anterior, de cada cinco iniciativas presentadas solo una es aprobada. Las causas de ese bajo índice de eficiencia son de distinta naturaleza, pero es evidente la existencia de áreas de oportunidad. Pues el promedio de iniciativas no aprobadas, el 80%, es muy elevado para una actividad que se realiza con enormes recursos (ver cuadro 7).

Cuadro 6.

Porcentaje de eficiencia terminal de las iniciativas en salud. Estados Unidos Mexicanos. 2006-2017

PORCENTAJE DE EFICIENCIA TERMINAL					
Legislatura	Número de iniciativas presentadas	Aprobadas	Desechadas, Concluidas o pendientes	Porcentaje	
				Aprobadas	Desechadas, Concluidas o pendientes
LX (2006-2009)	151	24	127	15.9 %	84.1 %
LXI (2009-2012)	204	65	139	31.8 %	68.1 %
LXII (2012-2015)	173	12	161	6.9 %	93.1 %
LXIII (2015-2018)	235*	22	213	9.36 %	90.6 %
Total	763	123	640	16.1 %	83.9 %

* Número de iniciativas presentadas hasta el 10 de Julio de 2017.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos publicados por la Cámara de Diputados.

Anexo 2.3

Número de iniciativas presentadas por el Ejecutivo Federal en Cámara de Diputados

El número de iniciativas presentadas por el ejecutivo federal en las últimas cuatro legislaturas LX, LXI, LXII y LXIII que abarcan el periodo del 17 de octubre de 2006 hasta el 10 de julio de 2017 fueron seis. De las cuales se aprobaron tres (ver cuadro 7).

Cuadro 7.

Número de iniciativas presentadas por el Ejecutivo Federal en Cámara De Diputados. Estados Unidos Mexicanos. 2006-2017

Legislatura	#	Sinopsis	Resolución
LX (2006-2009) Fecha de presentación: 16- Noviembre- 2006	6	Establecer una cuota de seguridad social, a cargo de los adquirentes de tabaco labrado enajenado por los fabricantes o importadores; de 15 centavos por gramo en cada unidad de consumo de tabaco, cuyos recursos obtenidos se destinarán a la atención médica otorgada por el Estado a los pacientes que sufren de enfermedades derivadas del consumo de tabaco.	Concluida 30-abr-2013
LXI (2009-2012) Fecha de presentación: 10- Septiembre- 2009	1	Establecer que el gobierno federal, los gobiernos estatales y del Distrito Federal, deberán cubrir solidariamente la cuota social de cada persona afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, con lo cual habrá de sustentarse dicho sistema. Asimismo, definir la forma en que deberá ser determinada la cuota anteriormente referida.	Aprobada 26-nov- 2013

Fecha de presentación:	153	Incluir en la clasificación de sustancias psicotrópicas, la mefedrona, la piperazina TFMPP, el midazolam y el canabinoide sintético K2, con el objeto de permitir que las autoridades sanitarias apliquen las medidas de control y vigilancia respecto de su uso terapéutico o, en su caso, procedan contra el uso indebido de cada una de ellas	Aprobada 26-feb-2013
------------------------	-----	--	-------------------------

Cuadro 7.

Número de iniciativas presentadas por el ejecutivo federal en cámara de diputados. Estados Unidos Mexicanos. 2006-2017 (continuación)

Legislatura	#	Sinopsis	Resolución
LXII (2012-2015)	62	Establecer una serie de elementos que permitan consolidar a la Secretaría de Salud como instancia rectora y articuladora del Sistema de Protección Social en Salud. Definir a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud como las estructuras administrativas que proporcionen las acciones que en dicha materia, provea la Secretaría de Salud, o que dependan o sean coordinadas por la encargada de conducir la política en materia de salud en las entidades federativas. Mejorar la transparencia, supervisión, control y fiscalización del manejo de los recursos del sistema. Establecer que los recursos que transfiera el Gobierno Federal a las entidades federativas por concepto de cuota social y de aportación solidaria, podrán realizarse en numerario o en especie, a fin de	Aprobada 10 -sep- 2013
Fecha de presentación:	8- Septiembre- 2013		

garantizar que la población cuente con los medicamentos y demás insumos para su atención. Eliminar al Consejo Nacional de Protección Social en Salud. Fortalecer los beneficios que otorga la afiliación al sistema. Homologar la Ley General de Salud y la Ley General de Contabilidad Gubernamental, en cuanto a la transferencia de recursos federales a las entidades federativas.

Cuadro 7.

Número de iniciativas presentadas por el ejecutivo federal en cámara de diputados. Estados Unidos Mexicanos. 2006-2017 (continuación)

Legislatura	#	Sinopsis	Resolución
LXII (2012-2015)	62	Establecer la obligación de informar a la autoridad competente, cuando se tenga conocimiento de que alguna entidad federativa no haya comprobado que los recursos que aporta el Gobierno Federal para el Sistema de Protección Social en Salud, se destinaron para los fines que le fueron transferidos. Sancionar con prisión de dos a siete años y con multa de mil a quinientos mil días de salario mínimo general vigente, a la persona que desvíe los recursos del objeto para el cual fueron entregados.	Aprobada 10 –sep- 2013
Fecha de presentación: 8-Septiembre-2013			
LXIII	83	Crear la Comisión Federal para la Regulación y Vigilancia de los Establecimientos y Servicios de Atención Médica como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud,	Pendiente

(2015-2018) Fecha de presentación: 28 -Abril-2016	para garantizar la calidad en el proceso de atención médica, estandarización de la correcta práctica médica y la seguridad de los usuarios de los servicios, favorecer la integración sectorial en la construcción de un modelo de gestión de calidad universal. Facultar a la Secretaría para promover, regular, desarrollar y evaluar la atención médica mediante mecanismos alternativos de solución de controversias.
Total	Seis presentadas iniciativas presentadas por el Ejecutivo Federal. Tres aprobadas.

Anexo 2.4

Casos paradigmáticos que denotan la calidad del proceso legislativo

Se identificaron dos casos que muestran la calidad del proceso legislativo. Se trata de trece iniciativas en el tema de salud presentadas por el diputado por el partido Nueva Alianza, Jorge Antonio Kahwagi Macari durante la LXI legislatura (2009-2012), siendo ninguna aprobada (ver cuadro 7). Y de María Victoria Mercado Sánchez, diputada de la LXIII legislatura (2015-2018)

Anexo 2.4.1

Caso Jorge Kahwagi Macari

El ex-diputado Jorge Kahwagi presentó 13 iniciativas en salud de las cuales ninguna se autorizó (ver cuadro 9). Puede ser que las iniciativas eran endebles, si fue así ¿por qué se permitió que se presentaran? Y si alguna era digna de aprobarse ¿Por qué no se aprobó? ¿Estaba “vetado”?

Cualquiera de las dos opciones manifiesta una evidente dispraxis legislativa. Ya sea por presentar iniciativas de ocurrencia o por rechazar iniciativas por el origen de la persona o del grupo.

Cuadro 8.

Propuestas en salud presentadas durante la XLI Legislatura por el diputado Jorge Kahwagi. México. 2009-2012

Nro.	Descripción de la propuesta
1	Explicitar que para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, procedimientos no quirúrgicos estéticos o cosméticos, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, entre otras, se requiere el aval de un consejo o asociación de su especialidad. Prever que en materia de procedimientos no quirúrgicos o cosméticos, los diplomas correspondientes deberán ser legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. Requerir de autorización sanitaria a los establecimientos que realicen procedimientos no quirúrgicos estéticos o cosméticos. Sancionar a quien desempeñe funciones o servicios a una persona que cause efectos adversos en su organismo de manera inmediata o mediata, temporal o permanente.
2	Obligar a los establecimientos de servicios colectivos a utilizar símbolos claros, tanto en sus menús como en difusión publicitaria que señale la Secretaría de Salud, con la intención de informar a simple vista al consumidor sobre la cantidad de calorías, facilitando así la adopción de comportamientos favorables para la salud.
3	Sancionar a quien resulte responsable de la inexistencia de medicamentos en las unidades de salud que pongan en riesgo la salud y la vida de los pacientes, imponiéndole una pena de 3 a 15 años de prisión sin derecho a libertad bajo caución y si la conducta afecta a menores, incapaces, ancianos, sujetos privados de la libertad, la pena se aumentará hasta en un tanto más. Incrementar la sanción a 18 meses y 9 años de prisión al profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia y suspensión para ejercer la profesión hasta por 3 años.

-
- | | |
|---|--|
| 4 | Establecer como objetivo del Sistema Nacional de Salud, fomentar la utilización de medicamentos genéricos intercambiables por parte de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Facultar al Consejo de Salubridad General para promover y fomentar compras de medicamentos genéricos intercambiables por parte de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud. |
|---|--|
-

Cuadro 8.

Propuestas en salud presentadas durante la XLI Legislatura por el diputado Jorge Kahwagi. México. 2009-2012 (continuación)

Nro.	Descripción de la propuesta
5	Otorgar el derecho a los pacientes que se encuentren en fase terminal o en una situación de sufrimiento insoportable; para solicitar voluntariamente al médico la eutanasia, siempre y cuando sean mayores de 18 años, estén mentalmente saludables, lo hagan de manera voluntaria, el médico esté seguro de que el sufrimiento del enfermo es insoportable y que el paciente no tiene posibilidades de recuperación, y cuenten con una segunda opinión médica que certifique que el doctor del paciente ha cumplido con los requisitos de la eutanasia.
6	Considerar como materia de salubridad general, el abuso en el uso y consumo de ácidos grasos trans y grasas saturadas en alimentos industrializados, para lo cual será el Consejo de Salubridad General quien dicte las medidas correspondientes. Establecerán incluir el porcentaje de energía que se corresponde a grasas y los tipos de grasas que lo forman y en el caso de contener ácidos grasos trans deberá adicionalmente, especificar la cantidad en miligramos por porción con un mínimo de 3 cifras significativas. Sustituir la denominación del título del Capítulo XI denominado “Tabaco”, por el de “Productos alimenticios que contengan ácidos grasos trans”. Definir el concepto de Ácidos grasos trans. Establecer que el contenido de ácidos grasos trans en los alimentos que se comercialicen en el territorio nacional, incluidos los importados, no podrán exceder 2 % de la grasa total presente en el producto; de hacerlo, deberá tener en sus empaques o envases, alguna leyenda de advertencia. Los alimentos de venta en cualquier institución educativa, centros deportivos y centros de salud no podrán en ningún caso exceder 2% de grasas trans; asimismo, los alimentos servidos en restaurantes deberán especificar en su menú o carta si se empleó algún producto con ácidos grasos trans en su preparación.

-
- 7 Establecer que toda la publicidad a través de personajes, juguetes, tarjetas de intercambio, acumulación de puntos, membresías, boletos de admisión u otros premios o incentivos asociados con comida para niños en cadenas de comida rápida, restaurantes, establecimientos de comida o tiendas de conveniencia, entre otros, deberán incluir frutas o verduras y no sobrepasar los límites máximos que establezca la Secretaría de Salud en contenido calórico.
-

Cuadro 8.

Propuestas en salud presentadas durante la XLI Legislatura por el diputado Jorge Kahwagi. México. 2009-2012 (continuación)

Nro.	Descripción de la propuesta
8	Establecer que cuando se trate de personas sujetas a interdicción o menores de edad donantes será necesario obtener el consentimiento explícito de su representante legal o disponente secundario para donar sus órganos. Prever que el Centro Nacional de Trasplantes expedirá un documento oficial a las personas que no deseen donar. Incluir en los requisitos para realizar trasplantes de donantes que hayan perdido la vida, no constar con revocación del consentimiento tácito o explícito por parte de la autoridad correspondiente del sector salud ni del ministerio público para la donación de sus órganos y tejidos. Considerar que no existirá impedimento alguno para que a solicitud y con la autorización de un disponente secundario se prescindiera de los medios artificiales cuando se presente la muerte encefálica.
9	Establecer que en el caso de alimentos que contengan ácidos grasos trans, se deberá incluir en su etiquetado la cantidad de éstos ácidos grasos en miligramos por porción. Asimismo, para que los alimentos y bebidas comercializados en territorio nacional, incluidos los importados, puedan ser etiquetados como “libre de ácidos grasos trans”.
10	Prohibir a cualquier persona consumir o tener encendido cualquier producto del tabaco en vehículos de transporte público o privado cuando vayan en el interior menores de edad.
11	Facultar al Instituto Nacional de Salud Pública para estudiar el funcionamiento de las células madres de tejido adulto después de la muerte y la donación de éstas.
12	Establecer como materia de salubridad general, la prevención y el control de la ludopatía.
13	Incluir en el objetivo que tiene el Sistema Nacional de Salud de impulsar el desarrollo de la familia

y de la comunidad, impulsar el desarrollo pleno e integral de la infancia y adolescencia, de conformidad con el principio del interés superior de la niñez. La acción que tiene la atención materno-infantil respecto a la atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y su salud visual deberá realizarse atendiendo al principio del interés superior de la niñez.

Anexo 2.4.2

Caso María Victoria Mercado Sánchez

Pertenece a 4 comisiones: (1) Asuntos migratorios; (2) Atención a grupos vulnerables (de la cual es secretaria); (3) Desarrollo municipal (de la cual también es secretaria); (4) De la Cuenca Lerma Santiago Chapala. Hasta el 10 de julio de 2017:

- Ha suscrito 101 iniciativas, en la legislatura LXIII. De las cuales:
- Ha presentado por cuenta propia: 87 iniciativas
- Ha participado conjuntamente en: 14 iniciativas, disponibles para consulta en los enlaces que muestra el Anexo B.
- De esas 101 iniciativas se han aprobado 5.
- De esas 101 iniciativas 15 son de salud. De las cuales ni una ha sido aprobada.
- El día 15 de diciembre de 2016 presento 18 iniciativas a distintas comisiones
- El día 6 abril de 2017 presento 9 iniciativas a distintas comisiones
- ¿Las 101 iniciativas que ha presentado poseían la calidad de información necesaria para una política pública?
- ¿Es técnicamente probable que las 101 iniciativas posean la máxima validez posible?
- ¿Algunas iniciativas pueden poseer deficiente diagnóstico o tratamiento?
- ¿Las iniciativas en salud –de las cuales no se ha aprobado ninguna- poseen la calidad suficiente para incrementar la salud pública?
- ¿Esas iniciativas exprés o fast track pueden causar daño a la salud pública?

Iniciativas en las que ha participado la diputada María Victoria Mercado Sánchez:

1. [http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII leg/iniciativas por pernplxiii.php?iddipt=331&pert=1](http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII_leg/iniciativas_por_pernplxiii.php?iddipt=331&pert=1)
 2. [http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII leg/iniciativas por pernplxiii.php?iddipt=331&pert=3](http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII_leg/iniciativas_por_pernplxiii.php?iddipt=331&pert=3)
 3. [http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII leg/iniciativas por pernplxiii.php?iddipt=331&pert=4](http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII_leg/iniciativas_por_pernplxiii.php?iddipt=331&pert=4)
 4. [http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII leg/iniciativas por pernplxiii.php?iddipt=331&pert=7](http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII_leg/iniciativas_por_pernplxiii.php?iddipt=331&pert=7)
 5. [http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII leg/iniciativas por pernplxiii.php?iddipt=331&pert=8](http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII_leg/iniciativas_por_pernplxiii.php?iddipt=331&pert=8)
 6. [http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII leg/iniciativas por pernplxiii.php?iddipt=331&pert=9](http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII_leg/iniciativas_por_pernplxiii.php?iddipt=331&pert=9)
 7. [http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII leg/iniciativas por pernplxiii.php?iddipt=331&pert=1](http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII_leg/iniciativas_por_pernplxiii.php?iddipt=331&pert=1)
- 0
8. [http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII leg/iniciativas por pernplxiii.php?iddipt=331&pert=1](http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII_leg/iniciativas_por_pernplxiii.php?iddipt=331&pert=1)
- 1

Anexo 2.5 Categorías consideradas no deseables:

En este apartado se destacan seis tipos de iniciativas no deseables:

- 1) Iniciativas estériles ocupando tiempo y espacio irrecuperables (ver cuadro 10);
- 2) Iniciativas desechadas referentes a evidentes problemas de salud pero sin sustento contundente (ver cuadro 11);
- 3) Iniciativas desechadas referentes a evidentes problemas de salud sustentadas científicamente (ver cuadro 12);
- 4) Iniciativas en salud desvinculadas de problemáticas de mayor importancia (ver cuadro 13);
- 5) Iniciativas en salud que no mejoran la salud (ocurrencia o cabildeo) (ver cuadro 14) y
- 6) Iniciativas que exigen competencias certificadas para desempeñar actividades especializadas (paradójicamente quienes exigen no son exigidos a demostrar competencia) (ver cuadro 15).

Cuadro 9.

Ejemplo de iniciativa estéril que ocupa tiempo y espacio irrecuperables. México. LXII Legislatura. 25 febrero 2014

Nombre de la iniciativa: Proyecto de decreto que reforma el artículo 272 Bis de la Ley General de Salud. Presentado por: Partido Nueva Alianza

Sinopsis: Establecer que para la realización de cualquier procedimiento médico quirúrgico de especialidad, los profesionales que lo ejerzan requerirán informar al paciente de manera clara, oportuna y veraz del procedimiento quirúrgico a realizarse; así como los riesgos y alternativas de los procedimientos, independientemente de la información ofrecida por el médico de primer contacto.

Análisis: la iniciativa se refiere a un instrumento existente: el consentimiento informado.

Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED) (Comisión Nacional de Bioética, 2015).

Cuadro 10.

Ejemplo de iniciativa desechada referente a evidentes problemas de salud pero sin sustento científico. México. LX Legislatura. 30 abril 2008

Nombre de la iniciativa: Proyecto de decreto que reforma el artículo 307 de la Ley General de Salud. Presentado por: Partido de la Revolución Democrática

Sinopsis: Establecer que la publicidad televisiva de bebidas no alcohólicas especialmente de refrescos, deberá estar dirigida a una población mayor de 18 años, prohibiendo todos los anuncios de este productos en programas que ven regularmente grupos de niñas, niños y adolescentes menores a esta edad.

Análisis: La iniciativa en Salud hace referencia a un factor que, de acuerdo a la bibliografía científica, tiene una alta correlación: A mayor publicidad de un producto mayor consumo. No

obstante que la iniciativa describe una realidad de forma contundente, los motivos de la iniciativa no incluyen referencias bibliográficas específicas.

Cuadro 11.

Ejemplo de iniciativa desechada referente a evidente problemas de salud sustentada científicamente. México. LX Legislatura. 12 diciembre 2006

Nombre de la iniciativa: Proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud. Presentado por: Partido Revolucionario Institucional.

Sinopsis: Crear el programa contra el sobrepeso y la obesidad, a fin de prevenir el consumo de productos que no proporcionan al organismo elementos para su nutrición, para lo cual la Secretaría de Salud, los gobiernos de las entidades federativas y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se deberán coordinar para la ejecución de dicho programa. Así mismo, establecer lineamientos en cuanto al consumo y la publicidad de bebidas alcohólicas.

Análisis: La iniciativa hace referencia a un problema ya evidente en 2006. Se presenta ante el órgano legislativo con información sustentada en bibliografía científica e institucional. No obstante se desecha.

Cuadro 12.

Ejemplo de iniciativa en salud desvinculada de problemática de mayor importancia. México. LXII Legislatura. 11 diciembre 2013

Nombre de la iniciativa: Proyecto de decreto que reforma el artículo 51 de la Ley General de Salud. Presentado por: Partido Acción Nacional.

Sinopsis: Otorgar el derecho a los usuarios de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico general o especialista que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de

atención o del nivel de especialidad de la unidad del segundo o tercer nivel de atención que les corresponda por domicilio.

Análisis: en la exposición de motivos de la propia iniciativa se menciona: "Estas cifras son un indicador de la falta de médicos que atiendan a la población". Es decir, la iniciativa solicita la posibilidad de elegir a un médico de una muestra, que en la misma propuesta se acepta como insuficiente, para atender a la población de pacientes.

Cuadro 13.

Ejemplo de iniciativa en salud que no mejora la salud (ocurrencia o cabildeo). México. LXI Legislatura. 8 noviembre 2011

Nombre de la iniciativa: Proyecto de decreto que reforma el artículo 215 de la Ley General de Salud. Presentado por: Partido Revolucionario Institucional

Sinopsis: Considerar en el concepto de "Alimento", cualquier sustancia o producto líquido.

Análisis: Si la leche o el yogurt se consideran "alimento" en la Ley General de Salud, ¿la salud pública mejora?

Cuadro 14.

Ejemplo de iniciativa que exige competencias certificadas para desempeñar actividades especializadas. México. LX Legislatura. 27 noviembre 2007

Nombre de la iniciativa: Proyecto de decreto que reforma el artículo 18 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Presentado por: Partido Acción Nacional.

Sinopsis: Establecer como uno de los requisitos que deberá cubrir el titular del Instituto Nacional de Psiquiatría, ser una persona de reconocidos méritos académicos en las disciplinas médicas y de salud del ramo correspondiente, y que haya publicado trabajos de investigación en esa especialidad, así como para todos los directores generales de los Institutos Nacionales de Salud, tener experiencia en el desempeño de cargos de alto nivel decisorio.

Análisis: En las cuatro legislaturas existen 12 iniciativas donde los diputados consideran que para ejercer eficaz y eficientemente alguna actividad señalada, quienes lo hacen o pretenden hacerlo, deben contar con competencias certificadas por algún programa académico de institución facultada para ello. Legisladores consideran que las atenciones en salud de distintas magnitudes deben ser realizadas por expertos certificados. ¿Y la actividad legislativa no requiere competencias certificadas para un buen desempeño? ¿Legislación en políticas públicas está exenta de ese requerimiento.

Legislatura

LX: Número de la iniciativa de la legislatura donde se exige competencias especializadas: 12

LXI: Número de la iniciativa de la legislatura donde se exige competencias especializadas: 111

LXII: Número de la iniciativa de la legislatura donde se exige competencias especializadas: 28,47,109 y 155

LXII: Número de la iniciativa de la legislatura donde se exige competencias especializadas: 24, 42, 53, 94, 203 y 226.

Anexo 2.6

Iniciativa en salud desechada contra la evidencia científica. México. 2008:

Esta iniciativa se escogió por la trascendencia de sus consecuencias. En dicha iniciativa se pretendía eliminar la publicidad de productos con altos índices calóricos de horarios en los cuales los niños observan televisión. La cantidad de información científica disponible afirmaba que la publicidad dirigida al público infantil incide significativamente al momento de elegir un producto

sobre otro o un tipo de comestible sobre otro. Sintetizando si los niños mexicanos, entre los años 2008 al 2014 no hubieran sido bombardeados con casi 11,000 impactos publicitarios al año, se considera que los índices de obesidad infantil serían menores. Lo contrastante es que cinco años después la COFEPRIS asume su posición de autoridad en salud y el 15 de Julio de 2014 emite una orden de cancelar los anuncios en el lapso de tiempo donde los niños observan televisión en México.

Anexo 2.6.1

Contenido de la iniciativa en salud desechada contra la evidencia científica: Dentro del cuerpo de la exposición de motivos se reproduce textualmente el siguiente párrafo:

Un punto importante que hay que resaltar sugiere que los efectos de pasar las horas ante los medios no se deberían tanto a que los niños no quemar calorías por no hacer ejercicio, sino a un factor más sutil sería: que los niños están expuestos a los anuncios de alimentos en los programas de televisión. Esta conclusión se apoya en los estudios experimentales que demostraron que, aun una breve exposición a los comerciales de alimentos puede influir en las preferencias infantiles. Otros estudios encontraron que los niños que observan más televisión beben más refresco, comen más alimentos fritos y comen menos frutas y vegetales que otros niños (Cámara de Diputados, 2008, párr. 18).

El objetivo de la iniciativa es nítido: Regular la publicidad dirigida a menores de 18 años. Sintetizando en extremo la iniciativa (la cual puede ser consultada en el anexo A) se pueden obtener las siguientes afirmaciones antagónicas: a) La publicidad diseñada para el público infantil que promociona productos industrializados con alto contenido calórico se correlaciona con más salud; b) La publicidad diseñada para el público infantil que promociona productos industrializados con alto contenido calórico se correlaciona con menos salud.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Un índice de masa corporal (IMC) de 25 a 29 significa sobrepeso y mayor de 30 obesidad.

Anexo 2.6.2

Información generada científicamente y disponible antes rechazar la iniciativa: Ciertamente un análisis en 2017 de un acontecimiento en 2008 puede ser acusado de presentísta. Por ello, se realizó una investigación de la información publicada antes de la fecha de presentación de la iniciativa. La muestra que se presenta se recopiló en un día, y se leyó en un lapso de 15 días, por tanto dicha muestra es extremadamente reducida a la cantidad real de información disponible en 2008 (ver cuadro 16).

Se recopilaron dieciocho publicaciones con información científica sobre el tema de la obesidad infantil (ver cuadros 17 y 18). Cada una de ellas admite distintos grados de influencia entre la publicidad dirigida a la infancia y el consumo de los productos anunciados. Ninguna de ellas propone que la publicidad es inocua, neutra o benéfica para la salud. Si la publicidad no produce nada es un contrasentido invertir en ella.

Cuando la publicidad promociona alimentos, diversas investigaciones muestran evidencia de que los niños tienden a preferir esos productos sobre otros que no hayan sido publicitados. Entre más impactos publicitarios de alimentos reciba un niño, mayor es la probabilidad de que elija uno de esos productos en momento de la elección. El postulado anterior es ciego al producto que se anuncia. Funcionará ya sean juguetes, promociones de la llamada “fast food”, vacaciones, panes, frituras o refrescos, es decir, cualquier producto será consumido proporcionalmente a la frecuencia del anuncio. Ello conlleva a inferir una consistente correlación entre la frecuencia de anuncios publicitarios y la elección de ese producto por el niño. A más anuncios mayor influencia. El incremento en la frecuencia de anuncios durante el lapso de exposición a la televisión, es correlacional con el incremento de la preferencia de ese producto.

Los anuncios mayormente promocionan juguetes y comida. Si los productos con elevada frecuencia de anuncios son alimentos altos en azúcares o de escaso valor nutrimental, elevan las posibilidades de ser más consumidos que si no se hubieran anunciado.

Los niños y pre-adolescentes asumen todo dato informativo como algo natural, inocuo, cotidiano, no han construido recursos teóricos evaluativos del efecto acumulativo de consumir un producto hipercalórico. La consecuencia de elevar la frecuencia en el consumo de productos con altos contenidos calóricos, provocan sobrepeso y obesidad.

La obesidad es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades no trasmisibles, que es considerada por la Organización Mundial de la Salud como una epidemia mundial. Tal epidemia es considerada como un efecto del ambiente social no como algo natural. La obesidad en general y en particular la infantil, es fenómeno complejo con múltiples factores. Por ello, aun cuando no se puede establecer que la publicidad de productos híper calóricos dirigida a los niños es la única causa, si existen elementos para afirmar que esa causa si ha contribuido significativamente en este ambiente obeso génico.

Estados Unidos y México son dos países con un elevado número de impactos publicitarios dirigidos a los niños. Y son los países con mayor tasa de obesidad infantil a nivel mundial. Ningún estudio manifiesta que la publicidad dirigida al público infantil que promociona alimentos altos en sodio, grasas o en calorías, generen salud. La publicidad infantil de alimentos provoca consecuencias específicas en un sentido. La ausencia de la publicidad infantil debe generar consecuencias distintas.

Cuadro 15.

Ejemplo de iniciativa en salud desechada contra la evidencia científica. México. 2008

Quien presenta: Guadalupe Socorro Flores Salazar	Partido: PRD
Legislatura en la que se presenta: LX (2006-2009)	
Fecha de presentación: 30 abril 2008.	
Legislatura en la que se desecha: LXI (2009-2012)	
Nombre de la iniciativa: Proyecto de decreto que reforma el artículo 307 de la Ley General de	

Salud.

Sinopsis: El artículo IV del proyecto de decreto establecía que:

La publicidad televisiva de bebidas no alcohólicas especialmente refrescos, deberá estar dirigida a una población mayor de 18 años, prohibiendo todos los anuncios de este productos en programas que ven regularmente grupos de niñas, niños y adolescentes menores a esta edad (Cámara de Diputados, 2008, Art. IV).

Cuadro 16.

Información científica internacional disponible antes de desechar la iniciativa el 4 de octubre de 2011

Autor(es)	Año	Resultados de interés para este estudio
Young	1996	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> El niño vive en un mundo rodeado por actividad publicitaria integralmente diseñada de costosas campañas publicitarias. No hay escape de esto.<input type="checkbox"/> El niño es condicionado no solo para preferir unos alimentos sobre otros, sino para exigirlos de forma intensa, en ocasiones hostil. Este fenómeno los investigadores lo han denominado “pester power” o “factor nag”. El cual indica la tendencia de hacer rabietas como medio para conseguir el producto que sistemáticamente han observado en televisión.
Bringue	2001	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> La incorporación del niño al mercado de bienes y servicios es, hoy en día, un hecho indiscutible. El niño es consumidor y se define como tal desde tres aspectos: como mercado primario con posibilidad de realizar compras con dinero propio, como sujeto de influencias cuando sus preferencias inciden en el consumo o gasto ajeno y, por último, como mercado futuro cuando adquiere determinados conocimientos y actitudes sobre marcas y productos que todavía no están a su alcance.<input type="checkbox"/> La aparición creciente de productos infantiles viene acompañada

		de campañas publicitarias que tienen como objetivo principal este tipo de público y, por lo tanto, pueden ser definidas como publicidad infantil.
Byrd- Bredbenner	2002	□ La televisión es uno de los más grandes educadores que se han inventado: influencia actitudes, comportamientos y valores de los espectadores.

Cuadro 16.

Información científica internacional disponible antes de desechar la iniciativa el 4 de octubre de 2011 (continuación)

Autor(es)	Año	Resultados de interés para este estudio
Byrd- Bredbenner	2002	□ Su influencia en la formación de actitudes puede ser más importante que la escuela, padres, o libros. Las horas dedicadas a ver la televisión, junto con la cantidad de material que se presenta y su carácter repetitivo, los mensajes que se observan en la televisión con el tiempo aprenden y se practican, y los mensajes que se enseñan a través del aprendizaje observacional incluyen actitudes sobre lo que es correcto e incorrecto, de la familia y roles de género, la violencia y resolución de conflictos, las relaciones raciales, ocupaciones, el envejecimiento, las normas de imagen corporal y la salud. La observación de televisión interfiere con los niveles de actividad saludables y está correlacionado con el consumo de alimentos de baja densidad en nutrientes, altamente publicitados, la persuasión de los padres para la compra de este tipo de alimentos, desarrollo de malos hábitos alimenticios, obesidad, trastornos de la alimentación y los niveles elevados de colesterol.
Hastings	2003	□ La revisión encontró evidencia de que la promoción de los alimentos influye en las preferencias alimentarias de los niños y su comportamiento de compra.

-
- Seis estudios transversales fueron dirigidos a contestar esta pregunta: ¿La promoción de los alimentos infantiles tiene influencia en variables relacionadas con la salud y la dieta de los niños? Cuatro investigaron la relación entre la televisión y la dieta de los niños. Los otros dos estudios examinaron las variables relacionadas con la salud.
 - Los cuatro estudios dietéticos encontraron asociaciones significativas, de correlación, entre ver la televisión y la ingesta dietética.
-

Cuadro 16.

Información científica internacional disponible antes de desechar la iniciativa el 4 de octubre de 2011 (continuación)

Autor(es)	Año	Resultados de interés para este estudio
Hastings	2003	<ul style="list-style-type: none"> □ En general, ocho estudios proporcionaron pruebas, de intensidad variable, que la promoción de los alimentos o la televisión tienen una influencia en el comportamiento de alimentación de los niños y la alimentación independiente de al menos otro factor.
OMS	2003	<ul style="list-style-type: none"> □ Las dietas proporcionalmente pobres en grasas son proporcionalmente más ricas en carbohidratos (con una cantidad variable de azúcares) y protegen contra el aumento de peso perjudicial, aunque una ingesta elevada de azúcares libres en las bebidas probablemente promueve el aumento de peso. Los efectos fisiológicos del aporte calórico en el proceso de saciación y la saciedad parecen ser bastante diferentes según se trate de la energía contenida en alimentos sólidos o en líquidos. En conjunto, las pruebas de la contribución de una ingesta elevada de bebidas azucaradas al aumento de peso se consideraron moderadamente sólidas. □ El consumo elevado y creciente de bebidas azucaradas por los niños en muchos países es sumamente preocupante. Los grupos de bajos ingresos de todo el mundo y las poblaciones de los países en transición económica

suelen sustituir los alimentos tradicionales ricos en micronutrientes por bebidas azucaradas (por ejemplo, refrescos) y alimentos salados y dulces, ricos en grasas y energía, que son objeto de intensa publicidad. Esas tendencias, unidas a una reducción de la actividad física, se asocian a una creciente prevalencia de obesidad.

Cuadro 16.

Información científica internacional disponible antes de desechar la iniciativa el 4 de octubre de 2011 (continuación)

Autor(es)	Año	Resultados de interés para este estudio
OMS	2004	<p>□ La publicidad de productos alimenticios influye en la elección de los alimentos y en los hábitos alimentarios. Los anuncios de esos productos y de bebidas no deben explotar la falta de experiencia y la credulidad de los niños. Es preciso desalentar los mensajes que promuevan prácticas alimentarias malsanas o la inactividad física y promover los mensajes positivos y propicios para la salud. Los gobiernos deben colaborar con los grupos de consumidores y el sector privado (incluido el de la publicidad) a fin de formular criterios multisectoriales apropiados para la comercialización de los alimentos dirigida a los niños, abordando cuestiones como la del patrocinio, la promoción y la publicidad.</p> <p>□ La función de los gobiernos es decisiva para lograr cambios duraderos en la salud pública. Los factores de riesgo y las tasas de prevalencia de las enfermedades no transmisibles pueden cambiar con bastante rapidez si se llevan a cabo intervenciones eficaces.</p>
Story & French	2004	<p>□ Las conductas alimentarias establecidas durante la infancia hasta la edad adulta, contribuyen a la salud a largo plazo y el riesgo de enfermedades crónicas. Numerosos estudios han documentado consistentemente que los</p>

patrones de ingesta alimentaria de los niños y adolescentes estadounidenses son pobres y no cumplen con las metas dietéticas nacionales.

□ La publicidad es fundamental para la comercialización de la comida estadounidense. El sistema alimentario de Estados Unidos es el segundo mayor anunciante en la economía estadounidense.

Cuadro 16.

Información científica internacional disponible antes de desechar la iniciativa el 4 de octubre de 2011 (continuación)

Autor(es)	Año	Resultados de interés para este estudio
Story & French	2004	<p>□ Numerosos estudios han documentado que los niños pequeños tienen poca comprensión de la intención persuasiva de la publicidad. Debido a su nivel de desarrollo cognitivo, los niños menores de 8 años de edad son vistos por muchos investigadores de desarrollo del niño como una población vulnerable a la publicidad engañosa.</p> <p>La evidencia de la investigación muestra que los preescolares y los de nivel primaria tienen preferencias por comprar de alimentos con elevados niveles de azúcar y alimentos con alto contenido de grasa. Ellos están influidos por la exposición a la publicidad de alimentos en televisión.</p>
Swinburn et al.	2004	<p>□ La industria de alimentos gasta enormes sumas de dinero en publicidad en los medios de masas, principalmente a través de anuncios de televisión. En general, es probable que la fuerte publicidad de alimentos muy calóricos y bebidas azucaradas aumente el consumo de estos productos.</p> <p>□ La prevalencia de la obesidad y el sobrepeso es mayor entre los niños que ven más televisión y el aumento de la ingesta de energía de estos niños pueden ser en parte responsable.</p>
Martínez	2005	<p>□ La comunidad científica y las organizaciones públicas de salud lanzan mensajes de alarma ante el incremento constante de la prevalencia de</p>

obesidad, ya desde la infancia.

Es necesario el abordaje de las estrategias publicitarias, especialmente las que tienen como objetivo a los niños, que son considerados como vectores inductores al consumo con alto poder de decisión. Y no sólo se trata de los anuncios televisivos.

Cuadro 16.

Información científica internacional disponible antes de desechar la iniciativa el 4 de octubre de 2011 (continuación)

Autor(es)	Año	Resultados de interés para este estudio
		<input type="checkbox"/> El desarrollo tecnológico ha hecho innecesario el desarrollo de esfuerzo físico en la vida diaria de la mayoría de las personas. En un mercado de la alimentación en el que predominan las ofertas y la publicidad sobre productos que proporcionan aportes energéticos muy superiores a lo necesario, pero que el público ha ido asimilando como normal, natural o legítimo consumir.
Gunter y Oates	2005	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El mercado para la venta de productos a los niños es potencialmente inmensa, y no es de extrañar que en aquellos países que han establecido empresas de publicidad, gran parte de la publicidad está dirigida a los niños. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El número de niños con obesidad en Estados Unidos ha aumentado dramáticamente en los últimos años, y esto puede ser en parte debido a la naturaleza persuasiva de la publicidad de alimentos. Sin embargo, desde el inicio de la publicidad televisiva, la mayor proporción de los anuncios dirigidos a los niños ha sido siempre para los productos alimenticios. Por esta razón, los vendedores han señalado que la proporción de la publicidad de alimentos es poco probable que sea el único o el principal factor en el reciente crecimiento de la obesidad.

□ En 2001, Suecia propuso una escala europea prohibición de la publicidad de televisión para niños. No es de extrañar que ello provocó un gran debate, y la oposición, especialmente de los vendedores en los países que cuentan con regulaciones menos restrictivas que Suecia.

Cuadro 16.

Información científica internacional disponible antes de desechar la iniciativa el 4 de octubre de 2011 (continuación)

Autor(es)	Año	Resultados de interés para este estudio
American Academics of Pediatrics	2006	<p>□ La publicidad es una influencia dominante sobre los niños y adolescentes. Los jóvenes ven más de 40.000 anuncios al año en la televisión solos y son cada vez más expuestos a la publicidad en Internet, en revistas y en las escuelas. Esta exposición puede contribuir significativamente a la obesidad infantil y adolescente, la mala nutrición, y el cigarrillo y el alcohol. La investigación ha demostrado que los niños-jóvenes menores de 8 años son cognitivamente y psicológicamente indefensos ante el anuncio.</p> <p>□ Suecia y Noruega prohíben la publicidad dirigida a los niños menores de 12 años, Grecia prohíbe la publicidad de juguetes hasta después de las 10 pm, y Dinamarca y Bélgica gravemente restringir la publicidad dirigida a los niños.</p>
Ball, Timperio y Crawford	2006	<p>□ Durante la última década ha habido un creciente reconocimiento del papel de 'medio ambiente' para influir en el comportamiento de la salud y de la salud.</p> <p>□ Numerosos comentarios e informes de los órganos de expertos de todo el mundo ponen de relieve la importancia de los factores ambientales " sobre la obesidad y la obesidad conductas de riesgo, y en términos de</p>

			prevención de la obesidad, ha habido llamadas fuertes para centrarse en el cambio del medio ambiente.
Robinson et al.	2006	□	Un aparato de televisión en la habitación cama- del niño se relaciona con una mayor prevalencia de la obesidad

Cuadro 16.

Información científica internacional disponible antes de desechar la iniciativa el 4 de octubre de 2011 (continuación)

Autor(es)	Año	Resultados de interés para este estudio
Brand	2007	□ La evidencia de la investigación establece una relación correlacional entre ver la televisión y la obesidad en niños y adolescentes. Los estudios indican que la asociación entre ver televisión y la obesidad infantil no es simplemente debido a la inactividad y se relaciona con el aumento del consumo de energía asociado a la televisión. Esto parece ser un hallazgo consistente en que otras influencias, como los factores hereditarios y socio-demográficos se controlan. Sin embargo, la contribución relativa a una mayor ingesta de energía de la publicidad, los bocadillos, y otros factores no ha sido aislado. Es difícil determinar la contribución relativa de la publicidad televisiva en comparación con todos los demás factores que influyen en la elección de alimentos de los niños y la salud. Las estimaciones varían, pero algunos sugieren que la exposición al binomio 'publicidad / televisión' representa alrededor del dos por ciento de la variación en la 'selección de la comida / obesidad'
Kaiser Family Foundation	2007	□ Dado que los niños de 8 a 12 años ven la TV y por lo tanto ven tantos anuncios de comida, pueden ser el grupo más afectado por la comercialización de alimentos. Esta edad es probable que sea una época especialmente importante para el desarrollo de los hábitos alimentarios de los niños.

□ La mayoría de los anuncios de comida que los niños y adolescentes ven en la televisión son los alimentos que nutricionistas, grupos de vigilancia y agencias gubernamentales argumentan se deben consumir con moderación o bien, de vez en cuando, o en pequeñas porciones.

Cuadro 16.

Información científica internacional disponible antes de desechar la iniciativa el 4 de octubre de 2011 (continuación)

Autor(es)	Año	Resultados de interés para este estudio
Ekström y Tufte	2007	<p>□ La importancia de los niños y adolescentes como actores en el mercado ha crecido sucesivamente las últimas cuatro o cinco décadas. Hoy en día, los jóvenes están expuestos a un flujo constante de mensajes comerciales dirigidos específicamente a ellos. La Televisión todavía tiene una posición única como un medio de publicidad, pero la publicidad dirigida a los espectadores jóvenes es cada vez más frecuente en la Internet y los teléfonos móviles, también. El objetivo del anuario 2007 es arrojar luz sobre estas nuevas tendencias y desarrollos globales en relación con los jóvenes, el consumo y los medios de comunicación.</p>
Veerman et al.	2009	<p>□ Existe evidencia que sugiere que la publicidad de alimentos contribuye significativamente a la obesidad infantil.</p> <p>□ En vista de los posibles costos de la inacción, muchos expertos en obesidad podrían argumentar que la evidencia científica es lo suficientemente fuerte como para proceder a restringir la publicidad de productos elevados en calorías, grasas y de bajo valor nutritivo.</p> <p>Este estudio sugiere que a partir de uno de cada siete hasta uno de cada tres niños obesos en los EE.UU. podría no han sido obesos en ausencia de la publicidad de alimentos poco saludables en la televisión. La limitación de la exposición de los niños a la comercialización de alimentos de alta densidad</p>

energética podría ser parte de un esfuerzo más amplio para hacer dietas de los niños sanos.

Cuadro 17.

Información disponible en México antes de desechar la iniciativa el 4 de octubre de 2011

Autor(es)	Año	Resultados de interés para este estudio
Sánchez-Castillo, Pichardo-Ontiveros y López	2004	<input type="checkbox"/> Más de 50% de la población de adultos y casi un tercio de los niños y niñas en México tienen sobrepeso y obesidad. La obesidad es causa principal de mortalidad cardiovascular en el mundo y están asociados a ella, con riesgos diversos, otros numerosos problemas de salud, como las enfermedades de la vesícula biliar, diversos tipos de cáncer y la osteoartritis entre otras. La obesidad es considerada, de hecho, el factor principal de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 al atribuírsele 61% de la prevalencia.
Barrientos y Flores	2008	<input type="checkbox"/> Los autores modelaron una cohorte hipotética de niños obesos de 5-11 años de edad. Con base en prevalencia, incidencia y evolución clínica, considerando los costos sólo de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, en 2015 se presentarían los primeros casos de diabetes mellitus tipo 2 y de hipertensión arterial. Para 2050, 67.3% de la cohorte tendría obesidad. El costo de atención a la obesidad será de \$57 678 millones de pesos. <input type="checkbox"/> Alimentos. Los medios de comunicación masiva juegan un papel importante en el consumo de alimentos, y por otra parte los niños son una población muy vulnerable. Los niños de México reciben por hora hasta 17 anuncios para consumir alimentos no recomendables para su salud; en el mismo lapso los de Australia reciben 12 y los de los EE.UU reciben 11. <input type="checkbox"/> Bebidas. Las bebidas aportan alrededor de la quinta parte de la

energía que se ingiere, y hay evidencias que indican que el mayor consumo de las bebidas con aporte energético incrementa el riesgo de obesidad. México tiene un consumo per cápita anual de 82 L de leche, contra 150 L de refresco.

Cuadro 17. (continuación)

Información disponible en México antes de desechar la iniciativa el 4 de octubre de 2011

Autor(es)	Año	Resultados de interés para este estudio
Gobierno Federal de México	2010	<input type="checkbox"/> Se piensa, equivocadamente, que hacerse frente al sobrepeso y la obesidad es una responsabilidad individual. Su origen multicausal - desafío multisectorial, multiniveles, multitareas. <input type="checkbox"/> Es necesario desarrollar competencias en la población y el desarrollo de políticas públicas que modifiquen el ambiente social, infraestructura y comercial.
Pérez, Rivera y Ortiz	2009	<input type="checkbox"/> Esta investigación ofrece evidencia sobre la necesidad de contar con un sistema de regulación efectiva de la publicidad dirigida a niños y adolescentes.
Hernández	2011	Es necesario disminuir el número de comerciales y campañas de publicidad dirigidos a los niños y adolescentes que promuevan alimentos con alta densidad energética
García	2011	<input type="checkbox"/> El problema de la obesidad no puede atribuirse únicamente a la publicidad, pero sí es una parte importante del mismo. <input type="checkbox"/> El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán reveló que México es el país con la mayor cantidad de anuncios de comida chatarra que se difunden en este medio. <input type="checkbox"/> Desde hace algunos años las campañas publicitarias se están orientando en gran medida a niños y jóvenes, y pretenden efectos a

plazos más amplios, que si bien se orientan al consumo inmediato, buscan la formación de una pauta más duradera.

□ En los últimos años, la publicidad se ha interesado en la etapa formativa.

Anexo 2.6.3

Artículos periodísticos relacionados con la publicidad infantil en México antes de desechar la iniciativa

El problema de la obesidad infantil en México era conocido por una gran parte de la población. Como muestra de que el tema era de dominio público se presentan artículos periodísticos que manifiestan que la información había permeado muchos nodos sociales, y los legisladores como parte de la sociedad también conocían dicha información (ver cuadro 19).

Cuadro 18.

Artículos periodísticos relacionados con la publicidad infantil en México antes de desechar la iniciativa. 2010-2011

Autor	Fecha	Título
El Poder del Consumidor A.C.	2010, noviembre 6	México líder en publicidad chatarra
Diabetes Bienestar y Salud	2010	Niños mexicanos, víctimas de los productos chatarra
Alto Nivel	2010, noviembre, 8	Chatarra lidera publicidad mexicana

El Economista	2010, noviembre, 7	Encabeza México top de anuncios en comida chatarra
Sosa, M.A. (El Universal)	2010, noviembre, 8	México líder en anuncios comida “chatarra”: EPC
Las Tres y Un Cuarto	2010, octubre, 25	Posts Tagged ‘México líder mundial en spots de comida chatarra’
Rodríguez, R. (El Universal)	2010, septiembre, 24	OCDE: México supera a E.U. en Obesidad
SDPnoticias.com	2011, febrero, 11	México ya es primer lugar mundial en obesidad infantil

Anexo 2.6.4

Información científica en salud desechada.

Los cuadros anteriores son solo una diminuta muestra de la cantidad de información científica en relación a los temas obesidad, obesidad infantil, y su relación con la publicidad de alimentos disponible para cualquier persona con el interés de investigar los vínculos entre la publicidad dirigida al público infantil y la comida de pocos nutrientes. Es evidente que un producto anunciado será más consumido que uno no anunciado. Por tanto, la publicidad de productos cuyo consumo no dosificado se relaciona con obesidad, se considera, un factor de riesgo. Ese factor de riesgo es totalmente controlable por la sociedad.

La evidencia sustenta que la publicidad es una parte preponderante en el ambiente obeso génico. Luego entonces, la iniciativa presentada en la Cámara de Diputados el 30 de abril de 2008 que expone:

Establecer que la publicidad televisiva de bebidas no alcohólicas especialmente de refrescos, deberá estar dirigida a una población mayor de 18 años, prohibiendo todos los anuncios de este productos en programas que ven regularmente grupos de niñas, niños y adolescentes menores a esta edad.

No solo estaba motivada en una realidad identificable por la ciudadanía, sino además, existía en esa fecha 30 de abril de 2008 (día del niño) la suficiente información científica para cortar de tajo ese factor de riesgo. En ese año México las estadísticas marcaban lo siguiente:

1. En algunos de los países latinoamericanos como México, las tasas de obesidad son intermedias (18.6% en hombres y 28.1% en mujeres), pero cercanas a las de países desarrollados como EUA (31% en hombres y 33.2% en mujeres) e Inglaterra (22.3% en hombres y 23% en mujeres). (López, 2008, p. 422).

2. Actualmente, una proporción elevada de la población infantil y adolescente en México tiene sobrepeso u obesidad (5.3% de los menores de 5 años, 26% de los escolares y más del 30% de los adolescentes, según datos de la ENSANUT 2006). De acuerdo a las tendencias que muestran las encuestas nacionales de los últimos años, la prevalencia va en aumento. Es indudable que el sobrepeso en la infancia es un factor de riesgo de obesidad en el adulto, con todo lo que esto implica respecto a comorbilidades que se magnifican al manifestarse desde etapas tempranas por tener evoluciones largas. En vista de lo anterior, la implementación de acciones efectivas de prevención desde la infancia debe ser una prioridad de nuestros Sistemas de Salud. (García et al, 2008, p. 494).

Anexo 2.6.5

Razonamiento emitido por la Cámara de Diputados justificando el rechazo de la iniciativa

No obstante la información anterior, y a pesar de ella, la cámara de diputados, por medio de la comisión de salud de la legislatura LXI, acordó rechazar la iniciativa con el siguiente argumento (Cámara de Diputados, 2011):

Cuarta. En el entendido que la obesidad y el sobrepeso son de origen claramente multifactorial, se considera que no los son solo el refresco y el sedentarismo televisivo como lo propone la iniciativa. Se deben impulsar cambios en la Ley General que abarquen la problemática en su totalidad. Así mismo, como bien se expone al inicio de la exposición de motivos, somos el segundo país que presenta obesidad, esto significa obesidad generalizada, no solo obesidad infantil, se debe de combatir el problema actual y no dejar avanzar. Si se quiere educar al paciente debe ser por medio de programas educativos en las escuelas, centros educativos, etc., no por medio de la televisión.

Quinta. En la exposición de motivos no expresan la fuente de su bibliografía en la mayoría de sus datos porcentuales, los términos son indeterminados para profundizar en el tema; es por eso que la información que se brinda no se determina como científicamente validada.

En mérito de lo antes expuesto, la Comisión de Salud se permite someter a la consideración del pleno de la honorable Cámara de Diputados, el siguiente Acuerdo

Primero. Se desecha la iniciativa proyecto de decreto que reforma el artículo 307 de la Ley General de Salud, presentada por la diputada Guadalupe Socorro Flores Salazar, del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, el 30 de abril de 2008.

Segundo. Archívese el expediente como asunto total y definitivamente concluido. Palacio Legislativo, a los 7 días del mes de septiembre de 2011 (p. 242).

Anexo 2.6.6

COFEPRIS determina una acción contraria al dictamen de la comisión en salud de la Cámara de Diputados

Años después la Comisión Federal para Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) ante la contundente presión derivada de la evidencia científica emite una restricción de la publicidad de alimentos dirigida al público infantil en horarios en los cuales los niños mexicanos están expuestos al televisor. Es decir, COFEPRIS, en dicho comunicado concede que la información científica sustentaba que la iniciativa presentada en el 2008 con el objetivo de restringir los anuncios de refrescos era suficiente para aprobar dicha iniciativa.

Comunicado de Prensa 73 /14 15 de Julio de 2014 (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios COFEPRIS, 2014).

LA SECRETARIA DE SALUD PRESENTA LAS MEDIDAS REGULATORIAS DE LA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y LA DIABETES

- A partir de hoy se restringen los anuncios de refrescos, botanas, confitería y chocolates en horarios infantiles de televisión y cine, para proteger la salud de los niños.
- Con esta decisión, se prevé la eliminación de 55 de 139 horas anuales de comerciales de la barra infantil, correspondientes a estas cuatro categorías de productos, lo que equivale a 40% de la pauta publicitaria.
- Se estima que saldrán del aire más de 10,233 anuncios de estos productos de la barra infantil.
- La restricción es de 2.30 pm a 19.30 pm, de lunes a viernes, y de 7 de la mañana a 19.30 horas sábados y domingos.
- El sello nutrimental lo obtendrán sólo productos saludables. Ningún alimento o bebida con altas calorías podrá ostentar el distintivo.
- Se establece un etiquetado informativo claro, frontal y obligatorio para 2015.
- Para evitar posibles confusiones a los consumidores se enviará a COFEMER modificación a los Lineamientos sobre etiquetado para eliminar la palabra “recomendados” de la frase referente a porcentaje de nutrimentos diarios (p. 1).

Esta iniciativa muestra que el nivel de preponderancia otorgado a la ciencia en los procesos legislativos es determinado por los legisladores. Es decir, la información científica en salud, se usa de forma discrecional.

Anexo 2.7

Categorías actuales en las cuales se pueden clasificar las distintas formas de usar la información científica en salud

La información científica debería ser preponderante en cada iniciativa en salud. Pero con base en el siguiente listado percibimos que no siempre así.

Las siguientes categorías (ver cuadro 19) nos muestran las múltiples formas en las que la información científica en salud es usada de distintas maneras. Todas ellas diferentes a la categoría de factor ineludible.

El cuadro 20 contiene 7 iniciativas que cumplen tres criterios específicos: (1) Que la iniciativa hace referencia a un determinante social; (2) que se sustenta en información científica y (3) que fue aprobada por el poder legislativo. Se destaca que el total de iniciativas en la LX legislatura (2006-2009) fue de 151.

El cuadro 21 contiene 10 iniciativas que cumplen tres criterios específicos: (1) Que la iniciativa hace referencia a un determinante social; (2) que se sustenta en información científica y (3) que fue desechada por el poder legislativo. Se destaca que el total de iniciativas en la LX legislatura (2006-2009) fue de 151.

El cuadro 22 contiene 9 iniciativas que cumplen tres criterios específicos: (1) Que la iniciativa hace referencia a un determinante social; (2) que se sustenta en información científica y (3) que fue aprobada por el poder legislativo. Se destaca que el total de iniciativas en la LXI legislatura (2009-2012) fue de 204.

El cuadro 23 contiene 5 iniciativas que cumplen tres criterios específicos: (1) Que la iniciativa hace referencia a un determinante social; (2) que se sustenta o apela en información científica y (3) que fue desechada por el poder legislativo. Se destaca que el total de iniciativas en la LXI legislatura (2009-2012) fue de 204.

El cuadro 24 contiene 2 iniciativas que cumplen tres criterios específicos: (1) Que la iniciativa hace referencia a un determinante social; (2) que se sustenta en información científica y (3) que fue aprobada por el poder legislativo. Se destaca que el total de iniciativas en la LXII legislatura (2012-2015) fue de 175.

El cuadro 25 contiene 5 iniciativas que cumplen tres criterios específicos: (1) Que la iniciativa hace referencia a un determinante social; (2) que se sustenta en información científica; y (3) que fue desechada por el poder legislativo. Se destaca que el total de iniciativas en la LXII legislatura (2012-2015) fue de 175.

El cuadro 26 contiene 6 iniciativas que cumplen tres criterios específicos: (1) Que la iniciativa hace referencia a un determinante social; (2) que se sustenta en información científica; y (3) que fue aprobada por el poder legislativo. Se destaca que el total de iniciativas en la LXIII legislatura (2015-2018) hasta el 31-12-2016.

El cuadro 27 contiene 5 iniciativas que cumplen tres criterios específicos: (1) Que la iniciativa hace referencia a un determinante social; (2) que se sustenta en información científica; y (3) que fue desechada por el poder legislativo. Se destaca que el total de iniciativas en la LXIII legislatura (2012-2015) hasta el 31-12-2016.

Por último, destacan dos ejemplos de casos eficaces y eficientes en políticas públicas en salud en México. 2007, 2015 (cuadro 29).

Cuadro 19.

Clasificación de las distintas formas de usar la información científica en salud. Congreso de la República. México. 2006-2015

Nº	Descripción de categorías en las que la información científica en salud no es preponderante	Fecha de presentación	Nº de legislatura y de iniciativa	Estatus
1	Iniciativas rechazadas contra la información científica y relacionadas a un determinante social de salud (publicidad)	30 abril 2008	60 87	Desechada
		25 marzo 2010	61 23	Desechada
		7 noviembre 2013	62 75	Desechada
		15 diciembre 2015	63 34	Pendiente
2	Iniciativas rechazadas contra la información científica y relacionadas a un determinante social de salud (rechazan un semáforo indicador de calorías sustentado en las recomendaciones de las OMS, el Instituto Nacional de Salud Pública, la Academia Nacional de Medicina)	23 octubre 2014	62 143	Desechada
		19 noviembre 2014	62 146	Desechada
3	Sustentadas en información científica, dirigida al tratamiento no a la causa – el tratamiento ya se atiende -	9 octubre 2012	62 142	Desechada
4	Iniciativas referentes a un problema en salud, pero sin certeza que la solución propuesta sea la más recomendable	27 septiembre 2016	63 118	Pendiente

Cuadro 19.

Clasificación de las distintas formas de usar la información científica en salud. Congreso de la República. México. 2006-2015 (continuación)

Nº	Iniciativas en salud	Fecha de presentación	de	Nº de legislatura y de iniciativa	Estatus
5	Iniciativas con un elevado grado de datos especializados que requieren que quien las lea, posea conocimientos específicos	8 febrero 2017		60 15	Concluida
6	Iniciativas inicialmente rechazadas contra las informaciones científicas y relacionadas a un determinante social de salud. Posteriormente aprobada (vacuna papiloma)	27 febrero 2007		60 21	Desechada
		14 mayo 2008		60 95	Desechada
		24 noviembre 2009		61 7	Desechada
		9 mayo 2012		61 191	Desechada
		29 abril 2013		62 49	Desechada
		17 julio 2013		62 60	Desechada
		11 diciembre 2013		62 80	Desechada
		15 diciembre 2014		62 157	Desechada
		29 abril 2016		63 88	Pendiente

Cuadro 19.

Clasificación de las distintas formas de usar la información científica en salud. Congreso de la República. México. 2006-2015 (continuación)

Nº	Iniciativas en salud	Fecha de presentación	de	Nº de legislatura y de iniciativa	Estatus
6	Iniciativa presentada en el <u>Senado de la República</u> con contenido similar a las 9 iniciativas presentadas en la Cámara de Diputados (Senado de la República, 2014)	6 noviembre 2014		63	Aprobada
7	Iniciativa que incluye tanto información científica como problemas éticos. -investigar células madre-	24 enero 2007		60 14	concluida
8	Iniciativa que se interceptan con cuestiones morales éticas y axiológicas. -aborto-	27 marzo 2007		60 26	desechada
9	Iniciativa en salud, referente a un problema de salud pública, pero sin apoyo de información científica-comida chatarra-	19 febrero 2008		60 66	Desechada
10	Iniciativa que dan por probado , lo que de hecho no se ha probado-Chagas-	18 marzo 2009		60 132	Desechada
11	Iniciativas algo ingenuas de personas que asumen detectar un problema de salud de mejor manera que especialistas investigadores en salud.-madres alcohólicas-Un factor lógico confundido como una política publica	27 febrero 2014		62 103	Desechada

Cuadro 19.

Clasificación de las distintas formas de usar la información científica en salud. Congreso de la República. México. 2006-2015 (continuación)

Nº	Iniciativas en salud	Fecha de presentación	de	Nº de legislatura y de iniciativa	Estatus
12	Iniciativa ficticia de ocurrencia. Asociaciones falaces entre un tema de salud pública y una causa sobredimensionada-	11 marzo 2014		62 107	Desechada
13	Iniciativa que se enfoca en recopilar información, no en usarla	19 noviembre 2015		63 28	Aprobada
		28 abril 2016		63 82	Aprobada
14	Iniciativa pertinente a información científica con intervenciones en lo médico, moral y jurídico-clubs de consumo de marihuana-	15 diciembre 2015		63 43	Pendiente
15	Iniciativa que reitera información básica en la bibliografía científica y el personal de salud sabe y trasmite de forma rutinaria-informar la importancia de la nutrición durante el embarazo-	13 enero 2016		63 44	retirada
16	Iniciativas que proponen acciones que ya se realizan.- mecanismos de queja por atención médica-	18 febrero 2016		63 48	Desechada
17	Iniciativa que manifiesta desconocimiento de términos -afirma que el clenbuterol es un veneno-	13 febrero 2007		60 16	Desechada

Cuadro 19.

Clasificación de las distintas formas de usar la información científica en salud. Congreso de la República. México. 2006-2015 (continuación)

Nº	Iniciativas en salud	Fecha de presentación	de	Nº de legislatura y de iniciativa	Estatus
18	Iniciativa relacionada a un tema de salud, con un diagnóstico borroso y propone acciones inviables de ponerse en práctica.	21 octubre 2008		60 104	Desechada
19	Iniciativa que pone a votación un criterio técnico que se resuelve mediante opinión técnica médica	27 febrero 2014		62 105	Desechada
20	Iniciativa que considera una opinión técnica de COFEPRIS como errónea. Pretende que mediante un recurso legislativo se resuelva una variable técnica. O COFEPRIS se equivoca o el legislador que expone la iniciativa al pleno de la cámara de diputados.	6 diciembre 2016		63 151	retirada

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos publicados por la Secretaría de Servicios Parlamentarios de las Legislaturas LX, LXI, LXII y LXIII de la Cámara de Diputados (sf)

Cuadro No. 20

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron aprobadas por el poder legislativo en la LX Legislatura

No	No de iniciativa	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
1	9	Incrementar el impuesto a los cigarros, pasando de la actual tasa del 110% a una de 160%, y una vez disminuidas, en su caso, las participaciones correspondientes a las entidades federativas y municipios, los recursos equivalentes a 5 centavos por cada cigarro, puro u otro tabaco labrado enajenado o importado, sería destinado al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para instrumentar políticas y programas para prevenir y disminuir el consumo de tabaco en el país, así como para el combate de las enfermedades relacionadas con el mismo.	Aprobada
2	32	Establecer entre los fines de la educación, la promoción de una cultura de hábitos alimenticios saludables. Que los medios de comunicación masiva, como parte de su responsabilidad social, deberán contribuir al logro de dichos fines. Que se considerará infracción a la ley, la venta y comercialización de alimentos con exceso de grasa y de alto contenido calórico, en escuelas públicas y particulares de nivel básico.	Aprobada
3	60	Incorporar dentro de los programas de educación para la salud: -aspectos de nutrición, obesidad y prevención de enfermedades. -los riesgos a la salud causados por el consumo de grasas saturadas y grasas trans, de tal forma que las etiquetas o contra etiquetas de alimentos y bebidas no alcohólicas deberán incluir datos de las grasas trans que éstos contengan.	Aprobada

Cuadro No. 20

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron aprobadas por el poder legislativo en la LX Legislatura (continuación)

No	No de iniciativa	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
3	60	Incorporar dentro de los programas de educación para la salud: -aspectos de nutrición, obesidad y prevención de enfermedades. -los riesgos a la salud causados por el consumo de grasas saturadas y grasas trans, de tal forma que las etiquetas o contraetiquetas de alimentos y bebidas no alcohólicas deberán incluir datos de las grasas trans que éstos contengan.	Aprobada
4	69	Incorporar que en la educación que imparta el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios, deberán tener entre sus fines fomentar la educación en materia de nutrición, priorizando que ésta sea completa, equilibrada, inocua, suficiente y variada para el pleno desarrollo de los individuos. Incorporar como obligación de la autoridad educativa federal el establecimiento, en coordinación con la Secretaría de Salud, de la normatividad para la instalación, operación y disolución de las tiendas y cooperativas escolares, así como lo relativo a la venta de alimentos y bebidas no alcohólicas en los establecimientos escolares. Procurar la construcción y el equipamiento de comedores o desayunadores en los establecimientos escolares del sistema educativo nacional.	Aprobada

Cuadro No. 20. Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron aprobadas por el poder legislativo en la LX Legislatura (continuación)

No	No de iniciativa	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
5	72	Definir a los medicamentos biotecnológicos y precisar cuáles se denominarán "biosimilares". Establecer los requisitos para la obtención del registro sanitario y sobre su identificación en etiquetas, empaques, cuadros básicos y catálogos de medicamentos y en la prescripción de los medicamentos antes referidos.	Aprobada
6	77	Incluir dentro de las atribuciones de la Secretaría de Educación Pública, emitir circulares relativas al tipo de productos que se puedan vender en las cooperativas escolares a fin de controlar el valor nutricional de los productos que se expenden, prohibiendo la venta de productos con altos contenidos de azúcares refinados y/o aditivos artificiales, que promuevan la mala nutrición, incrementen el sobrepeso y la obesidad infantiles. Su contravención se considerará como una infracción de quienes prestan servicios educativos.	Aprobada

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos publicados por la Secretaría de Servicios Parlamentarios de la LX Legislatura (sf)

Cuadro No. 20. Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron aprobadas por el poder legislativo en la LX Legislatura (continuación)

No	No de iniciativa	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
7	93	Establecer: a) Cuando la Secretaría de Salud (SS) evidencie en la disponibilidad de alimentos que una región padece estrés hídrico, los programas de alimentación del gobierno federal deberán privilegiar el consumo de agua en las entidades cuyo consumo sea limitado, o bien, desplazado por el consumo de bebidas altas en azúcares y causantes de enfermedades; b) La SS, junto con la Secretaría de Educación Pública, deberá sentar las necesidades mínimas de nutrimentos que tendrán que cumplir las bebidas para su venta en las tiendas escolares de nivel básico y medio superior; c) Las bebidas carbonatadas altas en azúcares, que se pretendan expender al público en presentaciones que sugieran al consumidor quitar la sed, deberán incluir en sus etiquetas la siguiente leyenda: "El abuso en el consumo de este producto puede causar obesidad".	Aprobada
8	96	Establecer que la Secretaría de Salud (SS) deberá elaborar y coordinar un programa nacional de nutrición, control de peso y obesidad, atendiendo primordialmente a niñas, niños y adolescentes. La SS deberá coordinarse con la Secretaría de Educación Pública, los gobiernos de las entidades federativas y el Consejo de Salubridad General.	Aprobada

Cuadro No. 21

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron desechadas por el poder legislativo en la LX Legislatura

No	No de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
1	8	Crear el programa contra el sobrepeso y la obesidad, a fin de prevenir el consumo de productos que no proporcionan al organismo elementos para su nutrición, para lo cual la Secretaría de Salud, los gobiernos de las entidades federativas y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se deberán coordinar para la ejecución de dicho programa. Así mismo, establecer lineamientos en cuanto al consumo y la publicidad de bebidas alcohólicas.	Desechada
2	19	Establecer como obligación, incorporar dentro de las etiquetas de los empaques de tabaco la leyenda ¿fumar es causa de muerte?	Desechada
3	20	Establecer, dentro de las finalidades de la protección a la salud y obligaciones del Estado en esta materia, el disfrute de medicamentos suficientes y genuinos, con las calidades terapéuticas, preventivas y de rehabilitación adecuadas. Asimismo, tipificar el robo, contrabando, comercio de medicamentos caducos y de muestras médicas no negociables sancionados como delitos graves.	Concluida
4	21	Integrar al virus del papiloma humano (VPH) dentro del catálogo de enfermedades sujetas a las actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control que realiza la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas.	Desechada

Cuadro No. 21

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron desechadas por el poder legislativo en la LX Legislatura (continuación)

No	No de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
5	30	Establecer como obligación de las compañías productoras de bebidas gaseosas o refrescos para incluir en las etiquetas correspondientes la leyenda ¿El abuso del consumo de este producto, causa obesidad, diabetes, gastritis y cálculos renales? Asimismo, que dicha leyenda deberá ser en letra clara y colores contrastantes.	Desechada
6	45	Establecer diversas acciones para el control del tabaquismo, como una obligación del Estado de proteger a las generaciones presentes y futuras de las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, medio ambientales y económicas que se asocian al consumo del tabaco.	Desechada
7	46	Establecer como obligación de los productores de botanas y refrescos, incluir en la etiqueta de sus productos la leyenda: "El consumo de este producto puede generar obesidad".	Desechada
8	87	Establecer que la publicidad televisiva de bebidas no alcohólicas especialmente de refrescos, deberá estar dirigida a una población mayor de 18 años, prohibiendo todos los anuncios de este productos en programas que ven regularmente grupos de niñas, niños y adolescentes menores a esta edad.	Desechada

Cuadro No. 21

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron desechadas por el poder legislativo en la LX Legislatura (continuación)

No	No de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
9	94	Establecer que: las normas oficiales mexicanas que se promulguen para los efectos de medicamentos y demás insumos para la salud, en ningún caso omitirán señalar las precauciones necesarias de salud y de nutrición contra el sobrepeso y la obesidad que deberán cumplir los etiquetados de bebidas no alcoholizadas. -las bebidas denominadas "refrescos" deberán declarar en su etiquetado los ingredientes que pueden causar obesidad.	Desechada
10	134	Promover de manera permanente programas y acciones dirigidas a prevenir la obesidad, de tal forma que se prohibirá la venta de alimentos chatarra al interior de las escuelas de educación básica, públicas y particulares. Establecer que dichos alimentos, deberán exhibir en sus envases o etiquetas la leyenda: ¿el abuso en el consumo de este producto provoca obesidad.	Desechada

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos publicados por la Secretaría de Servicios Parlamentarios de la LX Legislatura (sf)

Cuadro No. 22

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron aprobadas por el poder legislativo en la LXI Legislatura

No	No de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
1	8	Establecer que las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán actividades que promuevan una alimentación equilibrada baja en grasas y azúcares que permitan un desarrollo sano del núcleo familiar y la obligatoriedad de practicar 30 minutos diarios de ejercicio físico para prevenir padecimientos de sobrepeso y obesidad. Explicitar que las autoridades sanitarias procurarán que los alimentos proporcionados en las escuelas tengan un mayor aporte nutrimental, evitando los alimentos procesados altos en grasas y azúcares.	Aprobada
2	83	Facultar a la Secr. de Salud para que en caso de que tenga conocimiento de que la publicidad no es acorde con los requisitos señalados, procederá de inmediato a revocar la autorización emitida e iniciará el procedimiento administrativo correspondiente a efecto de imponer las sanciones que procedan. Adicionar un artículo con el objeto de sancionar, con multa hasta por el cinco por ciento de las ventas anuales obtenidas por el infractor durante el ejercicio fiscal anterior, la publicidad de remedios herbolarios, suplementos alimenticios o productos de perfumería y belleza que se realice en contravención con los requisitos establecidos en la ley.	Aprobada

Cuadro No. 22

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron aprobadas por el poder legislativo en la LXI Legislatura (continuación)

No	No de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
3	125	Incluir como acciones prioritarias de la atención materno-infantil, la aplicación del tamiz neonatal ampliado en todas las instituciones públicas y las privadas; la revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro; la detección temprana de trastornos de la salud visual y auditiva durante el desarrollo del niño y acciones para su diagnóstico en las escuelas públicas y en las privadas; la promoción y aplicación oportuna de la vacunación; y la atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar.	Aprobada
4	131	Facultar al Consejo de Salubridad General para dictar medidas contra el uso nocivo del alcohol. Facultar al Consejo Nacional Contra las Adicciones para evaluar el Programa contra el Tabaquismo. Modificar la denominación del Programa Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas para quedar como Programa Contra el Uso Nocivo del Alcohol, el cual en coordinación con otros entes del Estado implementará las medidas de control para expender o suministrar bebidas alcohólicas e implementará las sanciones administrativas y penales por incumplimiento de las disposiciones que al efecto se emitan. Equiparar con el delito de corrupción de menores cuando se expendan o suministren bebidas alcohólicas a menores de edad.	Aprobada

Cuadro No. 22

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron aprobadas por el poder legislativo en la LXI Legislatura (continuación)

No	No de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
5	142	Sancionar al que sin autorización de la Secretaría de Salud o contraviniendo los términos en que ésta haya sido concedida, adicione a los alimentos o agua de consumo animal cuyos productos o subproductos estén destinados al consumo humano sustancias tóxicas o peligrosas.	Aprobada
6	153	Incluir en la clasificación de sustancias psicotrópicas, la mefedrona, la piperazina TFMPP, el midazolam y el canabinoide sintético K2, con el objeto de permitir que las autoridades sanitarias apliquen las medidas de control y vigilancia respecto de su uso terapéutico o, en su caso, procedan contra el uso indebido de cada una de ellas.	Aprobada

Cuadro No. 22

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron aprobadas por el poder legislativo en la LXI Legislatura (continuación)

No	No de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
7	162	Facultar a la Secretaría de Salud para proponer el incremento del precio de los productos del tabaco a través de políticas tributarias, con el objetivo de reducir de la demanda de productos del tabaco, y diseñar y operar el Sistema Nacional de Monitoreo de la Epidemia del Tabaquismo con el fin de identificar las tendencias relacionadas con el consumo de productos de tabaco en la población; el comportamiento de la oferta de los productos de tabaco y sus variaciones resultado de las políticas públicas de control del tabaco. Establecer los espacios 100 % libres de humo de tabaco.	Aprobada
8	171	Establecer con carácter de obligatoriedad la declaración nutrimental obligatoria y la declaración nutrimental complementaria de la norma oficial mexicana que se refiere al etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados, destinada a informar al consumidor sobre las propiedades nutrimentales de un alimento o bebida no alcohólica preenvasada.	Aprobada
9	186	Considerar como medidas para prevenir accidentes, el uso de auto-asientos infantiles en niños de 0 a 5 años de edad.	Aprobada

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos publicados por la Secretaría de Servicios Parlamentarios de la LXI Legislatura (sf)

Cuadro No. 23

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron desechadas por el poder legislativo en la LXI Legislatura

No	No de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
1	7	Incluir al cáncer cérvico-uterino en las actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las enfermedades transmisibles, a cargo de la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, así como la obligación de llevar a cabo los programas de vacunación respectivos.	Desechada
2	23	Incluir en la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas si el producto que se anuncia cuenta con: bajo contenido de nutrientes, alto contenido de sal, alto contenido de azúcares o alto contenido en grasa hidrogenada o parcialmente hidrogenada.	Desechada
3	32	Establecer que la Secretaría de Salud vigilará y garantizará, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas y municipios, en el ámbito de sus respectivas competencias, que los alimentos y bebidas que se brinden o expendan en las escuelas de nivel preescolar, primaria y secundaria posean el valor nutricional que coadyuve a una dieta para el óptimo desempeño intelectual, el sano desarrollo y la lucha contra la obesidad de los educandos.	Desechada

Cuadro No. 23

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron desechadas por el poder legislativo en la LXI Legislatura (continuación)

No	No de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
4	137	Prever dentro de las acciones que realice la Secretaría de Salud (SS) la sensibilización de la población acerca de los efectos nocivos del tabaquismo, el grado de adicción que genera, las enfermedades crónicas asociadas a su consumo; entre otras. Facultar a la SS para proponer al Ejecutivo Federal, políticas públicas de orden fiscal para reducir la demanda de productos del tabaco y fortalecer los programas de protección, prevención, cesación y tratamiento. Establecer que todo establecimiento que comercie y venda productos del tabaco requerirá licencia sanitaria. Prohibir la realización de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco. Incrementar la sanción a la persona que consuma o tenga encendido cualquier producto del tabaco en los espacios cerrados de cualquier inmueble 100% libres de humo de tabaco.	Desechada
5	181	Facultar a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, para coordinar con la Secretaria de Medio Ambiente la vigilancia de la calidad del aire en los asentamientos humanos y las medidas necesarias que ayuden a preservar la salud del habitante en caso de contingencias ambientales.	Desechada

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos publicados por la Secretaría de Servicios Parlamentarios de la LXI Legislatura (sf)

Cuadro No. 24

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron aprobadas por el poder legislativo en la LXII Legislatura

No	No de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
1	38	Establecer dentro de las acciones que comprende el programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, respecto a la educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, que ésta sea dirigida también a los jóvenes, así como el fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, en los grupos de población que se encuentren entre los 12 y 29 años. Establecer dentro de las acciones que comprende el programa contra la farmacodependencia, la coordinación entre la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, brindar la educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, estableciendo que la misma vaya dirigida especialmente a niños, adolescentes y jóvenes.	Aprobada
2	130	Incluir los conceptos de Fumador activo, Fumador Pasivo y No fumadores. Prohibir el consumo de tabaco en instalaciones y espacios deportivos o para llevar a cabo actividad física.	Aprobada

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos publicados por la Secretaría de Servicios Parlamentarios de la LXII Legislatura (sf)

Cuadro No. 25

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron desechadas por el poder legislativo en la LXII Legislatura

No	Numero de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
1	6	Considerar como prohibición la colocación de cigarrillos en sitios visibles para el consumidor. Prever que en los paquetes de productos del tabaco todo empaquetado y etiquetado se imprimirá en blanco y negro, a excepción de los pictogramas o imágenes. Considerar el espacio necesario para la colocación de los elementos de marca dentro de los empaques y paquetes. Suprimir la publicidad a través de cualquier medio para los productos del tabaco.	Desechada
2	12	Incluir la varicela dentro de las actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control que realicen las autoridades de salud federales y locales, y dentro de las vacunaciones que se consideren obligatorias.	Desechada
3	23	Incluir en las etiquetas o contra etiquetas para los alimentos y bebidas no alcohólicas, información sobre su composición y tipo de endulzantes y aditivos reales, con el objeto de que se pueda consumir el volumen adecuado y que no constituya un factor condicionante o predisponente o, un riesgo para la salud nutricional.	Desechada

Cuadro No. 25

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron desechadas por el poder legislativo en la LXII Legislatura (continuación)

No	Numero de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
4	34	Establecer entre las leyendas que deba llevar todo envase de bebida alcohólica: “bebe con moderación”, “el abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud”, “si tomas, no manejes” y/o “prohibida su venta a menores de edad”	Desechada
5	39	Incluir un capítulo denominado Alimentos y bebidas de bajo valor nutritivo, con el objeto de establecer que los alimentos y bebidas de bajo valor nutritivo son aquellos productos que poseen altos contenidos de azúcares, almidones modificados, harinas o grasas, tales como: botanas, refrescos, pastelillos, dulces y cereales. Prever que toda bebida de bajo valor nutritivo, deberá ostentar en los envases, la leyenda: “el abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud”, escrito con letra fácilmente legible, en colores contrastantes y sin que se haga referencia a alguna disposición legal. Facultar a la Secretaría de Salud para publicar en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo mediante el cual podrán establecerse otras leyendas precautorias o pictogramas que adviertan sobre los riesgos a la salud, así como las disposiciones para su aplicación y utilización.	Desechada

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos publicados por la Secretaría de Servicios Parlamentarios de la LXII Legislatura (sf)

Cuadro No. 26

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron aprobadas por el poder legislativo en la LXIII Legislatura hasta el 10 de julio de 2017

No	Numero de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
1	12	Prohibir los tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones en puestos semifijos, módulos móviles o ambulantes y a personas menores de 18 años de edad, así como aquellas que no se encuentren en pleno goce de sus facultades mentales.	Aprobada
2	17	Facultar a los estados y el Distrito Federal, para legislar en los ámbitos de su competencia, a efecto de garantizar el suministro de preservativos en los centros de salud, así como las acciones necesarias para facilitar, ya sea la venta o entrega de dichos métodos anticonceptivos en lugares visibles al interior de las instalaciones de hoteles y moteles, establecimientos que vendan bebidas alcohólicas e instituciones de educación secundaria, media y superior, siendo indispensable en éstas últimas, la aplicación de un programa informativo en materia de salud sexual que permita a los estudiantes tomar decisiones responsables respecto de su vida sexual, para disminuir el riesgo reproductivo, prevenir las enfermedades y demás enfermedades de transmisión sexual, así como para prevenir los embarazos en adolescentes.	Aprobada

Cuadro No. 26

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron aprobadas por el poder legislativo en la LXIII Legislatura hasta el 31 de diciembre de 2016 (continuación)

No	Numero de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
3	28	Incluir en el sistema de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud, los trastornos de sobrepeso y obesidad. Establecer que dicha dependencia tendrá a su cargo, la recepción de información que le hará llegar la Secretaría de Educación Pública e instituciones del Gobierno Federal, Estatal y Municipal sobre los avances obtenidos para prevenir y contrarrestar el sobrepeso y obesidad.	Aprobada
4	42	Incluir la "cirugía estética y reconstructiva" dentro de las actividades que requieren que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades competentes.	Aprobada
5	45	Coordinar a la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas con las autoridades competentes para fomentar y apoyar, la realización y promoción de programas para la prevención del suicidio, preferentemente en niñas, niños y adolescentes.	Aprobada
6	52	Requerir autorización sanitaria a los establecimientos que presten servicios de hemodiálisis.	Aprobada

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos publicados por la Secretaría de Servicios Parlamentarios de la LXIII Legislatura (sf)

Cuadro No. 27

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron desechadas por el poder legislativo en la LXIII Legislatura

No	Numero de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
1	2	Incluir la fiebre chikungunya dentro de las enfermedades transmisibles en las que la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas -en sus respectivos ámbitos de competencia-, deben realizar actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control, y eliminar del listado al dengue.	Desechada
2	21	Establecer como objetivo del Sistema Nacional de Salud, diseñar y ejecutar políticas públicas que propicien la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, que contrarreste eficientemente la incidencia de diversos tipos de cáncer.	Desechada
3	27	Incrementar las sanciones a quien realice determinados actos con plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas o plaguicidas.	Pendiente
4	34	Incluir en los envases y empaques de alimentos y bebidas no alcohólicas un semáforo nutrimental que alerte de una manera visual al consumidor acerca del contenido calórico, de grasas, grasas saturadas, almidones, azúcares, sal y sodio que contiene el producto, con fundamento en la etiqueta nutricional.	Pendiente

Cuadro No. 27

Iniciativas referidas a un determinante social y sustentadas en información científica que fueron desechadas por el poder legislativo en la LXIII Legislatura (continuación)

No	Numero de iniciativa en el listado	Sinopsis de la iniciativa	Estatus
5	60	Atribuir a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas realizar actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control del virus de Zika.	Desechada
6	136	Prevenir los padecimientos que provoca una alta ingesta de azúcares, al establecer que los productos contengan información respecto del contenido de azúcar y el tipo de esta en los productos que consumen, a fin de que puedan tomar una decisión razonada.	Desechada

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos publicados por la Secretaría de Servicios Parlamentarios de la LXIII Legislatura (sf)

Cuadro 28.

Ejemplos de casos eficaces y eficientes en políticas públicas en salud. México. 2007, 2015

Legislatura LX, 31 agosto 2007, Grupos parlamentarios (CONJUNTAS)

Nombre de la iniciativa: Proyecto de Ley General para el Control del Tabaco y que deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud.

Sinopsis: Establecer el control sanitario en las importaciones y exportaciones de los productos elaborados con tabaco y establecer los mecanismos para la protección de la población de la exposición al humo de segunda mano.

Análisis: De acuerdo a la evidencia científica, el consumo de tabaco y/o la exposición pasiva al humo del mismo, se correlacionan con la aparición de enfermedades crónico-degenerativas. Reconociendo esa realidad, usando la información científica en salud como sustento objetivo, el órgano legislativo aprueba una serie de políticas públicas para proteger la salud de los no fumadores, para disuadir el consumo de cigarros mediante pictogramas explícitos y otras medidas que pretenden disminuir el consumo de cigarros.

Cuadro 28.

Ejemplos de casos eficaces y eficientes en políticas públicas en salud. México. 2007, 2015 (continuación)

Senado de la República, 26 marzo 2015, Comisiones Unidas

Nombre de la iniciativa: De las comisiones Unidas de Atención a grupos Vulnerables, Salud, y de Estudios Legislativos Primera, con proyecto de decreto por el que se expide la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista

Sinopsis: La Ley que se pretende expedir tiene por objeto impulsar la plena integración e inclusión a la sociedad de las personas con la condición del espectro autista, mediante la protección de sus derechos y necesidades fundamentales que les son reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Crea la Comisión Intersecretarial para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista, como una instancia de carácter permanente del Ejecutivo Federal, con el objeto de garantizar la ejecución de los programas de atención a dichas personas.

Análisis: El autismo es un trastorno del desarrollo que se manifiesta en la infancia. En México, se estima que pueden nacer 6000 niños con el trastorno cada año. También se estima que solo el 40 % reciben de niños y niñas que reciben terapias oportunas y efectivas logran incluirse con éxito a la educación regular, proporcionándoles los apoyos necesarios. En otras palabras, se detecta un fenómeno en la realidad, se usa evidencia científica y estadística para presentarlo ante el órgano legislativo, quien, en base a la evidencia científica, establece medidas objetivas que intersectarán el desarrollo natural del trastorno.
