

# DERECHO A LA SALUD Y JUSTICIA SOCIAL: CONVERGENCIA ENTRE LA ATENCIÓN EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS Y EL ADULTO MAYOR EN MÉXICO

*Right to health and social justice: convergence between care for neurodegenerative diseases and the elderly in Mexico*

**Mateo Ovando Arias**

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.  
moasj.23@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-6331-2349>

**Heberto Romeo Priego Álvarez**

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.  
heberto\_priego@hotmail.com  
<https://orcid.org/0000-0001-9217-5702>

**Alfredo Islas Colín**

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.  
islas40@hotmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-2841-4315>

Recibido: 6/6/2024 • Aprobado: 8/7/2024

**Cómo citar:** Ovando Arias, M., Islas Colín, A. & Priego Álvarez, H. R. (2024). Derecho a la salud y justicia social: convergencia entre la atención en enfermedades neurodegenerativas y el adulto mayor en México. *Ciencia y Sociedad*, 49(3), 101-125. <https://doi.org/10.22206/cys.2024.v49i3.3183>

## Resumen

Las personas con una patología neurológica experimentan múltiples obstáculos para ejercer su derecho a la salud, tales como la carencia de información, de recursos, la discriminación, la estigmatización, la violación de su autonomía y dignidad. Es importante que el adulto mayor cuente con una calidad de vida para su bienestar física, mental y espiritual, resultando imperativo examinar la optimización de los servicios sanitarios, especialmente en el caso de pacientes con patologías neurodegenerativas. El derecho de la salud se materializa en la calidad de los servicios sanitarios como un inicio en el desenvolvimiento de la dignidad de la persona mayor en estado de vulnerabilidad neurológica. El objetivo es conocer la relación del derecho de la salud y la dignidad como principio de justicia social en México. Impulsando la creación de políticas públicas para la prevención, el acceso oportuno a tratamientos especializados, la formación de profesionales de la salud en este campo, así como en la promoción de estilos de vida saludables que contribuyan a la prevención de estas enfermedades. Mediante el estudio

## Abstract

People with a neurological pathology experience multiple obstacles to exercising their right to health, such as lack of information, resources, discrimination, stigmatization, violation of their autonomy and dignity. It is important that the elderly have a quality of life for their physical, mental and spiritual well-being, and it is imperative to examine the optimization of health services, especially in the case of patients with neurodegenerative pathologies. The right to health is materialized in the quality of health services as a beginning in the development of the dignity of the elderly in a state of neurological vulnerability. The objective is to know the relationship between the right to health and dignity as a principle of social justice in Mexico. Promoting the creation of public policies for prevention, timely access to specialized treatments, the training of health professionals in this field, as well as the promotion of healthy lifestyles that contribute to the prevention of these diseases. Through the qualitative study complemented by the legal hermeneutic method and the hermeneutical phenomenological method of



de corte cualitativo complementado por método hermenéutica jurídica y el método fenomenológico hermenéutico de Paul Ricoeur, es evidente que la dignidad en la vejez irá a la par con el ejercicio de los derechos a la salud, siempre que se asegure la equidad en los servicios sanitarios, le seguirá la calidad de vida de los adultos mayores en su última etapa del ciclo del desarrollo humano.

**Palabras clave:** derecho a la salud, vejez, salud pública, dignidad, justicia social.

## 1. Introducción

La salud, en paralelo con la constitución y los tratados internacionales, son considerados uno de los temas más importantes en la agenda de las políticas públicas de los países en vía de desarrollo. Gracias al acceso a los servicios sanitarios públicos, de asistencia y privados, se ha disminuido las desigualdades sociales en el caso de los adultos en estado de vulnerabilidad acorde a su edad cronológica. Y especialmente, pacientes con enfermedades neurodegenerativas por las necesidades de asistencia de primera calidad para su bienestar personal.

Los Derechos humanos más allá de un conjunto de garantías que le dan espacio para existir y desenvolverse honestamente en la sociedad. Están estrechamente ligadas con la justicia social, se ha transformado, en los últimos cien años, en un telón de fondo de los planteamientos partidarios progresistas más generales, convirtiéndose en parámetros para la medición en el principio de dignidad de las personas. En este caso, se puede afirmar que el reconocimiento y satisfacción del derecho a la salud más por aprovisionamiento económico no sólo presentará una relación de consistencia sino un importante nivel de crecimiento social (De Paz González y Bernal Ballesteros, 2024).

El cuidado al derecho de la salud se refiere al reparto equitativo de los recursos sanitarios especializados disponibles, cumpliendo con los principios de igualdad, equidad y dignidad. Se le retribuye a

Paul Ricoeur, it is evident that dignity in old age will go hand in hand with the exercise of the rights to health, as long as equity in health services is ensured, followed by the quality of life of older adults in their last stage of the human development cycle.

**Keywords:** right to health, old age, public health, dignity, social justice.

la población de manera imparcial sin que esto represente un costo mayor para las familias que se encuentren con algún padecimiento médico y no cuenten con los recursos económicos en la atención de su salud, por ejemplo, el tratamiento de enfermedades neurológicas. Esta mención se sustenta en el Protocolo de San Salvador (1998) donde se confirma las directrices que deberán regirse los Estados para garantizar la salud primaria de toda su población regidas por el principio de universalidad de los derechos humanos. Los Estados que ratifican dicha convención, se imponen la obligatoriedad que buscar e implementar objetivos para avalar de manera progresiva de los derechos económicos, sociales y culturales (Adriano Anaya, 2021).

La salud digna es, por tanto, una condición necesaria para el ejercicio de la ciudadanía y la participación democrática. Sin embargo, en México existen grandes desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios de salud, especialmente para los grupos más vulnerables, como las personas con enfermedades neurodegenerativas, que requieren de una atención integral, especializada y continua. Considerando las disposiciones normativas pragmáticas que se relacionan con el derecho social, depende de las políticas públicas internas del Estado, pero, sobre todo, de los recursos económicos provenientes de la población, establecer protocolos de actuación para consolidar el derecho a la salud como un derecho constitucional. Es exigible al poder legislativo y al poder ejecutivo el desarrollo de la salud en cuatro

elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Colín, 2024;).

Las personas con alguna patología neurológica – Demencia, enfermedad de Alzheimer (EA), enfermedad de Parkinson (EP), Esclerosis Múltiple (EM), Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y Enfermedades Neuromusculares (ENM)- enfrentan múltiples barreras para ejercer su derecho a la salud, como la falta de información, la escasez de recursos, la discriminación, la estigmatización, la violación de su autonomía y dignidad (Cunha & Garrafa, 2023). Por ello, es indispensable que el Estado mexicano garantice el cumplimiento efectivo del derecho a la salud, mediante políticas públicas que promuevan la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado paliativo de las enfermedades neurodegenerativas, así como el respeto a los derechos humanos de los adultos mayores que las padecen y sus familiares para mejorar en última instancia su calidad de vida y bienestar.

En cuanto a la pérdida de la regeneración celular del cuerpo humano en el adulto mayor de 60 años a los adultos mayores longevos de más de 80 años. Durante el envejecimiento normal, los cambios en la estructura y función ocurren en todos los sistemas orgánicos, no obstante, el proceso de envejecimiento acelerado puede derivar de factores estresantes conductuales y ambientales. La exposición excesiva a la radiación UV debido al bronceado puede acelerar el envejecimiento de la piel, provocando daños solares permanentes y predisponiendo al cáncer de piel. A pesar de que los sistemas orgánicos no se envejecen de forma uniforme, todos experimentan una disminución en la reserva fisiológica o la resiliencia. La disminución de la resiliencia puede generar una descompensación que se extiende desde el órgano afectado hasta la totalidad del organismo. Por ejemplo, una persona con debilidad severa, incontinencia urinaria, fibrilación auricular e insufi-

ciencia cardíaca experimenta delirium vinculado a una descompensación aguda multiorgánica provocada por un episodio de neumonía provocado por un virus que solo causó moqueo y una o dos días de fiebre en su nieto. La comorbilidad de esa paciente y su tratamiento contribuyeron a su descompensación (Hirsch & Hategan, 2024).

En el transcurso del envejecimiento, las aptitudes y conocimientos generales, tales como la memoria procedimental (motora), la memoria implícita (automática), la retención de la memoria, el acervo de conocimientos, el vocabulario, la atención, la percepción de objetos y la capacidad para percibir abstracciones como símiles, pueden ser preservadas significativamente hasta la vejez avanzada (Tabla 1). A pesar de ello, la resolución de problemas, la velocidad de procesamiento, la memoria episódica, la tasa de aprendizaje, la recuperación de la memoria, la fluidez verbal, la percepción tridimensional y la mayoría de los dominios de la función ejecutiva tienden a disminuir (Litke & Mobbs, 2024).

De manera descriptiva, los datos de envejecimiento en el Continente Americano, según la OPS (2024) el 16% de la población contaba con una edad promedio de 60 años. Haciendo una proyección poblacional, se espera que el grupo de 60-79 años, para el 2025 la población de adulto mayor será de 163,979,703 habitantes 15.45% del total de población. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, durante el segundo trimestre del año 2022, residían en México 17 millones 958,707 individuos de 60 años y más, representando un 14 % de la población total del país. Más de la mitad de la población en cuestión, el 56 %, ostentaba una edad de 60 a 69 años. A medida que transcurre la edad, el porcentaje disminuye: el 30 % se refiere al rango de 70 a 79, mientras que el 14 % se refiere a aquellos de 80 años y más, tal como indica el organismo público autónomo (Barragán Aguilar et al., 2024; García et al., 2021).

**Tabla 1**

*Cambios cognitivos en el envejecimiento normal*

<b>Dominio cognitivo</b>	<b>Definición</b>	<b>Ejemplos</b>	<b>Trayectoria</b>
<b>Inteligencia</b>			
<i>Inteligencia cristalizada</i>	Habilidades, conocimientos, habilidades bien practicadas y familiares relacionados con la experiencia	Vocabulario, cultura general	Crecimiento estable o leve hasta la séptima década
<i>Inteligencia fluida</i>	Resolución de problemas y razonamiento para cosas nuevas	Función ejecutiva, juicio	Lento declive desde la tercera década
<i>Velocidad de procesamiento</i>	Velocidad con la que se realizan las actividades cognitivas	Rendimiento más lento en la prueba B de senderos	Lento declive desde la tercera década
<b>Atención</b>			
<i>Atención selectiva</i>	Capacidad para centrarse solo en la información relevante	Conducción	Ligero declive en la vejez
<i>Atención dividida</i>	Capacidad para realizar múltiples tareas	Conduzca y mantenga una conversación	Ligero declive en la vejez
<b>Memoria</b>			
<i>Memoria semántica</i>	Fondo de conocimiento	Destitución de los presidentes de EE.UU. después de la Segunda Guerra Mundial	Deterioro tardío de la vida
<i>Memoria episódica</i>	Memoria de eventos vividos personalmente	Recuerdo de las vacaciones de verano del año pasado	Deterioro lento a lo largo de la vida
<i>Memoria implícita</i>	Recuperación activada automáticamente Memoria procedimental (memoria motora)	Recuerdo de la melodía y la letra del himno nacional Cómo andar en bicicleta, tocar el piano o escribir en un teclado	Generalmente estable durante toda la vida
<i>Adquisición de memoria</i>	Aprender cosas nuevas	Estudiar una lengua extranjera	La tasa de adquisición disminuye con el envejecimiento
<i>Retención de memoria</i>	Aprendizaje exitoso		Conservado con el envejecimiento
<i>Recuperación de memoria</i>	Recordar	Recordar nuevas palabras aprendidas recientemente	Declina
<b>Idioma</b>			
<i>Fluidez verbal y vocabulario</i>	Generación de palabras (fluidez fonética y semántica) y léxico	Mantener una conversación	Estable; El vocabulario puede mejorar con el envejecimiento

*(continuada)*

**Tabla 1***Cambios cognitivos en el envejecimiento normal (continuada)*

<b>Dominio cognitivo</b>	<b>Definición</b>	<b>Ejemplos</b>	<b>Trayectoria</b>
<i>Nomenclatura de confrontación visual</i>	Nombrar correctamente un objeto previamente familiar cuando se le presenta	Ver un lápiz y llamarlo “lápiz”	Estable con lento declive después de los 70 años
<i>Fluidez verbal</i>	Generación espontánea de palabras dentro de una categoría	Nombrar tantas palabras como sea posible que comiencen con “S” en 1 minuto	Declina
<b>Habilidades visoespaciales</b>			
	Entendiendo el espacio en dos y tres dimensiones	Montar un kit de muebles, dibujar una forma compleja	Declina
	Percepción de objetos	Percepción espacial al conducir, reconocimiento de rostros	Estable
<b>Funcionamiento ejecutivo</b>			
	Organizar, planificar, resolver problemas, autocontrol, flexibilidad mental	Planificación y preparación de una comida	Disminuye después de los 70 años
	Inhibición de la respuesta	Evitar respuestas con patrones inapropiados para la situación, por ejemplo, conectar 1-2-3, etcétera, cuando se le pide que conecte el primer número, la primera letra, etc. (1-A-2-B-3-C, etcétera).	Declina
	Razonamiento	Resolver problemas matemáticos	Declina
	Abstracciones	Apreciar las similitudes (el tren y la bicicleta son medios de transporte); Significado de Proverbios (personas en casas de cristal, etcétera.)	Estable

*Nota:* En la tabla se describe las funciones cognitivas que se conservan y las funciones que se declinan en el adulto mayor. Para el caso del envejecimiento anormal con alguna patología neurológica, las funciones que se pierden son: atención y memoria. Tomado de *Geriatric Psychiatry. A Case-Based Textbook Second Edition* (pp. 39-40), Hirsch, Calvin H. & Hategan, Ana, 2024, Springer International Publishing.

Las entidades federativas en las que se concentra la mayor parte de la población adulto mayor del país son el Estado de México, con poco más de 1.9 millones, la Ciudad de México con 1.5 millones, Veracruz con 1.2 millones, Jalisco con cerca de un millón; Puebla con 745 mil 419, Guanajuato con 681 mil 374 y Nuevo León con 654 mil 0504. Según la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2021, las enfermedades que más afectaron a la población de 53 años y más fueron: hipertensión arterial (43.3%), diabetes (25.6%) y artritis (10.7%). De las personas de 53 años y más, 62.3% percibía tener un estado de salud de regular a malo (Comunicado de prensa No. 394/23, 2023).

Lo más relevante en la realidad jurídica en el derecho a la salud internacional es fundar las problemáticas del resguardo de la calidad de los servicios sanitarios: ¿Cuál será la calidad de vida de los adultos mayores en la última etapa de su desarrollo? ¿Existe alguna relación entre la salud digna y el ejercicio de los derechos humanos proporcionados por el Estado mexicano al derecho a la salud de los adultos mayores? ¿Cómo afronta el adulto su derecho a la salud las enfermedades neurodegenerativas según la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud en México?

Estas interrogantes nos dan la guía para descifrar la disociación de las ideas en las teorías de la salud, entendidas muchas veces como: derecho a la salud, calidad de la salud, derecho a la protección a la salud o derecho universal a la salud. Para lo que nos ocupa, plantearemos el principio de la salud digna como un elemento primordial en la operatividad de los derechos humanos con respecto al servicio sanitario. Desarrollando la conceptualización de los factores genéticos, medioambientales y de entorno, costumbres y jurisprudencias. Finalmente, estos conceptos revelarán la importancia de fortalecimiento de la filosofía del servicio pública como

parte de la cimentación de la justicia social en el derecho a la salud.

La disposición al ejercicio del derecho a la salud posiciona que la dignidad sea una respuesta al bienestar de la población y la garantía de la calidad de los servicios sanitarios y objetivando la protección integral de las personas en su última etapa del ciclo de vida (adulto mayor). Generalmente son pacientes que presentan múltiples comorbilidades en un estado de salud, lo que hace difícil y costosa la recuperación de su bienestar. Promoviendo constantemente el crecimiento tecnológico, culturales e inversiones provenientes de políticas públicas y regulación de los servicios sanitarios en México (Kathuria et al., 2023).

Esta investigación busca contribuir al conocimiento teórico y práctico del derecho a la salud desde una visión multidisciplinaria, desde un análisis integral se estudia el caso de las personas mayores con enfermedades neurodegenerativas, por ser un grupo vulnerable que requiere una atención integral y digna. Se busca impactar en las políticas públicas para generar un cambio en el acceso, la calidad y la equidad de los servicios sanitarios en México, así como promover el respeto y la protección de los derechos humanos de este sector de la población. Con relación entre el derecho a la salud y la justicia social, de tal manera que los servicios sanitarios de calidad influirán positivamente en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades neurodegenerativas del adulto mayor en México, y contribuyen a mejorar su calidad de vida y el respeto de sus derechos humanos.

## **2. Métodos**

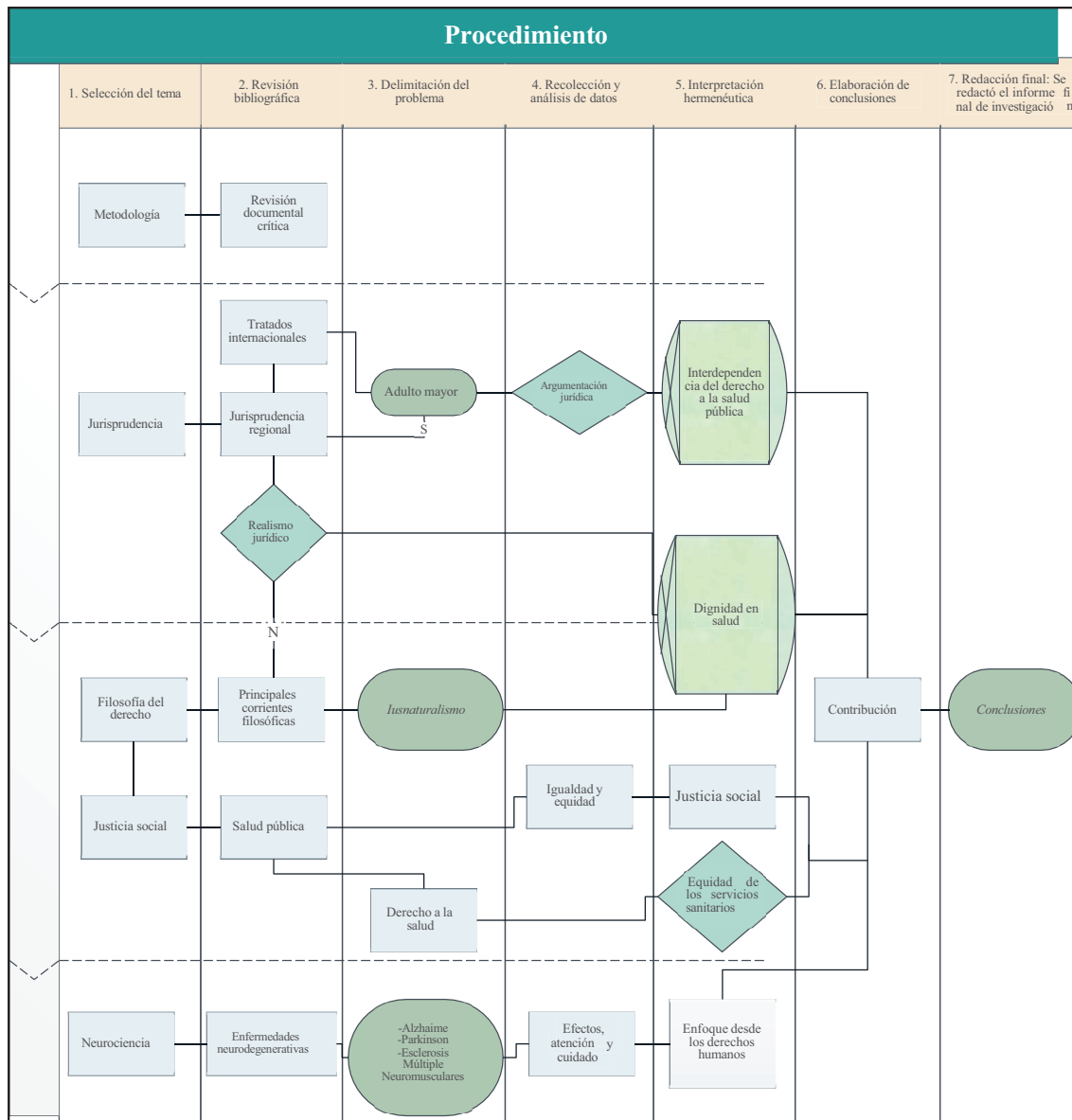
Se llevó a cabo un estudio desde el paradigma cualitativo con el método hermenéutica jurídica, lo que se refiere a una investigación documental crítica (Asmarudin, 2022; Padrón Medina et al., 2022).



Complementando con el método fenomenológico hermenéutico de Paul Ricoeur (2001, 2003) Partiendo desde una interpretación del derecho público de la salud con enfoque de los derechos humanos, es decir, la conceptualización de las disposiciones para entender el término de la salud digna como un elemento primordial que emana de la dignidad humana y encamina hacia la justicia social. Finalmente, se hace un análisis concreto del derecho a la salud con adultos mayores en estado de vulnerabilidad debido a padecimientos neurológicos (Norato Vanegas, 2021; Pilarska, 2021).

*Mediante el procedimiento:*

1. Selección del tema: Se eligió el tema de estudio relacionado con el ámbito jurídico sobre la salud para la interpretación profunda y detallada. En esta fase, el investigador trata de captar cómo los participantes viven y sienten el problema de investigación, y qué sentido les otorgan a sus experiencias.
2. Revisión bibliográfica: Se efectuó una búsqueda exhaustiva de fuentes primarias y secundarias relacionadas con el tema seleccionado. Esto incluye leyes, tratados, jurisprudencia, estudios académicos, teorías, entre otros.
3. Delimitación del problema: Se establecieron los límites y alcances del problema a investigar, definiendo las preguntas de investigación y los objetivos del estudio. El investigador analiza el lenguaje empleado en las investigaciones secundarias más relevantes para entender y construir la realidad, y cómo las interpretaciones que realizan de los textos escritos moldean su visión de la problemática. Asimismo, el investigador explora las posibles ambigüedades, contradicciones, metáforas y símbolos que emergen en los textos, que expresan aspectos implícitos o latentes de su experiencia.
4. Recolección y análisis de datos: Se recolecta la información relevante mediante la revisión de documentos y textos legales. Se busca el significado del texto partiendo de la experiencia del lector. En esta fase, el investigador se pregunta cómo el lector del informe de investigación puede relacionar el texto que ha producido con su propia experiencia, y cómo puede hallar un sentido más profundo y amplio a los fenómenos humanos que ha estudiado. Para ello, el investigador considera el papel de la imaginación, la empatía y la identificación en el proceso de comprensión del texto.
5. Interpretación hermenéutica: Se realiza una interpretación profunda y detallada de los datos recolectados, aplicando los principios hermenéuticos y la comprensión contextual. En esta fase, el investigador integra los hallazgos que ha obtenido tanto desde el enfoque comprensivo, que busca entender el sentido subjetivo y personal de la experiencia, como desde el enfoque explicativo-científico, que busca establecer las causas y los efectos de los fenómenos que ha observado. El investigador reconoce la complejidad y la multiplicidad de los niveles de interpretación que puede aplicar a su objeto de estudio, y que no hay una única verdad, sino que hay diferentes formas de aproximarse a la realidad.
6. Elaboración de conclusiones: Se formularon las conclusiones y se generó un argumento sólido basado en la interpretación realizada. Se busca establecer nuevas perspectivas y aportes al tema investigado.
7. Redacción final: Se redactó el informe final de investigación. En esta fase, el investigador destaca cómo los símbolos y las narrativas utilizadas contribuyen a la construcción del sentido de la realidad. Se analiza cómo los símbolos, que pueden ser imágenes, gestos, ritos o mitos, expresan aspectos profundos e inconscientes de la experiencia, que no pueden ser captados por el lenguaje ordinario. Así mismo, el investigador examina cómo las narrativas, que son relatos que ordenan y dan coherencia a los acontecimientos vividos, configuran la identidad del investigador.



### 3. Resultado

#### 3.1. La interdependencia del derecho a la salud pública

Durante el siglo XX, se descubrieron avances científicos en la salud, lo que se llama la revolución terapéutica. En el transcurso de la década de los sesenta del siglo pasado, se ha constatado un constante progreso en la optimización de terapias far-

macológicas y quirúrgicas, así como en el desarrollo de dispositivos médicos e investigaciones genéticas. Estos progresos han posibilitado enfrentar y superar diversas patologías que en tiempos anteriores causaban graves consecuencias para la población. El avance en la salud ha cambiado la forma en que se considera la salud como un derecho para todos, gracias a las posibilidades técnicas y tecnológicas existentes. Sin embargo, el acceso a este derecho no se logra de manera automática mediante los



avances en la ciencia médica, sino que requiere la implementación de dispositivos e instituciones especializadas para lograr su efectividad (Añón, 2020; Vallejo Vilaró y Montoya Agudelo, 2024).

Al incluir el derecho en el progreso de la salud pública como un derecho fundamental sugiere que el sistema de prestaciones concebido para asegurarlo debe cumplir con al menos tres características fundamentales: universalidad, equidad y calidad. La universalidad, se deriva de la condición de derecho fundamental de la protección a la salud, establecido normativamente en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), al identificar como titular de este derecho a toda persona. La equidad en los servicios sanitarios públicos se refiere a que su financiamiento se fundamenta principalmente en impuestos en lugar de cuotas pagadas por los usuarios, sin importar que estos tengan la capacidad económica adecuada. Este enfoque pretende minimizar la discriminación en el acceso a los servicios y alcanzar el propósito de distribuir el ingreso y la riqueza establecido en el artículo 25 de la Constitución mexicana (Cobo & Charvel, 2020; Vanzi & Baker, 2023).

La prohibición de la discriminación por causas de salud establecido en el artículo 1º apartado quinto de la CPEUM, se basa en la importancia de no discriminar en el derecho internacional de los derechos humanos como ejemplo de interdependencia al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 2.2, establece la obligación de los Estados Partes a asegurar los derechos sin discriminación por razas, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otras condiciones sociales. Finalmente, la calidad es un requisito esencial para la eficacia de un sistema de salud, ya que un sistema deficiente no solo puede no proteger la salud, sino también empeorarla. Asimismo,

la excelencia es fundamental para asegurar un nivel mínimo de equidad entre los consumidores de servicios de salud públicos y privados.

La interdependencia dispone al derecho a la salud en un valor compartido con las obligaciones del Estado juntamente con el sujeto inmerso en la sociedad, por tal razón, es uno de los objetivos para el desarrollo social de los países que ha ratificado los tratados, pactos y convenciones internacionales sobre los derechos humanos. Rasgo necesario en los instrumentos jurídicamente vinculantes entre las partes o naciones incluidos en estos acuerdos para la aplicación de la igualdad y dignidad de la población, en el entendido que es de suma importancia el cumplimiento de tales alianzas para satisfacer los compromisos en garantizar en todos los medios de la libertad de oportunidades (Vargas Mendoza, 2021).

La interrelación de los derechos se ve tangible en el ejercicio de la salud, debido a que este representa el eje central de múltiples derechos como son: derecho al desarrollo, derecho a un medioambiente sano, derecho a la vida, derecho a la seguridad personal, derecho al bienestar, entre otros. Con respecto al tema, el principio de interdependencia consiste en la dinámica existente entre las personas y todos los derechos. La interpretación de la normativa constitucional deberá contener elementos integrados con los derechos locales, regionales y la evolución de los Tratados Internacionales. Y de mera conjunta, los derechos humanos y los bienes constitucionales estarán protegidos en supuestos concretos para la protección de las personas. En consecuencia, el sano ejercicio de la justicia dependerá en mayor proporción de los factores de la interdependencia bilateral para el beneficio de todos los organismos en formas variadas cuando se requiera de la justicia social con libertad, igualdad y dignidad (Coello Cetina, s. f.).

La interdependencia de los derechos humanos es entendida por la ininterrumpida intersección de todos los derechos de la persona, dando en consecuencia las competencias y facultades que el derecho humano les confiere a sus titulares, abriendo las posibilidades en la permisibilidad o la exigibilidad de la actuación jurisdiccional. Las dependencias públicas en el ejercicio de la justicia descartarán la autoridad en el efecto del juicio individual, sino al contrario, será prioritario recurrir a una interpretación integral de las normas internacionales a

la par con todos los derechos constitucionales y de propiedad sobresaliente en un caso particular.

Los principios al derecho fundamental en la salud digna estrechamente ligada con el goce del derecho que le pertenece al paciente en la protección de la vida honorable (Islas-Colín, 2023). Con este fin, la jurisprudencia de las Naciones Unidas ha creado documentos legales en la defensa de los derechos humanos que impactan con los servicios de salud (Tabla 2):

**Tabla 2**  
*Jurisprudencia internacional en la protección de la salud*

Artículo	Documento	Derecho	Detalles	Obligaciones del Estado
Art. 25	Declaración Universal de los Derechos Humanos	Nivel de vida adecuado	Incluye salud, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales; protección económica y social en casos de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otras circunstancias.	Adoptar medidas legislativas, administrativas y presupuestarias para garantizar el acceso universal a la salud y a los servicios sociales; asegurar una cobertura mínima para los grupos más vulnerables y desfavorecidos; respetar el principio de no discriminación.
Art. XI	Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	Honra, reputación y vida privada	Protección contra ataques arbitrarios; derecho a protección legal a la salud mediante políticas sanitarias.	Prevenir y sancionar toda injerencia ilícita en la honra, reputación y vida privada de las personas; establecer políticas públicas de salud que promuevan la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades; fomentar la educación y la información sanitaria.
Art. 12	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)	Salud física y mental	Acceso a servicios de salud y condiciones de vida que favorezcan la salud; medidas para prevenir, tratar y controlar enfermedades.	Respetar el derecho a la salud de todas las personas sin interferir en su libre ejercicio; proteger el derecho a la salud de las amenazas de terceros, como agentes contaminantes o empresas farmacéuticas; cumplir el derecho a la salud mediante la provisión de servicios, bienes e infraestructuras adecuados, disponibles, accesibles, aceptables y de calidad.

(continuada)

**Tabla 2**
*Jurisprudencia internacional en la protección de la salud (continuada)*

Artículo	Documento	Derecho	Detalles	Obligaciones del Estado
Art. 10	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos	Derecho a la salud	Atención sanitaria primaria, prevención y tratamiento de enfermedades, mejora de condiciones sanitarias y ambientales; participación comunitaria; cooperación técnica y científica.	Desarrollar e implementar políticas y programas de atención sanitaria primaria que cubran las necesidades básicas de salud de la población; adoptar medidas para prevenir y combatir las enfermedades endémicas, epidémicas y pandémicas; mejorar las condiciones sanitarias y ambientales que afectan a la salud; promover la participación de la sociedad civil en la planificación, gestión y control de los servicios de salud; fomentar la cooperación técnica y científica entre los Estados para el intercambio de experiencias y buenas prácticas en materia de salud.
Art. 11	Carta Social Europea	Protección de la salud	Acceso a atención médica; prevención y tratamiento de enfermedades; promoción de estilos de vida saludables.	Asegurar el acceso efectivo a la atención médica para todas las personas que residan en el territorio del Estado; adoptar medidas para reducir la morbilidad y la mortalidad, especialmente de las enfermedades transmisibles; promover la educación sanitaria y la concienciación sobre los hábitos de vida saludables; coordinar las políticas de salud con las de otros sectores, como la educación, el trabajo, el medio ambiente y la seguridad social.
Art. 35	Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea	Acceso a servicios de atención sanitaria	Acceso igualitario a servicios médicos preventivos y curativos; atención sanitaria de calidad, seguridad y accesibilidad; servicios médicos de urgencia gratuitos para quienes no puedan pagarlos.	Garantizar el acceso a la atención sanitaria a todas las personas que se encuentren legalmente en el territorio de la Unión Europea, sin discriminación por razón de nacionalidad, origen, edad, sexo, orientación sexual, discapacidad o situación económica; asegurar que los servicios médicos cumplan con los estándares de calidad, seguridad y accesibilidad establecidos por la legislación europea; proporcionar servicios médicos de urgencia gratuitos a las personas que no dispongan de recursos suficientes o de seguro médico.

*(continuada)*

Tabla 2

*Jurisprudencia internacional en la protección de la salud (continuada)*

Artículo	Documento	Derecho	Detalles	Obligaciones del Estado
Observación General 14	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)	Derecho a la salud	Atención médica y determinantes sociales de la salud; prevención de enfermedades, promoción de estilos de vida saludables, eliminación de desigualdades en acceso a la salud.	Aplicar el principio de progresividad y no regresión en la realización del derecho a la salud; adoptar un enfoque integral que aborde los determinantes sociales de la salud, como la alimentación, el agua, el saneamiento, la vivienda, la educación y el trabajo; prevenir y controlar las enfermedades que afectan de manera desproporcionada a los grupos más vulnerables y marginados; promover la participación y el empoderamiento de las personas y las comunidades en el ejercicio del derecho a la salud; respetar los derechos humanos relacionados con el derecho a la salud, como el derecho a la vida, a la integridad física y mental, a la información, a la privacidad, a la no discriminación y al acceso a la justicia.

Como se muestra en la tabla 2, se discute la responsabilidad del Estado en garantizar el acceso universal a la salud y los servicios sociales, respetando el principio de no discriminación. Se destaca la relevancia de la salud digna, vinculada a la dignidad humana, y se aborda el desafío que representan las enfermedades neurodegenerativas para el sistema de salud pública, subrayando la necesidad de una atención especializada, para este caso aplicable a los adultos mayores. Mostrando la brecha existente en el acceso a servicios sanitarios equitativos y la necesidad de políticas públicas efectivas que mejoren la atención de enfermedades neurodegenerativas. Mostrando nuevas líneas paradigmáticas en la interdependencia del derecho a la salud en la legislación mexicana y los tratados internacionales desde una perspectiva de derechos humanos, con un enfoque integral que incluya la capacitación del personal médico, la mejora de la infraestructura sanitaria y la promoción de la investigación en la atención, tratamiento y cuidado en el área de enfermedades neurodegenerativas.

El derecho a la protección de la salud en México se sustenta en base a la Suprema Corte de Justicia de la Nación (1a./J. 8/2019 (10a.), 2019) establecido en el artículo 4º párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), constituye un concepto multifactorial que abarca diversas actividades interrelacionadas. Para que el derecho sea efectivo, es importante considerar otros derechos importantes como la educación, el medio ambiente, la alimentación, el agua, protección a la niñez, la cultura física, el deporte y el esparcimiento. Estos derechos son fundamentales para el desarrollo integral del individuo. En el ámbito de la salud, se distinguen tres aspectos prácticos: la prevención, la curación y la rehabilitación, tanto física como mental, así como el control de alimentos, bebidas y medicamentos. La función de proteger la salud no se encuentra únicamente en cada individuo, sino que también es una obligación del Estado asegurarla y llevar a cabo todas las acciones necesarias para que el

derecho a la salud se materialice en una protección para todas las personas (Campos-Montejo & Acosta-Toraya, 2024).

La prevención se logra mediante campañas informativas y de vacunación, la curación se ofrece a través de los sistemas hospitalarios públicos y privados, y la rehabilitación se lleva a cabo hasta que las personas se hayan recuperado completamente, incluyendo la provisión de prótesis si fuera necesario para facilitar su reintegración a una vida normal y satisfactoria. La carencia de recursos adecuados para asegurar la salud de la población indica que el Estado carece de una de sus responsabilidades fundamentales: asegurar la salud de la población, que pueda desarrollarse plenamente y superar sus limitaciones en la búsqueda

del bienestar social, laboral y familiar (Nasiri et al., 2023).

Asimismo, se señala que la dimensión pública del derecho a la salud se refiere al deber del Estado de responder a las necesidades sanitarias en la población en generales y, además, de establecer procedimientos adecuados para la ejecución responsable del servicio de salud para todas las personas. Esta interpretación de la SCJN sugiere que las dependencias competentes en la creación de políticas públicas deberán de implementar las medidas necesarias para lograr este objetivo, el control de calidad de la atención en salud, la detección de enfermedades y contrarrestar los principales problemas que afectan la salud pública de la comunidad (Tabla 3) (Illán Marcos y Hernández Mier, 2021).

**Tabla 3**

*Jurisprudencia federal sobre derecho humano a la salud en México*

Tesis	Descripción	Tribunal	Época	Fecha	Relevancia
III.2º.P114 P (10ª.)	Derecho humano a la salud. Si el quejoso es miembro de las fuerzas armadas y reclama la negativa de la autoridad de brindar el servicio médico a él y a sus beneficiarios, como consecuencia de habersele dictado el auto de formal prisión por un delito del orden militar, procede conceder la suspensión provisional en el amparo promovido en su contra	Tribunales Colegiados de Circuito	Décima	junio 2017	Relevante para asegurar que los adultos mayores en las fuerzas armadas y sus beneficiarios mantengan acceso a servicios médicos, incluso en situaciones legales adversas.
I.3º.A.1 CS (10ª.)	Derechos a la salud y a un medio ambiente sano para el desarrollo y bienestar. Acciones que debe realizar el estado mexicano para su salvaguarda y para ajustarse a los estándares internacionales, en materia de medidas de restricción a la circulación de vehículos por la aparición de contingencias ambientales	Tribunales Colegiados de Circuito	Décima	mayo 2017	Importante para proteger la salud de los adultos mayores al reducir la exposición a contaminantes ambientales.

(continuada)

**Tabla 3**

*Jurisprudencia federal sobre derecho humano a la salud en México (continuada)*

<b>Tesis</b>	<b>Descripción</b>	<b>Tribunal</b>	<b>Época</b>	<b>Fecha</b>	<b>Relevancia</b>
XXI.2º.P.A.18 A (10ª.)	Acceso a la salud. Corresponde al estado proteger ese derecho humano y, por tanto, al instituto mexicano del seguro social incumbe la carga de probar en el juicio contencioso administrativo en el que se le demande una negligente atención médica, que su personal médico otorgó al paciente la adecuada a su padecimiento	Tribunales Colegiados de Circuito	Décima	octubre 2016	Crucial para garantizar que los adultos mayores reciban atención médica adecuada y que el IMSS sea responsable de demostrar la calidad de la atención brindada.
I.10º.A.26 A (10ª.)	Violaciones al derecho humano a la salud. Si al conocer de un asunto de su competencia un tribunal de amparo las advierte, está obligado a poner en conocimiento de las autoridades correspondientes las actuaciones irregulares de las responsables	Tribunales Colegiados de Circuito	Décima	septiembre 2016	Esencial para asegurar que cualquier violación al derecho a la salud de los adultos mayores sea reportada y corregida.
I.8º.A.2 CS (10ª.)	Derecho a la protección de la salud. Su instrumentación respecto de individuos privados de la libertad debe operar en el contexto regulatorio de los centros de reclusión en donde se encuentren	Tribunales Colegiados de Circuito	Décima	septiembre 2016	Importante para garantizar que los adultos mayores privados de libertad reciban atención médica adecuada en los centros de reclusión.
1ª. CCCXLIII/2015 (10ª.)	Derecho a la salud. Algunas formas en que las autoridades deben reparar su violación	Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación	Décima	noviembre 2015	Relevante para asegurar que las violaciones al derecho a la salud de los adultos mayores sean reparadas adecuadamente.
2ª. CVIII/2014 (10ª.)	Salud. Derecho al nivel más alto posible. Éste puede comprender obligaciones inmediatas, como de cumplimiento progresivo	Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación	Décima	noviembre 2014	Importante para asegurar que los adultos mayores tengan acceso al más alto nivel posible de salud, con obligaciones tanto inmediatas como de cumplimiento progresivo.



Por eso, el mérito de calidad en la salud pública se le atribuye al Estado para que redoblen esfuerzos en alinear sus recursos legislativos, políticos, económicos y técnicos para fortalecer el desarrollo de los servicios sanitarios (Pieterse & Saracini, 2023). La atención a este derecho deberá estar regido por la cláusula a la voluntad de programar sus procesos en el diseño y planificación en los sistemas institucionales desde la visión de los derechos humanos. Ejercicio que requerirá de tiempo y una asignación de todos los recursos disponibles para ser distribuidos de acuerdo con la justicia social de la nación, de forma democrática e inclusiva: este sentido, su concepción de progresividad.

### 3.2. La dignidad en la salud

Complementando al discurso jurídico, la salud es una prioridad para todos, dicho lo anterior, los tratados como la constitución mexicana, cataloga al derecho a la salud como un derecho fundamental. Por la íntima relación con la vida de las personas y que, a la falta del estado de salud, el Estado de derecho se mermaría por el impedimento a su libertad o autonomía en la vida cotidiana. La salud está profundamente enlazada con la misma existencia, pero, sobre todo, con la dignidad del ser humano. Por supuesto, el derecho a la salud no puede ser respaldado por completo al Estado, como es el caso del bienestar saludable; esto se puede explicar con la idea que la buena salud es correspondiente a la responsabilidad del individuo (Vargas Ruiz, 2022).

Esta corresponsabilidad afecta directamente a los ámbitos de convivencia con la salud, comer y dormir, ingerir alimentos saludables, hacer ejercicio, no consumir productos chatarra o productos nocivos para su salud, ingerir la cantidad de agua al día (es recomendable por lo menos tomar dos litros de agua), en fin, depende de prácticamente cada persona cómo cuidar su salud. Analizar la buena salud y su relación con la responsabilidad individual im-

plica examinar la influencia que cada individuo tiene en el mantenimiento de su propio bienestar físico y mental. Es importante destacar que la buena salud es una condición deseable para el individuo y también para la sociedad en general. Al asumir la responsabilidad de mantener una buena salud, los individuos contribuyen positivamente a su calidad de vida y reducen la carga de enfermedades y trastornos en su entorno.

El aporte a la dimensión social y personal coloca la salud pública en un lugar privilegiado, aloja como engranaje central para la elaboración de políticas públicas que tiene característica particular de los pueblos merecedores del máximo bienestar. Por consiguiente, este carácter social de la salud pública va más allá de un ejercicio de la salud de forma individual, sino más bien en todos miembros de la sociedad, así se constituye como un conjunto de condiciones positivas y negativas que se encuentran dirigidas a posibilitar el bienestar de las personas integrantes de una colectividad.

En México cuenta con los elementos oportunos para el fortalecimiento del sistema de salud que garanticen los servicios básicos para el otorgamiento del derecho a la salud exigidos en los tratados internacionales de los derechos humanos, pero se requiere un mayor esfuerzo para el mejoramiento paulatino y alcanzar la calidad de todos los servicios sanitarios y de atención prioritaria a los grupos en estado de vulnerabilidad. De ahí proviene la importancia de la dignidad desde el punto de vista trascendental para el Estado: la vinculación de los derechos humanos y las características básicas de toda persona. La integración de la salud digna a los derechos intransferibles e inalienables con la que cuenta todo individuo, entendiéndose como principio de todos los sistemas de valores de la conciencia colectiva y base de todos los derechos humanos (Islas-Colín, 2021).

Este concepto de dignidad se encuentra vinculado a la correspondencia unívoca de la salud y se relaciona con dos reflexiones fundamentales: la primera noción se fundamenta en el valor con el que cuentan las personas para ser respetadas; en la dimensión básica del sistema de valores, se unifica en la conciencia colectiva, y la segunda noción es comprender la dignidad como parte de la subjetividad de las personas. El derecho humano se ha corroborado como un derecho individual que la conciencia colectiva unifica esencialmente para el respeto de la dignidad de las personas.

Esto nos da las directrices para pensar la dignidad como un valor inherente e igualitario en el contexto de la salud pública, también nos conduce en responsabilizar a los Estados constitucionales en garantizar que todas las personas tengan acceso equitativo a los servicios y recursos de atención médica, independientemente de su estado socioeconómico o solvencia económica. Esto significa que los gobiernos y las instituciones de salud públicas deben trabajar para eliminar las barreras financieras y estructurales que impiden que las personas accedan a la atención médica adecuada y oportuna. Además, la dignidad en la salud pública implica respetar la autonomía y la capacidad de toma de decisiones de cada individuo en relación con su propia salud: toda persona deberá participar activamente en el proceso de toma de decisiones médicas y respetar sus preferencias y valores subjetivos (Molina Cevallos & Camino Acosta, 2024; Tobar Moran et al., 2024).

El concepto de dignidad se redirecciona al respeto y valoración de los pacientes dentro de sus derechos a la salud durante la atención médica. Sumados de trato humanitario, compasivo y personalizado que explora la individualidad de cada paciente. Es como la dignidad en salud abarca aspectos como la privacidad, confidencialidad, autonomía y participación dinámica del paciente en las decisiones sobre su tratamiento haciendo patente la promoción

positiva del cuidado en su propia salud, aportando al bienestar psicológico del paciente. En falta de dignidad en salud conlleva a la deficiente atención puede llevar a consecuencias negativas, como el deterioro de la relación médico-paciente y una menor adherencia al tratamiento.

### **3.3. Enfermedades neurodegenerativas**

La salud vista desde las ciencias neurológicas se rige por manifestaciones patológicas originadas en fenómenos biológicos y ambientales que privilegian la aparición de enfermedades irreversibles para el buen funcionamiento de la vida digna de las personas. Y se preocupa por entender dicha situación en términos históricos, sociales y culturales para facilitar la intervención de la salud-enfermedad y tratamiento a enfermedades neurodegenerativas. Enfermedades que provocan un deterioro neurológico progresivo, pero sobre todo porque se acompaña de una disminución de la funcionalidad e independencia o autonomía de la persona; es decir, en fases finales requieren de una reestructuración familiar en la labor que precisa de una atención integral y continuada (Serrano-Castro et al., 2020).

Las principales enfermedades que podremos encontrar son: demencias y enfermedad de Alzheimer (EA), la enfermedad de Parkinson (EP), Esclerosis Múltiple (EM), Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y Enfermedades Neuromusculares (ENM). Patologías que se han convertido en un problema de la salud pública a nivel mundial, razón por la que se deben abordar desde la dimensión de los derechos humanos y socioeconómicos, para entender la magnitud real de los problemas en consecuencia de la asimilación, manifestaciones emocionales, negociación y aceptación que padece las personas con estos problemas de salud.

Básicamente, el concepto de enfermedades neurodegenerativas es definido por el desarrollo en la

lesión funcional, anatómica y temporal diferido en la estructura cognitiva del cerebro debido a la pérdida progresiva de neuronas corticales y células piramidales ubicadas generalmente en el lóbulo prefrontal. Agrupando trastornos caracterizados por la degeneración progresiva de las células nerviosas en el sistema nervioso central, lo que conduce a un deterioro gradual de la función cerebral y del sistema nervioso (Kiernan & Rajakumar, 2014; Micheli & Fernández Pardal, 2019).

Los efectos de estas alteraciones neuronales son significativos en personas con edad avanzadas, ya que perjudican el funcionamiento cognitivo y físico, así como la autonomía e independencia de la persona. El deterioro progresivo de las funciones cognitivas, como la memoria, el pensamiento, la atención y la capacidad de razonamiento, dificultan el recordar información, realizar tareas cotidianas y tomar decisiones. La pérdida de la funcionalidad con el tiempo, de las enfermedades neurodegenerativas, llevan a una disminución de la actividad física de manera ordinaria. El adulto mayor experimenta temblor, rigidez muscular y dificultad para coordinar los movimientos; esto puede entorpecer la realización de actividades básicas de la vida diaria, como vestirse, alimentarse o moverse de manera independiente (Bray et al., 2021; Díaz-Guerra & Lugo, 2024).

A medida que avanza la enfermedad neurodegenerativa, los adultos mayores dependen cada vez más de sus cuidadores y de los servicios médicos. Requieren asistencia para realizar tareas básicas, como vestirse, bañarse o para realizar sus necesidades biológicas. También requieren de supervisión constante debido a la pérdida de memoria y la desorientación. Todos estos cambios característicos propios de las patologías cognitivas aquejan al bienestar emocional y psicológico del adulto mayor. Además, la pérdida de autonomía y la conciencia de la progresión de la enfermedad pueden generar

sentimientos de impotencia y pérdida de la propia identidad.

El cuidado de un adulto mayor con enfermedad neurodegenerativa puede ser agotador tanto física como emocionalmente para los cuidadores y la familia. Este impacto físico, psíquico y emocional que les causa a los pacientes con estos diagnósticos clínicos, afligen directamente a sus familias que reciben el mayor daño colateral negativo en la calidad de vida, el desarrollo personal-social y profesional. Sin restarle importancia a los gastos económicos en consecuencia del tratamiento inherentes de los servicios médicos especializados, sobre el propio paciente y sus seres queridos más cercanos (Centenero de Arce & López Marcos, 2024; Cerquera Córdoba et al., 2022).

Se suma la falta de recursos humanos e infraestructura insuficiente para brindar servicios de calidad. No solo hay carencia de trabajadores dedicados al cuidado de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales especializados), a menudo trabajan de manera desarticulada, lo que limita la posibilidad de brindar una atención integral y coordinada a los pacientes. Esto puede ocasionar una atención fragmentada y de baja calidad. Esta falta de recursos humanos se agrava por la infraestructura insuficiente en el sistema de salud. La falta de hospitales, clínicas y centros de atención especializados en enfermedades neurodegenerativas limita el acceso de las personas a los servicios necesarios. Esto puede llevar a demoras en el diagnóstico y tratamiento de las patologías cognitivas, afectando negativamente la calidad de vida de los pacientes (Meneses Navarro et al., 2022).

Para abordar esta problemática, es necesario invertir en la formación de profesionales de la salud especializados en la atención de enfermedades neurodegenerativas y trastornos cognitivos. Asimismo, se requiere mejorar la infraestructura sanitaria,

aumentando la disponibilidad de centros de atención especializados y tecnología adecuada para el diagnóstico y tratamiento de estas patologías. El Estado mexicano tiene la responsabilidad de garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, como lo establecen los derechos humanos. Es fundamental que se asignen los recursos necesarios y se implementen políticas públicas efectivas para mejorar la atención de las patologías cognitivas y garantizar la salud y el bienestar de la población.

Finalmente, el impacto donde coinciden los derechos humanos y las enfermedades neurodegenerativas se engloba en la colisión de la sociedad en su conjunto: pérdidas sociales, productividad profesional, gastos asociados a la atención médica y cuidados paliativos, pero sobre todo en la pérdida de libertad, igualdad y dignidad de la persona debido a la progresividad de los padecimientos neurológicos a largo.

### **3.4. Equidad de los servicios sanitarios para asegurar la justicia social de los adultos mayores**

La etapa final del ciclo de la vida acarrea factores de riesgo, pueden ser predisponentes para la experiencia en el proceso de desarrollo del ser humano, que agravan (representados principalmente por las respuestas familiares, escolares o sociales a las manifestaciones clínicas de la persona) las patologías propias de la edad. En el adulto mayor, las diferentes manifestaciones neurológicas debido a la muerte neuronal interactúan con factores de vulnerabilidades biológicas, psicológicas y socioculturales, se corroboran en la materialización en los servicios de salud pública, única manera que garantiza la dignidad de los adultos mayores ante patologías que actúan como predisponentes, facilitadores, precipitantes y determinantes en la salud digna. Estos componentes sociosanitarios del adulto mayor con patologías neuronales permean el estado de

dependencia que manifiesta permanentemente las personas propias de la edad (Priego-Álvarez, 2018).

El perjuicio de estas enfermedades causa discapacidad y la creciente pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial. Incuba circunstancias desfavorables a la dignidad del sujeto: la pérdida de su autonomía personal, la necesidad de ser ayudado por otros para efectuar sus actividades básicas y cotidianas, avista una imperante necesidad de precisar la planificación y coordinación de los recursos sanitarios, socioculturales y el auxilio de familiares de primer, segundo y tercer nivel para consolidar la calidad de vida de los pacientes durante el tiempo que requieran los cuidados paliativos (Klaassen P. et al., 2021; Palacios Sánchez et al., 2019)

Para simplificar, los servicios de salud pública deberán contar con la accesibilidad en bienes y servicios para estar a disposición de todas las personas con igualdad de oportunidades. Cumpliendo en lo más adecuado posible con la demanda social y fraternización de los servicios (Courtis & Tedeschi, 2021). Asegurando la disponibilidad de las organizaciones, dispositivos, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio a través del cual se realice el derecho de todos los derechohabientes. Sin restarle el peso jerárquico a los demás requerimientos en los servicios sanitarios, se encuentra la calidad en la consumación del derecho a la salud, porque mediante la calidad de los servicios de salud se asegurarán los medios para alcanzar los requisitos y características aceptables en la vida digna de los adultos mayores ante una enfermedad neurodegenerativa (Mendoza González et al., 2023).

En México, como en muchos países, existe una brecha significativa en el acceso a servicios sanitarios equitativos para la población en general, y esta inequidad puede ser aún más pronunciada en el caso de los adultos mayores con enfermedades neurodegenerativas. La equidad en los servicios sanitarios

implica que todas las personas, independientemente de su edad, género, origen étnico, situación económica o estado médico, tengan acceso a una atención médica de calidad y asequible. En el caso específico de los adultos mayores con enfermedades neurodegenerativas, es fundamental asegurar que reciban una atención integral y especializada que aborde sus necesidades específicas. Aunque se garantiza el acceso igualitario a servicios de salud de calidad a todas las personas, independientemente de su origen étnico, género, nivel socioeconómico o ubicación geográfica, en la realidad, existen desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios de salud en el país (Instituto Nacional de Salud Pública, 2022; Pelcastre Villafuerte et al., 2021)

La propuesta ante las necesidades planteadas se encuentra la justicia retributiva, siempre y cuando sea ejercida en bienes y servicios vinculados a la salud pública, asociando la trascendencia de los objetivos de los Tratados Internacionales para el bienestar social de los individuos, garantizando el acceso a los servicios sanitarios con: accesibilidad, disponibilidad, aceptación y calidad para todos los derechohabientes del país. También se justifica el complemento de la justicia correctiva o sinalagmática, donde el principio de igualdad se mide mediante los daños o beneficio; es decir, el objetivo categórico de las acciones o las cosas materiales está determinado por su valor elemental, considerándola como iguales para toda persona. Esta paridad de la justicia le da valor práctico a la igualdad, ninguna de las partes pueda dar o recibir más ni menos, según el mérito del contrato aplicado al servicio sanitario mixto en México: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Sistema Nacional de Salud para el Bienestar (Cabello-Tijerina, 2021).

Finalmente, desde el punto de vista de Luigi Taparelli (1988), concibe la justicia social como “justicia

entre los hombres,” ciertamente una concepción *iusnaturalista*, pero cargada de la herencia aristotélica-tomista, refiriendo que toda persona con capacidades y limitaciones diferentes son miembros de una misma especie son iguales en derecho maximizando la justicia colectiva en la distribución equitativa de los recursos y oportunidades en una sociedad. Conceptualización anclada en la justicia, la libertad, la responsabilidad, la solidaridad y la igualdad, afirmando que serán los elementos que nos darán la paz social al que aspiramos.

Esta justicia social va más allá de la justicia distributiva en el sentido de garantizar una distribución justa de bienes y recursos materiales. Argumentando que también debe haber una distribución justa de oportunidades y derechos, de modo que todos los miembros de la sociedad tengan la posibilidad de desarrollar plenamente su potencial y contribuir al bienestar común. Sostiene que la justicia social implica el reconocimiento y respeto de los derechos naturales del individuo, tales como la vida, la libertad y la propiedad. Además, enfatizaba la importancia de la solidaridad y la ayuda mutua en la promoción de la justicia social, argumentando que las personas tienen la responsabilidad de ayudar a aquellos que son menos afortunados para lograr un equilibrio más justo en la sociedad (Islas-Colín, 2022; Puy Muñoz & Otero Parga, 2022)

Desde la cosmovisión de este autor, la justicia social recobra nueva cuenta su valor, a consecuencia de lo vivido en la pandemia por causa del COVID-19. Las necesidades sociales planteadas por Taparelli se vieron ausentes durante el ejercicio punitivo en la protección a la salud en todos los países. Se faltó a la libertad en el disfrute del contacto social, de la operatividad comunitaria para el crecimiento sustentable de los pueblos, pero, sobre todo, se faltó a la igualdad de oportunidades en los servicios de salud en pacientes más vulnerables; es decir, prestar los servicios de atención médica a individuos que se encuentran en



situaciones de mayor fragilidad o susceptibilidad. De ahí, la importancia de enfocar los servicios de salud en estos pacientes radica en garantizar un acceso equitativo a la atención médica y abordar las necesidades específicas de este grupo de población, brindando cuidados y tratamientos adaptados a su condición particular. Ayudando a la disminución de las desigualdades en el sistema de salud y garantizar una atención de calidad para todos los individuos, sin importar su estado de vulnerabilidad.

La inclusión del derecho a la salud en las disposiciones nacionales resulta esencial para la identificación de los deberes que acompañan al derecho y los medios para cumplirlos. Un enfoque de salud que se fundamenta en los derechos demuestra un cambio de paradigma hacia la aplicación de los derechos humanos como una red de personas a nivel mundial que requiere acciones efectivas por parte del Estado y otros garantes de derechos a la salud (Clérico & Ronconi, 2021). Al adquirir la conciencia de que los derechos humanos son un valor generalizado de una sociedad democrática que permite la aparición a los derechos emergentes, asumiremos la función como sujetos de derechos, adoptarán medidas para que los Estados se hagan cargo de mejorar la calidad de servicio de salud. Los tribunales pueden usar los derechos para entender y cumplir las cuestiones importantes sobre los derechos a la salud, la vida y la dignidad de las personas humanas.

De acuerdo con Iglesias Ortuño (2021) indica que el derecho a la salud se verá evidenciado en la fragmentación de los componentes sociosanitarios y las responsabilidades administrativas para acentuar este derecho inalienable del ser humano y desencadenar una serie de obligaciones para procurar la promulgación de nuevos sistemas en la política pública de los estados que se encuentran suscritos a las disposiciones internacionales. Respecto a la salud, concluye en la transmutación de la condición de bienestar como pilar fundamental de la justicia

social, situando al Estado Mexicano como su principal agente que garantice los recursos necesarios para la calidad de los servicios sanitarios. A su vez, la salud es concebida como un derecho universal desde el principio inalienable de los derechos y dignidad que toda persona deben tener a su disposición, como se ratifica en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud incluye elementos como: accesibilidad, disponibilidad, aceptación y calidad, que obligan que el Estado mexicano a cumplir y brindar medidas adicionales para proteger la salud

El Derecho a la Salud en México, no solamente obliga a las autoridades a promover conductas tendientes a incrementar el bienestar de los mexicanos, sino también la inclusión de las personas en la activación y desarrollo de una red articulada de servicios de salud encargada de otorgar asistencia médica a todas aquellas enfermedades que amenazan la vida a causa de déficits graves del estado biopsicosocial del individuo. Dentro de los mandamientos establecidos en esta particular rama del derecho, específicamente en los servicios encargados de brindar la cercanía, atención y trato médico a los adultos mayores, se deberá priorizar las estrategias a mediano plazo en crear servicios integrales o especializados de atención de enfermedades neurodegenerativas. Por medio de estos servicios, el adulto mayor que presente signo o síntomas de deterioro cognitivo será diagnosticado y referido a un esquema de atención continua que permita, con la participación de los familiares, dar un trato digno en la transición en los últimos momentos de su vida y, tal vez, en algunos casos retardar o evitar la evolución de su estado de salud (Fonseca Luján, 2020).

#### **4. Conclusiones**

La etapa del adulto mayor, por lo general, se considera como la felicidad final del ciclo de la vida, ya que puede reflejar la madurez de las metas cumplidas



y de los valores interiorizados a lo largo de su desarrollo personal. En este supuesto de bienestar, existen algunas variaciones o discapacidades ante algunas enfermedades neurodegenerativas, porque debido a estas patologías corren el riesgo de perder la capacidad de hacer uso de sus derechos por insuficiencia del estado consciente en el uso de sus habilidades cognitivas. Ante estas circunstancias en la que se pudiera encontrar el adulto mayor, el Estado deberá estar facultado para la prevención, el cuidado y tratamiento de estas clases de patologías que coloca al adulto en un estado de vulnerabilidad susceptible en el pleno ejercicio de sus derechos.

Se pone en manifiesto la importancia de promover el derecho a la salud y garantizar el acceso a una atención digna en adultos mayores con enfermedades neurodegenerativas en México. Haciendo efectiva la interdependencia del derecho a la salud con otros derechos humanos: derecho al desarrollo, al medio ambiente sano, a la vida y a la seguridad personal. Esto implica que el Estado y la comunidad internacional tienen la responsabilidad de establecer políticas públicas que aseguren y promuevan el acceso equitativo a los servicios de salud.

Esto nos da las directrices para pensar la dignidad como un valor inherente e igualitario en el contexto de la salud pública, también nos conduce en responsabilizar a los Estados constitucionales en garantizar que todas las personas tengan acceso equitativo a los servicios y recursos de atención médica, independientemente de su estado socioeconómico o solvencia económica. Esto significa que los gobiernos y las instituciones de salud públicas deben trabajar para eliminar las barreras financieras y estructurales que impiden que las personas accedan a la atención médica adecuada y oportuna. Además, la dignidad en la salud pública implica respetar la autonomía y la capacidad de toma de decisiones de cada individuo en relación con su propia salud: toda persona deberá participar activamente en el

proceso de toma de decisiones médicas y respetar sus preferencias y valores subjetivos.

Para lograr la justicia social y equidad en los adultos mayores con enfermedades neurodegenerativas, se necesitarán de servicios sanitarios fundamentados en una distribución justa de los recursos materiales y la importancia a una mayor sensibilización en las políticas empleadas para de la atención integral de esa población específica. Esto implica mejorar la capacitación del personal médico, aumentar la disponibilidad de centros especializados y promover la investigación en el área de enfermedades neurodegenerativas.

Queda claro que la relación entre la salud digna y el ejercicio de sus derechos a la salud en función de las condiciones específicas. En caso de asegurar la equidad en los servicios sanitarios, se garantizará la calidad de vida de los adultos mayores en su última fase de vida. Por consiguiente, el valor del Estado es el respaldo del bienestar social y la garantía de la calidad de los servicios sanitarios en la protección de las personas que padecen alguna patología neurológica.

Por tanto, la atención de los recursos sanitarios básicos, no se centra solamente en la adopción y ejercicio de políticas públicas, ejercicio económico, social, técnicos y legislativo, para asegurar la calidad de los servicios de salud. Si no más bien, nos enfocaremos en el ideal de la salud digna que se fundamenta en la calidad de vida mediante el seguimiento paliativo de los derechohabientes, lo cual materializa la dignidad de los adultos mayores y recobrar el valor al derecho a la salud para la protección del bien común. Es nuestra responsabilidad sumarnos a la exigencia de atender la salud como justicia social de manera conjunta, con un imperativo ético, desde luego, pero también en consecuencia de un mundo globalizado que sabe que únicamente saldrá adelante atendiendo las necesidades de todos.

## Bibliografía

- 1a./J. 8/2019 (10a.). (2019). *Tesis*. <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2019358>
- Adriano Anaya, J. (2021). Evolución de la justicia-bilidad de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en la Corte Interamericana de Derechos Humanos. En A. J. Martínez Lazcano (Ed.), *Parámetros convencionales de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales* (pp. 55-88). Tirant lo Blanch.
- Añón, C. L. (2020). *La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la salud y desigualdad*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:226714793>
- Asmarudin, I. (2022). Struggle of Legal Positivism Versus Progressive Thoughts in the Formal Tests of the Job Creation Act (Legal Development through Hermeneutics). *Jurnal Dinamika Hukum*, 22(1), 124-143. <https://doi.org/10.20884/1.jdh.2022.22.1.3178>
- Barragán Aguilar, T. E., Sánchez Barrios, F. B., Cardoso Hernández, J. G., Nieves Ruiz, E. R., & Aguirre Vallejo, S. A. (2024). Prevalencia de Síndromes Geriátricos en Pacientes Adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 56 de enero a junio del 2022. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 8350-8360. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i1.10162](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10162)
- Bray, N. W., Pieruccini-Faria, F., Bartha, R., Doherty, T. J., Nagamatsu, L. S., & Montero-Odasso, M. (2021). The effect of physical exercise on functional brain network connectivity in older adults with and without cognitive impairment. A systematic review. *Mechanisms of Ageing and Development*, 196, 111493. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mad.2021.111493>
- Cabello-Tijerina, P. A. (2021). *Tratado de justicia alternativa: Una guía de pacificación social*. Tirant Lo Blanch.
- Campos-Montejo, R., & Acosta-Toraya, A. E. del C. (2024). Efectividad del derecho humano a la salud a través del juicio de amparo. *Horizonte Sanitario*, 23(1), 189-202. <https://doi.org/10.19136/hs.a23n1.5665>
- Centenero de Arce, F., & López Marcos, B. (2024). *Grupos terapéuticos para familiares de enfermos de demencia*. Dykinson. <https://doi.org/10.14679/3246>
- Cerquera Córdoba, A. M., Álvarez Anaya, W. A., Salinas Velasco, R. I., Pabón Poches, D. K., Quintero Mantilla, M. S., García Vargas, C. J., Peña Peña, A. J., Rincón Herreño, N. S., Orejuela Castro, D. A., & Salas Catalán, M. A. (2022). *Intervención para cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer: una propuesta multicomponente y transdisciplinar: Manual de aplicación*. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana. <https://doi.org/10.18566/978-628-500-039-3>
- Clérico, L., & Ronconi, L. (2021). La protección judicial del derecho a la salud: avances y ejemplos en perspectiva comparada. En C. Courtis (Ed.), *Manual sobre Justiciabilidad de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA): Vol. II* (pp. 739-788). Suprema Corte de Justicia de la Nación. [https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/Publicaciones/archivos/2022-02/Manual%20sobre%20justiciabilidad%20de%20los%20DESCA\\_Tomo%20dos%20rev.pdf](https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/Publicaciones/archivos/2022-02/Manual%20sobre%20justiciabilidad%20de%20los%20DESCA_Tomo%20dos%20rev.pdf)
- Cobo, F., & Charvel, S. (2020). Mexican apex judiciary and its multiple interpretations: Challenges for the constitutional right to health. *International Journal of Constitutional Law*, 18(4), 1254-1282. <https://doi.org/10.1093/icon/moaa085>
- Coello Cetina, R. (s. f.). La Delimitación y la Restricción del derecho a la tutela jurisdiccional. En N. N. González Sanmiguel & L. G.

- Rodríguez Lozano (Eds.), *Derechos humanos y su interacción en el Estado constitucional*. Tirant lo Blanch.
- Comunicado de prensa No. 394/23. (2023). *Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) y encuesta de evaluación cognitiva, 2021*.
- Courtis, C., & Tedeschi, S. (2021). La experiencia argentina en materia de protección judicial de los DESCA. En C. Courtis (Ed.), *Manual sobre Justiciabilidad de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA): Vol. I* (pp. 403-438). Suprema Corte de Justicia de la Nación. [https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/Publicaciones/archivos/2022-02/Manual%20sobre%20justiciabilidad%20de%20los%20DESCA\\_Tomo%20uno%20rev.pdf](https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/Publicaciones/archivos/2022-02/Manual%20sobre%20justiciabilidad%20de%20los%20DESCA_Tomo%20uno%20rev.pdf)
- Cunha, I. L. de O. M., & Garrafa, V. (2023). Supported decision-making for older people living with dementia: contributions from bioethics. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(11), 3149-3158. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.00882023en>
- De Paz González, I., & Bernal Ballesteros, M. J. (2024). *Recomendaciones relevantes sobre derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las comisiones de derechos humanos*. Tirant lo Blanch.
- Díaz-Guerra, D. D., & Lugo, M. H. (2024). Neuropsicología del envejecimiento: intervención con enfoque preventivo y rehabilitatorio. *Revistasdic*, 6(4), 1-9. <https://www.researchgate.net/publication/377412331>
- Fonseca Luján, R. C. (2020). *Garantías Constitucionales*. Tirant lo Blanch.
- García, M. A., Saenz, J. L., Downer, B., Chiu, C.-T., & Wong, R. (2021). Rural and Urban Differences in Cognitive Healthy Life Expectancies Among Older Adults in Mexico. En J. L. Angel, M. López Ortega, & L. M. Gutierrez Robledo (Eds.), *Understanding the Context of Cognitive Aging: Mexico and the United States* (pp. 131-141). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-70119-2\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-030-70119-2_7)
- Hirsch, C. H., & Hategan, A. (2024). Physiology and Pathology of Aging. En A. Hategan, J. A. Bourgeois, C. H. Hirsch, & C. Giroux (Eds.), *Geriatric Psychiatry. A Case-Based Textbook* (pp. 3-29). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-47802-4>
- Iglesias Ortuño, E. (2021). *Derechos Humanos y Salud Reproductiva: una mirada desde trabajo social*. Tirant lo Blanch.
- Illán Marcos, E., & Hernández Mier, C. (2021). El derecho a la salud es un derecho humano. *Revista CONAMED*, 26(2), 89-94. <https://doi.org/10.35366/100351>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2022, octubre 12). *Equidad en el acceso a los servicios de salud*. Secretaría de Salud. <https://www.insp.mx/avisos/equidad-en-el-acceso-a-los-servicios-de-salud>
- Islas-Colín, A. (2021). *Derechos Humanos: una visión en el contexto universal*. Tirant Lo Blanch.
- Islas-Colín, A. (2022). Principio de precaución en el derecho comparado. *Revista de Investigaciones Universidad del Quindío*, 34(2), 384-395. <https://doi.org/10.33975/riuq.vol34n2.1042>
- Islas-Colín, A. (2023). *Esquemas de Derechos Humanos a partir de Instrumentos Internacionales*. Tirant lo Blanch.
- Islas-Colín, A. (2024). *Derechos humanos en construcción*. Tirant lo Blanch.
- Kathuria, S., Rawat, P., Singh, R., Gehlot, A., Kathuria, A., & Pandey, S. (2023). Technical Approach Towards Elderly Right to Health and Well-Being. *2023 International Conference on Artificial Intelligence and Smart Communication (AISC)*, 238-242. <https://doi.org/10.1109/AISC56616.2023.10085503>

- Kiernan, J. A., & Rajakumar, R. (2014). *Sinopsis de BARR: EL SISTEMA NERVIOSO HUMANO: UNA PERSPECTIVA ANATOMICA* (10.<sup>a</sup> ed.). LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS. WOLTERS KLUWER HEALTH.
- Klaassen P, G., Werlinger E., E., Contreras E., L., González B, A., Vera C., A., Juica A., S., & Fuentealba S., M. (2021). Calidad de Vida en Demencia Alzheimer: un nuevo desafío. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(4), 361-367. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272021000400361>
- Litke, R., & Mobbs, C. (2024). Molecular and Biological Factors in Aging. En M. R. Wasserman, D. Bakerjian, S. Linnebur, S. Brangman, M. Cesari, & S. Rosen (Eds.), *Geriatric Medicine. A Person Centered Evidence Based Approach* (pp. 1525-1554). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-74720-6>
- Mendoza González, M. F., Vázquez Martínez, F. D., Mota Morales, M. D. L., Ortiz-Chacha, C. S., Delgado Domínguez, C., Cortés Jiménez, H., Ramírez González, I. M., & Luzianía Valerio, M. S. (2023). Error médico autopercibido: análisis del enfoque de salud basado en los derechos humanos en México. *Investigación en Educación Médica*, 12(46), 79-92. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2023.46.22484>
- Meneses Navarro, S., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Becerril-Montekio, V., & Serván-Mori, E. (2022). Overcoming the health systems' segmentation to achieve universal health coverage in Mexico. *International Journal of Health Planning and Management*, 37(6), 3357-3364. <https://doi.org/10.1002/hpm.3538>
- Micheli, F., & Fernández Pardal, M. (2019). *Neurología*. Editorial Médica Panamericana.
- Molina Cevallos, D. S., & Camino Acosta, S. A. (2024). La atención al adulto mayor. Necesidad y posibilidad. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(1), 260-272. <https://doi.org/https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v6i1.992>
- Nasiri, A., Farshidi, H., Rezaei, F., Dehdari, T., Kazemi, A., Rezapour, H., & Goshtaei, M. (2023). Perceived barriers of migrants and refugees to vaccinate their children against Measles and polio: a study in Iran. *International Journal for Equity in Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02075-2>
- Norato Vanegas, I. D. (2021). La pragmática y la hermenéutica como enfoques contemporáneos para una interpretación, práctica y experiencia de los derechos humanos. *Episteme. Revista de Estudios Socioterritoriales*, 12(1), 31-52. <https://doi.org/10.15332/27113833.6886>
- Organización de los Estados Americanos. (1998, septiembre 1). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador*. OEA/Ser.A/52, Serie sobre Tratados; No. 69.
- Organización Panamericana de la Salud. (2024, 8 agosto). *Observatorio de la Salud y Envejecimiento para las Américas*. Organización Mundial de la Salud. Región de las Américas. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable-datos-visualizaciones>
- Padrón Medina, A. M., Méndez Reyes, J. M., & Calanche Urribarri, Á. (2022). La Fenomenología como propuesta metodológica para las Ciencias Sociales. Una reflexión sobre la investigación científica. *Revista de la Universidad del Zulia*, 13(38), 531-550. <https://doi.org/10.46925/rldluz.38.30>



- Palacios Sánchez, E., González, A. V., Vicuña, J. A., & Villamizar, L. (2019). Calidad de vida en los pacientes con enfermedad de Parkinson valorados en un hospital universitario de Bogotá, Colombia. *Neurología Argentina*, 11(3), 151-158. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.04.001>
- Pelcastre Villafuerte, B. E., Meneses Navarro, S., Rueda Neria, C., & Leyva Flores, R. (2021). *Equidad en el acceso*. [https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISS\\_Equidad\\_acceso.pdf](https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISS_Equidad_acceso.pdf)
- Pieterse, P., & Saracini, F. (2023). Unsalaries health workers in Sierra Leone: a scoping review of the literature to establish their impact on healthcare delivery. En *International Journal for Equity in Health* (Vol. 22, Número 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02066-3>
- Pilarska, J. (2021). 6 The Constructivist Paradigm and Phenomenological Qualitative Research Design. En *Research Paradigm Considerations for Emerging Scholars* (pp. 64-83). Multilingual Matters. <https://doi.org/10.21832/19781845418281-008>
- Priego-Álvarez, H. R. (2018). *VIH/SIDA y envejecimiento análisis gerontológico tridimensional en Tabasco*. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. <http://ri.ujat.mx/handle/20.500.12107/3267>
- Puy Muñoz, F., & Otero Parga, M. (2022). Los albores de la justicia social e internacional en Luigi Taparelli. En J. P. Pampillo Baliño JP & S. Botero Gómez (Eds.), *Justicia social global: perspectiva, reflexiones y propuestas desde Iberoamérica* (pp. 65-97). Tirant Lo Blanch.
- Ricoeur, P. (2001). *La metáfora viva* (2da ed.). Editorial Trotta.
- Ricoeur, P. (2003). *El conflicto de las interpretaciones: Ensayos de hermenéutica*. Fondo Cultural Económica.
- Serrano-Castro, P. J., Estivill-Torrús, G., Cabezu-do-García, P., Reyes-Bueno, J. A., Ciano Petersen, N., Aguilar-Castillo, M. J., Suárez-Pérez, J., Jiménez-Hernández, M. D., Moya-Molina, M. Á., Oliver-Martos, B., Arrabal-Gómez, C., & Rodríguez de Fonseca, F. (2020). Influencia de la infección SARS-CoV-2 sobre enfermedades neurodegenerativas y neuropsiquiátricas: ¿una pandemia demorada? *Neurología*, 35(4), 245-251. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.002>
- Taparelli, L. (1988). *Ensayo teórico de Derecho Natural*. Tejado.
- Tobar Moran, M. R., Ramirez Gaona, A. S., Monserrate Romero, A. G., & Palma Mera, F. (2024). Conocimiento de los sistemas de información y salud digital en estudiantes de la facultad de Ciencias médicas. *RECIMUNDO*, 8(2), 227-235. [https://doi.org/10.26820/recimundo/8.\(2\).abril.2024.227-235](https://doi.org/10.26820/recimundo/8.(2).abril.2024.227-235)
- Vallejo Vilaró, V. M., & Montoya Agudelo, C. A. (2024). Claiming the Right to Health in the Face of Ignorance of Yagé as a Therapeutic Possibility. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 38, 151-184. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2024.38.18939>
- Vanzi, L. M., & Baker, M. T. (2023). Independent Analysis and Interpretation of the New Mexico Constitution: If Not Now, When? *New Mexico Law Review*, 53(1), 1-27. <https://digitalrepository.unm.edu/nmlr/vol53/iss1/2>
- Vargas Mendoza, M. I. (2021). *Sentido del Derecho en América. Teoría iberoamericana*. Tirant Lo Blanch.
- Vargas Ruiz, M. M. (2022). Sistema de salud: garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 1(35), 391-421. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2022.35.17283>