

Abordaje bioético de “la educación médica desde el enfoque de la salud basado en derechos humanos”

Ricardo Páez Moreno^{a,t,*}

Facultad de Medicina



Resumen

Los resultados aportados por la Investigación sobre la Educación Médica analizados desde un enfoque bioético basado en los derechos humanos, han dejado ver que los derechos a una educación médica de calidad, a un empleo digno de los médicos residentes, y a la atención de la salud de los pacientes, quedan en entredicho bajo el sistema educativo actual. Tales falencias han generando una situación de violencia sistémica que se ha estructurado a distintos niveles: violencia subjetiva o aquella directamente ejercida contra los médicos; objetiva o la implícita en las relaciones de dominación que han caracterizado el sistema educativo médico; y violencia simbólica que ha normalizado las relaciones de explotación en el sistema educativo en salud mexicano. Todo lo anterior ha repercutido en mermas en la atención de la salud de los pacientes.

Palabras clave: Derechos humanos; salud; educación médica; empleo en salud; violencia; bioética.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A Bioethical Approach of “Medical Education from the Human Rights Based Approach to Health”

Abstract

The results provided by the Research on Medical Education, analyzed using a bioethical approach based on human rights, have showed that the rights to quality medical education, worthy jobs for resident doctors, and

^aPrograma de Maestría y Doctorado en Bioética, Universidad Nacional Autónoma de México, Cd. Mx., México.

ORCID ID:

[†]<https://orcid.org/0000-0001-7047-9983>

Recibido: 23-marzo-2020. Aceptado: 03-junio-2020.

*Correspondencia: Dr. Ricardo Páez Moreno. Programa de Maestría

y Doctorado en Bioética. Universidad Nacional Autónoma de México. Cto. de los Posgrados S/N, C.U., Coyoacán, 04510, Ciudad de México, Cd. Mx. Teléfono: 55-5673-1532.

Correo electrónico: ricardomsps@gmail.com

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

healthcare for patients, are questioned under the current educational system. These failures have generated a situation of systemic violence structured as: subjective, or the violence directly exerted against doctors; objective or the violence that is implicit in the relationships of domination that have characterized the medical education system; and the symbolic violence that has made exploitative relationships in the Mexican health education system seem

normal. All of the aforementioned have produced deficiencies in the health care of patients.

Keywords: *Human rights; health; medical education; employee health services; violence exposure; bioethics.*

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

Los resultados aportados por la investigación original “La Educación Médica desde el enfoque de la salud basado en Derechos Humanos”¹ analizados desde el “Enfoque de la Salud basado en los Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)”^{2,3}, dejan ver de manera clara y articulada las falencias a los derechos a la educación y a un trabajo digno, además del derecho a la salud de la población. Al categorizar estas falencias desde aspectos clave para la bioética, tales como las causas y los responsables de tales situaciones, pueden esclarecerse puntos centrales en materia de desigualdad, tal y como lo señala el Informe del Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos (OBEME): la indefinición de la institución responsable del sistema educativo médico durante los años de residencia y un sistema sanitario que ha descargado buena parte de la atención de la salud en los médicos estudiantes^{4,5}.

Sobre los responsables de tal situación, sin ser el único agente, el Estado como garante de la educación superior de los médicos es el gran ausente en responder por estas carencias, especialmente de proveer una educación médica de calidad y de las condiciones para que esto suceda⁶.

Estas faltas bioéticas pueden ser reflexionadas como un sistema generador de violencia, desde el trasfondo que sustenta una producción social violenta y que está negado ideológicamente⁷. Es decir, se ha generado una situación sistémica que se ha estructurado a distintos niveles. El nivel subjetivo como aquella violencia directamente ejercida contra los médicos bajo las demostradas insuficientes condiciones educativas y las excesivas demandas laborales. El nivel objetivo o implícito en las relaciones

de desigualdad que ha caracterizado al sistema de la atención de la salud mexicano: insuficiente, saturado, y limitado de recursos, entre otras.

Y finalmente, el nivel simbólico que ha normalizado las relaciones de explotación en el sistema educativo en salud, al cual hay que someterse para lograr ser médico especialista. Todo lo anterior repercute en mermas en la atención de la salud de los pacientes, que son el eslabón más débil en esta cadena de fenómenos^{1,3}.

Este ensayo pretende realizar un abordaje bioético de las grandes constataciones de la investigación original titulada “La Educación Médica desde el enfoque de la salud basado en Derechos Humanos”^{1,‡}. Para ello se hará, en primer lugar, una lectura en clave bioética de la investigación desde el Enfoque de la Salud basado en los Derechos Humanos de la OMS, en el que se integra entre muchos otros, el derecho a la educación, la dignidad y el derecho a la salud^{2,3}. Y en segundo lugar, se ofrece una reflexión bioética más amplia del sistema de educación médica en las instituciones hospitalarias como generador de violencia desde el trasfondo que sustenta una producción social violenta, que se hace más dramática al ser normalizada e invisibilizada, tal y como ha sido señalado por Slavoj Žižek en su análisis sobre la violencia^{7,8}.

‡ Aunque la investigación se limita a una universidad pública del estado de Veracruz, México, los resultados son extrapolables a nivel nacional, según datos soportados por la literatura y, entre otras fuentes, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)^{9,10}; y algunos resultados son equiparables a nivel universal, por ejemplo, el estrés laboral, tal y como se demuestra en la literatura citada en la investigación.

LECTURA BIOÉTICA DESDE EL ENFOQUE EN SALUD BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS

El enfoque de la salud basado en los derechos humanos se trata de un marco procedimental en orden a esclarecer el cumplimiento de estos bajo determinada situación en salud. Consiste en utilizar los derechos como marco para el desarrollo sanitario, y tenerlos en cuenta en la concepción, la aplicación, la supervisión y la evaluación de políticas y programas en salud^{2,3}.

Dicho enfoque señala cuatro pasos para acometer esta tarea:

- a) Responder: ¿qué está pasando? y ¿dónde y quiénes son los más afectados?
- b) Indagar ¿por qué se producen estos problemas?
- c) Esclarecer quién está obligado a hacer algo al respecto.
- d) Hacer notar qué capacidades necesitan los afectados y los titulares de deberes para actuar.

En relación al primer paso, ¿qué está pasando?, en los resultados de la investigación¹ se señala que el suceso más desfavorable relativo a la educación médica es la falta de supervisión que conlleva a la comisión de errores diagnósticos y terapéuticos. Sobre el derecho al empleo digno, lo más violatorio del derecho fue la interferencia de las jornadas laborales con la vida familiar y social de los médicos residentes^{4,5}.

En la discusión del artículo¹ y soportado por recomendaciones de la CNDH^{9,10}, la falta de contundencia positiva para el derecho a la educación se atribuye a que “los profesores no suelen tener descarga asistencial en sus horas laborables educativas en las instituciones de salud”¹, además de la sobrecarga en el aspecto asistencial. La insuficiente supervisión o la falta de competencias profesionales es fuente de errores, lo cual repercute en la salud de la población atendida.

Se constata⁴ sobre la escasa participación de la universidad en la educación de los residentes, las jornadas extenuantes a que son sometidos al ser utilizados como fuerza de trabajo a bajo sueldo, la poca capacidad de criticar y cuestionar el sistema, y el entorno inseguro de trabajo al que son sometidos los estudiantes.

Para el segundo paso, el Enfoque en Salud² recomienda indagar ¿por qué se producen estos problemas? Para ello será necesario determinar las causas subyacentes y últimas de la infracción del derecho a la educación y a la asistencia sanitaria. Se señala como factor causal de la falta al derecho a la educación⁵, consignado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 26¹¹, el hecho de que la formación de los médicos en México descansa en un sistema escolarizado antes del internado de pregrado; pero a partir de este y durante la etapa de especialización, las universidades abandonan su tarea educativa y la descansan en las instituciones hospitalarias donde los estudiantes de medicina combinan la abundancia de trabajo con espacios escasos de enseñanza explícita y adecuada supervisión⁵. Además, al ser poco claro el rol de los estudiantes como trabajadores, se mancilla su derecho a adecuadas condiciones laborales, señalado por la Declaración en su artículo 23, sea por la abundancia de horas de trabajo o por la muy escasa remuneración económica recibida. Por otra parte, al confundirse la identidad de los estudiantes con la de trabajadores de la salud, ocasiona que el derecho a la atención de la salud de los pacientes, consignado en el artículo 25 de la Declaración y en su máxima expresión en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹², se vea vulnerado dadas las condiciones de exceso de trabajo, y su escasa capacitación y supervisión.

Se trata de derechos humanos cuyo cumplimiento está ligado a una serie de factores no solo a nivel interpersonal, como el derecho a la educación y al trabajo digno, sino a situaciones estructurales cuya atención o descuido repercute en el cumplimiento de los mismos, dada su interdependencia señalada por el informe del OBEME y por el Pacto Internacional^{4,12}. Por ejemplo, la carencia de una asistencia sanitaria universal y de calidad, aunada al bajo presupuesto destinado al sector salud¹³, sobrecarga las instituciones de salud con poca oferta de trabajadores con pleno respeto a sus derechos laborales y mucha demanda de atención, lo que lleva a pretender solucionar el problema a base de una fuerza de trabajo bajo condiciones injustas en orden a aminorar la situación. Si a lo anterior se añade el incumplimiento del derecho a la atención de la salud para la mayo-

ría de la población por insuficiente saneamiento, hogares hacinados, alimentación deficiente, largas jornadas laborales a bajos sueldos, inseguridad generalizada, y un largo etcétera, el panorama se obscurece mucho más.

Dentro de los factores causales, es conveniente insistir que, en países como México, atravesados por una injusticia social de muy larga historia, la necesaria lectura de los derechos humanos ha de ser en clave hermenéutica, es decir, desde los enormes desequilibrios en la distribución de la riqueza y el poder en la sociedad¹⁴. En contraste, llama la atención que 87% de los residentes consideraron que se respetan sus derechos humanos. Es decir, se invisibiliza la cadena de explotación⁴ en la cual ellos pasarán, una vez graduados como especialistas, de ser víctimas a ser victimarios. Además, solo en clave hermenéutica pueden notarse y comprenderse las masivas violaciones a los derechos humanos en materia de salud que sufre la mayoría de la población, muchas de ellas ocultas, y que ha sido estudiadas por la salud pública bajo los determinantes sociales de la salud¹⁵, concepto que refleja muy bien la interdependencia de los derechos humanos.

En tercer lugar, es necesario esclarecer quién está obligado a hacer algo al respecto.

Dice el informe del OBEME⁴ en sus páginas 28 y 29:

“En México, a la fecha, la educación médica es una combinación de educación artesanal y escolar; ésta está plenamente instaurada en las escuelas y facultades de medicina. Sin embargo, una vez que los estudiantes tienen como escenario educativo las unidades de atención a la salud la mayoría de las universidades e instituciones de educación superior abandonan sus obligaciones, pierden su efectividad como garantes del derecho a la educación y la educación artesanal prevalece”.

Se trata de un descuido del Estado como garante del derecho a la educación superior de su población, tal y como lo señalan la fracciones IX y X del artículo tercero de la Constitución Política de México a través de la creación del Sistema de Mejoración Continua en la Educación y del reconocimiento de que la obligatoriedad de la educación superior corresponde al Estado⁶.

Por otra parte, la fuerza de trabajo de los médicos, los que están en camino del posgrado, es una valiosa ayuda para suplir la carencia de médicos existente en las instituciones de salud nacionales¹⁶. Además de la escasez de especialistas en las instituciones públicas de salud, quienes abundan en la medicina privada¹³. Lo anterior refleja no solo el insuficiente presupuesto destinado a la salud, sino la ausencia de políticas más favorables a favor del Sector Salud, que vayan orientadas hacia una atención de la salud más universal y de mayor calidad.

El Estado es el principal ausente en su papel de garante del derecho a la educación y a la salud. Desde una bioética de la protección, es decir aquella que reconoce los deberes de aquel de cautelar la integridad física y patrimonial de los ciudadanos¹⁷, implica omisiones del Estado en su deber de proporcionar garantías elementales necesarias como son la salud de la población, o el descuido ante deberes sociales necesarios de atender, como lo es el derecho a la atención de la salud y a la educación superior¹⁸. Las instituciones educativas, en concreto las facultades de medicina, y las instituciones de salud donde laboran los médicos estudiantes, en su omisión de su deber educativo y asistencial, son la concretización más palpable de dicha falencia del Estado.

Finalmente, hace falta hacer notar qué capacidades necesitan los afectados y los titulares de deberes para actuar. No cabe duda que las recomendaciones emanadas del informe⁴ son coherentes con este abordaje bioético: la necesaria supervisión para que la educación médica pase de artesanal a una escolar; la necesaria consideración de los estudiantes médicos de especialidad como becarios de las instituciones de salud, amén de que la atención médica esté a cargo de los médicos adscritos al sistema de salud.

Las tres recomendaciones suponen una inversión de recursos de parte del Estado para el Sector Salud, en vistas a que pueda asumir los costos de una adecuada educación médica, que incluye pagar a los dedicados a la enseñanza, generar mecanismos eficaces de supervisión de la atención médica de parte de los estudiantes, dar un sueldo suficiente a los residentes en su papel de becarios, y contratar a los médicos necesarios para una adecuada atención de la población, como lo señala la OMS. Se relacionan con dos de los seis pilares señalados por la OMS para

fortalecer un sistema de salud, particularmente lo referido a tener una buena fuerza de trabajo en salud que trabaja de manera responsable, equitativa y eficiente para lograr los mejores resultados posibles en salud con los recursos y circunstancias existentes¹⁹. Y con el adecuado liderazgo y gobernanza en vistas a tener mecanismos adecuados de supervisión y rendición de cuentas².

REFLEXIÓN BIOÉTICA DESDE LA VIOLENCIA GENERADA

Una reflexión bioética más amplia del sistema de educación médica en las instituciones hospitalarias como generador de violencia tiene que tomar en cuenta cómo esta es propiciada a diversos niveles y de distintas maneras. Slavoj Žizek, en su análisis *Sobre la Violencia*⁷, busca poner de manifiesto la negatividad del acto violento, es decir, aquel trasfondo que sustenta una producción social violenta, aquello que lo constituye, pero que está negado ideológicamente. En este sentido, concibe la violencia en una modalidad triádica, postulando que cualquier reflexión sobre ella habrá que hacerla teniendo en cuenta la interacción entre tres componentes: el subjetivo, el objetivo y el simbólico.

La violencia subjetiva es la parte visible de la violencia, tiene un carácter físico y directo, y se manifiesta a través de hechos concretos en los agresores y sus víctimas. A la violencia objetiva, Žizek la llama también sistémica, y a diferencia de la violencia subjetiva, es implícita e invisible, inherente al sistema sociocultural; subyace en las más sutiles formas de coerción que imponen relaciones de dominación y explotación. Finalmente, la violencia simbólica es para Žizek aquella que está encarnada en el lenguaje y sus formas; ocurre con la imposición de un universo de sentido. Se parece mucho al concepto de injusticia epistémica trabajado por Miranda Fricker²⁰.

La perspectiva de la violencia según Žizek puede ser aplicada al campo de la salud⁸. Pide situar la violencia en un encuadre socioeconómico, ya que muchas de las acciones violentas tienen raíz en un ordenamiento dominante capitalista, las cuales cuentan con escasos contrapesos dispuestos por el Estado.

Al analizar lo que sucede en el sistema de educación médica, lo primero que salta a la vista es la vio-

lencia subjetiva, tal y como es captada por el médico estudiante que recibe malos tratos de sus profesores o tutores en tanto incumpla con lo esperado en su labor hospitalaria. Al residente le toca acatar los regaños y la violencia ejercida, dado que se espera de este que sea un colaborador incondicional.

Sin embargo, existe la violencia objetiva o sistémica, aquella que es parte del sistema. La violencia objetiva es implícita e invisible, inherente al sistema sociocultural; subyace en las más sutiles formas de coerción que imponen relaciones de dominación y explotación⁸. El sistema económico tal y como ha sido configurado, es causante de la violencia objetiva que sufre una población. Se trata de las causas detrás de las causas, tales como la miseria y exclusión, generadoras de resentimiento, estigmatización y precariedad que crea el sistema económico actual en grandes mayorías de la población, en contraste con islas de opulencia y bienestar, sobre todo en los países de mediano o bajo ingreso.

Por ejemplo, en México se hablaba en el año 2017 de un sistema de salud que ofrecía una cobertura del 85% en consulta externa, pero visto de manera desagregada, deja ver las insuficiencias en la atención: 52% de cobertura para todos los servicios de salud, 66% para hospitalización, 7% para atención dental, y un porcentaje desconocido en cuanto a provisión de fármacos²¹. Refleja una atención que en la realidad dista mucho de ser suficiente en cantidad y calidad, sobre todo en infraestructura, y la falta de supervisión ante aludida.

El sistema de salud en México tal y como ha sido estructurado, es generador de injusticia e inequidad. La masificación de la atención de la salud, por falta de presupuesto para dotar de mejor infraestructura y personal, sumada a la explotación laboral de los médicos estudiantes, origina un clima violento que no es nombrado más que en raras ocasiones. Así son las cosas, y tiene suerte quien logra ser atendido y librado de su padecimiento. Quien no lo logra tiene que acudir a la medicina privada, ocasionando el alto nivel de gasto de bolsillo de 41% que aqueja al país²².

Finalmente, la violencia simbólica es aquella que justifica el sistema al darle un universo de sentido. Es la violencia ejercida contra el médico estudiante que se ha normalizado, que todo el personal de la salud conoce y acepta como parte de su entrenamiento,

que los mismos médicos han incorporado como el camino para hacerse especialistas, y que después repetirán con sus subalternos. Desde la perspectiva de la educación médica, el sistema se estructura de manera que para educarse como médico especialista, sea necesario pasar unos duros años de entrenamiento en que los internos de pregrado y los residentes son “mano de obra barata”, es decir, sacan el trabajo rudo de la consulta, el paso de visita, las guardias, etc., bajo jornadas extenuantes, sin un adecuado sistema educativo que supondría el necesario descanso, horas dedicadas al estudio, supervisión de su práctica, etc.

La violencia simbólica es también parte de un sistema donde la responsabilidad queda difuminada entre la universidad y el hospital: ni la primera se encarga del entrenamiento médico adecuado de los estudiantes, ni el segundo deja de tratarlos como trabajadores sin realmente serlo, es decir con todos sus derechos.

Se cumple así un círculo de explotación, generador de violencia, cuyos principales receptores son los pacientes que representan el eslabón más vulnerable en esta cadena de fenómenos. Al sistema sanitario le conviene que las cosas sigan como tal, porque tiene mano de obra mal pagada sin erogar costos significativos, y al sistema educativo médico otro tanto, ya que permite que las cosas funcionen; no obstante, se demerite la calidad del entrenamiento médico, y sobre todo la calidad de la atención hospitalaria.

CONCLUSIÓN

El abordaje bioético esclarece distintos derechos humanos que son vulnerados en el sistema de educación médica: el derecho a una educación superior de calidad, a un trabajo digno y no bajo condiciones de explotación, y a una atención sanitaria universal y de calidad para los usuarios.

Salta a la vista la violencia generada cuando es analizada la situación anterior: sobre todo la de tipo sistémico, dado el sistema de educación médica superior caracterizado por relaciones de dominación y explotación invisibilizadas. Sin duda los pacientes son lo que sufren las mayores consecuencias, dada la precarización en la atención de su salud orquestada por este sistema.

Por tanto, se requiere, tal como lo señala el In-

forme⁴, dotar de recursos no solo económicos, sino de la adecuada supervisión y entrenamiento médico, así como las condiciones laborales necesarias para evitar la violencia hacia los médicos residentes y la población usuaria.

PRESENTACIONES PREVIAS

Declaro que este ensayo no ha sido enviado previamente a alguna otra publicación.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno. 🔍

REFERENCIAS

1. Vázquez D, Sánchez-Mejorada J, Delgado C, Luzanía M, Mota ML. La Educación Médica desde el enfoque de la salud basado en Derechos Humanos. Artículo aceptado para publicación en RIEM.
2. Organización Mundial de la Salud. Enfoque de la Salud basado en los Derechos Humanos [Internet]. Ginebra; OMS: 2014 [Consulta: 21 de mar. de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos (Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1). [Internet] Ginebra: OMS; 2002. [Consulta: 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionSpanish.pdf>
4. Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos. Educación médica y derechos humanos. Evaluación del respeto a los derechos humanos de los estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana en las unidades de atención médica, 2017-2018. México; Universidad Veracruzana / Instituto de Salud Pública: 2019.
5. Vázquez D. La teoría de la evolución educativa y la formación de médicos especialistas. *Inv Ed Med.* 2016;5(18):121-7. doi.org/10.1016/j.riem.2015.10.003
6. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México; Última Reforma publicada en el DOF: 6 de marzo de 2020.
7. Žižek S. Sobre la Violencia: Seis reflexiones marginales. Barcelona; Paidós, 2009.
8. Páez R, Reyes LF. Violencia y Salud. En: León, FJ, León D y Navarrete, E., editores. Bioética para la toma de decisiones, parte 1. Santiago de Chile; Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIBE): 2014, pp. 426-440.
9. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General 15. Sobre el derecho a la protección de la salud [Internet]. 2009. [Citado 2019 diciembre 12]. Disponible en http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendaciones/generales/recgral_015.pdf
10. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación 56/2017. Sobre el caso de violaciones a los derechos

- a la protección de la salud de V1 y V2, a la vida de V2, a la libertad y autonomía reproductiva de V1, por violencia obstétrica, a la información en materia de salud y a la veracidad de V1 y V3, en el Hospital Rural “San Felipe Ecatepec” del IMSS en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. 2017 [Internet]. [Citado 2019 diciembre 14]. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/2017/Rec_2017_056.pdf
11. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Nueva York; ONU: 1948.
 12. Organización de las Naciones Unidas. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York; ONU: 1966.
 13. Secretaría de Salud. Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016. Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud. México; Secretaría de Salud: 2016.
 14. Páez R. La bioética y los derechos humanos: una perspectiva desde Latinoamérica. *Proteo: Diálogos de Ética y Bioética*: junio de 2010; pp. 1-17.
 15. World Health Organization. Social determinants on health [Internet]. Geneva; WHO: 2020. [Consulta: 22 de marzo de 2020] Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/en/
 16. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Statistics 2019 [Internet]. Paris Cedex; OECD: 2019 [Consulta: 16 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>
 17. Shramm R y Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saúde Pública*. 2001;17(4):949-56.
 18. Kottow M. Anotaciones sobre vulnerabilidad. *Redbioética/UNESCO*. 2011;2(4):91-5.
 19. World Health Organization. Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes [Internet]. Geneva; WHO: 2007 [Consulta: 16 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf?ua=1
 20. Fricker M. *Injusticia Epistémica*. Barcelona; Herder, 2017.
 21. Organization for Economic Cooperation and Development. Extent of Health Care Coverage. Health at a Glance 2019. OECD indicators [Internet]. Paris Cedex; OECD [Consulta: 22 de marzo de 2020] Disponible en: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_f2bffe97-en#page2
 22. Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo. *Cómo se compara México. Indicadores de salud* [Internet]. OCDE; México: 2017. En: <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf> [Consulta: 19 de diciembre de 2019]