

**DEMANDA DE AMPARO
TRAMITACIÓN URGENTE**

QUEJOSO: ***
(MENOR).**

**JUEZ DE DISTRITO EN MATERIA ADMINISTRATIVA EN LA
CIUDAD DE MÉXICO EN TURNO.**

P r e s e n t e.

*****, en mi carácter de padre/madre/tutor de *****, menor de edad, acudo en su representación a promover juicio de amparo; señalando como domicilio *****, autorizando en los términos amplios del artículo 12 de la Ley de Amparo al Licenciado *****, contando con cédula profesional *****, registro único ante el Consejo de la Judicatura Federal; autorizo para oír y recibir notificaciones a *****, asimismo solicito la autorización del juicio en el Portal de Servicios en línea del Poder Judicial de la Federación, con el usuario *****, correo electrónico *****, a nombre de *****; y, para comunicaciones no oficiales se señala el número de whatsapp *****; respetuosamente comparezco y expongo:

Que por medio del presente escrito y con fundamento en los artículos 103, fracción I y 107, fracción I, de la Constitución Federal, 1º, fracción I, 2º, 12, 17, 107, 126, 138 y demás relativos de la Ley de Amparo, acudimos a solicitar el AMPARO de la justicia federal en contra de los actos de autoridad que se señalarán.

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Amparo, bajo protesta de decir verdad, se manifiesta lo siguiente:

I. NOMBRE Y DOMICILIO DEL QUEJOSO.

*****, con domicilio en *****.

II. NOMBRE Y DOMICILIO DE LOS TERCEROS INTERESADOS.

No existe.

III. AUTORIDADES RESPONSABLES.

- a) Presidente de la República. Residencia Oficial en Palacio Nacional.
- b) Secretario de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, con domicilio en Lieja No. 7 piso 1, Col. Juárez, Alc. Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, jorge.alcocer@salud.gob.mx
- c) Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, con domicilio en Lieja No. 7 piso 1, Col. Juárez, Alc. Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.
- d) Director General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, con domicilio en Francisco P. Miranda No. 177 Piso 4, Unidad Lomas de Plateros, C.P. 01480, Alc. Álvaro Obregón, Ciudad de México.
- e) Titular del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud, con domicilio en Lieja 7, Alc. Cuauhtémoc, Colonia Juárez, 06600, Ciudad de México.
- f) Secretario del Consejo de Salubridad General, con domicilio en Lieja No. 7 piso 2, Col. Juárez, Alc. Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.
- g) Jefa de Gobierno de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Plaza de la Constitución #2 Colonia Centro (Área 1), C.P. 06000, Alc. Cuauhtémoc, Ciudad de México. Edificio Antiguo Palacio del Ayuntamiento.
- h) Secretaria de Servicios de Salud de la Ciudad de México, con domicilio en Av. Insurgentes Norte, Conjunto Urbano 423, colonia Nonoalco Tlatelolco, Alc. Cuauhtémoc, C.P. 06900, Ciudad de México.
- i) Director General de Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, Avenida Insurgentes Norte, Conjunto Urbano No. 423, Colonia Nonoalco Tlatelolco, C.P. 06900, Alc. Cuauhtémoc. Ciudad de México.

j) Delegada Federal de Programas de Desarrollo para el Bienestar en la Ciudad de México, con domicilio en Lucerna Núm. 24 Col. Juárez, Alc. Cuauhtémoc, C.P. 06600.

IV. NORMAS GENERALES Y ACTOS RECLAMADOS.

a) Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México (en lo sucesivo PNV), omisión de actualizar su cobertura a fin de prever la vacunación para niñas, niños y adolescentes entre 12 y 17 años edad.

b) Determinación Presidencial de ordenar el regreso a clases presencial para el ciclo 2021-2022 sin garantizar las medidas de salud para los menores susceptibles de vacunarse.

c) Omisión de dictar las medidas correspondientes para garantizar un regreso a clases seguro para los menores entre 12 y 17 años de edad, garantizando el interés superior de la niñez, mediante el respeto a sus derechos fundamentales a la vida, a la salud y a la educación, lo que implica su exclusión de la Política de Vacunación.

d) La omisión de permitir la aplicación de las dosis de la vacuna Pfizer-BioNTech, al quejoso.

V. ANTECEDENTES Y HECHOS.

Bajo protesta de decir verdad manifestamos que los hechos y abstenciones que nos constan y constituyen los antecedentes de la demanda son:

1.- En el año de 2019 surgió un virus SARS-CoV-2, al que se ha conocido de manera generalizada como COVID-19 que generó una cantidad de contagios y muertes en todo el mundo, sin precedentes cercanos, ello llevó al confinamiento de las personas, con un consecuente daño en muchas áreas de la vida como la conocíamos. La educación es una de las actividades que se mantuvieron cerradas durante prácticamente todo 2020 y la primera parte de este 2021. Los expertos del mundo han señalado la afectación que eso ha generado para los niños y jóvenes en términos sociales y educativos. Para el periodo escolar 2021-2022 el Presidente de los Estados

Unidos Mexicano ordenó el regreso a clases presenciales; sin embargo, no implementó un programa de vacunación para los menores susceptibles de recibir el biológico.

2.- Mi hijo ***** tiene ***** años de edad, cursa ***** año de secundaria y el Estado mexicano le niega sistemáticamente su derecho a acceder a la vacunación, siendo Pfizer-BioNTech la única autorizada en el país por la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para menores de entre 12 y 16 años, con el claro riesgo que eso representa para su salud y, en el peor de los casos, su vida.

3.- El 11 de enero de 2021 se hizo pública la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV2, para la prevención de la COVID-19 en México (Versión 4.0)¹.

En dicho documento, se establecieron como objetivo general disminuir la carga de enfermedad y defunciones ocasionada por la COVID-19; y, como objetivos específicos inmunizar como mínimo al 70% de la población en México para lograr la inmunidad de rebaño contra el virus SARS-CoV-2; 100% del personal de salud que trabaja en la atención de la COVID-19; y, 95% de la población **a partir de los 16 años cumplidos** (foja 8).

Como justificación para la exclusión de los menores de 16 años, se señaló que: *“Ninguna vacuna será aplicada a personas menores de 16 años, hasta que se cuente con la suficiente evidencia de seguridad en esta población; actualmente ningún ensayo clínico ha incluido a menores de edad y mujeres embarazadas.”* (foja 16).

4.- El 11 de mayo de 2021, se modificó la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV2, para la prevención de la COVID-19 en México (Versión 6.0)², a fin de incluir en la etapa 3 de vacunación a mujeres embarazadas (foja 34).

¹ En relación con todas las referencias que se hará a datos contenidos en páginas electrónicas oficiales, deben tenerse como hechos notorios, al ser la vía que las autoridades han utilizado para dar a conocer la información a la población en general.

https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/PolVx_COVID_-11Ene2021.pdf

² https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/05/11May2021_PNVx_COVID.pdf

De nueva cuenta se excluyó a los menores bajo la justificación de: ***“Hasta el momento, ninguna de las vacunas disponibles en México puede ser utilizadas en personas menores de 16 años, por lo que aún no se contempla una etapa específica para esta población en condición de vulnerabilidad, pues se trata de niñas, niños y adolescentes.”*** (foja 45).

5.- El 24 de junio de 2021 la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) publicó la autorización para uso de la vacuna Pfizer-BioNTech, ampliando la indicación terapéutica para su aplicación a partir de los 12 años, según se advierte del Comunicado a la Población 23/2021³.

6.- Con posterioridad a esa autorización para la aplicación realizada por la propia autoridad federal, durante los 3 meses que ya han transcurrido, no se ha actualizado la citada política de vacunación, no obstante que en los instrumentos anteriores de la PNV se reconoce que las niñas, niños y adolescentes (por su sola condición de edad) son un grupo de población en condición de vulnerabilidad.

Peor aún, se han realizado manifestaciones lamentables por parte de las autoridades de salud en el sentido de que los menores corren un riesgo menor, que el número de defunciones no es considerable y que el vacunar a los menores es quitar la oportunidad de vacunar a personas con mayor condición de vulnerabilidad, lo cual resulta falso, por varias razones, entre ellas, que de acuerdo con la última versión de la calendarización elaborada por la autoridad federal, a la fecha, las personas en mayor condición de vulnerabilidad (personal de salud de primera línea, mayores de 60, y embarazadas de 18 años y más) ya debieron ser vacunadas.

³ <https://www.gob.mx/cofepris/articulos/cofepris-emite-modificacion-a-la-autorizacion-para-uso-de-emergencia-de-vacuna-pfizer-biontech-permitira-aplicacion-a-partir-de-12-anos?idiom=es>



Incluso, a partir de la semana del 28 de julio se comenzaron a vacunar a jóvenes de 18 a 29 años en diversos estados de la República Mexicana, entre ellos, la Ciudad de México, como se advierte del Comunicado visible en la página del Gobierno de la Ciudad de México⁴.

7.- Si bien el mundo no estaba preparado para afrontar el COVID-19 y México no es la excepción, nuestro país representa una de las economías más importantes de América Latina (en 2019 era la segunda más competitiva según se encuentra publicado en la página oficial del Gobierno de México)⁵, por lo que el mero dicho de que *“no se cuentan con vacunas suficientes”* es falsa y no constituye una justificación para la negativa a vacunar a niñas, niños y adolescentes a partir de los 12 años de edad.

8.- Lo anterior, pues como se advierte de las publicaciones frecuentes en redes sociales del Secretario de Relaciones Exteriores (SRE), encargado de la compra y gestión de las vacunas, ha informado la recepción en nuestro país (ya sea por donación o por compra) de un gran número de vacunas.

En su cuenta certificada de twitter⁶, el 28 de junio informó que México había recibido 60 millones de dosis (en total), el 16 de septiembre 108,882,095 dosis (en total) y el

⁴ <https://covid19.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/inicia-la-proxima-semana-vacunacion-contra-covid-19-para-jovenes-de-18-29-anos-en-la-ciudad-de-mexico>

⁵ <https://www.gob.mx/shcp%7Cgacetaeconomica/documentos/mexico-la-segunda-economia-mas-competitiva-de-america-latina>

⁶ https://twitter.com/m_ebrard?ref_src=twsrc%5Egoogle%7Ctwcamp%5Eserp%7Ctwgr%5Eauthor

21 de septiembre llegaron 1'750,000 dosis de Moderna (adicionales a las cifras totales anteriores), dando un total para el 21 de septiembre de 110,898,645 dosis recibidas. Esta información es pública y oficial y se encuentra disponible en el sitio de la SRE <https://vacunassre.herokuapp.com/>⁷.



9.- Como un país importante de la región, es relevante mencionar que México también ha donado vacunas a diversos países, como se informa desde la propia página de la SRE: Comunicado 269 de 12 de junio de 2021, 400 mil dosis a Belice (100 mil), Bolivia (150mil) y Paraguay (150mil). Comunicado sin número de 24 de junio 2021: 400,800 dosis de Astra Zéneca a Guatemala (150mil), El Salvador (100,800) y Honduras (150 mil).

Asimismo, el 2 de junio según informó el canciller, México donó 250 mil dólares al mecanismo COVAX que contribuye a que países de las Américas puedan acceder a un portafolio de vacunas precalificadas.

Estos datos no se citan como una crítica, en tanto que son acciones correctas en términos de las obligaciones de solidaridad como Estado, sino para evidenciar que no se trata de un país en condiciones de precariedad.

10.- El virus COVID-19 no va a desaparecer, por el contrario, han surgido nuevas cepas más contagiosas y mortales como la *Delta*, recientemente se detectó ya la

⁷ También en el sitio oficial: <https://transparencia.sre.gob.mx/gestion-diplomatica-vacunas-covid/>

presencia de la *Épsilon* y recientemente de la novedosa variante *Mu*, y lo previsible es que siga mutando, por lo que, según han alertado las personas autorizadas en la materia en el mundo, la única forma de contener su potencial expansivo y mortal es mediante la vacunación al mayor número de personas susceptibles de ser vacunadas, para generar la denominada “*inmunidad de rebaño*”.

De acuerdo con el comunicado técnico diario de la Secretaría de Salud Federal, al 22 de septiembre de 2021⁸, la Ciudad de México es la tercer entidad con mayor número de contagios en el país. Las niñas, niños y adolescentes también enferman gravemente y mueren, y como población vulnerable es deber del Estado garantizar su protección.

Y en términos del propio comunicado, se advierte que del 9 al 22 de septiembre hubo un incremento significativo en el número de casos de niñas, niños y adolescentes, pues, de ser insignificante, pasó a más de 5000 casos activos, lo cual coincide con las semanas posteriores al inicio del nuevo ciclo escolar. De lo cual no es difícil deducir que la incidencia mínima previa está directamente relacionada con el confinamiento.

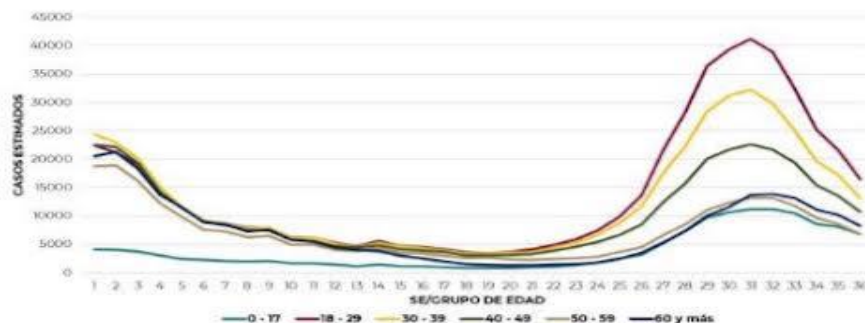
⁸https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/669340/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.09.22.pdf



22/09/2021
17:00 Hrs

Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO

- La siguiente gráfica muestra la distribución de los casos estimados por los grupos de edad seleccionados y semana epidemiológica del 2021, observando que, en las últimas cinco semanas, la mayor parte de los casos están presentes en los grupos de 18 a 29 años, seguido del grupo de 30 a 39 años y 40 a 49 años.

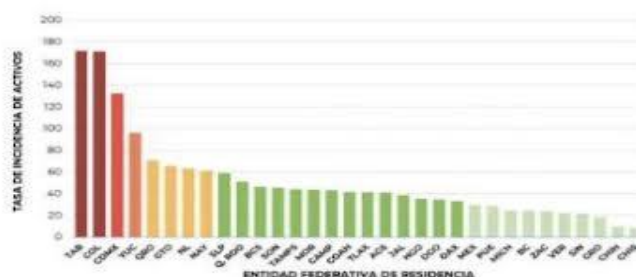


- Se consideran **casos activos**, aquellos casos positivos que iniciaron síntomas en los últimos 14 días, permitiendo identificar donde hay mayor actividad viral y por consecuencia aumento en la transmisión. La tabla describe el número de casos activos en los últimos 14 días por entidad federativa de residencia.

ENTIDAD DE RESIDENCIA	CASOS ACTIVOS
AGUASCALIENTES	598
BAJA CALIFORNIA	892
BAJA CALIFORNIA SUR	380
CAMPECHE	440
COAHUILA	1807
COLIMA	1364
CHIAS	484
CHIHUAHUA	175
CIUDAD DE MÉXICO	1628
DURANGO	656
GUANAJUATO	458
GUERRERO	674
HIDALGO	103
JALISCO	3092
MÉXICO	5247
MICHOACÁN	100
MORELOS	107
NAYARIT	197
NEVOLEÓN	3021
OAXACA	1372
PUEBLA	998
QUERÉTARO	1640
QUINTANA ROO	904
SAN LUIS POTOSÍ	1704
SINALOA	689
SONORA	1438
TABASCO	1463
TAMAULIPAS	1628
TJALCALA	177
VERACRUZ	1386
YUCATÁN	2138
ZACATECAS	405
NACIONAL	60226

- Al corte de información del día de hoy, se tienen registrados **60,226 casos activos** con una **tasa de incidencia de 46.7 por 100 mil habitantes** (9 al 22 de septiembre del 2021).

- La gráfica presenta la tasa de casos activos por cada 100,000 habitantes, por entidad federativa posicionando en los primeros 10 lugares a: Tabasco, Colima, Ciudad de México, Yucatán, Querétaro, Guanajuato, Nuevo León, Nayarit, San Luis Potosí y Quintana Roo.



SSA/SPPS/DGE/DIE/MDRE/VIIES/Informe técnico. COVID-19/México. Francisco de P. Miranda N° 127, Col. Lomas de Plateros, Demarcación Territorial Álvaro Obregón, C.P. 05480, CDMX. Tel. 800 00 44800 / 55 33 37 18 45. * Información preliminar al corte de información del día de hoy.

Sobre el número de muertes de menores, según las cifras de la Secretaría de Salud Federal⁹ de marzo de 2020 al 22 de agosto de 2021 era de 758 menores de 17 años.

11.- El día de hoy 24 de septiembre de 2021, como consecuencia de la presión pública de la última semana en contra de la discriminatoria PNV, el Subsecretario de Salud informó en “la mañanera” (aunque aún no se encuentra publicado en la página oficial o en una nueva versión del PNV, ni hay un acto concreto de ejecución) que a partir del mes de octubre comenzará el registro de vacunación **únicamente** para menores entre 12 y 17 años con comorbilidades como cáncer, VIH, trasplantes, afecciones crónicas, enfermedades cardiovasculares, entre otras. Dejando en claro

⁹ <https://datos.gob.mx/busca/dataset/informacion-referente-a-casos-covid-19-en-mexico>

que en relación con el resto de los menores continúa la política de su no inclusión en la política de vacunación.

En estas condiciones, esa medida que era urgente, no modifica la situación para el resto de las niñas, niños y adolescentes, sin comorbilidades aparentes o diagnosticada, que por el solo hecho de serlo ameritan una protección especial y reforzada por parte del Estado, pues son población vulnerable de acuerdo con la Constitución Federal y el resto de los instrumentos internacionales de los que México es parte, vulnerabilidad que se incrementa por el regreso a clases presenciales.

VI. PRECEPTOS CONSTITUCIONALES Y CONVENCIONALES VIOLADOS.

Con los actos impugnados se violan en perjuicio de mi menor hijo los artículos 1, 3, 4 y 17 de la Constitución Federal; 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en relación con la Observación General No. 14; 19 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en relación con los artículos 1º, 10 y 13 de su Protocolo Adicional; 19, 24 y 28 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

VII. PROCEDENCIA.

El presente juicio de amparo es procedente en términos de los artículos 107, fracciones II, V y 61 a *contrario sensu*, de la Ley de Amparo, en virtud de que se impugnan actos y omisiones de autoridad arbitrarios, en tanto que no tienen fundamento ni base que los sostenga, mediante los que se genera una discriminación que pone en riesgo la vida, la salud y la integridad de un menor de edad.

VIII. CONCEPTOS DE VIOLACIÓN.

PRIMERO.- VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA SALUD.

El Presidente de la República ha ordenado el inicio del ciclo escolar 2021-2022 de manera presencial para todos los alumnos de educación primaria y secundaria omitiendo la actualización de la Política Nacional de Vacunación a fin de incluir en

ella a todos los menores de entre 12 y 17 años, no obstante ser aptos para recibir el biológico del laboratorio Pfizer-BioNTech, lo cual viola su derecho a la salud y a la educación, al no destinar el máximo de los recursos del Estado para garantizar tales derechos de un sector en condiciones de vulnerabilidad.

De acuerdo con las disposiciones que conforman el marco constitucional del derecho a la salud, toda persona lo tiene (artículo 4º constitucional) y, en términos de las disposiciones convencionales, ello implica el derecho al **más alto nivel posible de salud** (artículo 12 PIDESC)¹⁰ que, en el caso de los menores, conlleva una protección reforzada, como se verá más adelante.

El desarrollo sobre qué debe entenderse por el “*más alto nivel posible de salud*” a que refieren los citados instrumentos internacionales, según se ha definido en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), requiere que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuyo alcance definió en los siguientes términos:

“12. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS (5).

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y **servicios de salud (6) deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:**

¹⁰ Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales

Artículo 12. Derecho al más alto nivel posible de salud. Establece la obligación de adoptar medidas para reducir la mortalidad y la mortalidad infantil; asegurar el sano desarrollo de los niños; mejorar la higiene del trabajo y del medio ambiente; prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales, así como asegurar la asistencia médica a todos.

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos (7).

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, **los niños, los adolescentes**, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. (...)

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.”

Al haber sido establecidas estas condiciones como el contenido del derecho a la salud, estos estándares son utilizados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, para el análisis de casos concretos en los que se alega violación al derecho a la salud, entre otros, en los casos *Suárez Peralta vs. Ecuador* (de 21 de mayo 2013); *Gonzales Lluy y Os vs. Ecuador* (1 de septiembre de 2015); *Cuscul Pivaral vs Guatemala* (23 agosto de 2018).

Para el caso específico de niñas, niños y adolescentes, en el artículo 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos y 19 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, se reconoce que deben ser protegidos de toda forma de perjuicio y tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, por lo que debe garantizárseles el acceso a los servicios esenciales de salud. La propia Observación General 14, reitera dichas obligaciones y adicionalmente establece que la consideración primordial en la adopción de programas y políticas con la finalidad de garantizar el derecho a la salud, debe ser el interés superior de la niña, niño y adolescente, como se advierte:

“Los niños y adolescentes

22. En el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 se pone de manifiesto la necesidad de adoptar medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños. **En los ulteriores instrumentos internacionales de derechos humanos se reconoce que los niños y los adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades (17).** En la Convención sobre los Derechos del Niño se exhorta a los Estados a que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre. La Convención vincula esos objetivos con el acceso a la información, respetuosa del niño, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas. La aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental. Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones (18). Es preciso dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria y decente y participar en las actividades de su comunidad.

(...)

24. La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente.”

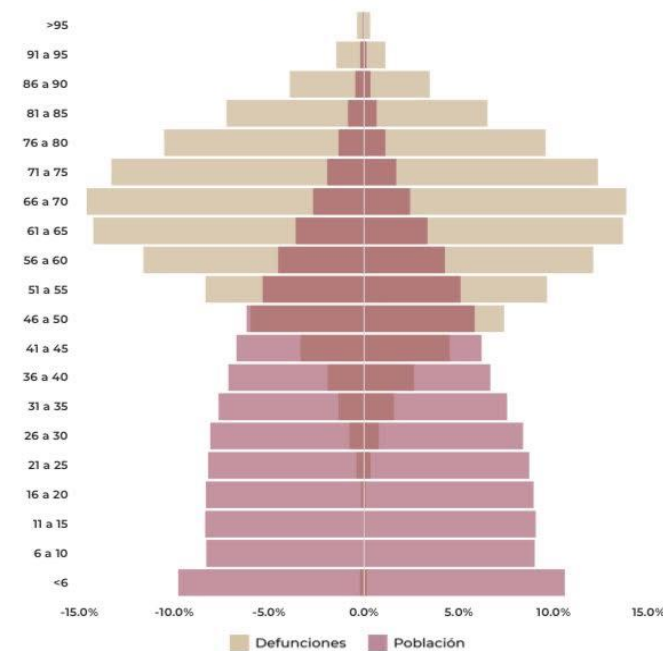
(énfasis añadidos).

Ahora, ante la realidad de que el COVID-19 no va a desaparecer y que la única forma de protegerse tanto individual como colectivamente, es la vacunación, de hecho una de las finalidades de los sistemas de salud nacionales y supranacionales consiste precisamente en alcanzar el 70% de la población global vacunada, es indudable que

el Estado mexicano debe incluir a todos los menores de 12 a 17 años en su calendario de vacunación, pues es la única forma que se conoce actualmente para protegerse de ese virus.

La omisión o exclusión expresa de ese grupo etario constituye una clara discriminación en su contra prohibida por los artículos 1º constitucional, 2 del PIDESC y la Observación General No. 3 DESC, pues no existe una justificación proporcional para ello, en tanto que, como se evidenció en los hechos de la presente demanda, al día de hoy ya pasó la fecha de vacunación para los grupos de mayor riesgo, aunado a que no hay ningún dato del cual se pueda advertir que el grupo de jóvenes entre 18 a 25 se encuentran en un riesgo mayor, incluso como se advierte de la estadística de 2020 que obra en la PNV versión 6.0, el riesgo de mortalidad es prácticamente el mismo.

Figura 2: Distribución porcentual de población mexicana y defunciones por COVID-19 por grupo de edad y sexo. México 2020.



Debe considerarse que esos índices de mortalidad en menores son del año 2020 en el que estuvo decretada en la emergencia sanitaria, con el consecuente cierre de clases presenciales, por lo que, claramente, actualmente el riesgo se incrementa al acudir a los planteles.

Se afirma que no hay una razón que justifique la omisión de incluir a los menores de entre 12 y 17 años en la PNV, en tanto que la única razón expresada para la exclusión estuvo basada en la falta de autorización de las vacunas para su aplicación en menores de 16 años, razón que al día de hoy ya no existe.

La omisión o directa negativa para incluir a las niñas, niños y adolescentes en el PNV al no ser una medida proporcional, pues, como se advierte, ni siquiera tiene una finalidad constitucionalmente válida, es una medida abiertamente discriminatoria de ese grupo vulnerable y que viola su derecho a la salud.

Por supuesto que es interés de la sociedad y principalmente de los padres de los menores que regresen presencialmente a la escuela, que retomen el ritmo de la vida “normal”, que socialicen con sus pares en ese momento vital del desarrollo social y emocional para cualquier persona, pero no con el riesgo de un daño a su salud que en el mejor de los casos será leve, pero que la evidencia indica que puede ser grave e, incluso, conducir a la muerte.

La obligación del Estado en relación con el derecho a la salud no pasa por “administrar” un número de muertes que le parezcan aceptables, sino en trabajar activamente por prevenir todas y cada una de ellas, aplicando el máximo de sus recursos disponibles para tal efecto, sobre todo tratándose de la niñez.

En relación con la obligación del Estado de garantizar el interés superior de la niñez en la toma de todas las decisiones, la Suprema Corte de Justicia de la Nación tiene una extensa doctrina jurisprudencial que ha desarrollado a partir de la 9ª Época, estableciendo que dicho interés deberá ser considerado de manera primordial en la toma de cualquier decisión que les afecte en lo individual o colectivo, por lo que todas las decisiones adoptadas por las autoridades administrativas en esferas relativas a salud y educación, entre otras, deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él, como se advierte de la tesis de jurisprudencia 2a./J. 113/2019 (10a.):

“DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. EL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR SE ERIGE COMO LA CONSIDERACIÓN PRIMORDIAL QUE DEBE DE ATENDERSE EN CUALQUIER DECISIÓN QUE LES AFECTE. El artículo 2, segundo párrafo, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes prevé que

el "interés superior de la niñez deberá ser considerado de manera primordial en la toma de decisiones sobre una cuestión debatida que involucre niñas, niños y adolescentes"; de ahí que cuando se tome una decisión que les afecte en lo individual o colectivo, "se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior y sus garantías procesales". Al respecto, debe destacarse que el interés superior del menor es un concepto triple, al ser: (I) un derecho sustantivo; (II) un principio jurídico interpretativo fundamental; y (III) una norma de procedimiento. El derecho del interés superior del menor prescribe que se observe "en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño", lo que significa que, en "cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial a que se atenderá", lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también todos los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. Así, **las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas –en esferas relativas a la educación, el cuidado, la salud, el medio ambiente, las condiciones de vida, la protección, el asilo, la inmigración y el acceso a la nacionalidad, entre otras– deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él, al igual que todas las medidas de aplicación, ya que la consideración del interés superior del niño como algo primordial requiere tomar conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses en todas las circunstancias, pero sobre todo cuando las medidas tengan efectos indiscutibles en los niños de que se trate.**

SCJN; 10a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; J.

Y cuando las medidas que afecten a menores sean sometidas al tamiz jurisdiccional, el nivel de escrutinio o análisis de proporcionalidad respecto de aquellas se torna más estricto, pues sus intereses deben protegerse con una mayor intensidad, según se encuentra plasmado en la jurisprudencia plenaria P./J. 7/2016 (10a.):

"INTERÉS SUPERIOR DE LOS MENORES DE EDAD. NECESIDAD DE UN ESCRUTINIO ESTRICTO CUANDO SE AFECTEN SUS INTERESES. El interés superior de los niños, niñas y adolescentes implica que el desarrollo de éstos y el ejercicio pleno de sus derechos deben ser considerados como criterios rectores para la elaboración de normas y la aplicación de éstas en todos los órdenes relativos a su vida. **Así, todas las autoridades deben asegurar y garantizar que en todos los asuntos, decisiones y políticas públicas en las que se les involucre, todos los niños, niñas y adolescentes tengan el disfrute y goce de todos sus derechos humanos, especialmente de aquellos que permiten su óptimo desarrollo, esto es, los que aseguran la satisfacción de sus necesidades básicas como alimentación, vivienda, salud física y emocional, el vivir en familia con lazos afectivos, la educación y el sano esparcimiento,** elementos -todos- esenciales para su desarrollo integral. En ese sentido, el principio del interés superior del menor de edad implica que la protección

de sus derechos debe realizarse por parte de las autoridades a través de medidas reforzadas o agravadas en todos los ámbitos que estén relacionados directa o indirectamente con los niños, niñas y adolescentes, ya que sus intereses deben protegerse siempre con una mayor intensidad. En esa lógica, **cuando los juzgadores tienen que analizar la constitucionalidad de normas, o bien, aplicarlas, y éstas inciden sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes, es necesario realizar un escrutinio más estricto en relación con la necesidad y proporcionalidad de la medida de modo que se permita vislumbrar los grados de afectación a los intereses de los menores y la forma en que deben armonizarse para que dicha medida sea una herramienta útil para garantizar el bienestar integral del menor en todo momento.”**

SCJN; 10a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; J.

Ahora, si bien no consta como una razón de la exclusión en el Plan de Vacunación el tema de la escasez de las vacunas, ello puede deducirse de la renuencia de las autoridades para ampliar la cobertura para los menores bajo el argumento de que implicará quitar la vacuna a personas en situación de vulnerabilidad que la necesitan más.

Al respecto, como quedó asentado ello es falso, en tanto que la etapa de vacunación para la población mayor vulnerable ya concluyó. Actualmente se están aplicando segundas dosis para adultos de 30 a 39 y se encuentra en curso la etapa de vacunación para la población general, mediante la aplicación de las primera y segunda dosis a jóvenes de entre 18 años y 29 años, dependiendo de la entidad federativa y municipio.

Y según se informó, a partir del 1 de octubre, comenzará a suministrarse la vacuna Pfizer-BioNTech a los menores de entre 12 y 17 años con comorbilidades, que si bien es un paso que resultaba urgente, continúa dejando desprotegida a una parte de la población que también es vulnerable por su condición de niñez.

En este sentido, es necesario reafirmar que los menores sin comorbilidades, son vulnerable por razón de edad y por ello, merecen cuidados especiales, tal como lo disponen los artículos 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos y 19 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño y Observación General No. 14.

La vulnerabilidad de los niños, niñas y adolescentes se debe en general, a la situación de desventaja en la que los coloca su falta de desarrollo físico y psíquico, lo que los expone a mayores riesgos. En tal sentido, la vacuna Pfizer-BioNTech, resulta indispensable para mitigar o eliminar los riesgos de contraer la enfermedad de COVID-19 en una variante grave o mortal, peligro al que los niños, niñas y adolescentes, son expuestos al acudir a clases presenciales.

La otra forma de mitigar el riesgo de contraer la enfermedad en su variante grave o mortal es mantener encerrado a mi hijo, lo que a su vez le genera daños colaterales de índole psicológica y como manifiestan los especialistas.

De modo que como padres nos vemos ante la inconcebible disyuntiva de optar por asumir más daños psicológicos para mi hijo al mantenerlo encerrado, o bien, asumir el riesgo de que contraiga la enfermedad de forma grave o mortal, si acude a la escuela de manera presencial sin la protección de la vacuna. En ambos casos, nuestro hijo profundiza su vulnerabilidad y sufre daños irreparables.

Además de ello, es importante referir que la simple negativa de contar con recursos, no constituye una excusa para el Estado de cumplir con su deber de garantizar el derecho a la salud, pues tiene la obligación de disponer del máximo de sus recursos disponibles para garantizarlo.

De acuerdo con el artículo 26 de la Convención Americana¹¹, 1º de su Protocolo Adicional¹² y la Observación General 14 del DESC, los Estados tienen la obligación

¹¹ ARTÍCULO 26. Desarrollo Progresivo Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.

¹² **Artículo 1**

Obligación de Adoptar Medidas

Los Estados partes en el presente Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos se comprometen a adoptar las medidas necesarias tanto de orden interno como mediante la cooperación entre los Estados, especialmente económica y técnica, hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo, a fin de lograr progresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la plena efectividad de los derechos que se reconocen en el presente Protocolo.

de adoptar las medidas concretas dirigidas a la plena realización del derecho a la salud. Entre dichas obligaciones se encuentra la de formular políticas nacionales de salud acompañada de planes detallados para la implementación de las medidas apropiadas, entre ellas campañas de inmunización contra enfermedades infecciosas, en la cual se puede perfectamente comprender el COVID-19.

“II. OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS PARTES

Obligaciones legales de carácter general

30. Si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como **la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna** (párrafo 2 del artículo 2) y **la obligación de adoptar medidas** (párrafo 1 del artículo 2) **en aras de la plena realización del artículo 12**. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud (20).

31. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario, **la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12** (21).

32. Al igual que en el caso de los demás derechos enunciados en el Pacto, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud. Si se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte (22).

33. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a **los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover** (23). La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, **la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.**

Obligaciones legales específicas

34. En particular, **los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas**, incluidos, los presos o 10 detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. Además, las obligaciones de respetar incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas.

(...)

36. La obligación de cumplir requiere, en particular, que **los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales**, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y **adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas**, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas. (...)"

(énfasis añadidos)

En relación con la obligación de progresividad respecto del derecho a la salud, la Corte Interamericana al resolver el *Caso Cuscul Piraval vs. Guatemala* (resolución de fondo 23 de agosto de 2018), en aplicación de las obligaciones establecidas en la OG14 antes citada, sostuvo que si bien la dimensión progresiva de protección de los DESCAs reconoce una gradualidad para su realización, también incluye un sentido de progreso, que **requiere la mejora efectiva de las condiciones de goce y ejercicio de estos derechos**, de forma tal que se corrijan las desigualdades sociales y se facilite la inclusión de grupos vulnerables, *“en esta lógica, la obligación de realización progresiva prohíbe la inactividad del Estado en su tarea de implementar acciones para lograr la protección integral de los derechos, sobre todo en aquellas materias donde la ausencia total de protección estatal coloca a las personas ante la inminencia de sufrir un daño a su vida o su integridad personal.”* (párrafo 146).

Obligación de gradualidad que, como se advierte de las cifras y fechas del propio PNV, han incumplido las autoridades del Estado mexicano respecto de los menores entre 12 y 17 años en tanto que lisa y llanamente se ha negado a incluirlos, sin tomar una sola medida para iniciar la vacunación (aún falta esperar la concreción en los tiempos anunciados hoy para los menores con comorbilidades).

De tal forma, como se señaló, los Estados se encuentran obligados a adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga, para dar debido cumplimiento al derecho a la salud de todas las personas, lo contrario constituye una violación a sus obligaciones como Parte en los instrumentos internacionales a que se ha hecho referencia y, en concreto del Pacto Económico de Derechos Sociales y Culturales, como se advierte de la Observación General No. 14, que se transcribe en la parte conducente:

“III. VIOLACIONES

46. Al aplicar el contenido normativo del artículo 12 (parte I) a las obligaciones de los Estados Partes (parte II), se pone en marcha un proceso dinámico que facilita la identificación de las violaciones del derecho a la salud. En los párrafos que figuran a continuación se ilustran las violaciones del artículo 12.

47. Al determinar qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho a la salud, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 y la **renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones**. Ello se desprende del párrafo 1 del artículo 12, que se refiere al más alto nivel posible de salud, así como del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, en virtud del cual **cada Estado Parte tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga. Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12. Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento por un Estado de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, dicho Estado tendrá que justificar no obstante que se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas supra.** Cabe señalar sin embargo que un Estado Parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 supra, que son inderogables.

(...)

Violaciones de las obligaciones de respetar

50. Las violaciones de las obligaciones de respetar son las acciones, políticas o leyes de los Estados que contravienen las normas establecidas en el artículo 12 del Pacto

y que son susceptibles de producir lesiones corporales, una morbosidad innecesaria y **una mortalidad evitable**. Como ejemplos de ello cabe mencionar la denegación de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos de personas como resultado de la discriminación de iure o de facto; la ocultación o tergiversación deliberadas de la información que reviste importancia fundamental para la protección de la salud o para el tratamiento; la suspensión de la legislación o la promulgación de leyes o adopción de políticas que afectan desfavorablemente al disfrute de cualquiera de los componentes del derecho a la salud; y el hecho de que el Estado no tenga en cuenta sus obligaciones legales con respecto al derecho a la salud al concertar acuerdos bilaterales o multilaterales con otros 15 Estados, organizaciones internacionales u otras entidades, como, por ejemplo, las empresas multinacionales.

Violaciones de las obligaciones de proteger

51. Las violaciones de las obligaciones de proteger dimanar del hecho de que un Estado no adopte todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros. (...)

Violaciones de la obligación de cumplir

52. Las violaciones de las obligaciones de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Cabe citar entre ellas la no adopción o aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a la salud de todos; los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud por los particulares o grupos, en particular las personas vulnerables o marginadas; la no vigilancia del ejercicio del derecho a la salud en el plano nacional, por ejemplo mediante la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia; el hecho de no adoptar medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud; la no adopción de un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género; y el hecho de no reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.”

Como se advierte, el Estado al omitir actualizar la PNV vigente ha incumplido con la obligación de garantizar el derecho a la salud de los menores susceptibles de ser vacunados, ignorando las obligaciones de *respetar*, al ser una política discriminatoria y de *cumplir* ante la no adopción de una política nacional que garantice la salud de todos los menores, cuyo interés debe ser siempre el eje en la toma de decisiones que los afectan.

Sobre la obligación de los Estados de respetar el principio de progresividad respecto del derecho humano a la salud, la Suprema Corte ha establecido que se configura una violación directa a las obligaciones del PIDESC cuando, entre otras cuestiones, el

Estado no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho, como se advierte de la tesis 2ª. CVIII/2014 (10ª):

SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO. El artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé obligaciones de contenido y de resultado; aquéllas, de carácter inmediato, se refieren a que los derechos se ejerciten sin discriminación y a que el Estado adopte dentro de un plazo breve medidas deliberadas, concretas y orientadas a satisfacer las obligaciones convencionales, mientras que las de resultado o mediatas, se relacionan con el principio de progresividad, el cual debe analizarse a la luz de un dispositivo de flexibilidad que refleje las realidades del mundo y las dificultades que implica para cada país asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales. En esa lógica, **teniendo como referente el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental contenido en el artículo 12 del citado Pacto, se impone al Estado Mexicano, por una parte, la obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho a la salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados, hasta el máximo de los recursos de que disponga.** De ahí que se configurará una violación directa a las obligaciones del Pacto cuando, entre otras cuestiones, el Estado Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho indicado.

SCJN; 10ª. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; 2ª.CVIII/2014 (10ª); TA.

En ese mismo sentido, en la jurisprudencia 1ª/J. 87/2017 (10ª)¹³ estableció que ante la vulneración de un derecho, para considerar que el Estado no violó el principio de

¹³ PRINCIPIO DE PROGRESIVIDAD DE LOS DERECHOS HUMANOS. LA PROHIBICIÓN QUE TIENEN LAS AUTORIDADES DEL ESTADO MEXICANO DE ADOPTAR MEDIDAS REGRESIVAS NO ES ABSOLUTA, PUES EXCEPCIONALMENTE ÉSTAS SON ADMISIBLES SI SE JUSTIFICAN PLENAMENTE. El principio referido impone al Estado, entre otras cuestiones, la prohibición de regresividad, la cual no es absoluta y puede haber circunstancias que justifiquen una regresión en cuanto al alcance y tutela de un determinado derecho fundamental. Sin embargo, dichas circunstancias están sujetas a un escrutinio estricto, pues implican la restricción de un derecho humano. En este sentido, corresponde a la autoridad que pretende realizar una medida regresiva (legislativa, administrativa o, incluso, judicial) justificar plenamente esa decisión. En efecto, en virtud de que el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos impone a todas las autoridades del Estado Mexicano la obligación de respetar el principio de progresividad, cuando cualquier autoridad, en el ámbito de su competencia, adopta una medida regresiva en perjuicio de un derecho humano y alega para justificar su actuación, por ejemplo, la falta de recursos, en ella recae la carga de probar fehacientemente esa situación, es decir, no sólo la carencia de recursos, sino que realizó todos los

progresividad, es necesario que las autoridades demuestren: a) la falta de recursos; b) **que se realizaron todos los esfuerzos necesario para obtenerlos sin éxito**; y, c) que se aplicaron el máximo de los recursos o que los recursos de que se disponía se aplicaron a tutelar otro derecho humano (y no cualquier objetivo social) y que la importancia relativa a satisfacerlo era mayor.

De lo expuesto, es claro que el Estado mexicano no puede simplemente justificar con que no tiene vacunas, debe implementar una política de vacunación que incluya a los menores y disponer el máximo de sus recursos para dar pleno cumplimiento.

Hasta ahora se ha hecho énfasis en la salud física, pero no puede pasarse por alto la salud psicológica y emocional de los menores, que también se encuentran protegidas por el derecho a la salud, respecto de las cuales todos los estudios de especialistas, accesibles al momento, coinciden con que esta situación inesperada y de extrema gravedad que genera muertes, les provoca una reacción psicológica de incertidumbre, desánimo, tristeza, ansiedad, así como malestar psíquico y general.

Dichos problemas, en los adolescentes de entre 13 y 18 años no solo están relacionados con el miedo a la enfermedad y a la muerte, *“sino también con el distanciamiento social; la incapacidad para desarrollar las actividades cotidianas y participar en acciones gratificantes durante este periodo pueden ser desafiantes para niños y adolescentes e impactar negativamente en la capacidad para regular con éxito tanto el comportamiento como las emociones.”*¹⁴

esfuerzos posibles para utilizar los recursos a su disposición, en el entendido de que las acciones y omisiones que impliquen regresión en el alcance y la tutela de un derecho humano sólo pueden justificarse si: a) se acredita la falta de recursos; b) se demuestra que se realizaron todos los esfuerzos necesarios para obtenerlos, sin éxito; y, c) se demuestra que se aplicó el máximo de los recursos o que los recursos de que se disponía se aplicaron a tutelar otro derecho humano (y no cualquier objetivo social), y que la importancia relativa de satisfacerlo prioritariamente, era mayor. Esto es, si bien es cierto que las autoridades legislativas y administrativas tienen, en ciertos ámbitos, un holgado margen de actuación para diseñar políticas públicas, determinar su prioridad relativa y asignar recursos, también lo es que dicha libertad se restringe significativamente cuando está en juego la garantía de los diversos derechos humanos reconocidos por nuestro sistema jurídico, ya que éstos, en tanto normas que expresan el reconocimiento de principios de justicia de la máxima importancia moral, tienen prioridad *prima facie* frente a cualquier otro objetivo social o colectivo, pues en una sociedad liberal y democrática, estos últimos tienen solamente valor instrumental y no final, como los derechos humanos.

SCJN; 10ª. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; J.

¹⁴ http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000100123

A las niñas, niños y adolescentes les urge volver a la escuela, pero en un entorno de confianza y seguridad para su salud, su integridad y su vida.

En términos de los argumentos expuestos, es claro que la omisión de actualizar la PNV y la orden de regreso a clase sin considerar la vacunación de todos los menores resulta violatorio del derecho a la salud, no solo no cumple, sino que ignora el interés superior de la niñez, lo que constituye actos inconstitucionales por el incumplimiento de las obligaciones de las autoridades nacionales en materia de salud respecto de los principios de progresividad, de respetar, mediante la implementación de políticas no discriminatorias y de cumplir, ante su omisión de adoptar una política nacional que garantice la salud de todos, incluyendo a ese grupo vulnerable.

TERCERO.- VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA EDUCACIÓN.

En estrecha vinculación con el concepto anterior y como derivación del mismo, la negativa a la vacunación de todos los menores de entre 12 y 17 años, vulnera su derecho a la educación.

El artículo 3º constitucional reconoce el derecho a la educación, siendo obligación del Estado priorizar **“el interés superior de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en el acceso, permanencia y participación en los servicios educativos.”**

“Artículo 3o.- Toda persona tiene derecho a la educación. El Estado -Federación, Estados, Ciudad de México y Municipios- impartirá y garantizará la educación inicial, preescolar, primaria, secundaria, media superior y superior. La educación inicial, preescolar, primaria y secundaria, conforman la educación básica; ésta y la media superior serán obligatorias, la educación superior lo será en términos de la fracción X del presente artículo. La educación inicial es un derecho de la niñez y será responsabilidad del Estado concientizar sobre su importancia.

Corresponde al Estado la rectoría de la educación, la impartida por éste, además de obligatoria, será universal, inclusiva, pública, gratuita y laica.

La educación se basará en el respeto irrestricto de la dignidad de las personas, con un enfoque de derechos humanos y de igualdad sustantiva. Tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la Patria, el respeto a todos los derechos, las libertades, la cultura de paz y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia;

promoverá la honestidad, los valores y la mejora continua del proceso de enseñanza aprendizaje.

El Estado priorizará el interés superior de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en el acceso, permanencia y participación en los servicios educativos.

(...)”

(énfasis añadido)

Por su parte, el artículo 13 del Protocolo Adicional a la Convención y la Convención de los Derechos del Niño en el artículo 28, reconoce el derecho a la educación y el 29.1 a) prevé que deberá estar encaminada a: *“Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades;”*

Una de las preocupaciones sociales sobre las consecuencias de la pandemia, consisten en el tremendo impacto que ha tenido sobre la educación, la Organización de las Naciones Unidas en voz de su Presidente ha alertado al respecto, según puede verse en la página del organismo:

“El Secretario General de las Naciones Unidas teme una catástrofe educativa, mientras que la UNESCO prevé que 24 millones de alumnos podrían abandonar los estudios.

António Guterres, Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas, advierte que **la pandemia ha causado el trastorno más grave en los sistemas educativos mundiales en toda su historia y amenaza con provocar un déficit de aprendizaje que podría afectar a más de una generación de estudiantes**. También es probable que los cierres de las escuelas también acaben con décadas de progresos en este ámbito, según señala un nuevo informe que se basa en los datos de la UNESCO y contiene recomendaciones sobre medidas que podrían evitar el inminente desastre.

El informe se presenta en el marco de la campaña #SalvarNuestroFuturo, una iniciativa coordinada por diez organizaciones, entre las que figura la UNESCO, con miras a sensibilizar acerca de la situación de emergencia que atraviesa la educación en el mundo e instar a que se aumenten las inversiones para construir mejores sistemas educativos, más inclusivos y resilientes, de cara al futuro.”

(énfasis añadido)

Son muchos los retos a que nos enfrentamos como sociedad y a que se enfrentan los Estados para avanzar en la recuperación de los estragos que ha provocado la pandemia, como la recuperación de la economía, el apoyo a las familias que han perdido sus ingresos, pero ello no puede hacerse a costa de descartar a un sector

vulnerable de la población, que por ese solo hecho ameritan protección, pero incluso como sociedad a todos debe interesarnos tener una niñez sana física y emocionalmente, con las herramientas educativas necesarias para enfrentar el futuro.

Es urgente que los niños vuelvan a las aulas sintiéndose seguros y para ello el Estado debe hacer uso del máximo de sus recursos disponibles, para garantizar el derecho a la salud y a la educación. En este momento, no puede ser más importante destinar presupuesto a obras monumentales, sino garantizar los derechos de las personas que se encuentran en territorio mexicano.

Por todo lo antes expuesto, se estima debe ordenarse a las autoridades responsables vacunar al quejoso.

IX. SUSPENSIÓN DE LOS ACTOS RECLAMADOS.

DE PLANO Y DE OFICIO.

Con fundamento en los artículos 128, 129 y 138 de la Ley de Amparo solicitamos la suspensión de los actos reclamados, en virtud de que de persistir tal omisión y consecuente negativa a vacunar a mi mejor hijo, se pone en riesgo su salud y su vida, sin que exista una justificación para la omisión de la autoridad para incluirlo en la Política Nacional de Vacunación.

En el caso, con la suspensión no se sigue perjuicio al interés social en tanto que como se señaló al día de hoy ya se ha vacunado a la población que se ha considerado de mayor riesgo. Aunado a ello, el Estado tiene la obligación de destinar el máximo de sus recursos disponibles para inmunizar a toda la población susceptible de ser vacunada.

Por el contrario, resulta más relevante a la sociedad que una mayor cantidad de personas se vacunen para generar la denominada “inmunidad de rebaño” y que los menores puedan volver a la escuela después de la pérdida terrible en términos académicos y de socialización que representó el año pasado para todos ellos.

Sin que los actos respecto de los cuales se solicita la suspensión se encuentre bajo ninguno de los supuestos enunciados en el artículo 129, por el contrario, su negativa generaría afectación a los derechos (más que intereses) de un menor.

De tal forma que, de un análisis superficial de la demanda y los anexos que acompañamos puede advertirse que existe apariencia del buen derecho respecto de nuestra pretensión, pues las niñas, niños y adolescentes son un grupo vulnerable, cuyo deber de cuidado recae en los padres y en el Estado que está obligado de generar las condiciones que les garanticen el pleno disfrute de sus derechos, entre ellos, el más importante el derecho a la vida, a la salud física y emocional y a su integridad, sin que exista una razón que justifique su exclusión en la vacunación.

En este sentido, al existir solicitud expresa, no seguirse perjuicio al interés social, ni contravenirse disposiciones de orden público o actualizarse ninguno de los supuestos del artículo 129 de la Ley de Amparo, se solicita a su señoría se conceda la suspensión de plano y de oficio para el efecto de que de manera inmediata se aplique a mi menor hijo la vacuna Pfizer-BioNTech que es la que actualmente cuenta con autorización de la COFEPRIS para ese grupo de edad.

IX. ANEXOS.

- 1.- Acta de nacimiento de *****, certificada digitalmente.
- 2.- CURP de *****, descargada de la página oficial de la SEGOB.
- 3.- Comprobante de domicilio*****.

Bajo protesta de decir verdad se manifiesta que los anexos 1 y 2 fueron obtenidos en las páginas oficiales gubernamentales competentes para su expedición.

Por lo anteriormente expuesto y fundado, solicito atentamente a se sirva:

PRIMERO. Admitir la presente demanda reconociendo la calidad con la que me ostento, así como las pruebas documentales anexas.

SEGUNDO. Conceder la suspensión de plano, por los motivos expuestos.

PROTESTO LO NECESARIO
Ciudad de México, a 24 de septiembre de 2021

(firmado electrónicamente)
