

CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO GENERAL SOBRE EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

1.1 EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

La idea de derechos humanos se desarrolló en un escenario de crisis a nivel mundial, durante el periodo entre guerras y con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, se fue delineando un sistema basado en ideales comunes para todas las naciones, en el cual se colocara como punto central, el bienestar del ser humano para no repetir nunca las atrocidades cometidas durante los conflictos bélicos, de ahí que en el contexto de los trabajos tendentes a contar con un instrumento que cristalizara esos ideales se hablara de los derechos humanos como: “las condiciones de vida sin las cuales las personas no pueden dar de sí lo mejor que hay de ellos como miembros activos de la comunidad al verse privados de los medios que les permitan realizarse de manera plena como seres humanos”,²⁰ por lo cual, es preciso señalar que constituyen condiciones mínimas para el desarrollo de las personas, su progreso y ampliación especializada de los contenidos para proteger a los más desfavorecidos, ha sido un paso más para lograr su materialización.

Uno de esos derechos básicos, es el derecho a la salud, que se encuentra reconocido tanto en los instrumentos para la protección de derechos humanos de tipo general como en aquellos desarrollados sobre temas específicos.²¹

Es preciso señalar el contexto en el cual se reconoce dicho derecho, pues la negativa en el goce de otros derechos impacta directamente en el disfrute de todos ellos, siendo necesario hacer énfasis en lo que se denomina la lectura integral de los derechos humanos,²² pues su realización sólo es posible en el marco de un estado democrático, caracterizado justamente por el respeto de los derechos de todos sin distinción, en el cual el imperio de la ley garantice de manera directa y sin limitación para todas las personas, los derechos que han sido consolidados, a través de la historia de la humanidad.

Los instrumentos generales para la protección de los derechos humanos, reconocen el derecho a la salud sujeto a las condiciones sociales que le hagan posible, se habla así, más que del derecho a la salud del derecho de acceso a la salud.

²⁰ Mauricio Figueroa, Luis, *Derecho Internacional*, ed. Jus. México, 1991, pp. 367 y 368.

²¹ En los instrumentos de orden general se le reconoce como un derecho básico para todas las personas mientras que en los instrumentos especializados se reafirma este derecho para la protección de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad reconocida así por dichos instrumentos.

²² ONU, *El Sistema de Tratados de las Naciones Unidas*. Nueva York y Ginebra, Naciones Unidas, 2012, p. 20.

Tanto la Declaración Universal²³ como la Americana²⁴ reconocen ese derecho a partir de los escenarios o contextos sociales que permiten su materialización, mientras que en los instrumentos que dan desarrollo a éstas, se precisan las medidas que los estados deben tomar para hacer efectivo tal derecho, incluidas acciones concretas para grupos socialmente desfavorecidos.²⁵

El derecho a la salud es un derecho humano, vinculado con los derechos económicos, sociales y culturales, de acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), por sus siglas en inglés, existen factores elementales de la salud, que son partes integrantes de este derecho, entre ellos: la alimentación adecuada, la vivienda digna, las condiciones saludables en los centros de trabajo y el medio ambiente, el acceso asequible al agua potable en condiciones sanitarias adecuadas, el acceso a la información sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como, la participación incluyente de la población en la toma de decisiones en cuestiones de salud en ámbitos comunitarios, nacional e internacional.²⁶

En México, desde el texto original de la Constitución de 1917, se reconoce el derecho a la protección de la salud, justamente reconociendo ese carácter social, su regulación fue puesta en manos del Congreso de la Unión, a través del enunciado contenido en la fracción XVI del

²³ La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) señala que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad, asimismo protege de forma especial, sin distinción alguna, a la maternidad y la infancia, artículo 25.

²⁴ La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) señala que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad, artículo XI.

²⁵ El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) (1966) señala que los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, para lo cual señala una serie de medidas que es deber de los Estados adoptar, como son: la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; así como, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad, artículo 12. Por su parte, el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” (1969), reconoce el derecho a la salud de toda persona, refiriendo que se entiende por salud “el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. Con tal propósito los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables, artículo 10.

²⁶ Cfr. Organización de las Naciones Unidas, *Observaciones Generales adoptadas por el Comité DESC, Observación General Núm. 14, El derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud (artículo 12)*. Nueva York, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, párr. 11.

artículo 73 y para 198327, se establece como un derecho sustantivo en el Capítulo I, entonces denominado, “De las garantías individuales”.

Al facultarse al Congreso a legislar en materia de salubridad, el andamiaje normativo dispone un régimen de coordinación entre autoridades de los distintos niveles de gobierno, federal, estatal y municipal, el cual se despliega a partir de la ley marco en la materia, esto es la Ley General de Salud,²⁸ reglamentaria del artículo 4o., en ella se establecen las directrices esenciales para la protección de este derecho y sirven de guía a las legislaturas de los Estados en quienes, a través de convenios de coordinación, descansa la operación de los servicios de salubridad general, la atención médica y la asistencia social, la salud reproductiva y la planificación familiar, la promoción de la salud, la atención preventiva, el control sanitario de la disposición de sangre humana y la vigilancia epidemiológica.

El mencionado marco legal da paso a un desarrollo normativo importante, que incluye una gran cantidad de disposiciones de diverso tipo, como son leyes, reglamentos, acuerdos, convenios, manuales, lineamientos, resoluciones, normas oficiales, circulares, entre otros. Ese gran cúmulo de regulaciones y su constante dinamismo, es uno de los más grandes desafíos en el cumplimiento de una normativa en la cual se diluyen los objetivos de la protección de derechos. Desde ahora es preciso mencionar la necesidad de contar con acciones integrales que visibilicen los contenidos sustantivos que están detrás de las normas, a través de buenas prácticas, ante la inadecuada interpretación por parte de la autoridad más inmediata en la actuación, lo cual como se observa en los instrumentos de posicionamiento de la CNDH y a lo largo de este trabajo, origina la restricción, limitación o anulación de derechos humanos.

En ese sentido, es preciso referir en el marco de la protección del derecho a la salud en México, que el estado mexicano realizó en junio de 2011 dos importantes reformas constitucionales, que transforman la protección jurisdiccional y no jurisdiccional de los derechos humanos.²⁹

Con esas reformas se incorporan al texto constitucional una serie de mecanismos para dotar a autoridades y a toda persona de un marco propicio, para la defensa y protección de los derechos humanos, entre ellos están los siguientes: la jerarquía de los tratados de derechos humanos, la cláusula abierta para reconocer derechos de fuente internacional, la interpretación conforme el principio pro persona, las obligaciones en materia de derechos humanos, los principios aplicables y el control de convencionalidad.

En relación a las obligaciones que se hacen explícitas con esa reforma, de manera concreta, el párrafo tercero del artículo 1 de la Constitución establece el mandato constitucional para todas

²⁷ *Diario Oficial de la Federación* de 3 de febrero de 1983.

²⁸ *Diario Oficial de la Federación* de 7 de febrero de 1984.

²⁹ Estas son las reformas en materia de amparo y en materia de derechos humanos. *Diario Oficial de la Federación* de 6 y 10 de junio de 2011.

las autoridades en el ámbito de sus competencias de promover, respetar, proteger y garantizar³⁰ esos derechos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, de tal forma, las autoridades de los distintos niveles de gobierno en materia de salud tienen que salvaguardar el derecho sustantivo que les da origen en términos constitucionales y en consecuencia, prevenir, investigar, sancionar y reparar su violación.

Las obligaciones señaladas, implican la imperiosa necesidad de contar con las condiciones sociales suficientes para la realización de derechos, en el caso, el derecho a la salud de la población, esto es, atender a las condiciones de posibilidad sin las cuales no es posible acceder al derecho de manera concreta.³¹

Por lo cual, en esa tarea las autoridades deben actuar con debida diligencia, tomando en consideración los diversos aspectos que se han evidenciado, fundamentalmente en los sistemas de protección, como son los siguientes: la no discriminación e igualdad en el trato, la perspectiva de género, una amplia estrategia nacional para la promoción y defensa del derecho a la salud

³⁰ Estas obligaciones no son del todo precisas y claras, sino que, por el contrario, están interrelacionadas y se superponen entre sí, por ello, más que considerarse como obligaciones independientes, se pueden referir como niveles, capas o, incluso, especies de obligacionales, por lo cual, es preciso realizar un “desempaquetado” (unpacking) de ellas, de manera general se puede considerar un umbral de implicaciones de cada una, la obligación de promover, con un carácter netamente progresivo, está encaminada a lograr cambios en la conciencia pública, en la percepción o en el entendimiento de las problemáticas de derechos humanos, su objetivo es proveer a las personas toda la información necesaria para asegurar que sean capaces de disfrutar el derecho, esta obligación implica que las personas conozcan sus derechos y los mecanismos de defensa, pero también el deber de garantizar que sepan cómo ejercer mejor esos derechos, es mucho más que un deber promocional, se trata del empoderamiento de los ciudadanos desde y para los derechos, por ello requiere una perspectiva que considere a las personas como titulares de derechos y no como beneficiarios de programas sociales; la obligación de respetar es la obligación más inmediata y básica de los derechos humanos, implica que el Estado debe abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos, o de limitarlos, se trata de no interferir o poner en peligro los derechos, es una obligación tendiente a mantener el goce del derecho, y su cumplimiento es inmediatamente exigible, cualquiera que sea la naturaleza del derecho; la obligación de proteger exige que los Estados impidan los abusos de los derechos humanos contra individuos y grupos, está dirigida a los agentes estatales en el marco de sus respectivas funciones para crear el marco jurídico y la maquinaria institucional necesaria tanto para prevenir las violaciones a derechos humanos para hacerlos exigibles; la obligación de garantizar tiene por objeto realizar el derecho y asegurar para todos la habilidad de disfrutar de los derechos, requiere la remoción de todas las restricciones a los derechos, así como la provisión de los recursos o la facilitación de las actividades que aseguren que todos sean sustantivamente iguales en cuanto a su habilidad para participar como ciudadanos plenos en una sociedad, esta obligación está encaminada a mantener el disfrute del derecho así como a mejorarlo y restituirlo en caso de violación, exige sobre todo, la conducta positiva del Estado para asegurar la realización del derecho, implica una perspectiva global sobre los derechos humanos. V. Serrano, Sandra, “Obligaciones del Estado frente a los derechos humanos y sus principios rectores: una relación para la interpretación y aplicación de los derechos”, en Ferrer Mac-Gregor Poisot, Eduardo *et al.* (coords.), *Derechos humanos en la Constitución: comentarios en jurisprudencia constitucional e interamericana*, tomo I. México, SCJN/UNAM/Konrad Adenauer Stiftung, 2013, p. 103 y ss. Serrano, Sandra y Vázquez, Daniel, *Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos*. México, FLACSO, 2013. p. 51.

³¹ Las condiciones de posibilidad tienen que ver con la identificación de los escenarios macro estructurales que sientan las bases legislativas, normativas, discursivas y materiales en los cuales se da el reconocimiento y ejercicio de los derechos, así como con la identificación y reconocimiento de la capacidad de agencia de los actores sociales desde su subjetividad con la apropiación y la autorización de sí para tener derechos y ejercerlos. Fraser, Nancy y Honnet, Alex, *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político filosófico*. Madrid, Ediciones Morata, 2009.

de la mujer a lo largo de su vida, la adopción de medidas para disminuir la mortalidad en general, la mortalidad infantil y promoción del desarrollo sano en los niños; la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades de las personas mayores, personas con discapacidades, así como la atención adecuada para los pueblos indígenas.

La vocación del Estado mexicano de protección de los derechos humanos se observa a través de la eficiente participación en los sistemas de protección transnacionales, lo cual, le compromete al cumplimiento de cada una de las obligaciones generales mencionadas en el tema de salud.

La promoción del derecho a la salud, es de suma importancia de los programas de prevención en el cuidado de su salud, ya que, en ellos, las personas se han caracterizadas como titulares de derechos y no como beneficiarios de programas sociales. La promoción debe encaminarse a lograr cambios en la conciencia pública, en la percepción o en el entendimiento de la problemática de salud, su objetivo es proveer a las personas toda la información necesaria para asegurar el disfrute de tal derecho, incluido el conocimiento de los mecanismos de defensa y su actuación.

Siendo la obligación más inmediata, el respeto al derecho a la salud implica que el Estado debe interferir en el disfrute del mismo, por lo tanto, es una obligación mantener el goce del derecho, y su cumplimiento es inmediatamente exigible; el respeto implica la creación de las condiciones que permitan garantizarlo de manera efectiva, por lo cual el estado no debe negar o limitar el acceso a las personas, esto incluye el acceso a servicios de salud para personas privadas de la libertad, personas en detención, personas en contexto de movilidad, mujeres, niñas, niños y adolescentes, así como personas mayores. Esa obligación de respeto también se traduce en que no se puede prohibir o impedir los cuidados preventivos, prácticas curativas y medicinas tradicionales o aplicar tratamientos médicos invasivos.³²

La obligación de proteger el derecho a la salud exige que los estados impidan los abusos de los derechos humanos contra individuos y grupos, ésta tiene que ver con el deber, para adoptar leyes y políticas nacionales de salud, acompañado de un plan específico para su ejecución y seguimiento o medidas que garanticen el acceso a la atención a la salud y servicios relacionados con la salud cuando incluso sean proporcionados por terceros y que esto no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud.

La obligación de garantizar tiene por objeto asegurar para todas y todos la habilidad de disfrutar del derecho a la salud, de tal forma, requiere la remoción de todas las restricciones a los derechos, así como la provisión de los recursos o la facilitación de las actividades que aseguren que sean sustantivamente iguales, en cuanto a su habilidad para participar como ciudadanos plenos en una sociedad, esta obligación está encaminada a mantener el disfrute del derecho a

³² López Cervantes, Malaquias, “Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos”. México, UNAM, 2015, pp. 29 y ss.

la salud y su mejora o restitución en caso de violación, exige del estado la conducta positiva para asegurar la realización del derecho a la salud.

En este contexto, la estructura del Sistema de Salud cobra importancia fundamental, su creación data de 1943, año de origen de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA),³³ encargada de dar asistencia a personas sin seguridad social; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),³⁴ que daría atención al sector obrero del país y el Hospital Infantil de México,³⁵ considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud.³⁶ Bajo este esquema se siguieron creando instituciones para dar respuesta a las necesidades de la población en la materia.

A lo largo del tiempo esta estructura pasó por diversas transformaciones, de un esquema centralizado se transitó a la descentralización, durante los gobiernos de Luis Echeverría (1970-1976) y de José López Portillo (1976-1982), se observan los primeros intentos por desconcentrar y descentralizar la administración pública con el propósito de revertir el proceso centralizador de las funciones administrativas, a través de convenios únicos de coordinación que se implementarían también en el sector salud, para el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988) el proceso de descentralización se intensificó y durante este periodo, en el año de 1984, se promulgaría una nueva norma en materia de salud,³⁷ la Ley General de Salud que daría orden a estos organismos.³⁸

El título segundo de la Ley se destina al Sistema Nacional de Salud, el artículo 5 lo define de la siguiente manera:

“El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”.

³³ *Diario Oficial de la Federación* de 15 de octubre de 1943.

³⁴ *Diario Oficial de la Federación* de 19 de enero de 1943.

³⁵ El esfuerzo de tiempo atrás por contar con un organismo que diera atención médica se consolidó el 30 de abril de 1943 con la inauguración del Hospital Infantil de México, a casi dos meses el Congreso de la Unión publicó un decreto en el cual se le otorgó al hospital la calidad de organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio. *DOF* de 23 de Junio de 1943.

³⁶ López García, Erika Guadalupe, “La descentralización de los servicios de salud”. *ARS IURIS*, núm. 47, enero-junio, 2012, p. 182 y ss.

³⁷ Esta Ley abrogaría al Código Sanitario de 1970, con anterioridad el país contaría con diversos de esos instrumentos: Código Sanitario de 1902, Código Sanitario de 1926, Código Sanitario de 1934, Código Sanitario de 1949, Código Sanitario de 1955.

³⁸ *Ibid.*, p. 185 y ss.

Durante el gobierno de Miguel de la Madrid, el 7 de agosto de 1984, fue aprobado el Programa Nacional de Salud,³⁹ en el cual se articularon las estrategias básicas de descentralización.

En el gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988- 1994), la estrategia de descentralización se mantuvo como parte del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, y el Programa Nacional de Salud 1990-1994, pero la política clave en materia social fue el Programa Nacional de Solidaridad que, pese a que consideraba al programa sectorial en materia de salud, no tuvo mayor impacto ante la falta de certeza en la aplicación de recursos y las responsabilidades que conllevaba asumir la labor de salubridad general por parte de las entidades federativas.⁴¹

Para el sexenio de Ernesto Zedillo (1994-2000), el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 definiría las bases para instrumentar un Sistema de Salud que funcionara de manera horizontal, buscando ofrecer un servicio coordinado para poder llevar a cabo la descentralización de los servicios de salud para beneficiar a la población en general. En este contexto se convino la realización de un Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud⁴³ con los compromisos que en materia de salud se determinaron en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000,⁴⁴ como instrumento mediante el cual, el Gobierno de la República, se propuso alcanzar los principales objetivos que en materia de salud, se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, como la ampliación de la cobertura de la seguridad social, para evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención; incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a esta población y otorgar servicios esenciales de salud a la población no cubierta, para tales efectos se establecieron cuatro estrategias: 1. La descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud para la población no asegurada, 2. La configuración de sistemas estatales, 3. La ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de servicios, y 4. El mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales mediante una mejor coordinación sectorial. Es en este sexenio, con la reforma a la Ley de Coordinación Fiscal que se abordó el problema de distribución de recursos mediante, con la instauración de cinco fondos de aportaciones federales ubicados en el Ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), no obstante, la asignación de recursos continuó siendo limitada.

El sexenio de Vicente Fox Quezada (2000-2006) está caracterizado por la democratización de los servicios de salud, de acuerdo con el Programa Nacional de Salud 2001-2006⁴⁵ el objetivo era “culminar la descentralización de la Secretaría de Salud” y “municipalizar los servicios de la salud”, lo cual no llegó a concretarse, no obstante, la principal política pública en salud impulsada

³⁹ *Diario Oficial de la Federación* de 23 de agosto de 1984.

⁴⁰ *Diario Oficial de la Federación* de 11 de enero de 1991.

⁴¹ López García, Erika Guadalupe, “La descentralización de los servicios de salud”, *op. cit.*, p. 188.

⁴² *Diario Oficial de la Federación* de 31 de mayo de 1995.

⁴³ *Diario Oficial de la Federación* de 25 de septiembre de 1996.

⁴⁴ *Diario Oficial de la Federación* de 11 de marzo de 1996.

⁴⁵ *DOF* de 21 de septiembre de 2001.

durante su administración fue la puesta en marcha del Sistema de Protección en Salud⁴⁶ (también conocido como Seguro Popular), que se sustentó en un esquema de financiamiento para evitar el empobrecimiento de las familias, por lo tanto se alejó de las reformas habituales al sector salud, la creación de este Sistema significó el reconocimiento de la desigualdad persistente entre los servicios para las personas con seguridad social y aquellos que atienden a la población no asegurada.⁴⁷ De acuerdo con el diagnóstico previo a la reforma de 2003 en que se incorporó ese Sistema, se identificaron cinco desequilibrios con implicaciones importantes desde la perspectiva de equidad en el financiamiento de la salud: 1) bajo nivel de inversión; 2) alto predominio del gasto de bolsillo; 3) distribución no equitativa de recursos entre instituciones y áreas geográficas; 4) falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno; y 5) el creciente destino del gasto público hacia la nómina.⁴⁸ La creación del Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL), pretendió que las políticas gubernamentales fuesen más transparentes y efectivas.

A través de la reforma se incorpora un título tercero bis denominado “De la Protección Social en Salud”, de acuerdo con el artículo 77 bis 1:

“Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención”.

Entre las innovaciones más significativas del Seguro Popular está la de transformar la lógica del financiamiento público: en lugar de asignar los recursos en función de la infraestructura médico-hospitalaria existente en cada entidad, tal y como había venido ocurriendo históricamente, los recursos se distribuyen en función del número de afiliados. Los servicios en cada entidad se

⁴⁶ *DOF* 15 de mayo de 2003.

⁴⁷ Flamand, Laura y Moreno-Jaimes, Carlos, “La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Avances y rezagos en el diseño y la implementación del seguro popular (2006-2012)”, en *Foro Internacional*, núm. 219, vol. LV, 2015 p. 218; Uribe Gómez, Mónica y Abrantes Pego, Raquel, “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?”, en *Perfiles latinoamericanos*, núm. 42, julio-diciembre de 2013, p. 144.

⁴⁸ Secretaría de Salud, *Sistema de Protección Social en Salud elementos conceptuales financieros y operativos*. México, Secretaría de Salud, 2005, p. 19 y ss.

financian con recursos de tres fuentes: la cuota social (cs), la aportación solidaria (as), que se divide en aportación solidaria estatal (ase) y aportación solidaria federal (asf), y las cuotas individuales que los asegurados pagan de manera anticipada.⁴⁹

Este programa se mantuvo en los años subsecuentes, añadiendo nuevos componentes como el seguro médico para los niños nacidos a partir de 2006 y la estrategia “Embarazo Saludable”, generando mayor segmentación e inequidad.⁵⁰

Como se observa el Sistema de Salud es mixto y fragmentado, se integra por dos grandes sectores, el público y el privado.

En el sector público se encuentran las entidades que forman parte del rubro de seguridad social, así como aquellas que atienden a personas sin seguridad social, en el primer rubro se encuentran instituciones como las siguientes: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), entre otros, en las instituciones que atienden a las personas sin seguridad social se encuentran las siguientes: Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular (SP).

El sector privado está conformado por compañías aseguradoras y prestadores de servicios que trabajan en farmacias, consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.⁵¹

Ese conjunto de instituciones ofrecen distintos niveles de atención con resultados diferentes, dificultando la continuidad de la atención y resultando ineficiente, debido a los múltiples requerimientos para mantenerse dentro del sistema al transitar de un subsistema al otro, diseño institucional que es inadecuada para los usuarios así como para los contribuyentes.⁵²

⁴⁹ Ley General de Salud, artículos 77 bis 11 a 77 bis 28.

⁵⁰ Uribe Gómez, Mónica y Abrantes Pego, Raquel, “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?”, *cit.*, p. 149. Cabe señalar, en este sentido, el debate que actualmente ha posibilitado el cambio de gobierno (2018-2024) para discutir abiertamente el financiamiento del Sistema Único de Salud en México. V. González-Pier, Eduardo y Barraza-Lloréns, Mariana, “Financiamiento del Sistema Único de Salud. Reflexiones y propuestas para la planeación del Sistema Nacional de Salud”, *El Economista*, Ciudad de México, 28 de febrero de 2019.

⁵¹ Gómez Dantes, Octavio, Beccerril, Víctor M., y Arreola, Héctor, “Sistema de salud de México”, *Salud Pública de México*, vol. 53, suplemento 2 de 2011, p. 221.

⁵² Juan, Mercedes *et al.*, “Universalidad de los servicios de salud en México”, *Salud pública Méx*, Cuernavaca, vol. 55, n. spe, p. 1-64, 2013.

La fragmentación de ese Sistema tiene diversas manifestaciones en los distintos niveles que comprende. En cuanto al desempeño general del método, éste se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial en los hospitales. En relación a la experiencia de las personas que utilizan el procedimiento, se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los mismos con las necesidades de los usuarios. Esta fragmentación tanto jurídica como institucional genera una serie de inequidades, ineficiencias y rezagos en el acceso a los medios de salud.⁵³

Después de diez años de la introducción del sistema de seguro universal de salud financiado públicamente, el Sistema de Salud de México, se encuentra en una coyuntura crítica, pues si bien, se observa que la inversión pública de México en su sistema de salud, aumentó 2.4 por ciento a 3.2 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) entre 2003 y 2013, no logró traducirse en una mejor salud ni en un mejor desempeño del sistema como se hubiera deseado.⁵⁴

En relación a la problemática de salud, la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN)⁵⁵ en 2016, evidencia al tema de la obesidad como un gran desafío para la salud pública en México. De acuerdo con la Encuesta el 72.5 por ciento de personas adultas de 20 años de edad, 36.3 por ciento de adolescentes de 12 a 19 años, y la tercera parte de niños y niñas de 5 a 11 años en México presentan sobrepeso y obesidad, el cual es un factor determinante para desarrollar diabetes. El índice de obesidad subió casi dos por ciento entre el grupo de los 12 a 19 años de edad, pues pasó de los 34.9 puntos porcentuales en 2012 a 36.3 por ciento en 2016, mientras que en los adultos de más de 20 años creció de 71.2 a 72.5 por ciento. En tanto, entre la población infantil hubo alza de 4.8 por ciento pese a la estrategia nacional contra la obesidad.

En la evaluación del contexto del hogar de manera general, se observa que cuatro años después de la ENSANUT 2012 hay un ligero aumento en la asistencia escolar a nivel primaria y secundaria, así como mayor número de personas bilingües que hablan una lengua indígena y español, de igual forma, se observó mejoría en las condiciones de la vivienda, reflejadas en el caso del acceso al agua entubada dentro de la vivienda, no obstante, a pesar de estos resultados, se precisa de acciones que universalicen el derecho a la protección de la salud, a la educación y el acceso a los servicios de agua potable, drenaje y vivienda.

⁵³ Juan, Mercedes “Hacia un Sistema Nacional de Salud Universal”, en *Cirugía y Cirujanos*. Volumen 82, Núm. 1, enero-febrero, 2014.

⁵⁴ OCDE, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*. OCDE, 2016, p. 10.

⁵⁵ Las Encuestas se han efectuado en 1988, 1999, 2006 2012 y 2016, como en encuesta de medio camino (MC). La ENSANUT se sustenta en una serie de preguntas sobre el estado de salud y nutrición, como consumo de alimentos y bebidas, comprensión del etiquetado de alimentos, enfermedades de larga duración, actividad física, vacunación, servicios de salud y programas sociales de ayuda alimentaria a los que se tiene acceso, entre otra, además, se recaba información sobre las características de las viviendas y de los bienes en el hogar para generar un indicador socioeconómico que sea comparable con otros hogares en todo el país.

En las enfermedades crónicas en adultos, se observa que a pesar de que hay un incremento en la proporción de adultos diabéticos a los que se les realizaron determinación de hemoglobina glicosilada y se les revisaron los pies en el año previo, con respecto a la ENSANUT 2012 (9.6 por ciento y 14.6 por ciento, respectivamente), los resultados de esta encuesta de medio camino muestran que la vigilancia médica de dificultades especificadas en la NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, están aún lejos de alcanzarse. La complicación más frecuente entre las personas con diabetes fue la visión disminuida (54.46 por ciento), seguida de ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies (41.17 por ciento). El 46.4 por ciento de los diabéticos no realiza medidas preventivas para evitar o retrasar alguna complicación por la enfermedad.

La población de adultos mexicanos con hipertensión arterial es del 25.5 por ciento, de los cuales, un poco más de la mitad conocía su diagnóstico al momento de realizar la encuesta. De las personas adultas con diagnóstico médico previo de hipertensión, casi la mitad de ellos tenía valores de tensión arterial arriba de los considerados en control. En la comparación de la prevalencia ajustada de hipertensión arterial en el año 2012, con la prevalencia en el 2016 no se observa cambios estadísticamente significativos, sin embargo, debido a que se reportaron 17.3 millones de adultos mexicanos con hipertensión, se considera necesario mejorar las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

En relación con la calidad de la atención proporcionada, en el análisis de la atención a personas adultas (20 años y más) con diagnóstico previo de diabetes, hipertensión y/o dislipidemia, se muestra que para el 2016 el 74 por ciento de la población que presenta enfermedades crónicas acude a servicios curativos y ambulatorios para recibir atención a estos padecimientos crónicos. El tiempo de espera para recibir consulta en 2016 es de una media de 30 minutos y un promedio de 71 minutos, lo cual refleja un incremento en relación al 2012. En el nivel de surtimiento de medicamentos se observa que es ligeramente superior. En relación con la atención prestada por los servicios de salud de carácter privado, la percepción de los usuarios favorece a éstos, mayores porcentajes de usuarios consideran también que la utilización de los servicios privados, se traduce en mejoras en el estado de la salud en mayor porcentaje en comparación con los servicios públicos, lo que es consistente con la información de la ENSANUT 2012.

La evaluación del estado de nutrición de la población se realizó a través del análisis del peso y la estatura para cada grupo de edad, al observar las prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad disponibles en México desde 1988, se observa para todas las edades una disminución en las tasas de incremento entre 2012 y 2016. En el caso de los niños y niñas en edad escolar, la tendencia parece haberse aplanado a partir de 2006, en adolescentes se muestra un ligero incremento después del 2006, menor que en los períodos previos, pero que no alcanza significancia estadística entre 2012 y 2016, en adultos no se registró un aumento estadísticamente significativo entre 2012 y 2016. Preocupa, sin embargo, el aumento en prevalencias observado en mujeres y en zonas rurales. Pese a lo anterior, se señala que las prevalencias en México son muy elevadas y que la severidad de la obesidad ha aumentado, particularmente en Mujeres.

La prevalencia de inactividad física en personas adultas y adolescentes no mostró cambios significativos de 2012 a 2016. La prevalencia de 2 horas o menos al día frente a pantalla disminuyó 5.6 puntos porcentuales en niños y 5.7 puntos porcentuales en adolescentes de 2006 a 2016. Los resultados indican que más del 80 por ciento de los niños entre 10-14 años no cumple con las recomendaciones de actividad física. En el caso de los adultos se manifiesta que la evidencia sigue siendo inconsistente hasta la fecha.

En relación con la dieta se recomienda fortalecer las estrategias para la reducción de la fracción de la población que consume bebidas endulzadas (lácteas y no lácteas) así como, alimentos de alta densidad de energía y bajo aporte de nutrimentos como las botanas, dulces, postres y comida rápida.⁵⁶

Además de estas problemáticas abordadas por la ENSANUT, se reportan diversas cuestiones que constituyen retos de salud para el Estado mexicano, de acuerdo con el Grupo de Información en Reproducción Asistida (GIRE), en México existen una serie de fallas estructurales que anulan las condiciones que aseguren los derechos de salud sexual y reproductiva para las mujeres: “hay elevados números de niñas y adolescentes embarazadas, afectadas por un contexto grave de violencia sexual que el estado sigue fallando en remediar; obstáculos de acceso a servicios como anticoncepción de emergencia y aborto por violación; criminalización de las mujeres que abortan; violencia obstétrica cotidiana durante el embarazo, parto y posparto y mujeres que mueren en el parto por causas prevenibles, dejando familias atrás”. Esta situación se agrava ante la fragmentación con que opera el Sistema de Salud pues, la población que desarrolla sus actividades en el sector informal de la economía, se encuentra limitada a acceder a la seguridad social y, por tanto, a ciertas prestaciones, como licencias de maternidad y estancias infantiles. Como se sabe, las mujeres, que siguen asumiendo un papel principal en las labores del hogar y de cuidados, en tal sentido cargan con esta falta de acceso a servicios, que afecta de manera particular a quienes, de por sí, viven condiciones múltiples de discriminación, como las niñas y adolescentes, las mujeres indígenas y las personas que viven con una discapacidad.⁵⁷

En este contexto, el embarazo adolescente representa un grave problema de salud pública, México es el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) con la tasa más alta de embarazo en adolescentes, las adolescentes tienen dos veces más probabilidades de morir por complicaciones en el embarazo o el parto que las mujeres adultas, además, como consecuencia de esta situación las oportunidades de vida se ve seriamente afectada para las adolescentes.⁵⁸

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos años;⁵⁹ ante este escenario la provisión de

⁵⁶ Cfr. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados*. Instituto Nacional de Salud Pública.

⁵⁷ GIRE, *La pieza faltante. Justicia reproductiva*. México, GIRE, 2018, p. 9.

⁵⁸ OCDE, *¿Cómo va la vida? 2017. Medición del bienestar*. París, OECD Publishing, 2017.

⁵⁹ OMS, *Invertir en salud mental*. OMS, Suiza, 2004.

servicios de salud mental en México, también son tema de preocupación. Para el año 2011 se reportaban 46 hospitales psiquiátricos, de los cuales 33 eran administrados por el gobierno y 13 por entidades privadas, a éstos se sumaban 544 establecimientos ambulatorios, la mayoría de ellos Centros de Atención Primaria en Adicciones, el presupuesto asignado a la atención de salud mental representa únicamente el dos por ciento del presupuesto de salud nacional, del cual el 80 por ciento se destina a la atención que proporcionan los hospitales psiquiátricos, cabe mencionar a este respecto que la OMS ha señalado que la proporción del presupuesto general destinada a salud mental, debería estar comprendida entre el 5 y el 15 por ciento, y se debería invertir en servicios y apoyos que garanticen una atención a la salud mental integral, participativa, preventiva, continua y en la que se reconozca el derecho de las personas con discapacidad a vivir en comunidad y se erradique el uso de la norma penal y las sanciones que se imponen a personas que tienen una mayor posibilidad de ingresar a este sistema ante la falta de una atención adecuada a su problemática de salud.⁶⁰

Se suma a este escenario la transición demográfica, que conlleva más desafíos para el sistema de salud. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) el conocimiento de los cambios en la esperanza de vida, la estructura demográfica de la mortalidad, el potencial que ofrece el bono demográfico, el envejecimiento, los niveles y el calendario de la fecundidad, son insumos para afrontar los diversos retos que en este campo se imponen a la sociedad y el Estado mexicano. Algunos de estos retos, al igual que en el ámbito de la salud reproductiva y la migración internacional, si bien no son completamente nuevos sí tienen aristas imprevistas.⁶¹

En el panorama descrito, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos recibe una gran cantidad de quejas en las que se señalan a diversas autoridades responsables de violar el derecho a la salud, durante el periodo de enero de 2000 a enero de 2009, se registraron 11,854 quejas recibidas por lo cual la violación a este derecho es de especial preocupación para este organismo.

Para dar cuenta de la importancia de la cultura de respeto a los derechos humanos, este documento se centra en el estudio y seguimiento de las Recomendación General 15/2009. Sobre el derecho a la protección de la salud; Recomendación General 29/2017. Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud; Recomendación General 31/2017. Sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud; así como el Informe Especial sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República Mexicana de 2013 y el estudio El derecho a la protección a la salud de las mujeres indígenas, elaborado por la CNDH y CIESAS de 2017.

⁶⁰ *Ibid.* Véase también López Cervantes, Malaquias, *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos*, op. cit., p. 74 y ss.; Sheinbaum, Diana y Vera Sara, *Hacia un sistema de justicia incluyente. Proceso penal y discapacidad psicosocial*. México, Documenta, A. C., 2016, p. 24 y ss.

⁶¹ Hernández López, María Felipa, López Vega, Rafael y I. Velarde Villalobos, Sergio, *La situación demográfica en México 2015*. México, 2015.

1.2 DIAGNÓSTICO Y ACTUALIDAD DE LAS TEMÁTICAS DE LOS INSTRUMENTOS DE POSICIONAMIENTO ANALIZADOS

1.2.1 Recomendación general 15/2009, sobre el derecho a la protección de la salud

Introducción

La reiterada violación de derechos humanos en el tema de protección a la salud, motivó a la CNDH a emitir la recomendación general 15/2009, sobre el derecho a la protección de la salud que se publicó en el mes de abril de 2009, cuyo propósito fundamental, es incidir en el cumplimiento de las obligaciones básicas en el ámbito de la prestación de los servicios de salud en materia administrativa, como la observancia del marco jurídico interno e internacional en materia de salud, al igual que de las normas oficiales mexicanas relacionadas con la calidad de los servicios médicos y del mismo modo influir en la política pública destinada a la protección de la salud.

En la elaboración de dicha Recomendación General, fue a partir del análisis de 11,854 quejas recibidas, durante el periodo de enero de 2000 a enero de 2009, en las que se concluyó que existe una prestación indebida del servicio de salud, relativo a problemas graves que enfrentan las instituciones encargadas de prestar la asistencia,⁶² que han sido una constante a lo largo de varios años, como, la falta de profesionales de la medicina necesarios para cubrir la demanda; la carencia de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes que les permita brindar tratamientos adecuados a las enfermedades, insuficiente supervisión de residentes o pasantes por el personal de salud y otorgamiento de los insumos para su trabajo al personal responsable de prestar dichos servicios. Si bien, se hace referencia al personal médico en formación, existe también una estructura escalonada del mismo cuya labor proyecta ineficiencia administrativa y de servicio a la sociedad aunado a la persistencia de barreras financieras en el acceso a los servicios, como lo es el gasto de bolsillo que es definido por el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, como un pago directo que realizan las viviendas por los medios de salud al momento de recibirlos, teniendo como límite máximo el ingreso percibido por los hogares, el cual puede incluir los ahorros o hasta los recursos producto de la venta de su patrimonio.

En este sentido la OCDE señala que la tasa de gasto del bolsillo en México es del 45 por ciento del gasto total en salud, y que continúa siendo la más alta entre los países que la integran,

⁶² Esa recomendación se dirige a Secretarios de salud, de la defensa nacional y de marina; gobernadores de las entidades federativas; jefe de gobierno del distrito federal (actualmente Ciudad de México por Acuerdo general del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal por el que se cambia la denominación de Distrito Federal por Ciudad de México en todo su cuerpo normativo, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de febrero de 2016), y directores generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de Petróleos Mexicanos.

representa un obstáculo para el acceso a los servicios sanitarios, y en especial a los grupos poblacionales de bajos ingresos.⁶³

Antecedentes

La presencia actual de un Estado democrático, considera la implementación de normas, principios, facultades y obligaciones bajo los cuales debe de funcionar. Las prerrogativas reconocidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) son fundamentales, entre las cuales se encuentra el derecho a la protección de la salud, prevista en el artículo 4o. párrafo cuarto de la CPEUM y reconocida en los instrumentos de la Corte Internacional, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos que prevé en su artículo 25, un derecho esencial mediante el cual el ser humano debe tener el pleno disfrute a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar así como en los artículos 7 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 26, establece la obligatoriedad de los Estados de procurar su cumplimiento progresivo, e indica que es el Estado quien debe hacer uso del máximo de sus recursos disponibles para garantizar ese derecho y que se correlaciona con lo que estipula el artículo 1o. de la CPEUM, al señalar que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Es este orden de ideas la CNDH, señaló que el derecho a la protección a la salud se puede lograr, a través del cumplimiento diligente de las obligaciones básicas del Estado mexicano, que orientan el respeto, mediante la abstención de intervenir de forma directa e indirecta generando obstáculos para el goce del derecho a la salud. Dicha obligación jurídica aplica tanto para las instituciones públicas y privadas, así como, para las autoridades vinculadas con los servicios públicos de protección de la salud.

Es conveniente puntar que el Informe de Seguimiento de Recomendaciones publicado el 3 de enero de 2018, da cuenta de las recomendaciones dirigidas al IMSS e ISSSTE en el rubro de protección a la salud, autoridades que se señalan como responsables de violar el derecho a la salud en la recomendación general 15/2009.

Por una parte, se dirigió al ISSSTE un total de 9 recomendaciones y 43 puntos recomendatorios que se encuentran en trámite (ANEXO 1).

El presente diagnóstico examina la evolución de la materia desde el año 2009 en que se publicó la Recomendación General hasta octubre de 2018.

⁶³ OCDE, *Health at a Glance 2017*. México, OCDE, 2017.

La Recomendación 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud⁶⁴ aborda cinco temas prioritarios para una adecuada atención a la salud:

- Los problemas relativos a la falta de personal de salud, necesarios para cubrir la demanda de los servicios de salud.
- Falta de capacitación del personal de salud.
- Falta de infraestructura hospitalaria y de recursos materiales
- Trato contrario a la dignidad, poco respetuoso y conductas discriminatorias.
- Reiterado incumplimiento por parte de las personas servidoras públicos del marco jurídico nacional e internacional en materia de salud.

La Recomendación General 15, se emitió previamente a la reforma Constitucional de 2011, en la que se modificaron tanto la denominación del Capítulo Primero del Título Primero; así como los artículos 1o.; 3o.; 11; 15; 18; 29; 33; 89; 97; 102, apartado B y 105 de la CPEUM. En dicha reforma, se incorporaron los derechos humanos previstos en los tratados internacionales dentro del marco jurídico nacional, integrando los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.⁶⁵

Como lo señaló la CNDH, se precisa la necesidad de que exista una coordinación entre autoridades encargadas de los servicios públicos de salud para promover los cambios o modificaciones a las disposiciones normativas, prácticas administrativas, que constituyan o propicien violaciones a los derechos humanos; influir en la política pública destinada a la protección de la salud; eliminar violaciones y subsanar las irregularidades de que se trate. Es por ello, que la primera autoridad facultada de realizar dicha obligación es la Secretaría de Salud, que a través de la historia legislativa fue conocida como Secretaria de Salubridad y Asistencia, producto de la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad. Dicha Secretaría tiene la encomienda de coordinarse con otras entidades públicas para garantizar el derecho a la salud, esta ha tenido tres momentos importantes de participación, el primero, la adición del artículo 4º. Constitucional del derecho a la salud de todos los mexicanos, el segundo, el proceso de descentralización de los servicios de salud hacia las Entidades y el tercero, la creación del Sistema de Protección Social en Salud.

⁶⁴ Recomendación General 15, emitida por la Comisión Nacional de los Derecho Humanos con fecha 23 de abril de 2009 y constituyó el precedente para que se hayan emitido posteriormente 66 recomendaciones posteriores sobre este tema, mismas que pueden ser consultadas en el Anexo del presente estudio.

⁶⁵ OCDE, Health at a Glance 2017. México, OCDE, 2017.

Marco jurídico nacional e internacional

Ley General de Salud (LGS)

A partir de la fecha de la Recomendación General 15/2009, la LGS ha tenido 76 reformas, que en su mayoría tienen que ver con los tópicos que trata este instrumento.

En este tenor de ideas otra reforma fundamental (LGS) fue la que estableció la definición de salud según lo señala la Organización Mundial de la Salud en el artículo 1 Bis⁶⁶ y que adicionalmente modificó el artículo 2 que establece los objetivos del derecho a la protección de la salud,⁶⁷ que a la letra prescriben:

Artículo 1o. Bis. - Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Artículo 2o. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Esas porciones legislativas establecen el ámbito de competencia de las autoridades en materia de su ámbito de competencia en materia sanitaria, para implementar las acciones en cumplimiento al derecho a la salud y que se refuerza con la aprobación por parte de la Cámara de Senadores para adicionar el artículo 64 Bis 1 a la Ley General de Salud,⁶⁸ la fracción V al artículo 89 de la Ley del Seguro Social⁶⁹ y el artículo 31 Bis a la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado⁷⁰ para establecer la obligación para las instituciones públicas de salud y seguridad social de dar la atención médica a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, sin importar si están afiliadas o son derechohabientes de cualquier esquema de aseguramiento.

⁶⁶ *DOF* de 4 de diciembre de 2013.

⁶⁷ Decreto por el que se reforma la fracción I del artículo 2o. de la Ley General de Salud, publicado en el *DOF* el 14 de enero de 2013.

⁶⁸ Artículo adicionado mediante Decreto publicado en el *DOF* el 12 de noviembre de 2015.

⁶⁹ Fracción adicionada mediante Decreto publicado en el *DOF* el 12 de noviembre de 2015.

⁷⁰ Artículo adicionado mediante Decreto publicado en el *DOF* el 12 de noviembre de 2015.

Leyes Estatales de Salud

En la revisión y análisis de las leyes de salud de las entidades federativas se consagra explícitamente el derecho a la protección de la salud, pero cabe precisar que en los estados de Colima (septiembre de 2018) y Zacatecas (marzo 2018) se expidieron nuevos ordenamientos en esta materia.

Las razones principales por las cuales se puntualiza la información obtenida en consultorios privados es por el número de consultas en esos establecimientos, señalándose reiteradamente algunos factores que son en gran medida determinantes del sub registro de la información de la frecuencia de las enfermedades comunicables y no comunicables, entre los que más sobresalen son: la falta de coordinación entre las normas y guías de las distintas dependencias de salud estatales, federales, regionales y locales; esto obedece a los diferentes sectores de la población que las instituciones de salud o dependencias atienden.

Leyes que crean el organismo público descentralizado denominado régimen de protección social en salud

Fue a través de una reforma a la Ley General de Salud,⁷¹ mediante el cual se creó el Régimen del Sistema de Protección Social en Salud (REPSS), el cual se entiende como “las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud”.

A su vez la LGS señala que se denominará “Regímenes Estatales, a las acciones de protección social en salud de los Estados de la República y del Distrito Federal”.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud establece que los Regímenes Estatales son “...las estructuras administrativas, dependientes de los Servicios Estatales de Salud, encargadas de garantizar las acciones de protección social en salud mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona en el Sistema, las cuales deberán realizar su actividad de manera independiente de la provisión de servicios de salud”.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud (SS) con autonomía técnica; mientras que los regímenes estatales dependen de las secretarías de salud del Estado. Por ello se sugiere reformular el párrafo para aclarar su sentido y citar los correspondientes fundamentos jurídicos.

En el análisis y seguimiento legislativo se ubicó la existencia del REPSS en los Estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Baja California Norte, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa,

⁷¹ Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en el *DOF* el 15 de mayo de 2003.

Sonora, Tlaxcala y Veracruz. Para su organización y funcionamiento se considerará que en los instrumentos jurídicos que lo enmarquen se goce de personalidad jurídica y patrimonio propios, que su órgano de gobierno sea presidido por el titular de la instancia local y que se convoque como invitado permanente a un representante de la Secretaría de Salud, puntualizándose adicionalmente que el ente público deberá contar dentro de su estructura con las áreas de afiliación y operación, de financiamiento y de gestión de Servicios de Salud.

Reglamentos

En relación con los Reglamentos de la Ley General de Salud, a partir de 2009 han sido reformados los siguientes:

Reglamento en Materia de Investigación para la Salud,⁷² reforma que versa en torno a los lineamientos aplicables a la investigación en salud.

Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica,⁷³ modificaciones relativas a la obligación que tiene la Secretaría de Salud para emitir las Normas Oficiales Mexicanas, criterios aplicables para la distribución de usuarios, de cobertura, urgencias médicas, certificados de defunción y muerte fetal, atención del embarazo, parto y puerperio en reclusorios para mujeres, prestación de servicios de rehabilitación y cuidados paliativos, enfermos terminales en las instituciones y establecimientos de segundo y tercer nivel, equivalentes del sector social y privado; obligaciones de laboratorios de patología clínica, anatomía patológica, histopatología, citología exfoliativa, ultrasonografía y radioterapia; autorizaciones sanitarias, certificados de nacimiento, defunción y muerte fetal, emergencia médica y cursos de actualización para el personal de salud en instituciones psiquiátricas.

Reglamento Materia de Protección Social en Salud,⁷⁴ reformas que versan respecto de los lineamientos aplicables para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, para la incorporación de beneficiarios, vigencia de derechos, cuota social por persona beneficiaria y plan maestro de Infraestructura y evaluación integral del Sistema Protección Social en Salud.

Reglamento en Materia de Publicidad,⁷⁵ reformas relativas a los lineamientos aplicables a la publicidad de productos de perfumería y belleza; publicidad en medios de difusión; suspensión de la publicidad de remedios herbolarios, suplementos alimenticios o productos cosméticos de los cuales se les hubieran atribuido cualidades o efectos terapéuticos para el tratamiento

⁷² Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 6 de enero de 1987 y reformado el 2 de abril de 2014.

⁷³ Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de mayo de 1986 y reformado mediante decretos publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de diciembre de 2009, el 1 de noviembre de 2013; el 24 de enero de 2014; el 24 de marzo de 2014, el 19 de diciembre de 2016 y 17 de julio de 2018.

⁷⁴ Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de abril de 2004 y reformado mediante decretos publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de noviembre de 2008; el 8 de junio de 2011 y el 17 de diciembre de 2014.

⁷⁵ Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de mayo de 2000 y reformado mediante decretos publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de mayo de 2009; el 19 de enero de 2012 y el 14 de febrero de 2014.

preventivo, de rehabilitación o curativo, y un apartado de excepciones para el otorgamiento de permisos.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos,⁷⁶ la reforma versa sobre la derogación del apartado de donación, disposición y trasplante de órganos, tejidos y células distintas a la sangre y sus componentes, quedando vigente este rubro en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

Plan Nacional de Desarrollo

El Estado es el sujeto obligado de garantizar el cumplimiento de los objetivos del proyecto nacional previsto en los Planes Nacionales de Desarrollo y que instrumentará el Ejecutivo Federal y en corresponsabilidad a toda la Administración Pública Federal. Esta rectoría por parte del Estado es el fundamento sobre el cual se tomarán las decisiones en política económica, social, fiscal y cultural. El Plan Nacional de Desarrollo, constituye el instrumento político, jurídico y administrativo para lograr el desarrollo nacional en uso de la facultad de rectoría del desarrollo, de esta manera fortalece la rectoría del Estado. El PND-2013-2018, prevé un apartado en materia de derechos humanos, establecido en el objetivo 1.5, que señala la garantía, el respeto y la protección de los derechos humanos y la erradicación de la discriminación y que a su vez en el numeral 1.5.1 consigna la obligación de instrumentar una política de estado en derechos humanos, a través de la implementación de varias líneas de acción que incluyen principios básicos de interpretación y de acción entre autoridades responsables de observar y cumplir los derechos humanos que se instrumentarán los Programas de Salud Pública.

Programas de Salud Pública

Los Programas de Salud Pública, establecen objetivos y reglas de ejecución, con base en las políticas en salud, los que a su vez se replica en algunas entidades federativas como Chihuahua, Michoacán y Sinaloa.

Programa de Salud Pública 2007-2012

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) se vincula, desde el inicio con el principio rector del PND: “El Desarrollo Humano Sustentable”, con la perspectiva transformadora de México en el futuro y paralelo al derecho a la salud actual de los mexicanos. El concepto Desarrollo Humano Sustentable se traduce en la responsabilidad de garantizar a la población del México de hoy, la satisfacción de sus necesidades de salud y el acceso real a la misma.

⁷⁶ Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 20 de febrero de 1985 y reformado mediante fe de errata y decretos publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 9 de julio de 1985, 26 de noviembre de 1987, 27 de enero de 2012 y el 26 de marzo de 2014.

Programa de Salud Pública 2013-2018

El presente programa da continuidad al PROSESA, en el que se establece la coordinación entre las diferentes instituciones de salud que tiene la encomienda de ejecutar las acciones en salud y se clasifican:

- Sectoriales, tiene como objetivo primordial el establecimiento de las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal, aplicando principios de homogeneidad y de operación que se integrarán, a través de la coordinación entre las diferentes instituciones de salud.
- Especiales, su finalidad es la constitución de las acciones específicas (delimitadas en el Programa Sectorial de Salud) en la atención médica, la formación y el desarrollo de los profesionales de la salud y que se trasladan al:
 - Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad, Alta Especialidad; y
 - Programa de Acción Específico de Investigación para la Salud 2013-2018.
- Regionales, se implementarán acciones que permitan adoptar mejores prácticas sanitarias, y, por último:
- Transversales que a su vez se distribuyen en:
 - Programa de igualdad de oportunidades y no discriminación contra las mujeres;
 - Programa para democratizar la productividad 2013-2018, y
 - Programa gobierno cercano y moderno.

Las estrategias establecidas en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, se presentan de manera sintética en la tabla 3.

Tabla 3. Acciones del Programa de Salud 2013-2018

Grupo de población al que dirige	Programa	Análisis
Pediátricos y Adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • De atención a la salud de niños, niñas y adolescentes. • Cólera. • Salud Reproductiva y planificación familiar. 	Recientemente el número de jóvenes con embarazo a temprana edad ha aumentado aproximadamente en un 20 por ciento en comparación a 5 años previos, el número de enfermedades en la infancia se ha incrementado, por ello es por lo que se ha creado este programa su finalidad es continuar y aumentar la cobertura de vacunación para cubrir un 95 por ciento de totalidad de la misma para reducir la tasa de mortalidad hasta en un 50 por ciento en niños menores de 5 años, fomentando la educación para disminuir la incidencia de enfermedades respiratorias en comparación con la tasa de 1999 en pacientes menores de 5 años

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Población abierta	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de prevención y control de la tuberculosis. • Programa de Salud a Personas Mayores. • Comunidades Saludables. • Educación Saludable. • Salud Familiar. • De prevención y control de enfermedades transmitidas por vector. • Urgencias epidemiológicas y desastres. • Cólera. • Salud reproductiva y planificación familiar. 	El sistema de salud, actualmente ha creado una serie de programas dirigidos a toda la población, con el fin de crear, ejecutar y coordinar acciones que permitan mecanismos de concentración y colaboración con instituciones públicas, privadas y sociales de todas las entidades federativas de México; con la finalidad no solo de reducir la tasa de mortalidad por lo menos en un 5 por ciento, sino de tratar de curar en un 90 por ciento a todos los enfermos que lo estén y disminuir la tasa de nuevos casos registrados anualmente. De la misma forma la intención no es solamente dirigida hacia este grupo de población ya enferma, sino implementar acciones en educación preventiva y trascender no solo en un impacto en el área de la salud sino también en los aspectos económicos y culturales.
Población joven y población con prácticas de riesgo (HSH, trabajadoras y trabajadores del sexo comercial y usuarios de drogas intravenosas).	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de prevención y control del VIH SIDA. • Salud Reproductiva y planificación familiar. 	La Secretaría de Salud, ha puesto en marcha dicho programa con la finalidad de disminuir el riesgo, la vulnerabilidad y sus efectos en las personas y comunidades de toda la población de México, lo que les permitirá tener una atención integral, con calidad, dignidad y equidad en un marco de reconocimiento a la diversidad sexual y respeto a los derechos humanos. De la misma forma se busca no solamente la estabilidad para los pacientes y los enfermos sino se fomenta la educación en la salud y la prevención.
Personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Salud de personas mayores. • Salud Familiar. 	Un grupo de alta vulnerabilidad es el de las personas mayores, ya que en ocasiones pueden encontrarse en situación de abandono u olvido. Ese programa precisa atender, prevenir y controlar las enfermedades degenerativas o discapacidades y elevar la calidad de vida, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad prematura por estas causas.
Mujeres en edad fértil y tercera edad	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer en la mujer. 	El gobierno ha implementado este programa enfocado a todas las mujeres mexicanas en especial aquellas con factores de riesgo para padecer algún tipo de cáncer y particularmente el cáncer de mama, fomentando una cultura de prevención ya que actualmente es la segunda causa de muerte a nivel nacional.

FUENTE: Elaboración propia a partir de la consulta y análisis de los diversos programas de salud para el período 2013-2018.

La atención médica en la actualidad exige considerar la calidad vinculada con la eficiencia y viceversa, es decir, obtener mayores beneficios con los menores riesgos para los pacientes, al menor costo posible.⁷⁷ Un dato adicional menciona lo siguiente: de acuerdo con el Consejo Nacional de Población de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), es que los programas sectoriales en el ámbito social deben cumplir con cuatro propósitos: claridad en los resultados y en el largo plazo; la susceptibilidad de la medición y además la inclusión de su población potencial o área de enfoque. Dicho organismo analizó 24 programas que derivan del Plan

⁷⁷ Ruelas-Barajas, Enrique, "Los paradigmas de la calidad en la atención médica", en *Gaceta Médica de México*, 1997, vol. 133, no. 2, pp. 141-6.

Nacional de Desarrollo 2013-2018 vinculados al desarrollo social,⁷⁸ entre ellos el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, que tiene en conjunto 131 objetivos y en un porcentaje considerable más del 40 por ciento, se enfoca en la gestión o entrega de bienes, no en los resultados.

La salud en México

En México son seis las instituciones públicas (Secretaría de Salud, Secretaría de la Defensa y Marina, Petróleos Mexicanos, IMSS e ISSSTE), encargadas de proporcionar la cobertura de los servicios de salud y seguridad social entre sus derechohabientes, las cuales se regirán observando lo previsto en el artículo 4o., párrafo cuarto y la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, bajo los principios de universalidad, disponibilidad, accesibilidad, gratuidad, suficiencia y no discriminación.

En virtud del principio de la inclusión social y de la cobertura universal, el servicio de asistencia médica debería abarcar a todos los miembros de la comunidad, independientemente de que tengan o no un trabajo remunerado y de que posean los medios necesarios para pagar dicha asistencia.

La asistencia médica debería financiarse colectivamente a fin de garantizar su viabilidad a largo plazo y permitir su desarrollo progresivo en el marco de la promoción de la estabilidad y la cohesión social bajo el principio de transparencia del sistema de seguridad social. En cuanto a la forma que ha de revestir la prestación del servicio médico, cuyo objetivo principal es el de garantizar el acceso universal a los servicios de atención a la salud, por ello se recomienda adoptar una modalidad de servicio de asistencia médica financiado con fondos públicos. La atención universal de salud se sigue considerando como un objetivo para un futuro distante. La atención básica de la salud forma parte integrante de la iniciativa relativa al piso o nivel básico de protección social en todo el mundo.

La persistente realidad de la pobreza y el trabajo informal exigen que se conciba un nuevo proyecto para el desarrollo de la seguridad social en el siglo XXI y que ésta cuente con medios más eficaces para subsanar la pobreza. La propuesta estriba en crear en todo el mundo un piso de seguridad social con el potencial de volver a cambiar el paradigma de la seguridad social.

⁷⁸ Programas especiales: de cambio climático 2014-2018, de Ciencia y Tecnología e Innovación 2014-2018, de los Pueblos Indígenas 2014-2018;
Programas institucionales: del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 2014-2018, del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018;
Programas Nacionales: de Cultura Física y Deporte 2014-2018, de Desarrollo Social 2014-2018, de Desarrollo Urbano 2014-2018, Forestal 2014-2018, Hídrico 2014-2018, México sin hambre 2014-2018, para el Desarrollo y la inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018, para la Igualdad y no discriminación 2014-2018;
Programas sectoriales: de Salud 2013-2018, de Desarrollo Innovador 2013-2018, de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2013-2018, de desarrollo Agropecuario, Pesquero y Alimentario 2013-2018, de Desarrollo Social 2013-2018, de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2013-2018, de Trabajo y Previsión Social 2013-2018, de Turismo 2013-2018; y Programa Transversal: para democratizar la privacidad 2013-2018.

El derecho a la protección de la salud es considerado uno de estos derechos. La realización progresiva es parte importante de las obligaciones de los Estados, aunado a que tienen la obligación de adoptar medidas apropiadas para lograr la plena efectividad de estos derechos hasta el máximo de los recursos de que se dispongan. Así, podemos llegar a cuatro condicionantes que sirven de partida para una investigación sobre el financiamiento de la salud pública:

- Los recursos disponibles de un Estado varían respecto a sus atribuciones, derivado de ello su objetivo puede ser modificado sin efecto de consecuencia.
- Tomando en cuenta los recursos disponibles, un sistema puede traer mejores resultados que otros.
- El sistema de salud debe responder a un contexto determinado y para ello debe tomar en cuenta aspectos como la prevención, la atención primaria y cuestiones relacionadas a la salud como agua y vivienda, entre otros.

Se pretende determinar si la cobertura universal, financiada a través de impuestos, efectivamente es una opción real para México, y determinar si es eficaz para dar respuesta al derecho de protección a la salud. De ser así ¿cuáles serían los prerrequisitos para ello? en caso contrario ¿cuáles son las opciones más viables? En estas alternativas posibles, encontramos:

- A. El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. A esto refiere la organización de los recursos, que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud y se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etcétera; que resuelven aproximadamente 85 por ciento de los problemas prevalentes.
- B. En el segundo nivel de atención, se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95 por ciento de problemas de salud de la población.
- C. El tercer nivel de atención, se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5 por ciento de los problemas de salud que se planteen.

Aunque en virtud de la Ley sobre la Celebración de Tratados, ⁷⁹ los tratados, convenciones y pactos firmados y ratificados por México ya eran parte del derecho positivo, la reforma constitucional de 2011 vino a transformar la obligatoriedad de los derechos humanos a cargo de toda autoridad para que dentro de sus competencias y facultades promuevan, respeten,

⁷⁹ Ruelas-Barajas, Enrique, “Los paradigmas de la calidad en la atención médica...”, *op. cit.*

protejan y garanticen los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Esta reforma constitucional ha impactado en diversas materias como la no discriminación, la protección a la salud, la educación, entre otras. Aspectos no menos importantes que son parte del análisis legislativo y de los puntos recomendatorios para las autoridades a las que se dirige la Recomendación General invitándolas a la armonización del derecho interno con el derecho internacional.

Evaluación de la Salud en México

El diagnóstico de la salud en México, ha sido profusamente publicado por lo que en esta presentación se incorporan los aspectos más relevantes, según Enrique Ruelas Barajas, el sistema de salud de México, se ha caracterizado de la siguiente forma:

- Inequidad. Existen grandes diferencias de accesibilidad y calidad de los servicios entre los sectores público y privado, entre las diferentes instituciones del sector público que prestan servicios en salud, en el interior de una misma institución y entre las diferentes entidades federativas.
- Inefectividad. La organización del sistema es inefectiva para responder a los retos que imponen las transiciones demográfica y epidemiológica, por medio de la implementación de estrategias con un enfoque de desarrollo de la salud que complemente al enfoque curativo.
- Fragmentación. El sistema está fragmentado en múltiples prestadores de servicios y la atención a la población está segmentada de acuerdo con su condición laboral. Los componentes público y privado están desvinculados entre sí, esta situación es claramente observable en la sobre regulación que se evidencia en los distintos tipos de leyes que se aplican en la materia y que toma su punto más alto en la cantidad de Normas Oficiales aplicables en este campo.⁸⁰
- Saturación. El sistema no cuenta con la infraestructura necesaria para cubrir la demanda por servicios de salud de toda la población.
- Falta de universalidad. La atención no cubre todos los problemas de salud ni cubre a todas las personas.
- Opacidad. La población ignora la calidad de los servicios de salud que está recibiendo. No existen estadísticas suficientes y oportunas sobre el desempeño de los distintos componentes del sistema de salud.

⁸⁰ A partir de la expedición de la Ley Federal de Metrología y Normalización publicada en el *Diario Oficial de la Federación* 1 de julio de 1992 se busca tener instrumentos claros para una mayor precisión en la actividad técnica en distintas áreas, esto ha generado una cantidad excesiva de normas. V. Huerta Ochoa, Carla, "Las Normas Oficiales Mexicanas en el ordenamiento jurídico mexicano", en *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 92, mayo-agosto 1998, p. 367 y ss.

- Heterogeneidad en la calidad de los servicios. El nivel de la calidad de la atención es en general insatisfactorio y altamente variable en términos de los comportamientos diagnósticos y terapéuticos del personal de salud.⁸¹

Todos estos rasgos característicos de nuestro sistema de salud, se cristalizan en diversos rubros, un ejemplo de ello es la muerte materna; este tema de salud pública, representa una clara violación a los derechos humanos en cuanto a la protección de la salud, a pesar de haberse implementado el programa “Embarazo Saludable”, ya que quienes son víctimas, son mujeres que sufren de pobreza, no tienen escolaridad y no cuentan con servicios de seguridad social y que se incrementa considerablemente en el ámbito rural o zonas marginadas en donde se perpetúa el rezago y se acentúa la muerte materna evitable por deficiencias en la dotación hospitalaria y problemas de calidad en la atención.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2009) entre 2004 y 2009 más del 97 por ciento de las mujeres contaron con revisión prenatal, el número promedio de revisiones fue de siete y en 95 por ciento de los casos fueron realizadas por personal médico.⁸²

El 14 por ciento de las mujeres fallecidas por muerte materna eran menores de 19 años. La más pequeña tenía 11 años. (DGIS, 2010), 83 por ciento se dedicaba al hogar, 12 por ciento no sabían leer ni escribir, 73 por ciento con primaria completa e incompleta, 32 por ciento no tenía seguridad social ni protección a la salud y 24 por ciento contaba con seguro popular, 14 por ciento murió en su casa, en la calle u otro lugar, siendo que 88 por ciento refirió haber contado con asistencia médica, aunque sólo el 60 por ciento de los casos el certificado fue otorgado por personal de la salud.⁸³

Ha sido un propósito permanente para México, disminuir la muerte materna; al proponer la universalidad y gratuidad de la atención materna, fortaleciendo el primer nivel de atención, pero no es posible aceptar que el 82 por ciento de las muertes, estén relacionadas con fallas en la calidad de la atención del parto y de la emergencia obstétrica.

Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, en El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Grupo de Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas.

La razón de Mortalidad Materna (RMM) mundial disminuyó en cerca de un 44 por ciento en los últimos 25 años: de una RMM de 385 por 100,000 nacidos vivos (intervalo de incertidumbre del 80 por ciento (1180) 2 359 a 427) en 1990 a una RMM de 216 por 100 000 nacidos vivos

⁸¹ Ruelas Barajas, Enrique, Huerta Zepeda, Carmen y Lozano Ascencia, Rafael, “Hacia Nuevos horizontes para la salud en México”, en *Reflexiones. Documento de postura*. Colección de Aniversario, México, CONACYT, pp. 31 y 32.

⁸² Freyermuth, Graciela, *La muerte materna refleja desigualdad, inequidad y falta de acceso a la salud. Estas muertes son prevenibles*, CIMAC, Comunicación e Información de la Mujer, foro expertas y expertos, documento de trabajo. Disponible en <http://www.cimac.org.mx/node/14>. Fecha de consulta: 9 de julio de 2018.

⁸³ *Idem*.

(1180:206 to 249) en 2015. El número anual de muertes maternas disminuyó en un 43 por ciento, de aproximadamente 532,000 (1180: 496 000 a 590 000) en 1990 a una cifra estimada de 303 000 (118: 291 000 a 349 000) en 2015. El riesgo mundial aproximado de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó considerablemente: de 1 muerte por 73 mujeres a 1 por 180.

La medición exacta de la mortalidad materna sigue constituyendo un reto inmenso, pero el mensaje general está claro: cada año siguen muriendo cientos de miles de mujeres debido a complicaciones del embarazo o el parto. Muchas de esas muertes no se contabilizan.⁸⁴

Por otra parte, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) es un organismo de cooperación internacional que tiene como fin la coordinación de las políticas económicas y sociales de 34 países que lo integran; siendo México un Estado parte de esta organización.⁸⁵ En 2012, el gasto total en salud en México representó el 6.2 por ciento de su PIB, este porcentaje se encuentra entre los más bajos de los países de la OCDE (sólo por encima de Estonia y Turquía) y muy por debajo del promedio de los países de la OCDE de 9.3. La participación pública en el financiamiento del cuidado de la salud en México se ha incrementado en alrededor de 10 puntos porcentuales para situarse en 50 por ciento en 2012. Sin embargo, esta tasa se mantiene como una de las más bajas entre los países de la OCDE (donde el promedio es de 72 por ciento), y alrededor de la mitad de todo el gasto en salud en México es pagado directamente por los pacientes.

Desde el año 2000, el número de profesionales de la medicina per cápita se ha incrementado sustancialmente en México, pasando de 1.6 del personal médico por cada 1000 habitantes en el 2000 a 2.2 en el 2012. Sin embargo, esta cifra sigue siendo inferior al promedio de la OCDE de 3.2.

Datos previstos para los exsecretarios de salud⁸⁶ que se desempeñaron en el periodo de 1982 a 2018 y a los que se les preguntó ¿por qué estamos donde estamos y cómo estamos? en el ámbito de la salud, a lo que respondieron:

Es manifiesto el impacto que tuvo la descentralización en los servicios de salud defendida por los gobiernos estatales con implicaciones no solo en el ámbito de la salud, sino en la vida en su conjunto por la persistencia de una obligación de otorgar más recursos, para atender a los enfermos locales. Por otra parte, es el aspecto del abasto de los medicamentos que ha sido un problema crónico en México, debido a la voracidad de las industrias farmacéuticas.

⁸⁴ *Evolución de la mortalidad Materna: 1990-2015 Estimaciones de la OMS, e UNICEF, el UNFPA, el Grupo de Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas.* Disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>. Fecha de consulta: 9 de julio de 2018.

⁸⁵ Cano Valle, Fernando, Pantoja Nieves, Mónica y Sánchez Miguel, Martha, *El Péndulo de la Medicina. El doble péndulo de la salud Urge una reforma en el sistema de salud.* México, UNAM-Prado, 2017, p. 101.

⁸⁶ Fajardo Dolci, Germán (coord.), *Ritmo y rumbo de la Salud en México Conversaciones con los secretarios de Salud 1982-2018. Entrevista con el Doctor Guillermo Soberón Acevedo.* México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Fondo de Cultura Económica, 2018.

En el ámbito del Seguro Popular, señalaron que es pertinente entender y facilitar las acciones por un Sistema de Salud menos fragmentado, en donde se pondere la eficacia, la calidad y la transparencia.

El Sistema de Salud Mexicano, enfrenta desequilibrios financieros mayúsculos como el que fue documentado en el estudio de cuentas nacionales que se hizo en la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. (FUNSALUD)⁸⁷ en él encontramos que México, para el tamaño de su economía y para el perfil epidemiológico de su población, estaba subinvertiendo de manera dramática en salud. En ese entonces, el país en conjunto estaba invirtiendo alrededor de 2.5 por ciento del Producto Interno Bruto en salud, sumando gasto público y gasto privado, cuando el promedio latinoamericano era de cerca del doble. Ante un sistema de salud fragmentado se presenta la duplicidad de gastos, acciones y afiliaciones que ocasiona que sea más ineficiente. Esto constituye uno de los retos que enfrentan las instituciones públicas de salud, por la demanda tan grande que tienen y la universalidad de los servicios de salud para lograr la portabilidad entre las instituciones que prácticamente poseen la cobertura.

El sistema de salud depende de recursos financieros, de una infraestructura disponible: hospitales, clínicas, centros de salud como de programas que estén bien establecidos como el de vacunación, de salud reproductiva, de atención de las enfermedades mentales, etc., pero hay que tener perfectamente claro que junto a todo esto el sistema depende de algo fundamental: los recursos humanos porque serán los que operen y brinden la atención a los usuarios.

Un sistema de salud unificado debe tener como objetivo primordial la inclusión de las transiciones demográficas y epidemiológicas, poniendo énfasis, en el enfoque preventivo para obtener mejores resultados en la salud de la población, en la construcción de un nuevo modelo de atención a la salud del país, basado en la atención primaria de la salud, haciendo uso óptimo de los recursos económicos y sanitarios disponibles, pero bajo premisas de planeación integrales.

Si bien como fue mencionado por los exsecretarios y las referencias bibliográficas, hay profundas inconsistencias en el denominado Sistema Nacional de Salud. En este documento baste citar los escenarios sobre mortalidad materna; caracterizado en las poblaciones indígenas dispersas sin acceso oportuno a los servicios de salud con otro escenario en las ciudades con un supuesto acceso a los servicios debido a la inexistencia en el primer nivel de atención como instancia de atención a partos. De ahí que la evolución de la mortalidad materna en México destaca severas inconsistencias en la prestación del servicio, lo que nos da un ejemplo de la fragilidad del sistema y desmantelamiento del primer nivel como instancia de atención de partos.

Conclusiones

La controversia sobre la emergencia de una actual reforma que permita universalizar el sistema de salud tomó un lugar importante en la agenda del saliente presidente Enrique Peña Nieto. Sin

⁸⁷ *Ibid.*, op. cit., nota 23, p. 102.

embargo, no hay una claridad del Sistema de Salud en el futuro, no solo por el financiamiento que el Programa de Salud Pública necesita, sino porque son cada vez más las demandas que requieren no sólo de la universalización del aseguramiento sino del acceso en igualdad de condiciones y calidad en el servicio prestado.

El principal desafío para garantizar el derecho a la salud consiste en implementar mecanismos adecuados de equidad, solidaridad y garantía de acceso a los servicios médicos sin que esto provoque dificultades agudas en la heterogeneidad en la calidad y en las prestaciones de los sistemas públicos de salud sin olvidar que la protección social para los gobernados se observa cada vez más limitada y poco asequible. En este sentido deberán ser varios los elementos que formen parte de la evaluación y la implementación en el Sistema de Salud, que se deben realizar sobre la situación actual respecto de los derechos sociales y humanos que jurídicamente se reconocen en nuestro país y adicionalmente en nuestro propio hemisferio.

Propuestas

- 1) Como una primera tarea es necesario la homologación de las guías médicas, leyes, reglamentos, acuerdos, guías, manuales y normas oficiales para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación entre las diferentes dependencias del Sistema Nacional de Salud.
- 2) Establecer unidades médicas especializadas y que se le suministren los insumos para la atención según la región geográfica del país.
- 3) Es indispensable la coordinación material entre los diferentes órganos que tienen a su cargo la vigilancia, protección, tutela y promoción de los derechos humanos en materia de salud para implementar y garantizar el respeto y el disfrute al derecho a la salud.
- 4) A partir del marco normativo vigente es preciso vigilar el cumplimiento del mismo en los términos previstos por él y crear un órgano específico que tenga las facultades coactivas para establecer las medidas de apremio que garanticen el cumplimiento de dicha prerrogativa.
- 5) En el procedimiento aplicable para la emisión de nueva normativa en esta materia, es sustancial incluir a los grupos de expertos en las áreas médicas por especialidad a fin de establecer los contenidos y procedimientos aplicables al caso y a la especialidad médica concretos.
- 6) Es indispensable proporcionar el conocimiento en derechos humanos y de formación médica clínica desde la Universidad, así como la capacitación y sensibilización al personal de salud, lo que les permitirá ejercer de manera efectiva su derecho de acción y médico en el ámbito clínico.
- 7) Hacer especial énfasis en la coordinación entre las Secretarías encargadas de la formación del personal médico y las instituciones y dependencias de Salud que contratan al mismo y que éstas a su vez observen el cumplimiento a las condiciones de trabajo del personal médico contratado.

- 8) Es de vital importancia tomar en cuenta y dar seguimiento a las consideraciones de los profesionales de la medicina, usuarios de servicios de salud y sociedad civil en mejora a los mismos.
- 9) Se sugiere a la CNDH establecer uniformidad en su metodología al emitir su recomendaciones e incluir en el apartado del análisis el Plan Nacional de Desarrollo y los Programas de Salud al elaborar sus recomendaciones.

1.2.2 Recomendación general 29/2017 sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud

Introducción

En enero de 2017, la CNDH emitió la Recomendación General 29/2017 sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, con el objetivo de describir y visibilizar las omisiones sistemáticas por parte del personal de salud en diversas instituciones públicas durante la elaboración e integración de los expedientes clínicos de las y los pacientes que acuden a ellos en los distintos niveles de atención pública, impactando en la correcta conformación de la información y el proceso clínico, en detrimento de la vulneración de derechos y principios elementales como el de acceso a la información, a conocer la verdad del proceso de atención médica, principio de autonomía, trato digno, derechos reproductivos y de procreación.

La elaboración de la Recomendación General tuvo como sustento el análisis a las diversas recomendaciones particulares que la CNDH emitió sobre el tema durante el periodo 2010 - 2016, en las que concluyó que los derechos humanos y principios que con mayor frecuencia se transgreden por la ineducada conformación del expediente clínico son: el derecho a la vida, de acceso a la información, a conocer la verdad del proceso de atención médica, principio de autonomía, trato digno, integridad personal, a la igualdad y no discriminación, a la libertad y autonomía reproductiva, a la protección de la salud, y al libre consentimiento informado.

La Recomendación General 29/2017 se dirigió a los titulares de las Secretarías de Salud, de la Defensa Nacional y de Marina; Gobernadora y Gobernadores de las entidades federativas; Jefe de Gobierno de la Ciudad de México, y Directores Generales del IMSS, ISSSTE y PEMEX. En esta recomienda a dichas instituciones se adopten las medidas administrativas, financieras, jurídicas y de cualquier otra índole para que se procure el debido cumplimiento en la integración de los expedientes clínicos, se realicen estudios que permitan conocer la causalidad entre las condiciones laborales del personal de salud y la indebida integración de expedientes clínicos, recomiendan la implementación de tecnologías inclinadas al diseño de expedientes clínicos electrónicos, desde el ámbito institucional e intersectorial, articular asimetrías, para regular la vigilancia de la Norma oficial del expediente clínico y por último el enfoque en la formación y educación continua en materia de derechos humanos, así como del manejo conocimiento y observancia de la Norma Oficial en la materia.

Antecedentes

Los derechos de acceso a la información y de protección de la salud convergen de forma ineludible; por un lado, el primero, un derecho humano de viejo cuño, la libertad de expresión,⁸⁸ acuñada en los artículos 10 y 11 de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano⁸⁹ y consagrada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos,⁹⁰ por otro lado el derecho a la protección de la salud se encuentra íntimamente ligada al derecho a la vida, el cual consiste en el goce de la conservación de la existencia humana y debe cumplir un ciclo natural que no puede ser suspendido o interrumpido por acciones y omisiones de agentes externos, ya que ello implicaría la privación de un derecho básico y esencial, de un valor superior en el conjunto de ordenamientos que protegen y regulan la esfera jurídica del ser humano. El derecho a la vida es inherente a la persona humana y es obligación del Estado asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos.⁹¹

El más alto nivel de salud, expresado así en el derecho a la protección de la salud, se encuentra previsto en el Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos, por el artículo 26 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los artículos 7 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,⁹² para el caso de México en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su párrafo cuarto reconoce que toda persona tiene derecho a la protección a la salud.⁹³ En la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada por la Organización de Naciones Unidas el 11 de mayo de 2000, se refrenda la salud como un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y obliga a los estados parte al cumplimiento de algunos estándares esenciales y entrelazados para su efectivo ejercicio.⁹⁴ Uno de los elementos instrumentales para el ejercicio y goce de los derechos a la vida y la protección de la salud, es

⁸⁸ De la Parra, Eduardo, *Libertad de expresión y acceso a la información*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos; México, 2013. p. 68

⁸⁹ *Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano*. Disponible en http://www.pudh.unam.mx/declaracion_DH_hombre_ciudadano.html. Fecha de consulta: 14 de julio de 2018

⁹⁰ Establece en su artículo 19, las libertades de recibir, investigar o difundir, información.

⁹¹ Derechos contenidos en los artículos 4, párrafos cuarto y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 y 19 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, incisos a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1, 10.2, incisos a) y d), y 16 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

⁹² Lara Sáenz, Leoncio, "Algunos apuntes sobre el derecho humano a la salud", en Cano Valle, Fernando (coord.), *La salud universal. Una entelequia*. México, Academia Nacional de Medicina, 2018, pp. 69-77

⁹³ En este sentido, esa Comisión Nacional emitió la Recomendación General número 15, el 23 de abril del 2009, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, en la que se afirmó que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud; que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, aunado a que la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad.

⁹⁴ Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad.

el acceso a la información y la protección de los datos personales, expresado en el documento que evidencia y sustenta la atención clínica, médica y de investigación, el expediente clínico.

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU, ha sostenido que, en materia de salud, el derecho a la información comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con ese tema. 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.

En este contexto, la CNDH señaló que la información contenida en el expediente clínico de las personas, se correlaciona con aquellas libertades atribuibles a los usuarios de servicios médicos para solicitar, recibir y conocer todos aquellos datos relativos a sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico emitido, opiniones y comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios practicados, tratamiento prescrito y acciones implementadas respecto de su atención médica.

Para la observancia efectiva de este derecho debe generarse una obligación positiva a cargo del Estado, a fin de eliminar todas aquellas prácticas que impidan al paciente el acceso al contenido de su expediente clínico⁹⁵, e implementar las acciones tendentes a garantizar la libertad para recibir y conocer su información médica y con motivo de ello, propiciar que se encuentre en posibilidad de ejercer sus derechos de acceso a datos personales⁹⁶.

Por lo previamente expuesto, la CNDH consideró necesaria la emisión de la Recomendación General 29/2017 como parte del derecho de acceso a la información en servicios de salud, derivado de ello la emisión de 96 recomendaciones entre los años 2010-2016, en las que persistió el incumplimiento de la debida integración del expediente clínico. El argumento de la recomendación sustenta que como parte del derecho a la información en servicios de salud se han de atender tres aspectos fundamentales,⁹⁷ 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de accesibilidad, confiabilidad, verificabilidad y veracidad, emitidos en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada por la Organización de Naciones Unidas el 11 de mayo de 2000.

Es conveniente mencionar que en relación con el ejercicio del derecho de acceso a la información sobre los datos personales en México, son cinco instituciones del ámbito federal que cuentan

⁹⁵ Salvo algunas situaciones propias del proceso clínico (proceso deliberativo inconcluso, estado de necesidad terapéutica), justificadas mediante prueba de daño para limitar temporalmente el acceso a él: Arellano, Juana y Sánchez Morales, Carlos Augusto, “¿El expediente clínico debe ser clasificado como confidencial y reservado?”, en *NCT: Neumología y Cirugía de Tórax*, Vol. 76. No. 2, abril-junio, 2017. pp. 111 y 122.

⁹⁶ Recomendación General 29/2017. Disponible en http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones_Generales. Fecha de consulta: 11 de julio de 2018.

⁹⁷ *Idem*.

con el mayor número de solicitudes de información de datos personales,⁹⁸ a saber, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, de acuerdo a la información obtenida vía Plataforma Nacional de Transparencia, uno de los conceptos que ocupan el universo de las solicitudes de acceso a datos personales, es el expediente clínico.⁹⁹

Marco Jurídico del expediente clínico

En el marco de la atención médica, la formación de recursos humanos en salud, y el nacimiento de las Instituciones durante la segunda mitad del siglo XX en nuestro país, se hizo necesario implementar medidas de control y organización de la información médica, “En esta vocación de servicio que es la medicina, surge como una necesidad para plasmar con la palabra escrita organizada los hechos, el expediente clínico. El expediente clínico es el documento resultante de la entrevista médico-paciente, y la bitácora de cada individuo hospitalizado; el expediente guarda los datos clínicos ordenados, y debe ser una especie de inventario contenido en una minuta, de cada caso clínico que llega al hospital, o de cada paciente al ingresar al consultorio, y en él, se van acumulando las opiniones diagnósticas de quienes participan en su elaboración”.¹⁰⁰

En este orden de ideas, es indispensable retomar que el tema a analizar es convergente con importantes logros en materia del ejercicio y reconocimiento de los derechos humanos en el mundo;¹⁰¹ así en Estados Unidos de América, en el año de 1973, la Asociación Americana de Hospitales, emitió una declaratoria acerca de los derechos de los pacientes y las obligaciones de los médicos, seguida para el año 1981 de la emisión de la declaratoria adoptada en Portugal, durante la 34a. Asamblea Médica Mundial de Lisboa, que ya menciona cinco apartados específicos del expediente clínico como parte del derecho a la información; por su parte en Europa en el año 1994 se emitió la Declaración de los Derechos de los Pacientes en Europa.

⁹⁸ Informe de Labores 2017. Instituto Nacional de Transparencia y Acceso a la Información. Disponible en <http://inicio.ifai.org.mx/SitePages/Informes-2017.aspx>. Fecha de consulta: 15 de julio de 2018.

⁹⁹ Respuestas a solicitudes de información con números de folios: Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez 1222000147517, IMSS 0064102822217, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas 1222300035817, ISSSTE0063700628317, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán 1222600065417.

¹⁰⁰ Oleada Elizalde, Raúl, “La importancia del expediente clínico”, en *Revista del Hospital Juárez de México*, Núm. 68, enero-febrero de 2001, p. 95.

¹⁰¹ Valga recordar la emisión del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Civiles y Culturales y la Convención Americana sobre Derechos Humanos promulgadas en los años sesenta, con adhesión por parte del Estado Mexicano en los años ochenta.

Todos estos instrumentos, a la luz del derecho comparado, posicionan la conformación del expediente clínico como parte de los servicios de salud, y adicionan el derecho al expediente clínico, como un componente fundamental del derecho del acceso a la información en salud.¹⁰²

En este tenor de ideas, México durante los años ochenta comienza en consecuencia a lo acontecido en el contexto propio e internacional, tareas relevantes en la materia que iniciarían con la emisión de una Norma Técnica, denominada “Norma Técnica 52, para la elaboración, integración y uso del Expediente Clínico”,¹⁰³ que permaneció cuando se dio paso a las denominadas Normas Técnicas a Normas Oficiales Mexicanas, consecuencia de la expedición de la Ley Federal de Metrología y Normalización en el año 1992, ello tuvo impacto en el tema que nos ocupa, al promulgarse la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 “Del Expediente Clínico”, que sentó los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios al Sistema Nacional de Salud para la elaboración, uso e integración del expediente clínico. A tal instrumento siguió una sola modificación en el año 2003 con motivo de la autorización como medio auxiliar del expediente clínico electrónico.

Posteriormente, en el año 2012, se emitió la actual Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 “Del Expediente Clínico”, de vigencia actual y cuyo contenido fue sustancialmente idéntico a la 168, salvo la adhesión en la redacción de distintos numerales del texto de los criterios referentes a la protección de los datos personales, vertidos en el soporte documental de referencia, ejemplo de ello, por primera vez se menciona la titularidad de la información depositada en un expediente clínico; lo mismo con relación a las medidas de protección de la información confidencial vertida en el expediente clínico tradicional.

Al respecto cabe señalar que la conformación del expediente clínico electrónico ya no solo es de uso auxiliar, sino que constituye un objetivo bien delineada desde el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y fortalecida para el PND 2013-2018,¹⁰⁴ que propone en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a los servicios médicos de calidad, por ello la emisión de la Norma Oficial Mexicana 024-SSA-3-2010 establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.

Para ambos soportes (tradicional y electrónico), el tema de la protección de la información confidencial es de relevancia, en virtud de que el acceso al expediente clínico, desde las declaratorias internacionales de los derechos de los pacientes, han sido contundentes al señalar

¹⁰² Art 77 Bis 37 fracción VII, Ley General de Salud, dirigido a los beneficiarios de los Sistemas de Protección Social en Salud.

¹⁰³ Norma Técnica número 52 Para la Elaboración, Integración y Uso del Expediente Clínico. *Diario Oficial de la Federación*, 20 de agosto de 1986.

¹⁰⁴ Acuerdo del Consejo Nacional de Salud establecido el 28 de noviembre de 2013, el cual señala que “La Secretaría de Salud asesorará en la creación y operación del Expediente Clínico Electrónico a las Entidades Federativas con la finalidad de avanzar en su implementación e interoperabilidad”.

que en la conformación del expediente concurren en forma clara dos derechos, el de la prestación de los servicios de salud, y el del derecho de los pacientes de conocer la información ahí vertida; sin dejar de conceder que éste último es un derecho instrumental,¹⁰⁵ así lo advierten los tratados internacionales que México ha ratificado, un caso para ilustrarlo es el de Albán Cornejo y otros vs Ecuador del año 2007, para el cual la Corte Interamericana de Derechos Humanos sostuvo que:

“[...] es el expediente clínico adecuadamente integrado el instrumento guía para el tratamiento médico y la fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, del cual se adoptan las medidas pertinentes para controlarlas y las responsabilidades derivadas de ellas”.¹⁰⁶

Para México es el artículo 6 Constitucional rige el derecho de acceso a la información, y para fines de operatividad, fue entonces Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, con un capítulo de datos personales y los Lineamientos de Protección de Datos Personales, ambos se constituyeron como los primeros referentes que en el año 2002 dieron respuesta al tema de los derechos de acceso y rectificación, y las medidas de protección de información confidencial (datos personales) en poder del ámbito federal.

Posteriormente en el año 2010, con la expedición de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, cuyo objeto es precisamente la protección de los mismos, con la finalidad de regular su tratamiento legítimo, controlado e informado, a efecto de garantizar la privacidad y el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, se introdujo un argumento con una mayor envergadura, pues dicho cuerpo normativo incorpora los derechos de cancelación y oposición, sin dejar lugar a duda, el pronunciamiento de los criterios obligatorios de protección de datos personales para el mencionado sector, producto de la larga tradición y estudio en la línea del derecho a la intimidad y la privacidad.¹⁰⁷ Aunado a lo anterior, en el año

¹⁰⁵ El derecho a la información en salud es instrumental porque del ejercicio de aquel se desprenden otros, como el derecho a la verdad, el derecho a saber, el derecho a no saber, el derecho a la intimidad, el derecho a decidir, cuya columna vertebral es el goce y disfrute del bien jurídico superior, la vida.

¹⁰⁶ Corte IDH, *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, párr. 68. Disponible en http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_171_esp.pdf. Fecha de consulta: 17 de julio de 2018.

¹⁰⁷ En realidad, el concepto de privacidad encuadra en el terreno de los derechos de la personalidad, del derecho a ser dejado solo, del rumbo que siguió éste, consecuencia del camino que abrió el tema civilista desde las vertientes del derecho a la propiedad, a la tierra y al ganado hasta alcanzar la protección de los sentimientos del intelecto, de la vida privada, pero que trajo en un engranaje pertinente el derecho a ser dejado solo. Pero realmente, el principal argumento que Brandeis esgrimió en la defensa del derecho a la privacidad fue la exigencia de toda persona de controlar su propia información personal: “el principio que fundamenta la protección de este derecho es el de su personalidad inviolable. A partir del momento de este reconocimiento el derecho a la privacidad pierde su vertiente histórica más patrimonial para consagrarse como el derecho que posee cada persona para defenderse de intrusiones ajenas”. (Historia de la prensa de los Estados Unidos de Norteamérica). Disponible en http://laplumaquemecelacuna.blogspot.mx/2011/05/historia-de-la-prensa-de-los-estados_16.html, Brandeis and Warren. The right of privacy. Fecha de consulta en http://groups.csail.mit.edu/mac/classes/6.805/articles/privacy/Privacy_brand_warr2.html. Fecha de consulta: 11 de mayo de 2018.

¹⁰⁷ *Op. cit.*, p. 20 (se repite el número de cita).

2017, dio otro gran paso con la Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados (LGPDPSSO), al tratarse de una Ley cuya convergencia es total con aquella de primera emisión para el ámbito privado y de obligatoriedad al territorio nacional.

El Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO) de la información en salud, en específico de la depositada en el expediente clínico es de ineludible e incuestionable relevancia, aún más para la toma de decisiones conjuntas durante la atención clínica, ejercicio que obliga a una reflexión de los elementos bioéticos que convergen, como el respeto a la autonomía del paciente, enteramente reflejado con la obtención de los correspondientes consentimientos bajo información para los rubros de competencia (investigación o ámbito clínico); no es menor mencionar que el ejercicio de esos derechos deviene de otros largamente pugnados como el de la libertad de expresión, emanados, señalan algunos estudios,¹⁰⁸ de un bien jurídico primigenio.

No obstante lo anterior, es preciso mencionar que el acceso a la información en salud, como sucede con el resto de derechos, encuentra límites que sería justamente el de la protección de información de terceros, en los supuestos de estado de necesidad terapéutica o decisiones clínicas inacabadas,¹⁰⁹ ya lo advierte la Declaratoria Lisboa en el artículo 7 numerales 2 y 4; sin embargo la intención y obligación innegable es brindar la información verbal y escrita al titular de los datos personales, o su representante legal en los términos fijados por la LGPDPSO.

Así, el expediente clínico, es uno de los elementos centrales de la materia de acceso a la información, los cuales son confidenciales, en virtud de que contienen aquellos referentes a la identidad, así como al estado de salud físico y/o mental de una persona. De acuerdo a la Norma Oficial, éste es propiedad de la Institución que lo genera y conserva; sin embargo, la información plasmada únicamente corresponde al aportante, es decir, al paciente. No obstante, algunos centros hospitalarios consideran como suya la información contenida en el expediente clínico y ello aún genera resistencia para hacer efectivo el procedimiento de acceso a la información.¹¹⁰

Es viable ahora recordar cómo se posicionó el ejercicio de ese derecho en nuestro país para el año 2004 diversas instituciones de salud pública,¹¹¹ ante la contundente apertura del expediente clínico, mantuvieron una actitud de asombro e incredulidad pues en ella se daba la oportunidad de acceder a un documento tradicionalmente manejado como “inaccesible” o “confidencial” en el significado simplista de un documento que debía tratarse a manera discrecional.

¹⁰⁸ De la Parra, Eduardo, *Libertad de expresión y acceso a la información*, *op. cit.*, p. 68

¹⁰⁹ Arellano, Juana y Sánchez Morales, Carlos Augusto, “¿El expediente clínico debe ser clasificado como confidencial y reservado?”, *op. cit.*, pp. 111-122

¹¹⁰ *Idem.*

¹¹¹ Arellano, Juana, *Notas de trabajo Reuniones de trabajo con Directores Médicos y Unidades de Transparencia*, Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental, 2004.

Aun y cuando el acceso no estaría condicionado salvo situaciones específicas, la resistencia fue definitiva, lo cual derivó en años subsecuentes, en múltiples negativas respecto al acceso al expediente por parte de algunas instituciones médicas.¹¹² Ante tal situación, el entonces Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI) hoy Instituto Nacional de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales (INAI), ordenó a distintas instituciones de salud el acceso al (expediente), con el apercibimiento definitivo para el caso de incumplimiento, de dar vista e intervención a los Órganos Internos de Control correspondientes, lo que implicaría en su caso, responsabilidad administrativa, que podría traer una sanción para quien se determinara responsable.

Al día de hoy, las negativas de acceso al expediente se han reducido, pues las interpretaciones que en su momento existieron, dieron pie a que el entonces IFAI emitiera el siguiente: “CRITERIO/0004-09 Expediente clínico”. Por regla general su confidencialidad no es discutible al titular de sus datos personales o a su representante legal.

Si consideramos que la titularidad del expediente y quien debe tenerlo así como conservarlo, es materia ya discutida y resuelta, total o parcialmente por la normatividad, hay temas relacionados que aún están en la mesa de discusión,¹¹³ lo que ha hecho prevalecer la posición de un gran número de médicos mexicanos respecto al acceso al expediente, propiciando incomodidad y reticencia para atender el procedimiento de acceso; no obstante es necesario señalar que al día de hoy, el ejercicio del derecho de acceso a la Información se ha consolidado, tal como se observa en el informe de labores 2017 que el Comisionado Ponente del Instituto Nacional de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales dictó al H. Congreso de la Unión, donde se destaca que es el Instituto Mexicano del Seguro Social¹¹⁴ la tercera institución con el mayor número de solicitudes de información con 9749 concernientes en su mayoría a datos personales.

La tendencia en 2004 de ubicar al IMSS, ISSSTE, Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán e Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, como las de mayor número de solicitudes de información en la materia, se ha mantenido a lo largo de los años y destacan como las instituciones que más reciben solicitudes de información, en el rubro de expediente clínico.¹¹⁵

¹¹² Ver <http://consultas.ifai.org.mx/Sesionessp/Consultasp> Instituto Nacional de Acceso a la Información Pública, Resoluciones de Recursos de Revisión, años 2003- 2006.

¹¹³ El acceso al expediente de investigación o el acceso a la información en cuanto a los estudios practicados con fines de investigación siguen siendo un área gris. Saruwatari, Garibiñe, “Vida privada y derecho a la información en la biomedicina” en Manuel Ruiz de Chávez y Brena, Ingrid (coord.), *Bioética y derechos humanos*, Comisión Nacional de Bioética, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2018, p. 150.

¹¹⁴ Informe de Labores INAI 2017. Disponible en <http://rendiciondecuentas.org.mx/informe-de-labores-inai-2017/>. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2018.

¹¹⁵ *Idem*.

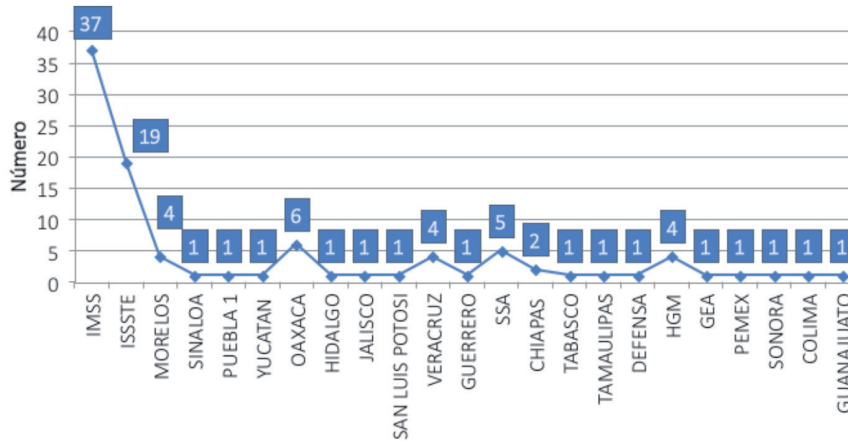
Así, el expediente clínico, es requerido no sólo como una herramienta facilitadora en la toma de decisiones u opiniones médicas, sino también, como un medio para la defensa legal de los médicos y la interposición de controversias médicas, pudiendo llegar a constituir un instrumento con el que se sustente la veracidad de los hechos, acciones u omisiones de la práctica clínica, por lo que reviste especial interés.

No se trata de que las instituciones requirieran el expediente clínico bajo el acecho de una medicina defensiva, sino a la luz de la puesta en marcha de las mejores prácticas en salud, que reposicione el ejercicio de una práctica añeja, como es la medicina, cuya esencia es la humanidad.¹¹⁶

Diagnóstico de la temática desde la emisión del instrumento hasta la actualidad

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en lo que concierne al expediente clínico y el acceso a la información en salud, emitió durante los años 2010-2016 un total de 96 recomendaciones, en su mayoría convergentes con inadecuada atención médica, negligencia médica, violencia obstétrica y vulneración a la protección a la salud y específicas al rubro de incumplimiento en la integración del expediente clínico (Gráfica 1).

Gráfica 1. Recomendaciones emitidas 2000-2016 por autoridad competente

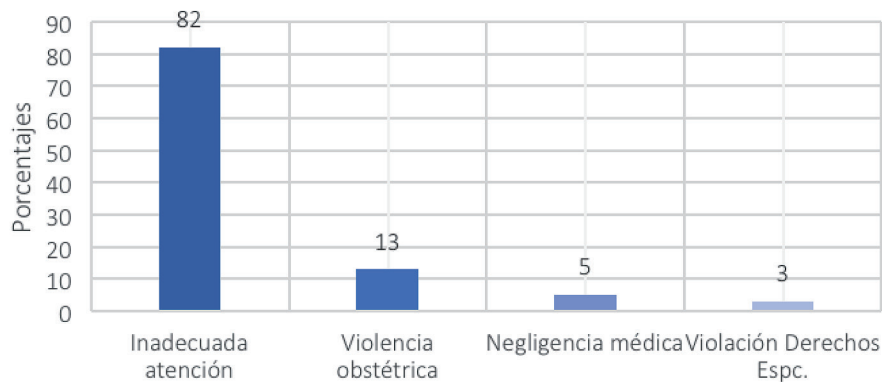


FUENTE: Elaborada propia, con referencia en la Recomendación General 29/2017 sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios en salud. Y contenido de cada recomendación en <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones>.

Pudiéndose observar que el 37.5 por ciento, 19.79 por ciento y 6.25 por ciento se encuentran concentradas en el IMSS, el ISSSTE y el Gobierno del Estado de Oaxaca respectivamente. Se destaca que el 62 por ciento del universo de éstas correspondan a mujeres, y la mitad de ellas se encuentra relacionada al rubro de violencia obstétrica (Gráfica 2).

¹¹⁶ Sánchez, Virginia, “La Ética en la relación médico-paciente”, en González Martínez, José Francisco y León Paoletti, Ángel Ignacio, *El reto de ser médico*. México, 2017, pp. 71-86

Gráfica 2



FUENTE: Elaboración propia, con referencia en el Instrumento de Posicionamiento 29/2017 sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios en salud. Y contenido de cada recomendación en <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones>

Es posible que el IMSS e ISSSTE al ser las Instituciones con el mayor número de pacientes a atender¹¹⁷ sean también a consecuencia de ello, quienes acumulan el mayor número de recomendaciones por inadecuadas atenciones médicas, que concurren con la deficiente integración del expediente clínico y tengan así el mayor porcentaje de puntos recomendatorios pendientes por atender.

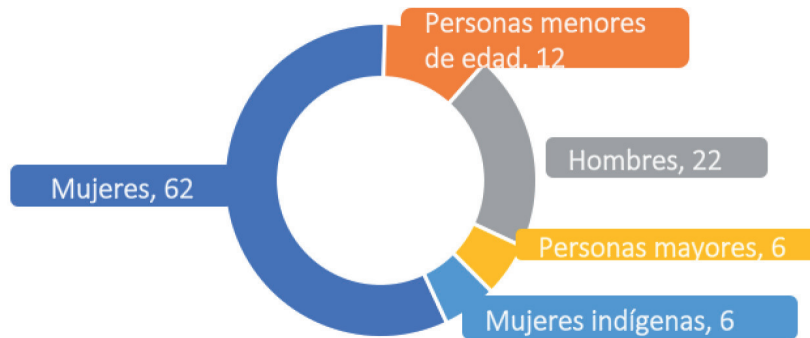
De las recomendaciones distribuidas en los diferentes estados, un total del 76 por ciento de las autoridades se encuentra en estatus de trámite 47 por ciento en el IMSS y 42 por ciento en el ISSSTE; con un total de 36 y 20 recomendaciones respectivamente, aún por atender.¹¹⁸

Cabe destacar que, del total de las 96 quejas, 62 correspondieron a mujeres, 6 de ellas pertenecientes a integrantes de alguna comunidad indígena (principalmente mazahuas), 45 de ellas identificadas en el rubro de inadecuada atención médica, con la agravante de pérdida de la vida y/o del producto en los, correspondientes a violencia obstétrica; representando el 72 por ciento de decesos de mujeres.

¹¹⁷ Población que atiende el IMSS: 13121651 sólo entre los Estados de Baja California, Chiapas y Oaxaca, tratándose de los estados que mayor número de recomendaciones recibieron entre los años 2010-2016 en el tema. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/imss-prospera/estadisticas>. Fecha de consulta: 15 de julio de 2018, 10:40 p.m.). Población que atiende el ISSSTE: 14715635, sólo entre los Estados de Ciudad de México, Estado de México y Michoacán, tratándose de los estados que mayor número de recomendaciones recibieron entre los años 2010-2016 en el tema. Disponible en <http://www.issste.gob.mx/datosabierto/anuarios/anuarios2017.html#cap1>. Fecha de consulta: 15 de julio de 2018.

¹¹⁸ Listado de autoridades por estatus. Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Información Proporcionada para el presente estudio, por la Titular del Área, Lic. Rosalba María del Carmen Zárate Quintana, 16 de julio de 2018.

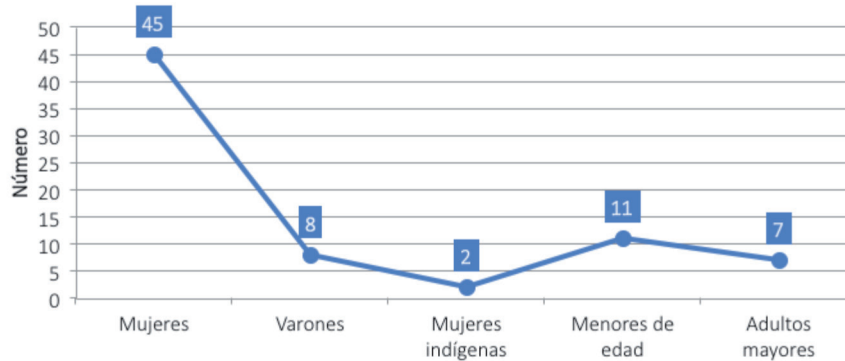
Gráfica 3



FUENTE: Elaboración propia, con referencia en el Instrumento de Posicionamiento 029/2017 sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios en salud y contenido de cada recomendación en <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones>

La cifra representa el 17 por ciento del total de las recomendaciones emitidas con casos cuyas víctimas fueron hombres, con un total de 8 defunciones de los 22 casos en queja y con la emisión de su correspondiente recomendación.

Gráfica 4. Decesos



FUENTE: Elaboración propia, con referencia en la Recomendación General /2017 sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios en salud. Y contenido de cada recomendación en <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones>

Por su parte nueve recomendaciones hacen converger el incumplimiento del expediente clínico con el del llenado y manejo adecuado del consentimiento bajo información, casos coligados con la interrupción del ejercicio de libertades como procreación y la autonomía reproductiva.¹¹⁹ El incorrecto tratamiento del consentimiento informado es de preocupar, pues se trata no solo de

¹¹⁹ Sentencia T627/12 de Corte Constitucional de Colombia resulta relevante en el tema que ocupa. Sentencia T 627/12 Colombia. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-627-12.htm>. Fecha de consulta: 17 de julio de 2018.

un trámite administrativo¹²⁰ a satisfacer; lo es, pero su función principal tiene su origen en los principios de la bioética, el respeto a la autonomía del paciente. El consentimiento informado es el documento que tiene por fin dar cuenta de la información verbal proporcionada al paciente, el entendimiento que éste logró y la obtención de una autorización consciente para que el personal de salud realice determinada práctica clínica-invasiva.

El respeto a la autonomía de las personas, tendrá como expresión documental en la práctica clínica y de investigación al consentimiento informado; entre otros elementos de la información estarán la revelación de la información, la recomendación de una acción y el entendimiento.¹²¹ Ello agrega dos reglas adicionales para el consentimiento informado: la regla de información compartida y la regla del tiempo de asimilación, lo que converge con el concepto de entendimiento.¹²²

La falta de esos dos elementos podría llegar a vulnerar la autonomía del paciente, con prácticas como la omisión de información o falta de llenado adecuado del consentimiento informado, el cual afecta la libertad de participación del paciente en la toma de decisiones clínicas, resulta digno de destacarse, toda vez que las consecuencias de acción u omisión durante el proceso para requisitar un consentimiento bajo información, pudieran ser la falta de validez jurídica del acto (por ejemplo al faltar los datos de los testigos) hasta graves, como la trasgresión al proyecto de vida¹²³ (Recomendaciones 20/2014, 14/2012, 41/2012, 33/2014, 31/2016) y/o su presunta vinculación con la pérdida de la vida (como ocurrió en seis casos de los nueve referenciados en tal incumplimiento).

Otros aspectos a resaltar del análisis a las 96 recomendaciones relacionadas con la integración y llenado adecuado del expediente clínico, corresponden en 34 ocasiones de las 62, proporcionadas, a atención médica relacionada a mujeres, además de la inadecuada atención médica, el trato indigno, (dos ocasiones vinculadas con alumbramiento en vía pública

¹²⁰ Santillán Doherty, Patricio, “El Consentimiento Informado en la biomedicina”, en Manuel Ruiz de Chávez e Brena, Ingrid (coord.), *Bioética y derechos humanos, op. cit.*, pp. 125-143.

¹²¹ Consejo, Carolina, “La toma de decisiones en el ámbito de la atención a la salud y el consentimiento informado”, en Víctor M. Martínez, *Consentimiento Informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica*. México, UNAM, 2017, pp. 55-56.

¹²² Hernández, Abreu, “El consentimiento informado en la teoría y la práctica”, en Martínez, Víctor M., *Consentimiento Informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica*. México, UNAM, 2017, p. 90.

¹²³ Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, concibió “el proyecto de vida” como “[...] la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas [...] se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial”. Sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas), “Caso Loayza Tamayo vs. Perú”, párrs. 147 y 148. Disponible en http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_42_esp.pdf. Fecha de consulta: 17 de julio de 2018.

Recomendaciones 15/2014, 19/2015)¹²⁴, la violencia obstétrica, convergentes en nueve ocasiones con la pérdida de la vida de la mujer o del recién nacido.

Otro tema que devela el análisis al contenido de las recomendaciones de mérito, es el de la inadecuada atención relacionada con la falta de vigilancia del embarazo, parto y puerperio, siendo una constante la omisión de apego a la norma oficial en la materia, así como, de documentos de elaboración obligatoria en el expediente clínico, como el partograma¹²⁵ y/o la ausencia de los registros de signos vitales, cuya omisión en principio pareciera administrativa o de incumplimiento normativo, no obstante para el caso que ocupa deriva en nueve casos de pérdida de la vida de la mujer o del recién nacido. (Recomendaciones 19/2015, 20/2015, 39/2015, 52/2015, 46,2015, 45,2015, 10/2015, 5/2015, 35/2016, 31/2016). En el Instrumento de Posicionamiento 19/2015 se añade el nacimiento en vía pública, y la divulgación del alumbramiento en internet, desatendiendo en todo, la esfera más íntima de la persona humana.¹²⁶

En el caso de las personas menores de edad, es de subrayar, que habiéndose emitido doce recomendaciones, diez de ellas correspondan a inadecuada atención, una negligencia médica (Recomendación 58/2011) y una más en la que se afectó la libertad y autonomía reproductiva (Recomendación 31/2016), aunado a que once de los doce casos tuvo aparejada la consecuente pérdida de la vida¹²⁷ es decir el 91 por ciento del total de los casos.

Otros grupos vulnerables como las personas mayores, los indígenas y personas privadas de la libertad, son motivo de tratamiento especializado en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH), en el cual se observa la amplia protección que les brindan los tratados internacionales de los que México forma parte y que obligan al cumplimiento de los estándares que en materia de protección a la salud se asumen, para tal efecto en ambos casos, la eliminación de toda práctica de discriminación.

¹²⁴ El derecho al trato digno se refiere a la prerrogativa que tiene toda persona a que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales, de trato, acordes con las expectativas en un mínimo de bienestar reconocidas por el orden jurídico. Implica un derecho para el titular que tiene como contrapartida la obligación de todo servidor público de omitir las conductas sobre tratos humillantes, vergonzosos o denigrantes, que coloquen a la persona en la condición de no hacer efectivos sus derechos, teniéndose como bien jurídico protegido un trato respetuoso dentro de las condiciones mínimas de bienestar.

¹²⁵ Partograma. f. Recogida en una gráfica de los parámetros del parto, como las contracciones uterinas (intensidad, frecuencia y duración de las mismas), la frecuencia cardiaca fetal, la dilatación cervical y la altura de la presentación fetal en la pelvis. Disponible en <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/partograma>. Fecha de consulta: 17 de julio.

¹²⁶ El artículo 1o. constitucional, párrafo quinto, dispone que queda prohibido cualquier acto que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. Los artículos 11.1. de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos y el 1o. de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, precisan que toda persona tiene derecho a recibir un trato digno, por lo que se deben promover, proteger y asegurar todos sus derechos humanos y libertades.

¹²⁷ Ya que los agravios cometidos en su contra, al ser analizados atendiendo al interés superior del niño, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales en la materia, implicaba que el menor de edad recibiera una atención prioritaria e inmediata.

Todas las recomendaciones se encuentran estrechamente relacionadas con el impedimento a conocer la verdad¹²⁸ del proceso clínico desde la estructuración del expediente clínico, como el documento fuente que permitiría conocer los hechos, en sus características de tiempo, modo y lugar, así como de su correcta integración, disponibilidad y accesibilidad, la cual se podría o no ejercer una variante del derecho a la verdad,¹²⁹ las omisiones de nombres completos y firmas de los médicos tratantes, así como la falta de compleción, ilegibilidad, pérdida de información, sustitución de la información de un paciente por la de otro paciente, esto constituye actos que irrumpen con el ejercicio de ese derecho y en la mayoría de los casos a la vez en *dispraxis* en la atención médica.¹³⁰

Las omisiones persistentes en las 96 recomendaciones en materia de expediente clínico y vinculadas con la inadecuada atención médica, negligencia médica y vulneración de derechos, se agrupan en: falta de identificación adecuada del paciente (nombre, edad, sexo), notas clínicas breves, con abreviaturas excesivas e ilegibles, falta de identificación de los médicos tratantes (nombres completos, firmas), notas clínicas omisas, extravío de las mismas y desorden cronológico.

Es de llamar la atención que en tres de los casos el incumplimiento del expediente clínico, obedeciera al extravío de este documento, siendo considerado por la autoridad ministerial “sin falta de delito” (14/2016: IMSS PUEBLA), lo que devela no solo el incumplimiento normativo de la NOM 004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, sino también, el correspondiente a la responsabilidad administrativa por el incumplimiento de guarda y custodia de la información que con motivo de su cargo, empleo o comisión se allegan los servidores públicos, el del extravío de un documento de archivo clasificado confidencial por contener datos personales sensible al amparo de la Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados.

¹²⁸ El derecho a la verdad no se encuentra explícitamente recogido en los instrumentos interamericanos de derechos humanos. No obstante, desde sus inicios tanto la CIDH como la Corte Interamericana han determinado el contenido del derecho a la verdad y las consecuentes obligaciones de los Estados a través del análisis integral de una serie de derechos establecidos tanto en la Declaración Americana sobre los Derechos y Deberes del Hombre (en adelante “Declaración Americana”) como en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante “Convención Americana” o “CADH”). Derecho a la verdad en las Américas, 2014. Disponible en www.cidh.org. Fecha de consulta: 17 de julio de 2018.

¹²⁹ El derecho a la verdad —reconocido explícitamente como respuesta a las desapariciones forzadas— se aplica también a otras violaciones graves. Algunos de sus aspectos se van aceptando en forma creciente a nivel internacional: • Se vincula al derecho a un recurso efectivo e incluye el derecho a una investigación efectiva y a la verificación de los hechos y la presentación pública de la verdad, y el derecho a la reparación. • Las víctimas y sus familias tienen el derecho imprescriptible a saber la verdad acerca de las circunstancias en las que ocurrieron las violaciones a los derechos humanos 1. • Está vinculado con el derecho de los familiares y comunidades a conmemorar y a hacer duelo por las pérdidas humanas en formas que sean culturalmente adecuadas y dignas. Disponible en <http://ictj.org/sites/default/files/ICTJ-Book-Truth-Seeking-Chapter1-2013-Spanish.pdf>. Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2018, 11:40 p.m.

¹³⁰ Una mala práctica por incompetencia de varios tipos asociada con deficiencias que van desde la falta de habilidad y experiencia hasta la torpeza, la negligencia y la imprudencia. A esto se agregan prácticas anómalas que van desde el conflicto de interés hasta la corrupción. En Leoncio Lara, *La dispraxis en México. Integración de conceptos, fenómenos adversos*. Véase Fernando Cano Valle, (coord.), *Dispraxis*. México, UNAM, IJ, 2012, p. 13.

⁷³ *Idem*.

A modo de síntesis, se ilustra en la siguiente tabla la irregularidad detectada en el expediente clínico y su vinculación con el proceso de atención clínica, los aspectos relevantes a destacar y los derechos humanos principalmente vulnerados.

Tabla 4

Fallas en el expediente clínico	Vinculación con el proceso clínico	Aspectos relevantes	Principales derechos y Principios vulnerados
Errónea identificación del paciente	Seguridad del paciente. Interés superior del paciente.	Puede derivar en dispraxis ¹³¹ por identificación errónea de pacientes o inadecuada integración de estudios clínicos.	Derecho a la vida. Derecho a la protección de la salud. Derecho a conocer la verdad desde el ejercicio del derecho de acceso a la información en materia de salud. Principio de autonomía. Trato Digno.
Omisión de datos de identificación del médico tratante.	Ámbito de responsabilidad del profesional médico. Interés superior del paciente.	Su vinculación con el derecho a la verdad y la relatoría de la atención clínica.	Derecho a la vida. Derecho a la protección de la salud. Derecho a conocer la verdad desde el ejercicio del derecho de acceso a la información en materia de salud. Trato Digno.
Ilegibilidad	Seguridad del paciente. Interés superior del paciente.	Un asentamiento ilegible es un acto inseguro, puede derivar en una dispraxis.	Derecho a la vida. Derecho a la protección de la salud. Derecho a conocer la verdad desde el ejercicio del derecho de acceso a la información en materia de salud. Trato Digno.
Abreviaturas en exceso	Seguridad del paciente. Interés superior del paciente.	Una abreviatura puede derivar en una dispraxis. Infringe la seguridad del paciente.	Derecho a la vida. Derecho a la protección de la salud. Derecho a conocer la verdad desde el ejercicio del derecho de acceso a la información. Trato Digno.

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Falta de integración oportuna de estudios clínicos,	Seguridad del paciente. Afecta el proceso de razonamiento clínico para la toma de decisión diagnóstica o terapéutica. Interés superior del paciente.	Puede derivar en una dispraxis.	Derecho a la vida. Derecho a la protección de la salud. Derecho a conocer la verdad desde el ejercicio del derecho de acceso a la información en materia de salud. Trato Digno.
Falta de diagnóstico oportuno	Seguridad del paciente. Interés superior del paciente.	Una abreviatura puede derivar en una dispraxis. Infringe la seguridad del paciente.	Derecho a la vida. Derecho a la protección de la salud. Derecho a la libertad reproductiva. Derecho a la libertad de procreación. Derecho a conocer la verdad desde el ejercicio del derecho de acceso a la información en materia de salud. Principio de autonomía. Trato digno.
Omisión de notas clínicas por falta de elaboración o extravío.	Seguridad del paciente. Afecta el razonamiento clínico para la toma de decisión diagnóstica o terapéutica. Interés superior del paciente.	Una abreviatura puede derivar en una dispraxis. Infringe la seguridad del paciente.	Derecho a la vida. Derecho a la protección de la salud. Principio de autonomía. Trato digno. Derecho a conocer la verdad desde el ejercicio del derecho de acceso a la información en materia de salud.

FUENTE: Elaboración propia.

Para concluir esta sección es conveniente señalar que del total de las 38 autoridades¹³² a las que en su momento se emitió alguna recomendación además de la Recomendación General 029/2017 concerniente a la atención a la salud y el cumplimiento del expediente clínico, al menos una se encuentra en proceso de recertificación hospitalaria ante el Consejo de Salubridad General, aplicándole el tipo de estándares de hospital y con estatus de implementación guiada,¹³³ resultando paradójico que se trate del mismo Hospital que tuvo entre los años 2010 – 2014 cuatro recomendaciones de incumplimiento en el manejo y llenado del expediente clínico, de las cuales una (Recomendación 60 /2013) aún se encuentra en trámite por cumplimiento parcial. Valga recordar que uno de los estándares de evaluación para los hospitales que anhelan obtener la certificación hospitalaria, es el del gestión de la comunicación y la información, con un estándar medible con área de enfoque en el

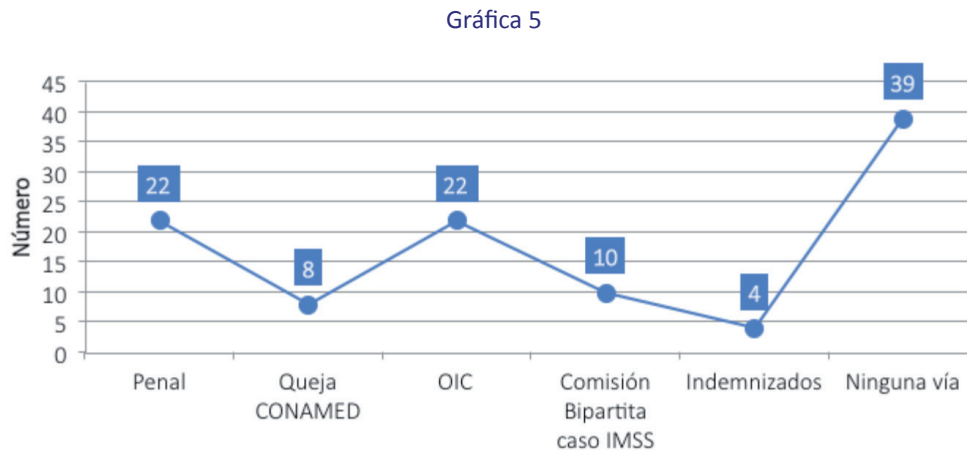
¹³² 32 Estados Federativos, IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos, Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Secretaría de Salud.

¹³³ Consultado en portal del Consejo de Salubridad General, establecimientos de atención médica en proceso de certificación. Disponible en http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/establecimientos/en_proceso/Enproceso-GRAL-Julio-2018.pdf. Fecha de consulta: 17 de julio de 2018.

expediente clínico, que obliga a los aspirantes e instituciones certificadas a contar con expedientes clínicos que contengan la información adecuada, para identificar al paciente, para apoyar el diagnóstico, para justificar la atención y el tratamiento, así como para documentar el curso y los resultados del tratamiento.¹³⁴

Otras vías jurídicas relacionadas con las 96 recomendaciones¹³⁵

Es menester señalar la situación jurídica de cada una de las recomendaciones ya que algunas víctimas además de la queja en la CNDH interpusieron otras acciones legales:



FUENTE: Elaboración propia, con referencia en el Instrumento de Posicionamiento 029/2017 sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios en salud. Y contenido de cada recomendación en <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones>.

Resulta relevante señalar que en el 40 por ciento de los casos, las víctimas aparentemente no utilizaron otras vías legales para hacer valer sus derechos, mientras que el 25 por ciento de ellas, iniciaron una acción penal y un porcentaje menor eligió un procedimiento conciliatorio con la autoridad competente, que tiene esa figura, como el caso del IMSS con la Comisión Bipartita.

Estatus actual de las 96 recomendaciones

De las 96 recomendaciones emitidas por la CNDH entre los años 2010-2016, 41 se encuentran aún con pruebas de cumplimiento parcial, mientras que 54 fueron atendidas con pruebas de cumplimiento total a sus puntos recomendatorios, las recomendaciones aún en curso son:

¹³⁴ Modelo de Seguridad del Paciente. Estándares para implementar el modelo en Hospitales. Edición 2018. Disponible en http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf. Fecha de consulta: el 17 de julio de 2018.

¹³⁵ Listado de autoridades por estatus. Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Información Proporcionada para el presente estudio, por la Titular del Área, Lic. Rosalba María del Carmen Zarate Quintana, 16 de julio de 2018.

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Tabla 5. Recomendaciones con cumplimiento parcial

RECOMENDACIÓN	ESTATUS	PUNTOS RECOMENDATORIOS	AUTORIDAD RESPONSABLE
58/2012	TRÁMITE	6	ISSSTE
60/2013	TRÁMITE	6	SSA
33/2013	TRÁMITE	6	GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA
25/2013	TRÁMITE	6	IMSS/SINALOA
17/2013	TRÁMITE	5	COMISION NACIONAL DE SEGURIDAD
50/2014	TRÁMITE	9	GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA
43/2014	TRÁMITE	7	GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO
37/2014	TRÁMITE	7	IMSS
35/2014	TRÁMITE	7	GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO
33/2014	TRÁMITE	7	IMSS
30/2014	TRÁMITE	13	IMSS/HIDALGO
29/2014	TRÁMITE	7	GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS
25/2014	TRÁMITE	7	GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA
52/2015	TRÁMITE	7	IMSS
46/2015	TRÁMITE	8	GOBIERNO DEL ESTADO DE MORELOS
45/2015	TRÁMITE	19	GOBIERNOS DE LOS ESTADOS DE CHIAPAS Y TABASCO
44/2015	TRÁMITE	9	GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO
40/2015	TRÁMITE	7	GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ
39/2015	TRÁMITE	7	IMSS
32/2015	TRÁMITE	18	IMSS/ GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA
30/2015	TRÁMITE	6	ISSSTE
29/2015	TRÁMITE	7	IMSS
25/2015	TRÁMITE	6	IMSS
24/2015	TRÁMITE	7	IMSS
20/2015	TRÁMITE	7	GOBIERNO DEL ESTADO DE MORELOS
19/2015	TRÁMITE	6	IMSS
ONCE/2015	TRÁMITE	8	IMSS
SIETE/2015	TRÁMITE	8	ISSSTE

FUENTE: Elaboración propia, con referencia en Listado de autoridades por estatus. Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Información.

Cabe señalar que el estatus de recomendaciones por instancias alusivas al tema del expediente clínico en 2017 y primer semestre 2018, se comportó de la siguiente forma:

Tabla 6. Estatus de recomendaciones

IMSS	3/2017
	5/2017
	6/2017
	49/2017
	56/2017
ISSSTE	43/2017
	46/2017
DEFENSA -PGR	38/2017
PETROLEOS	41/2017
COAHUILA	17/2017
TABASCO	24/2017
VERACRUZ	7/2018
TABASCO	24/2017

FUENTE: Elaboración propia, con referencia en Listado de autoridades por status. Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Información.

Como puede observarse el número de recomendaciones en IMSS e ISSSTE fue de poco más de la mitad de las recibidas en el año 2017; mientras que para el primer semestre de 2018 ingresaron dos (7/2018 y 13/2018), dirigidas al Gobierno del Estado de Veracruz y a la Secretaría de Marina, respectivamente.

Conclusiones

Se advierte que la inadecuada integración y llenado de los expedientes clínicos es una práctica recurrente de los nosocomios del sistema nacional de salud en México, ello se ha documentado por diversos autores y autoridades; aunque pueda considerarse una situación menor o de corte meramente administrativo, como se ha expuesto, también existe la omisión de una nota clínica, una letra ilegible además de ser actos de poca seguridad para el paciente, ello podrían llegar a provocar una dispraxis, ya que tienen una repercusión inmediata en el proceso de atención clínica.

El extravío de estudios clínicos, el retraso en la glosa de éstos o la pérdida/sustracción de un expediente clínico completo, son la expresión al máximo de conductas negligentes, que irrumpen e interrumpen el proceso establecido de atención clínica y con las cuales se vulnera a la persona en sus esferas más sensibles, la integridad, la privacidad, la autonomía, sin mencionar la afectación al ejercicio de ciertas libertades y derechos humanos (a la vida, a la protección de la salud, al acceso a la información en salud).

Como se ha dicho el ejercicio de los derechos de acceso y rectificación de datos personales en México está íntimamente relacionado con el acceso al expediente clínico, por lo que el Estado deberá poner especial cuidado en la sensibilización del personal de salud, para generar la posibilidad de modificar el paradigma de atención y relación médica (paciente-médico), paternalista, centrado en la información, la colaboración informada del paciente y así dar luz al nuevo vínculo paciente-médico.

Con ello se permite el pleno conocimiento de la información, participar en una nueva forma de comunicación más que reactiva, proactiva, anticipando las necesidades del paciente con la participación del médico y con un enfoque siempre por la adecuada integración del instrumento fuente, el expediente clínico.

Propuestas

- 1) Generar acciones conjuntas para socializar el conocimiento (con enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad) que refiere la adecuada integración, manejo y llenado del expediente clínico como el instrumento que constituye la evidencia física de la calidad de la atención médica, y del cual emana información de carácter social, pero sobre todo información que permite al paciente a través del ejercicio del derecho de acceso, conocer en primer lugar la verdad del proceso clínico y participar de la toma de decisiones en salud.
- 2) En materia legislativa es importante generar estrategias y mecanismos que permitan vigilar el cumplimiento normativo y actualizar el contenido del mismo.
- 3) Asimismo, es fundamental sumarnos a la transformación tecnológica en materia de manejo del expediente clínico, a fin de homologar criterios de integración del expediente, interoperabilidad de los sistemas de información en salud y portabilidad de datos.

1.2.3 Recomendación general 31/2017. Sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud

Cuando una mujer es víctima de violencia obstétrica, uno o varios de sus derechos humanos, reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en el Derechos Internacional de los Derechos Humanos, son vulnerados.

Hace más de una década que se emitió la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), la ley visibilizó tipos y modalidades de la violencia que constituyen una violación a los derechos humanos de las mujeres, lo que causa la desigualdad de género; a pesar de que en la LGAMVLV no se define explícitamente a la violencia obstétrica, otras figuras reconocidas en esta ley sirven de marco para el anclaje de conductas que constituyen violencia obstétrica.

Leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

Hasta este momento, el concepto de violencia obstétrica se ha incorporado en las Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de 24 entidades federativas (Aguascalientes, Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Durango, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán, Veracruz y Zacatecas).^{136,137} En diciembre de 2017, el Estado de Sinaloa incorporó un capítulo en su ley, para incluir la violencia contra la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, sin hacer referencia explícita al concepto de violencia obstétrica;¹³⁸ por otra parte, en abril de 2018 el Estado de Tlaxcala, incorporó a su ley a la violencia contra los derechos reproductivos.¹³⁹ El avance en materia legislativa es de suma importancia; sin embargo, aún se requieren estrategias y mecanismos que permitan difundir de manera amplia y constante esa visión de la atención gineco-obstétrica, como una política permanente.¹⁴⁰

¹³⁶ En 2008 cuando se incluyó por primera vez el concepto de violencia obstétrica en las leyes locales de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia; sin embargo, ha sido hasta 2015, 2016, 2017 y 2018 que un mayor número de entidades federativas han incorporado esta modalidad en su normativa y aún faltan entidades por incorporar el concepto en sus leyes. Así mismo, GIRE ha expresado preocupación por la taxatividad con la que se establecen las conductas constitutivas de violencia obstétrica en algunas leyes, *op. cit.*, p. 46.

¹³⁷ Sobre las definiciones que se utilizan en las leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia de las entidades federativas, se sugiere consultar, “Análisis, seguimiento y monitoreo de la política nacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres”, CNDH, pp. 64-68. También se puede consultar la compilación que hace la CNDH de la legislación en materia de violencia obstétrica. Disponible en http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/6_MonitoreoLegislacion/6.0/8_LegislacionViolenciaObstetrica_2015dic.pdf. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2018.

¹³⁸ Artículo 24 Bis B de la Ley de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Sinaloa.

¹³⁹ Artículo 6 de la Ley que garantiza el acceso a las mujeres a una vida libre de violencia en el estado de Tlaxcala.

¹⁴⁰ Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), “Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México”, agosto, 2017, p. 139. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagnostico_VO_port.pdf. Fecha de consulta: 18 de julio de 2018.

En los Estados de Aguascalientes, Chiapas, Estado de México, Guerrero, Quintana Roo y Veracruz, la violencia obstétrica se encuentra tipificada como delito. Respecto a criminalizar y recurrir a la vía penal para casos sobre violencia obstétrica, la CNDH ha señalado que son medidas poco efectivas para asegurar la atención obstétrica adecuada, ya que se centra en la responsabilidad individual y deja de lado la institucional.¹⁴¹ Por su parte el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) deberá exigir desde una perspectiva de derechos humanos, la legislación de diversos tipos penales bajo los cuales sean protegidos aquellos bienes jurídicos que pueden verse lesionados en los casos de violencia obstétrica que son responsabilidad directa del personal de salud.^{142,143}

Diagnóstico sobre Violencia Obstétrica en México

Existen actos y omisiones de diversa índole que se traducen en formas de violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante la atención médica en el proceso reproductivo; sin embargo, también hay discrepancias sobre la terminología empleada para referirse a estos, lo que deriva en poca claridad de sus significados y consecuencias. Las experiencias de maltrato físico o verbal suelen evidenciarse en investigaciones que abordan otros problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, como morbilidad materna, planificación familiar, pérdidas gestacionales, entre otros. Si bien, evidenciar estas situaciones contribuyen a reconocer algunos elementos que forman parte del concepto de violencia obstétrica, al no ser su objetivo principal, también limita el estudio de este fenómeno multifactorial.

La violencia que en ocasiones experimentan las mujeres durante la atención médica del embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud, es un fenómeno que se ha presentado por décadas de diversas formas, independientemente de que, aún ahora, exista una falta de consenso sobre los términos utilizados para nombrarlo. El uso del término violencia obstétrica, en el personal de salud, genera inconformidad y han pugnado por visibilizar que la deficiencia en la atención está determinada no por su voluntad, sino por carencias en infraestructura y

¹⁴¹ CNDH, Recomendación General 31/2017 sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, p. 25. Disponible en http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2018.

¹⁴² GIRE, *op. cit.*, p. 54.

¹⁴³ Pese a que la CNDH, en la Recomendación General 31/2017, se pronunció sobre la inconveniencia de recurrir a la vía penal, el 22 de mayo de 2018, el Gobernador Constitucional del Estado de Coahuila envió al Congreso local una Iniciativa de Decreto que reforma diversas disposiciones del Código Penal para incluir el delito de violencia obstétrica. Disponible en: <http://congresocoahuila.gob.mx/portal/iniciativas-2018>. Fecha de consulta: 30 de mayo de 2018. Por su parte, el estado de Aguascalientes reformó, en junio de 2018, su código penal para tipificar la violencia obstétrica.

recursos.^{144,145} Utilizar el término de violencia obstétrica colabora a visibilizar la existencia de esas conductas para que el Estado tome medidas a fin de prevenirlas y erradicarlas.

El abuso ejercido contra las mujeres durante la atención obstétrica, representa un acto continuo de negligencia médica, cuando ocurre la muerte de la mujer y/o del producto. En el otro extremo, se encuentran tipos de abuso que no están tipificados como delito y no se traducen en un daño evaluable a la salud física. Las formas elementales de abuso son concluyentes para entender las situaciones extremas, pues es en el contexto de los aspectos sutiles de violencia y abuso, que se construye la objetivación de la mujer, es el momento a partir del cual se le desacredita como titular de derechos.¹⁴⁶

Se han identificado dos modalidades de violencia obstétrica. Por un lado, la física, que se materializa cuando se realizan prácticas invasivas,¹⁴⁷ esterilización o uso de métodos anticonceptivos sin consejería previa y consentimiento bajo información,¹⁴⁸ exceso de medicalización, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico, y la psicológica, que abarca discriminación, uso de lenguaje ofensivo, humillante, o sarcástico, falta de información oportuna sobre el proceso reproductivo y trato deshumanizado.¹⁴⁹

Si bien resulta difícil rastrear de manera precisa el origen del término violencia obstétrica, se considera como referente el caso de Venezuela, que en 2007 incluyó el término en su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en donde establece que es: “La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.¹⁵⁰

144 “Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México”, *op. cit.*, p. 137. Desde el Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia (COMEGO) se considera que “el término “violencia obstétrica” se acuñó para “hacer visible” desde el punto de vista político, el problema del maltrato y mala calidad de las pacientes en la atención obstétrica; consideramos que no abona a la mejora de la calidad de la atención”. Opinión proporcionada por el COMEGO en respuesta a cuestionario enviado por la responsable de la investigación sobre la violencia obstétrica del presente estudio.

145 Sobre los discursos del personal de salud que participa en la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, específicamente sobre los obstáculos y facilidades que enfrenta en su práctica para la atención humanizado del parto, se sugiere consultar: “Diagnóstico inicial de la situación de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio de la Microrregión de Huasteca Centro, San Luis Potosí”, *op. cit.*, p. 225 a 259.

146 Castro, Roberto y Erviti, Joaquina, *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/ UNAM, 2015, pp. 86 y 87. Roberto Castro y Joaquina Erviti, “25 años de investigación sobre Violencia Obstétrica en México”, en *Revista CONAMED*. Disponible en <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/24>. Fecha de consulta: 15 de mayo de 2018.

147 Episiotomías, rasurado del vello púbico, monitoreo fetal, enemas, uso rutinario de oxitocina, cesáreas innecesarias.

148 “Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México”, *op. cit.*, p. 27.

149 Recomendación General 31/2017, *op. cit.*, p. 36.

150 Artículo 15.13 de la Ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Disponible en <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2018.

Por su parte, la CNDH en sus recomendaciones ha definido a la violencia obstétrica como:

“Una modalidad de violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”.¹⁵¹

Algunas políticas públicas implementadas previamente a la emisión de la Recomendación General 31/2017:

El IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud suscribieron en 2009 el Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas, con la emisión de este instrumento, se buscó garantizar la admisión y la atención de las pacientes con base en la capacidad resolutive o bien la referencia oportuna, sin condicionar la atención a la afiliación. Haciendo eco de este convenio, en noviembre de 2015, se reformó la Ley General de Salud y se dispuso que los servicios de salud deberán atender de manera expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, independientemente de su afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.¹⁵²

De acuerdo con la ENDIREH 2016,¹⁵³ en los últimos 5 años, de 8.7 millones de mujeres que tuvieron al menos un parto, el 33.4 por ciento sufrieron una o varias formas de abuso durante este. La mayor incidencia de casos se presentó en las siguientes entidades federativas: Estado de México 39.5 por ciento, Ciudad de México 39.2 por ciento, Tlaxcala 37.7 por ciento, Morelos 37.2 por ciento y Querétaro 36.9 por ciento. La menor proporción se registró en: Sinaloa 28 por ciento, Nuevo León 26.9 por ciento, Chihuahua 26.3 por ciento, Guerrero 26.3 por ciento y Chiapas 20.8 por ciento.¹⁵⁴

Una manifestación de la violencia obstétrica es la práctica de cesáreas que no están clínicamente indicadas, situación que vulnera el derecho a la integridad personal de las mujeres, entre otros. Desde 1985, los profesionales de la salud a nivel mundial han considerado que la tasa ideal de cesáreas debe oscilar entre el 10 por ciento y el 15 por ciento de todas las gestaciones que llegan a término.¹⁵⁵ En 1991 en México el 23 por ciento de los nacimientos fueron por cesárea, este

¹⁵¹ Recomendación General 31/2017, p. 37.

¹⁵² Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del ISSSTE, *Diario Oficial de la Federación*: 12 de noviembre de 2015. Disponible en http://www.DOF.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5415150&fecha=12/11/2015. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2018.

¹⁵³ ENDIREH, 2016, *op. cit.*

¹⁵⁴ Roberto Castro y Sonia M. Frias, “Violencia obstétrica en México: resultados de la ENDIREH 2016”, en *Primer Congreso sobre Violencias de Género contra las Mujeres*, p. 3. Disponible en https://www.crim.unam.mx/congresoviolenias/sites/default/files/Mesa%202_Castro%2C%20Fr%C3%ADas.pdf. Fecha de consulta: 18 de julio de 2018.

¹⁵⁵ OMS, HRP, “Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea”, abril, 2015. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2018.

porcentaje ascendió a 36 por ciento en 1999. De 2000 a 2012 hubo un incremento de 50.3 por ciento, pasando de 30 a 45.1 por ciento en ese periodo. En 2014 el porcentaje de cesáreas a nivel nacional fue de 46.6 por ciento.¹⁵⁶ La ENDIREH 2016 registró que de 32.8 millones de mujeres, el 42 por ciento reportó que el nacimiento de su último hijo/a fue por cesárea.¹⁵⁷

Al ratificar los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, México asumió el compromiso de reducir el porcentaje de muerte materna en un 75 por ciento para 2015. Para lograrlo, se dispuso que todos los nacimientos se llevaran a cabo preferentemente en hospitales. Hoy en día, el 96 por ciento de los nacimientos en México ocurren principalmente en hospitales de segundo nivel.¹⁵⁸ Si bien la institucionalización de los partos ha traído beneficios para las mujeres y sus recién nacidos, Sin embargo, conviene destacar que la hospitalización conduce a la medicalización del embarazo, situación que excluye a las parteras tradicionales con las que acuden las mujeres indígenas. La CNDH ha efectuado varios pronunciamientos al respecto, por ejemplo, el siguiente: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Comunicados/2017/Com_2017_158.pdf

Si bien la cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal, no están demostrados los beneficios de las cesáreas para las mujeres o los neonatos en quienes ese procedimiento resulta innecesario. De ahí la importancia de establecer protocolos clínicos que permitan distinguir las situaciones en las que se justifica realizarla; su implementación permitiría disminuir el efecto que factores como la preferencia del personal de salud, la disponibilidad del obstetra, o la demanda por partes de las usuarias que ante una insuficiente información, optan por recurrir a la cesárea.^{159, 160}

Pese a que actualmente en México aún no se alcanza el porcentaje deseable en el número de cesáreas que deben realizarse en un país, en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, no se incluyó una línea de acción cuyo objetivo fuera disminuir la incidencia de estos procedimientos. En el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 se hace referencia a que las cesáreas se ealicen únicamente por indicación médica y se fijó como meta alcanzar el 25 por ciento de cesáreas en el 2018, partiendo de una cifra de 34.1 por ciento en 2011.¹⁶¹

¹⁵⁶ “Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México”, *op. cit.*, p. 84.

¹⁵⁷ ENDIREH 2016, *op. cit.*

¹⁵⁸ Lucielle C. Alkin, *et al.*, “Fortalecer la partería: una deuda pendiente con las mujeres de México”, Mac Arthur Foundation, 2015. Disponible en http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/MxMW_Linea_de_Base_2016_final_para_circular.pdf. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2018.

¹⁵⁹ Rosario Cárdenas, “Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado”, *Gaceta Médica de México*, 2002. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2002/gm024g.pdf>. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2018.

¹⁶⁰ Se sugiere consultar el artículo de los autores José Manuel Hernández Garre, Paloma Echevarría Pérez y María José Gomáriz Sandoval, “¿Némesis obstétrica o disminución del riesgo? A debate bioético el abordaje intervencionista en los partos de bajo riesgo”, en *Acta Bioética*. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000100161>. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2018.

¹⁶¹ Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México, *op. cit.*, p. 86.

Por otra parte, no respetar los procesos naturales del parto y su excesiva medicalización rompe con el principio de autonomía reproductiva y libertad de las mujeres. En ese sentido, sería necesario articular nuevas prácticas clínicas que reduzcan la medicalización de los partos de bajo riesgo y sean respetuosas de los procesos y evoluciones normales; sin negar el derecho de las mujeres a recibir atención especializada cuando se presentan emergencias y/o complicaciones obstétricas. Por ello, es oportuno promover la implementación del “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro”, modelo que tiene por finalidad incorporar actitudes de respeto con la mujer, el recién nacido y su familia, busca eliminar barreras culturales y promueve el acompañamiento psicoactivo durante el trabajo de parto y el apego piel a piel inmediato al nacimiento, además de ofrecer la atención con enfermeras obstetras, parteras profesionales y parteras tradicionales.

Aunque México ha reducido de manera importante la mortalidad materna en un 52 por ciento para 2015, aún es necesario implementar acciones para garantizar la calidad en la atención de las mujeres y los recién nacidos.¹⁶² En 2016 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, conjuntamente con las instituciones públicas y privadas, presentaron el Lineamiento Técnico “Triage Obstétrico, Código *Mater* y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica”, para proporcionar atención inmediata, al acudir la embarazada o puérpera, a los servicios de urgencias obstétricas en las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel con el objeto de calificar y categorizar la atención, así como otorgar atención médica integral por equipos multidisciplinarios de alta competitividad, en caso de presentarse alguna emergencia obstétrica.¹⁶³

En febrero de 2017, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) publicó un “Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México”, su objetivo es la formulación de un estudio que permita conceptualizar la idea de la violencia obstétrica en México, a través de un marco teórico y referencial. Los insumos principales para su elaboración fueron encuestas a mujeres que hayan tenido en el último año un embarazo, independientemente de la duración, y que su resolución haya sido a través de parto o cesárea con el resultado de al menos una hija o hijo vivo, conformando una muestra total de 2,100 mujeres; también se realizaron entrevistas semi-estructuradas al personal de salud. El diagnóstico se realizó en siete entidades federativas: Ciudad de México, Chiapas, Chihuahua, Estado de México, Guanajuato, Oaxaca y Veracruz.¹⁶⁴

¹⁶² Lucielle C. Alkin, *op. cit.*, p. 1.

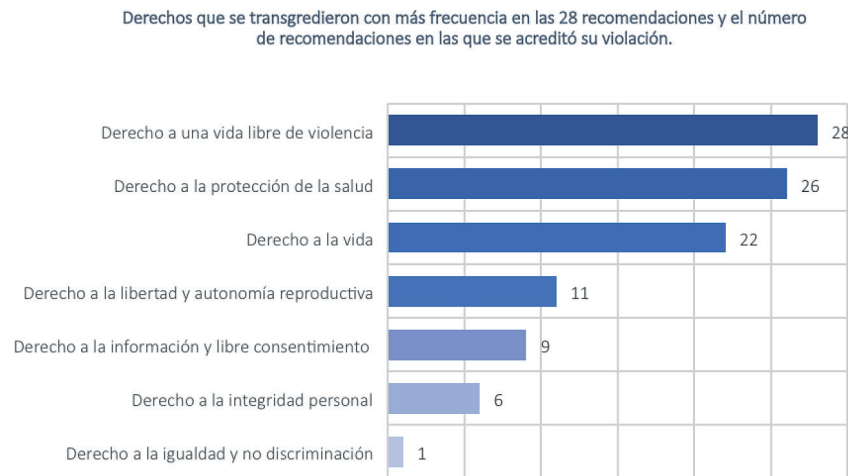
¹⁶³ “Triage Obstétrico, Código *Mater* y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica”, Secretaría de Salud, 2016. Disponible en https://drive.google.com/file/d/0B_Wsl17nCOpWdXA5d3B2aTJ1bFk/view. Fecha de consulta: 15 de julio de 2018.

¹⁶⁴ La selección se llevó a cabo mediante una búsqueda dirigida, basada en tres criterios: el perfil reproductivo, la legislación en materia de violencia obstétrica y la evidencia de quejas en atención a la salud reproductiva. En el criterio sobre quejas presentadas, los indicadores fueron: quejas ante las Comisiones Estatales de Derechos Humanos, Recomendaciones emitidas por la CNDH y casos representativos relacionados con violencia obstétrica. Las encuestas se aplicaron a mujeres que recibieron el alta después de haber tenido hijos en el área de hospitalización, en 16 hospitales públicos de los servicios estatales de salud de la Secretaría de Salud, Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México, *op. cit.*, pp. 11 y 12.

Algunos de los datos que arrojó este diagnóstico fueron: 19 por ciento de las mujeres dijeron no haber sido informadas de los cambios fisiológicos y en general del proceso del embarazo, 33 por ciento no fue informada del proceso del parto, 43 por ciento del procedimiento de cesárea y 26 por ciento del tipo de parto que tendría.¹⁶⁵ Una constante fue la práctica de cesáreas no programadas, en los hospitales donde se realizó el diagnóstico. Por otra parte, el desconocimiento de la normativa sobre la violencia obstétrica fue manifiesta en el personal de salud y las referencias a los principales conceptos y contenidos fueron limitados e imprecisos. La percepción del personal de salud sobre la violencia obstétrica parece relacionarse con aspectos externos al trato o a la relación médico-paciente, la identifican con deficiencias institucionales de recursos humanos, equipamiento e infraestructura.¹⁶⁶

La CNDH, de enero de 2015 a julio de 2017, emitió 28 recomendaciones por hechos constitutivos de violencia obstétrica, lo que a su vez produjo vulneración de otros derechos. Del análisis que hizo ese Organismo Nacional a los expedientes de queja que dieron origen a las 28 recomendaciones, se acreditó la afectación a diversos derechos. En la gráfica 7 se incluyen los derechos que se transgredieron con más frecuencia en las 28 recomendaciones y el número de recomendaciones en las que se acreditó su violación.

Gráfica 6



FUENTE: Elaboración propia con información publicada en el portal de internet de la CNDH.

Del estudio a estas 28 recomendaciones la CNDH concluyó lo siguiente:

“En ocasiones se incumplió con la normatividad sobre el expediente clínico, circunstancia que puede afectar a las víctimas de violencia obstétrica porque le impide conocer su estado clínico

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 79

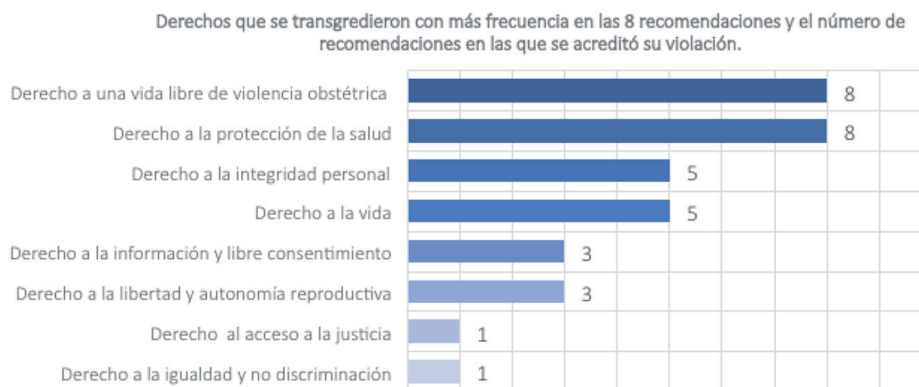
¹⁶⁶ *Ibid.*, pp. 136-141.

o verificar la atención que recibió; en otros casos, los hospitales no cuentan con recursos humanos y materiales necesarios para que el personal de salud efectúe debidamente su trabajo; en otros casos, se acreditó la ausencia de atención gineco-obstétrica, por la ausencia de médicos de base en turno para atender emergencias, lo que constituye una responsabilidad institucional; en algunas, se advirtió que la atención obstétrica se brindó por médicos en proceso de formación, situación que favoreció se materializaran los actos constitutivos de violencia obstétrica”.

Por los hechos precisados y con la finalidad de visibilizar el trato que, en ocasiones, reciben las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, la CNDH emitió la Recomendación General 31/2017, con el objeto de contribuir a que las autoridades identifiquen y combatan aquellas violaciones a derechos humanos de las mujeres durante la atención obstétrica.¹⁶⁷

Posterior a la emisión de la Recomendación General 31/2017, la CNDH ha publicado 8 Recomendaciones por hechos constitutivos de violencia obstétrica.¹⁶⁸ En la gráfica 8 se incluyen los derechos que se transgredieron con más frecuencia en las 8 recomendaciones y el número de recomendaciones en las que se acreditó su violación.

Gráfica 7



FUENTE: Elaboración propia con información publicada en el portal de internet de la CNDH.

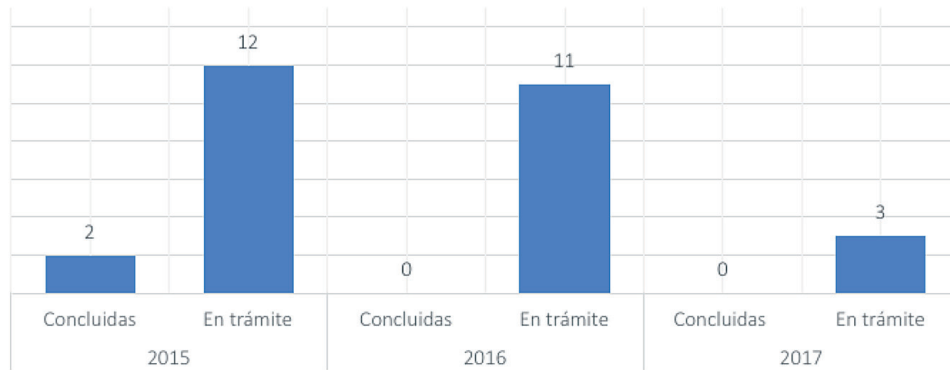
Al aceptar una Recomendación la autoridad se compromete a su cumplimiento total, para ello es necesario una constante y minuciosa revisión de las acciones que deben llevar a cabo para alcanzar lo ahí planteado. Con relación al seguimiento de las 28 Recomendaciones que sirvieron como antecedente para la emisión de la Recomendación General 31/2017, se advierte que, de las 28 recomendaciones particulares, emitidas de 2015 a 2017, solamente 2 han sido concluidas por haberse atendido todos los puntos recomendatorios, tal y como se expone en la gráfica 8.¹⁶⁹

¹⁶⁷ Recomendación General 31/2017, p. 80.

¹⁶⁸ Siendo las siguientes: 27/2017, 41/2017, 43/2017, 46/2017, 48/2017, 56/2017, 75/2017 y 79/2017. Se pueden consultar en <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones>. Fecha de consulta: 11 de julio de 2018.

¹⁶⁹ Información proporcionada por la CNDH, “Sistema de análisis de los procesos relacionados al seguimiento de recomendaciones”, con corte al 16 de julio de 2018.

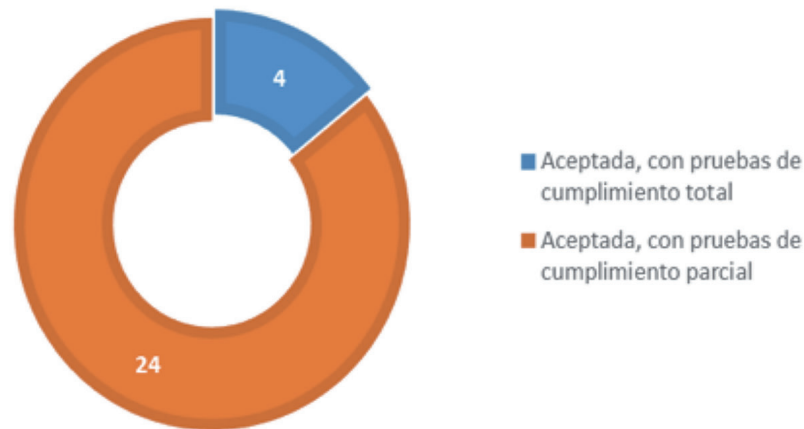
Gráfica 8. Estado que guardan las 28 Recomendaciones Particulares



FUENTE: Elaboración propia con información proporcionada por la CNDH.

De estas 28 recomendaciones, 4 se encuentran como aceptadas con pruebas de cumplimiento parcial, como se advierte en la gráfica 9.

Gráfica 9. Nivel de cumplimiento

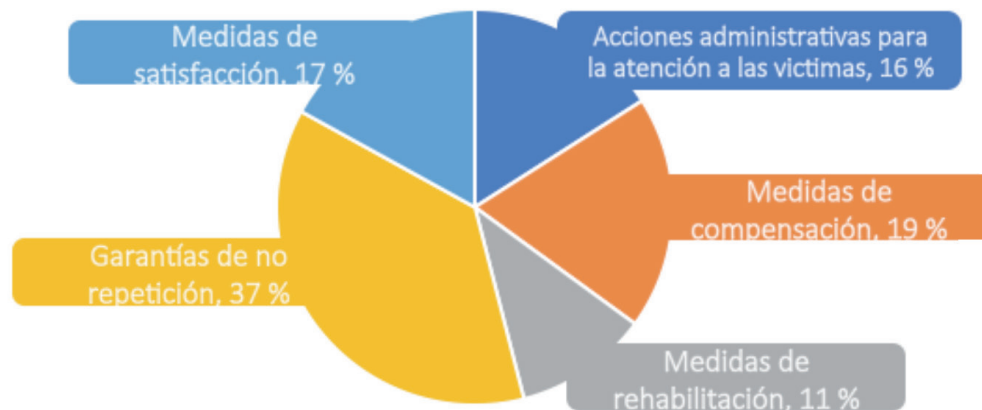


FUENTE: Elaboración propia con información proporcionada por la CNDH.

Para lograr una reparación integral, la CNDH en las 28 Recomendaciones solicitó medidas de compensación, rehabilitación, satisfacción, no repetición y algunas acciones para la atención a las víctimas.¹⁷⁰ Las medidas de reparación que en mayor medida han sido atendidas por las autoridades responsables son las medidas de rehabilitación, seguidas por las medidas de compensación, satisfacción, atención a víctimas incluidas las acciones administrativas para la atención a las víctimas y, por último las garantías de no repetición, como se advierte en la siguiente gráfica.

¹⁷⁰ Inscripción en el Registro Nacional o Estatal de Víctimas, para tener acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral previsto en la Ley General de Víctimas o en la normatividad de la Entidad Federativa que corresponda.

Gráfica 10. Estado que guarda el cumplimiento de las medidas de reparación



FUENTE: Elaboración propia con información proporcionada por la CNDH.

Concepto de violencia obstétrica en Comisiones Locales de Derechos Humanos

La violencia que, en ocasiones, experimentan las mujeres durante la atención médica del embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud, es un fenómeno que vulnera diversos derechos humanos de las mujeres. El papel de los organismos públicos de derechos humanos, es fundamental para lograr que el Estado repare de manera integral a las víctimas de violencia obstétrica por violaciones a sus derechos humanos.¹⁷¹

A través de solicitudes de información pública, se requirió a las comisiones de derechos humanos de las 32 entidades federativas, precisaran si dentro de su catálogo de hechos violatorios a derechos humanos se encuentra de manera explícita el término “violencia obstétrica”. De la información recibida se advierte lo siguiente:

¹⁷¹ El sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos se integra por dos grandes vías: por un lado está la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), y por otro las comisiones de derechos humanos de las 31 entidades federativas y la de la Ciudad de México, este sistema es un instrumento complementario al jurisdiccional, no son antagónicos entre sí, al contrario, se trata de fortalecer la defensa y protección de los derechos humanos, las facultades que las normas atribuyen a estos organismos son más amplias que las tienen los tribunales, pues en la calificación de la naturaleza de las violaciones a los derechos fundamentales, pueden conocer de conductas administrativas no sólo ilegales sino también irrazonables, injustas, inadecuadas o erróneas de órganos federales y locales de acuerdo a su esfera de competencia. Cfr. González Pérez, Luis Raúl, “El sistema no-jurisdiccional de protección de los derechos humanos en México”, IUS. Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, núm. 28, julio-diciembre de 2011, p. 103.

Tabla 7. Información proporcionada por Comisiones locales en relación al uso del término “violencia obstétrica”

De manera explícita	→	14	{ Baja California, Campeche, Chihuahua, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Sinaloa, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas.
Derivado de otras conductas	→	12	{ Aguascalientes, Baja California Sur, Ciudad de México, Coahuila, Jalisco, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas y Yucatán.
No especificaron	→	4	{ Chiapas, Colima, Guanajuato y Tabasco.
No dieron respuesta a la solicitud de información pública	→	2	{ Morelos y Durango.

Si bien, las acciones u omisiones de diversa índole, que se traducen en formas de violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante la atención médica en el proceso reproductivo, tienen encuadre en otros hechos violatorios ya incorporados en los catálogos de hechos violatorios, que utilizan los organismos de derechos humanos, sería conveniente se incorporara de manera explícita la violencia obstétrica, a fin de facilitar el diagnóstico de la situación en las entidades federativas y hacer propuestas a las autoridades competentes para erradicar la problemática.

Cabe destacar que la CNDH además, turnó una copia de la Recomendación a las instituciones públicas de educación superior (IES), formadoras de médicos cirujanos, especialistas en ginecoobstetricia y enfermería, a efecto de que se impartieran a los alumnos del pregrado y posgrado, un taller de sensibilización en materia de derechos humanos, vinculándolo en el marco de la atención obstétrica y atendiendo los enfoques de género e interculturalidad.

Con la intención de conocer sobre las acciones de la CNDH, se dirigieron solicitudes de información pública a los rectores de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), del Instituto Politécnico Nacional (IPN) y de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).¹⁷²

¹⁷² La CNDH turnó copia de la Recomendación General 31/2017 a los rectores de la UNAM, UAM, IPN y al titular de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES). Con relación al titular de la ANUIES, se le envió en los meses de junio y septiembre de 2018, vía correo electrónico, un escrito mediante el cual se le solicitó nos comunicara si se han realizado acciones, con posterioridad a la petición que le hiciera la CNDH; sin embargo, al cierre del presente estudio no se obtuvo respuesta.

En respuesta a las solicitudes de información pública informaron lo siguiente:

Tabla 8. Información proporcionada por IES

Institución	Acciones
UNAM ¹⁷³	<p>Facultad de Medicina: Se incorporó, sin precisar fecha, en el Plan Único de Especializaciones Médicas el Seminario de Educación Médica, que incluye aspectos de bioética y el comportamiento de profesores y residentes ante sus pacientes. Asimismo, se incluyó el tema de la violencia obstétrica en el Diplomado “La perspectiva de género en los servicios de salud”, dirigido a estudiantes y profesionales de la salud. En septiembre de 2017 se realizó un simposio sobre violencia obstétrica. Además, se tiene previsto, sin que precisaran fecha, organizar un taller para estudiantes y docentes de pregrado y posgrado. Para el 2019 tienen programado lanzar una campaña contra la violencia de género, que incluirá el tema de violencia obstétrica.</p> <p>Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia: El actual plan de estudios de la licenciatura en enfermería y obstetricia tiene como ejes transversales la interculturalidad, género y derechos humanos, con ello se pretende dar elementos formativos que contribuyan a disminuir las brechas culturales en los servicios de salud materna e infantil.</p> <p>Facultad de Estudios Superiores Iztacala: Durante el semestre 2018-2 se impartieron cursos de sensibilización sobre el tema de la violencia obstétrica a alumnos de pregrado de la carrera de médico cirujano.</p> <p>Facultad de Estudios Superiores Zaragoza: El plan de estudios incluye los siguientes módulos: primer año, “Parto, puerperio y periodo perinatal”; tercer año, “Atención ginecológica y obstétrica en consulta externa”; y cuarto año “Atención ginecológica y obstétrica en urgencias y hospitalización” en la sección de clínicas médicas. (no precisan desde que fecha se incorporaron a su plan de estudios). En el 12o. Congreso de Investigación, no precisan fecha, se presentó el tema “Formación de profesionales de la medicina para la prevención del abuso y falta de respeto en las salas de obstetricia”. Sobre las acciones previstas: Gestiones para que junto con el Instituto Nacional de Salud Pública participen médicos pasantes en servicio social en el proyecto “Formación de profesionales de la medicina para la prevención del abuso y falta de respeto en las salas de obstetricia”. Se incluyó el tema de violencia obstétrica en el próximo Diplomado integral para la formación médica, dirigido a alumnos de nuevo ingreso de la carrera de médico cirujano. Además, propondrán la modificación del plan de estudios de la carrera de médico cirujano para incorporar el tema de violencia obstétrica, de manera explícita.</p>
IPN ¹⁷⁴	<p>Se impartieron a los alumnos de pregrado cursos, talleres y conferencias de sensibilización. En 2017: “Partería” (no especifican tipo de actividad y duración); En 2018: Conferencia “Diversidad sexual” Conferencia “Violencia obstétrica” “Guía práctica clínica para la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazadas de bajo riesgo” (no especifican tipo de actividad y duración) “Parto humanizado como derecho a la salud”(no especifican tipo de actividad y duración)</p>
UAM ¹⁷⁵	<p>Informó que “los programas de estudio de la licenciatura en enfermería fueron adecuados recientemente y los aspectos éticos y legales en la atención de enfermería se encuentran como eje horizontal en el plan de estudios...” Además, en el mes de septiembre de 2018 se llevó a cabo un taller sobre parto humanizado.</p>

173 Sistema Infomex, folio 6440000103618.

174 Sistema Infomex, folio 1117100134018.

175 Sistema Infomex, folio 6430000026818.

Conclusiones

Como ya se expuso, la violencia que experimentan las mujeres durante la atención médica del embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud, es un fenómeno que se ha presentado por décadas y de diversas formas, constituye un problema social que organizaciones de la sociedad civil, personas expertas en salud pública y organismos autónomos protectores de los derechos humanos, entre otros, han denunciado y comenzado a poner sobre la mesa, para visibilizarlo como problema, dada la magnitud que ha alcanzado en México. Pese a ello, aún en la actualidad, existe falta de consenso sobre como nombrarla. Utilizar el término violencia obstétrica busca se visibilice la existencia de esas conductas y que el Estado está obligado a tomar medidas para prevenirlas y erradicarlas.

Se reconoce el avance en materia legislativa sobre el tema; sin embargo, aún se requieren estrategias y mecanismos que permitan difundir de manera explícita y veraz, esta visión de la atención gineco-obstétrica, como una política permanente. Además, es importante insistir que la solución a este fenómeno no debe ser la vía penal a fin de evitar en lo posible la criminalización de la labor que realiza el personal de salud.

Es necesario que se diseñen e implementen políticas públicas que busquen erradicar y prevenir aquellas acciones que constituyen violencia obstétrica, con enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad. Se requiere promover acciones permanentes de formación, capacitación y sensibilización para el personal de salud que interviene en la atención de las mujeres durante la atención de sus embarazos, partos y puerperios. Asimismo, es fundamental para atender esta problemática mejorar el equipamiento y la infraestructura hospitalaria, con prioridad en zonas alejadas y de marginación social.

Propuestas

- 1) Resulta deseable que las instituciones de salud fortalezcan sus estructuras institucionales para investigar, y en su caso, sancionar prácticas contrarias a los derechos de las mujeres en el ámbito de la atención obstétrica. Asimismo, generar bases de datos sobre incidencia de situaciones de violencia obstétrica y mecanismos para que las usuarias puedan inconformarse por acciones y omisiones que vulneren sus derechos.
- 2) La actividad de difusión de la Recomendación General 31/2017 resulta fundamental para colaborar a visibilizar este fenómeno que, si bien no es reciente, en ocasiones, por desconocimiento es invisibilizado por el personal de salud y normalizado por las mujeres que reciben atención obstétrica. Así mismo y toda vez que son las mujeres indígenas las que sufren en mayor proporción de violencia obstétrica durante la atención de sus embarazos, partos y puerperios, sería conveniente que la CNDH elabore y difunda una síntesis de la Recomendación General 31 /2017 en diversas lenguas indígenas, para hacer accesible su contenido a este grupo poblacional.
- 3) Es necesario un seguimiento puntual, por parte de la CNDH, de las recomendaciones particulares sobre violencia obstétrica, para garantizar una reparación integral a las

víctimas, y en caso de incumplimiento o cumplimiento parcial hacer pública esa situación, en términos de lo que establece la normatividad de la CNDH.

- 4) Por último, si bien la CNDH turnó copia de la Recomendación General 31/2017 a los rectores de las instituciones públicas de educación superior, formadoras de médicos cirujanos, especialistas en ginecoobstetricia y enfermería, a efecto de que se impartieran a los alumnos de pregrado y posgrado, un taller de sensibilización en materia de derechos humanos, vinculándolo en el marco de la atención obstétrica y atendiendo los enfoques de género e interculturalidad. Al respecto, se considera que esta acción resulta insuficiente para lograr un cambio en el habitus médico. Por ello, se sugiere que en futuros instrumentos se propongan cambios más profundos para incidir en la formación de los médicos y personal de salud que participa en la atención obstétrica.

1.2.4 Informe Especial sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y de los Estados de la República Mexicana

Introducción

La sistemática violación de derechos humanos en los hospitales psiquiátricos en México, impulsó a la CNDH a emitir el Informe Especial sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y de los Estados de la República Mexicana. En éste Informe, se expresan los problemas que enfrentan los pacientes que aspiran a un tratamiento psiquiátrico que se aplique por lapsos relativamente breves y una vez controlado el padecimiento, reincorporarse a su vida cotidiana y, de no ser esto posible, mantenerse bajo la custodia de quien legalmente corresponda, para que en el exterior continúen con el tratamiento, lo cual disminuye la necesidad de estancias prolongadas o permanentes.

El informe destaca la necesidad de llevar a cabo un cambio de política pública nacional en materia de salud mental. Recomienda la instalación de un sistema que transite de un modelo asilar a otro que garantice el ejercicio efectivo de los derechos humanos, como por ejemplo vivir en el seno familiar o en un hogar que lo sustituya, así como participar en actividades sociales, culturales y recreativas.

El Informe 4/2008 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal, menciona la presencia de violaciones a los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales hospitalizados, a recibir un trato digno, a la protección de la salud y a la legalidad y seguridad jurídica, derivadas de la omisión de aviso al Ministerio Público sobre el ingreso involuntario, deficiencias en el consentimiento informado y la insuficiencia de personal médico, así como de recursos para satisfacer la demanda de consulta externa.

Durante 2011 y 2012 la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, efectuó visitas de supervisión a 41 hospitales ubicados en la Ciudad de México y los estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango,

Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas; De estas visitas se obtuvo como resultado, el Informe 2013, que expidió recomendaciones de mejora a los servicios de salud que brindan los citados hospitales psiquiátricos. Por otro lado, aplicó desde el año 2007 la denominada “Guía de Supervisión a Hospitales Psiquiátricos”, tomando en cuenta estándares de protección contenidos en la normatividad nacional y estatal, así como en diversos instrumentos internacionales, tanto de carácter vinculante como declarativos.

De la revisión del tema se observa que existen diversos hechos violatorios de derechos humanos, los cuales se han sistematizado a partir de las voces que identifican cada problemática; como, por ejemplo, la falta de trato digno, legalidad y seguridad jurídica, violación al derecho a la protección a la salud, y a la Integridad personal.

El Informe del 2013 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, concluye que las personas con padecimientos mentales que son atendidas en una institución psiquiátrica, no solamente tienen derecho a recibir atención médica oportuna y de calidad, sino también, un trato respetuoso y digno, como lo prevé la Ley General de Salud en los artículos 51 y del 72 al 77, en concordancia con los numerales 1, 8 y 9 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptadas por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su resolución 46/119, el 17 de diciembre de 1991, los cuales establecen las libertades fundamentales y los derechos básicos, así como las normas de la atención médica y del tratamiento a ser prestado a las personas con discapacidad mental. Además, el lugar y las condiciones físicas en que se desarrolla el tratamiento deben ser conformes con el respeto a la dignidad de la persona, de acuerdo con el Principio 13, de este mismo instrumento.

Las deficiencias descritas imposibilitan a los pacientes hospitalizados a satisfacer adecuadamente sus necesidades vitales, por lo que, vulneran los artículos 10.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el 5.2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el 16.1 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.

El siguiente diagnóstico busca rastrear la evolución de la temática desde el año (2013), año de su publicación y hasta 2018.

Antecedentes

El *Diario Oficial de la Federación*,

El 16 de noviembre de 1995, publicó la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2- 1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Entre sus objetos destaca establecer criterios uniformes de operación, actividades y actitudes del personal que laboran en dichas unidades. Dio inicio su aplicación, con la

instalación del Hospital Psiquiátrico “Villa Ocaranza”, en Tolcayuca, Hidalgo. Incorporó el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, que comprende los servicios de prevención, hospitalización y rehabilitación regulados en la citada Norma Oficial Mexicana.

De acuerdo con el Informe 2013 de la CNDH, los avances de la ciencia médica permiten aplicar en el mayor número de casos un tratamiento psiquiátrico que se emplea por períodos relativamente breves. Controlado el padecimiento, los pacientes pueden incorporarse a su vida cotidiana dentro del ámbito familiar y social; o bien, quedar bajo custodia de quien legalmente corresponda, para continuar con el tratamiento prescrito por el psiquiatra.

El anterior posicionamiento que introduce la NOM -025-SSA2-1994, trajo consigo la necesidad de establecer un cambio en la política pública de salud mental, mediante la implementación de un sistema que permita transitar de un modelo asilar a otro, que les garantice el ejercicio efectivo de sus derechos humanos. Principalmente, el derecho a vivir en el seno familiar o en un hogar que lo sustituya. Asimismo, participar en las actividades sociales, culturales y recreativas a las que tienen acceso cualquier persona. (Ley sobre derechos culturales).

El 27 de junio de 2008, se emitió el Informe 4/2008 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal, dirigido al Secretario de Salud Federal y al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, con motivo de las visitas de supervisión realizadas a diversos hospitales psiquiátricos. En dicho informe destacan violaciones a los derechos humanos de las personas hospitalizadas, con respecto a recibir un trato digno, a la protección de la salud y a la legalidad y seguridad jurídica derivada de la omisión de aviso al Ministerio Público, sobre el ingreso involuntario, deficiencias en el consentimiento informado y la insuficiencia de personal médico, así como de recursos para satisfacer la demanda de consulta externa.

El estado actual con respecto a la salud, será objeto de análisis con los informes que respondan los hospitales psiquiátricos a las solicitudes planteadas en los portales de transparencia, confrontando los datos que aparecen en el Informe Especial del 2013 de la CNDH, sobre los 41 hospitales psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y de los Estados de la República Mexicana, respectivamente, donde se efectuaron visitas de supervisión en los años 2011 y 2012, para constatar y conocer sobre la atención intrahospitalaria a los pacientes que albergan, de esta manera, de los resultados obtenidos elaborar estudios y sugerencias de mejora. Así tendremos, lo que se observó y documentó en el Informe 2013 y lo que reportan en este año los hospitales psiquiátricos para el análisis desde el enfoque del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y el derecho nacional.

Marco jurídico hospitales psiquiátricos

Los retos fundamentales en materia de salud mental deben ser visualizados con una actitud crítica y orientarse hacia la generación de capacidad institucional efectiva de transformación de los servicios médicos y administrativos proporcionados.

Las alternativas que se presentan con motivo de las reformas constitucionales abren el camino para que mediante el planteamiento de un proyecto nacional el personal de los hospitales psiquiátricos abandonen ideas y prácticas añejas y, logren espacios de transformación a partir del conocimiento de los derechos de un grupo de humanos en situaciones de vulnerabilidad como ocurre con los pacientes que reciben servicios médicos en internamiento.

Esta situación se debe principalmente al desconocimiento de los derechos humanos o bien, cuando en el paciente no puede ejercitar libremente esos derechos, debido a problemas de salud mental o no puede hacerlo a plenitud, por su situación de vulnerabilidad, frente a las reglas no escritas insertas en el establecimiento hospitalario. En este caso, la tarea de las áreas administrativas de los hospitales es lograr una correcta gobernanza que repercuta en una serie de cambios sustanciales en los servicios médicos hacia adentro de la institución para finalmente proyectarlos hacia afuera.

La evolución normativa importante y aplicable en los últimos años hasta la actualidad en el ámbito internacional, es la siguiente:

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, es el instrumento más relevante en el campo de análisis en comentario¹⁷⁶, el derecho internacional de los derechos humanos vigente en México, contiene normas jurídicas de primer orden. Por tanto, los tratados internacionales de derechos de la materia, junto con los derechos humanos contenidos en la Constitución, forman un cuerpo normativo que debe ser aplicado de forma directa por todas las autoridades de acuerdo al artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Así lo sostiene la doctrina en la materia y al respecto Gabriela Rodríguez Huerta sostiene “[...] en particular el derecho internacional de los derechos humanos ha alcanzado una expansión nunca antes vista, creando un orden público internacional cuyo principal objetivo es la protección de la persona humana y el reconocimiento de la misma como sujeto del derecho internacional”.

La Convención Americana de Derechos Humanos en su artículo 5 reconoce el derecho a la integridad personal, en los siguientes términos: 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. 2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. 3. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

En el ámbito nacional, uno de los hechos más importantes en materia de derechos humanos, fue la reforma de 2011, referida al artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual otorgó un rango constitucional a los tratados internacionales en materia de derechos humanos. La interpretación conforme, los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; las obligaciones de prevención, investigación,

¹⁷⁶ Entró en vigor en 1977.

sanción y reparación de violaciones a derechos humanos, y la ampliación de la hipótesis de no discriminación.

Artículo 102 Constitucional, impone la obligación de que las autoridades funden, motiven y hagan pública, en su caso, la negativa de aceptar o cumplir las recomendaciones que les dirijan las comisiones de derechos humanos, así como, la posibilidad de que las autoridades comparezcan ante los órganos legislativos correspondientes para explicar los motivos de su negativa.

La reforma constitucional en materia de amparo del 2011, también plantea la posibilidad de impugnar decisiones de las autoridades administrativas de los hospitales psiquiátricos; la incorporación del concepto de interés legítimo como elemento necesario para la autenticación procesal de los accionantes; la posibilidad de interponer amparos en contra de actos de la autoridad administrativa que preserva el estado de vulnerabilidad en el que se encuentran los pacientes; el amparo procede en contra de violaciones a derechos humanos contenidos en la Constitución, así como en los tratados internacionales de los que México sea parte.

La Norma Oficial Mexicana, NOM-025-SSA2-1994. Publicada el 16 de noviembre de 1995, en el *Diario Oficial de la Federación*, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, entre sus objetivos se encuentra, establecer criterios uniformes de operación, actividades y actitudes del personal de las unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica.

De acuerdo con el Informe 2013, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos consideró que “las características propias de las personas con padecimientos mentales exigen la implementación de medidas específicas para garantizarles una estancia digna y segura en los hospitales psiquiátricos, a fin de evitar abusos físicos, incluso de carácter sexual, de parte de pacientes que presentan conductas particularmente violentas o con bajo control de impulsos, en contra de otros pacientes”.

La NOM -025-SSA2-1994, exige que las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar, según sea el caso, con instalaciones específicas necesarias para dar atención a los pacientes. Además, establece que para ofrecer atención médica de calidad a los pacientes, deben contar, entre otros elementos, con procedimientos para que prevalezca el ambiente cordial, técnicamente eficiente y las condiciones propicias para el desarrollo de las actividades que involucran la atención integral médico psiquiátrica; reglamento interno y manuales técnico-administrativos.

Diagnóstico de la temática

En el caso de los derechos de las personas en internamiento dentro de los Hospitales Psiquiátricos, de acuerdo a los informes recibidos que rindieron los portales de transparencia de algunas de estas instituciones médicas, conducen a determinar que varios de los

planteamientos formulados, respecto a la reforma constitucional del 11 de junio del 2011, permanecen todavía en categorías lejanas a la acción pública.

A pesar de que el marco legal vigente establece espacios claros para la protección de los derechos de las personas en situación de internamiento, dentro de los hospitales psiquiátricos, es necesario reconocer que las acciones orientadas hacia estos fines son todavía incipientes. Las reformas en derechos humanos representan un impulso para que la CNDH pueda constituirse en efectiva promotora para la consolidación de los derechos fundamentales de las personas internas en los hospitales psiquiátricos, que fueron visitados por personal de esta Comisión.

El avance que hasta aquí se presenta, parte precisamente de un análisis crítico de los efectos logrados en los últimos años a las recomendaciones que contiene el Informe 2013 de la CNDH, para los hospitales psiquiátricos que dependen del gobierno federal y de los gobiernos de las entidades federativas. El análisis refleja tanto avances como retrocesos.

Una de las cuestiones más relevantes que implican un cambio, es la visibilización de las violaciones sistemáticas a los derechos humanos a las personas en internamiento de los hospitales psiquiátricos; a partir del análisis y recomendaciones derivadas del Informe del 2013 de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Durante las visitas, en el Informe 2013 de la CNDH, destaca que la capacidad instalada en los 41 hospitales visitados ascendía a 4,009 camas censables. Del total, 777 se encuentran en hospitales que dependen del Gobierno Federal, cuya población al momento de las visitas asciende a 669 pacientes internados, de los cuales 371 son hombres y 252 mujeres, así como, 46 personas menores de edad 22 de ellas mujeres y 24 hombres.

En los hospitales psiquiátricos bajo la competencia de los gobiernos estatales se da cuenta de la existencia de 3,232 camas, con una población de 2,474 pacientes, entre los cuales se encuentran 1,278 hombres y 1,187 mujeres, así como 9 personas menores de edad, 4 de ellos hombres y 5 mujeres.

Conclusiones

La Comisión Nacional de Derechos Humanos emitió en el año 2013, el Informe Especial sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República Mexicana. Su contenido tiene un gran valor que desvela y visibiliza las violaciones sistemáticas de los derechos humanos de las personas que ingresan a los hospitales psiquiátricos en el país y que fueron nuevamente constatadas en el desarrollo de la presente investigación mediante la recepción de informes que rindieron los establecimientos médicos, a través del portal de transparencia.

Es urgente e indispensable continuar con un sistema de evaluación, análisis y seguimiento de la evidencia científica, disponible en los informes proporcionados mediante el portal de transparencia, fortalecer con nuevas investigaciones, el panorama completo que prevalece en los hospitales psiquiátricos y así, dirigirnos hacia la promoción e instalación de una cultura de seguridad y respeto por los derechos de personas en situación de vulnerabilidad debido a su afección de salud mental.

En el caso de acceso a la justicia, estamos en presencia del punto de partida para activar la acción del Estado en la protección de derechos de personas en internamiento en los hospitales psiquiátricos, a cargo del gobierno federal y de los gobiernos estatales, para transitar de un modelo asilar a uno en libertad, que permita la incorporación de los pacientes a la vida comunitaria.

La tradicional pasividad del Estado para dar lugar al planteamiento de asuntos por la vía no jurisdiccional sobre la defensa de derechos debe transformarse, para dar lugar a mecanismos que aseguren que las afectaciones a los derechos de las personas internadas en los hospitales citados pueden ser conocidas y corregidas no solo por la autoridad administrativa, sino también, por la autoridad jurisdiccional en aquéllos casos de violaciones graves a los derechos humanos.

Lo anterior implica la creación de sistemas efectivos de asistencia jurídica a las personas que reciben tratamiento psiquiátrico en los hospitales a cargo del gobierno federal o de los gobiernos de las entidades federativas.

El citado Informe 2013 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, marca el reto que es mayúsculo, y de este posicionamiento deriva la propuesta para el desarrollo de una política nacional en materia de salud mental, dirigida a las personas que permanecen en internamiento en los hospitales psiquiátricos. La postura de la Comisión es clara y contundente: un sistema que transite de un modelo asilar a otro que garantice el ejercicio efectivo de los derechos humanos, como por ejemplo vivir en el seno familiar o en un hogar que lo sustituya, así como participar en actividades sociales, culturales y recreativas.

Consecuentemente, el diseño y ejecución de una política pública legislativa y administrativa, es el camino a seguir. Lo importante y en seguimiento al referido Informe 2013, deberá enfocarse en la incorporación a la legislación federal y estatal, la obligación de crear e instalar el modelo en libertad para el tratamiento de los pacientes que ingresan a los hospitales psiquiátricos, con tan solo breve tiempo de internamiento, el cual debe puntualizarse, mediante reglamentos internos, manual de procedimiento y manual de procesos.

La incorporación de esta obligación, tendrá que contemplarse en la Ley General de Salud y, en la legislación estatal que reproduzca la obligación. Añadir a la citada obligación jurídica estatal, la protección de los derechos humanos para pacientes psiquiátricos sin familia, con la instalación de casas de cuidado comunitario con el objeto de que sean reintegrados a las actividades sociales y culturales indispensables para su desarrollo vital.

Por otro lado, es indispensable la ampliación de la Norma Oficial Mexicana, NOM-025-SSA2-1994, a fin de que regule con detalle y precisión, los tratamientos en libertad de los pacientes que ingresen por un breve período a los hospitales psiquiátricos para recibir atención médica, excepto casos específicos que representen riesgo para la familia o la comunidad.

En relación al futuro, a partir de las condiciones actuales, es preciso señalar que resulta factible la instalación de un modelo en libertad que sustituya el modelo asilar. Por otra parte, el seguimiento, monitoreo y evaluación del cumplimiento de las recomendaciones contenidas en el Informe 2013 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y en caso de omisión reiterada y permanente, la denuncia pública sobre omisiones dolosas e imprudentes de quienes tienen a su cargo la dirección administrativa y médica de los hospitales, por tanto, de la vida e integridad física de los pacientes; de requerirse la correspondiente denuncia de hechos, ante el Ministerio Público para que inicie carpeta de investigación por delito culposo o imprudencial y se cubra la reparación integral del daño causado a los pacientes.

Propuestas

- 1) Como lo mencionamos, no basta con examinar las violaciones manifiestas y sistemáticas a los derechos fundamentales de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos, sino que debe revisarse de inmediato la legislación nacional, que permite esas violaciones, principalmente aquéllas que provocan y dan origen a las fallas estructurales e institucionales de los citados establecimientos médicos. Por ende, es indispensable la revisión integral de las leyes, reglamentos, normas técnicas y circulares, con el propósito de darle coherencia a los mecanismos de respeto y protección que hagan prevalecer y mantener el goce del derecho a la salud mental.
- 2) En un segundo plano, surge la necesidad de colocar al Estado Mexicano a la vanguardia en la aplicación del Derecho penal médico, para abordar el debate en torno a la planificación de una política pública y el presupuesto público, en la armonización de las leyes relacionadas con el cumplimiento inmediato y progresivo del derecho a la salud mental. La creación de una ley nacional de salud mental que aborde y regule todas las aristas del problema e instale mecanismos de protección en libertad de las personas con problemas de salud mental.
- 3) De continuar la violación manifiesta y sistemática a los derechos humanos en los hospitales psiquiátricos y ante la ausencia de una legislación coherente e integral o por la falta de recursos presupuestales, conviene impulsar un régimen de aplicación del derecho penal médico, como ultima ratio, para sancionar omisiones y negligencias de los titulares de los establecimientos médicos, en la propuesta técnica, obtención y aplicación de los recursos públicos.
- 4) La idea está respaldada en obtener una reparación de daño integral, conforme a los lineamientos de la Ley General de Víctimas y la normativa internacional, para quienes son víctimas de delitos de acción u omisión por el ejercicio negligente de la actividad médica, y en su caso, conforme al Derecho Internacional de los Derechos Humanos, orientar las acciones hacia el litigio estructural de orden internacional, que conduzca a

la obtención de resoluciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, a fin de que se obligue al Estado mexicano al cumplimiento de sus obligaciones de respetar, proteger, garantizar y promover los derechos humanos de las personas que ingresan a los hospitales psiquiátricos.

- 5) Por último, es importante la instalación de una campaña nacional que impulse la visibilidad de los problemas que enfrentan las personas internadas en hospitales psiquiátricos y sus familias, en la lucha por el respeto a sus derechos fundamentales, acompañada de soluciones estatales, invitando a la participación ciudadana. La Comisión Nacional de Derechos Humanos tiene condiciones de posibilidad para impulsar esa campaña con el apoyo de organizaciones de la sociedad civil y las instituciones de educación de todos los niveles, debido a que, el tema de los derechos a este universo de personas tiene una preocupante invisibilidad y escasas aportaciones teórico-prácticas (como lo muestra este estudio), que evita mejoras en el desarrollo humano desde la perspectiva de la salud mental de mexicanos y mexicanas.

1.2.5 El derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México

Introducción

En el contexto actual del sistema de salud, el ejercicio de este derecho para las comunidades indígenas implica una serie de circunstancias que obstaculizan, restringen, impiden, menoscaban o anulan el goce de los servicios de salud, el presente apartado, da cuenta del estado que guarda la problemática para las comunidades indígenas en México.

Abordar el estudio de la salud de las mujeres indígenas, requiere un análisis en general de la mortalidad de la población indígena, pues al estar vinculada la realización de este derecho al acceso a los derechos económicos, sociales y culturales, resulta indispensable considerar los determinantes sociales¹⁷⁷ y la violencia estructural¹⁷⁸ que afecta de manera particular a las personas en situación de vulnerabilidad. Resulta innegable que “la multiculturalidad en México no sólo refleja las variantes lingüísticas sino también formas diferenciales de enfermar y morir”,¹⁷⁹

¹⁷⁷ La OMS define los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. *Cfr. Subsana las desigualdades en una generación. Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.* Argentina, OMS, 2008.

¹⁷⁸ El término violencia estructural se aplica a las situaciones en las que se produce un daño en la satisfacción de las necesidades humanas básicas como resultado de los procesos de estratificación social, es decir, sin necesidad de formas de violencia directa. Este término remite a la existencia de un conflicto entre dos o más grupos de una sociedad, como pueden ser por género, etnia, clase, nacionalidad, edad, entre otros, en los cuales el reparto, acceso o posibilidad de uso de los recursos es resuelto sistemáticamente a favor de alguna de las partes y en perjuicio de las demás, debido a los referidos mecanismos de estratificación social. *Cfr. Tortosa Blasco, José María y La Parra-Casado, Daniel, Documentación social*, Núm. 131, 2003, pp. 57-72.

¹⁷⁹ Freyermuth Enciso, Graciela (coord.) *El derecho a la protección a la salud de las mujeres indígenas.* México, CNDH-CIESAS, 2017, p. 47.

por lo cual, la actuación estatal en la prestación de servicios de salud debe estar orientada por la justicia social.

La atención a la comunidad indígena ha formado parte de la agenda de distintos gobiernos en México, en principio promoviendo una aculturación para propiciar el cambio de aquellos aspectos que se consideraban negativos para transformarlos por aquellos considerados positivos,¹⁸⁰ en este sentido, el indigenismo sirvió de sustento a la actuación pública,¹⁸¹ esta forma de ver a nuestras comunidades no ha cambiado mucho con el paso del tiempo pese a que hoy se reconoce que las políticas integracionistas se consideran una forma de encubrir la violencia y la exclusión implicadas en las concepciones mono culturales y universalizan tés de la identidad nacional.¹⁸²

La transformación del sistema normativo, no ha logrado alcanzar a las comunidades o pueblos indígenas, en principio porque el mismo Estado ha sido conformado bajo la idea de una sociedad homogénea en la que se impuso, incluso por la fuerza, la cultura dotada de ciertos contenidos fundacionales.¹⁸³ El multiculturalismo, que implica la coexistencia de diferentes culturas en una sociedad o país, ha tenido que hacer valer sus demandas en un contexto en el cual la aspiración ha sido el reconocimiento y constitucionalización de sus demandas en un marco delimitado por una visión que no corresponde a sus tradiciones, creencias, formas de organización, en general a su cultura.

Ante esta necesidad de juridificación surgió la contradicción entre la expresión multiculturalista con el constitucionalismo, por ser el discurso dominante que se había visto plasmado en los órdenes jurídicos y porque, al ser los movimientos multiculturalistas no-dominantes y minoritarios, habrían de ser ellos los que tendrían que incorporarse a los órdenes jurídicos, y no a la inversa,¹⁸⁴ de ahí que la efectiva protección de éstas comunidades, precise ampliar los márgenes que así lo permitan.

¹⁸⁰ Stavenhagen, Rodolfo, "La política indigenista del estado mexicano y los pueblos indígenas en el siglo XX", en Baronnet, B y Tapia M. (coords.), *Educación e interculturalidad. Política y políticas*. CRIM-UNAM, 2013.

¹⁸¹ Se distinguen tres grandes periodos del indigenismo en México: el "preinstitucional", que va desde el descubrimiento y la conquista del Nuevo Mundo y la construcción de la Nueva España hasta la Revolución Mexicana; el denominado indigenismo "institucionalizado" o que comienza en el período posrevolucionario, adquiere fuerza con el Congreso en Pátzcuaro en 1940 y cuerpo con la creación del Instituto Indigenista Interamericano a nivel continental y del Instituto Nacional Indigenista en México (1948) a nivel nacional y, por último, el "neointdigenismo", periodo de la crisis del indigenismo institucionalizado que empieza en 1982, con la adopción formal y real del neoliberalismo como política oficial del Estado mexicano y que se prolonga en el inicio del nuevo siglo, a partir del cual se promueve el multiculturalismo y el pluralismo como nuevas formas de abordar la situación de los púeblos indígenas en el contexto de las transformaciones derivadas de los sistemas de protección de los derechos humanos. Cfr. Korsbaek, Leif y Sámano-Rentería, Miguel Ángel "El indigenismo en México: antecedentes y actualidad", en *Ra Ximhai*, vol. 3, núm. 1, enero-abril, 2007, pp. 195-224.

¹⁸² Sierra, María Teresa, Hernández, Rosalva Aída y Sieder, Rachel (eds.), *Justicias indígenas y Estado*. FLACSO-CIESAS, 2013, p. 17.

¹⁸³ *Idem*.

¹⁸⁴ Cossío, José Ramón, "Constitucionalismo y multiculturalismo", en *Isonomía*, núm. 12, abril de 2000, p. 89 y ss.

El neoconstitucionalismo aspira a la protección de las personas y reconoce que ciertos sectores se encuentran en situación de vulnerabilidad; es bajo el enfoque de derechos que se hace un importante esfuerzo para visibilizar los principios que han de hacerse valer para en la protección efectiva de los derechos de las comunidades indígenas, en el caso, el derecho a la salud.

El instrumento de posicionamiento en que se centra este apartado, es el estudio denominado El derecho a la protección a la salud de las mujeres indígenas, elaborado por la CNDH y CIESAS, documento en el cual se evidencia que este tema es todavía un gran desafío para el Estado mexicano pese a las transformaciones que ha tenido el marco normativo e institucional para incorporar a las comunidades indígenas al desarrollo nacional.

Las diversas problemáticas que enfrentan los miembros de estas comunidades para cuidar de su salud son reflejo de la desigualdad estructural entre población indígena y no indígena y un escenario social caracterizado por la injusticia en el cual las causas de muerte se siguen dando por padecimientos que actualmente son prevenibles, tratables y curables, esto es, son el resultado a la violación del derecho a la salud.

Antecedentes

Los pueblos indígenas en México son 68 y se corresponden con las 68 lenguas que se hablan a lo largo de todo el país,¹⁸⁵ representan una gran pluralidad, que se manifiesta desde la lengua, la cultural e incluso la religión, de tal manera, los grupos indígenas en nuestro país, son complejos y diversos, sus orígenes y vertientes fueron desarrollándose como un mosaico de culturas, algunas con una raíz ancestral, que se refleja en sus lenguas y costumbres, otras producto del mestizaje, que se dio desde la conquista y la colonia, de ahí que, pese a compartir historias y relaciones de dominación y exclusión similares, plantean proyectos diferentes de desarrollo.

Sin duda, México es una nación pluricultural, sustentada originalmente en sus pueblos indígenas, considerados como “aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”, así ha quedado reconocido desde 2001, año en el cual se modificó el texto constitucional para proteger de forma especializada a los miembros de nuestros pueblos originarios.

La protección del derecho a la salud en el caso de las comunidades indígenas, implica tanto el acceso a los servicios del Sistema de Salud, como el respeto a sus tradiciones en la preservación de la misma.

La transculturación que se ha dado en el país, fue originando la pérdida de la medicina tradicional de los grupos étnicos, pese a ello se observa su pervivencia en algunos grupos étnicos; esta

¹⁸⁵ Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018.

medicina interactúa con otros sistemas en el seno de cada cultura (sistema productivo, religión, derecho, construcción, educación no formal) construyendo la cosmovisión propia y generando una identidad cultural específica; guarda una relación muy cercana con el sistema productivo campesino, estrechamente vinculado a la milpa, compartiendo los valores en torno a la tierra y al carácter sagrado de la misma, se fortalece o se debilita en la medida que se fortalece o debilita la identidad cultural, situación que se refuerza por los procesos de migración en todo el país.

La medicina tradicional, se encuentra inserta en el ámbito local y en algunos casos, regional, siendo su espacio de acción y de sustento la comunidad que la reconoce, la resguarda, la utiliza, la retroalimenta, la nutre de nuevos terapeutas, es en el mismo entorno que se colectan los insumos terapéuticos que utiliza. El ambiente que rodea a la comunidad, es partícipe de las relaciones que se establecen con la naturaleza y sus divinidades. Desde la medicina tradicional, siempre se está en búsqueda de un equilibrio, coherente con la cosmovisión holística, existente sobre la salud y la enfermedad.¹⁸⁶

A partir de la mencionada reforma constitucional de 2001 en materia de las comunidades indígenas, se identifican una serie de transformaciones legales e institucionales que han buscado poner en acción los derechos que les son propios a estos grupos, reconociendo a través de estas acciones la situación de vulnerabilidad y atraso que viven al no haber sido considerados con base en su identidad, al desarrollo nacional, es decir, a partir del respeto a las manifestaciones culturales de los miembros de las comunidades indígenas que desde tiempos ancestrales han tenido para relacionarse con los distintos elementos que involucran al ser, sean físicos o espirituales, en el caso de la salud, este saber es reconocido ya como un factor elemental en el respeto a este derecho, no sólo de las comunidades indígenas, sino como un importante apoyo en relación a la atención primaria de la salud.¹⁸⁷

De acuerdo con la OMS la medicina tradicional y complementaria se ocupan de atender un segmento importante de la población mundial.¹⁸⁸

Se define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas, que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir enfermedades.¹⁸⁹ Los términos “complementaria” y “alternativa” y a veces también “no convencional” o “paralela”, se utilizan para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaleciente “Hablar de medicina “alternativa” es ... como hablar de *extranjeros*, ambos términos son vagamente peyorativos y hacen

¹⁸⁶ SSA, *Guía de implantación. Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional*. México, SSA, s/a, p. 9.

¹⁸⁷ OMS, *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. China, OMS, 2013; López Cervantes, Malaquias, *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos*, op. cit., p. 70 y ss.

¹⁸⁸ Portal de Información-Medicamentos Esenciales y Productos de Salud. Un recurso de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2299s/4.1.html>

¹⁸⁹ *Idem*.

referencia a amplias y heterogéneas categorías definidas por lo que no son, en lugar de definirse por lo que son”.¹⁹⁰

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 sustentó la política del Gobierno de la República dirigida a establecer una nueva relación entre el Estado, los pueblos indígenas y la sociedad en su conjunto, lo cual implicó cambios sustanciales en las políticas del Estado Mexicano dirigidas a los pueblos indígenas y en la forma de operar en sus instituciones.

La operación transversal de los diferentes sectores de gobierno, sería un principio y a la vez una estrategia fundamental para incidir significativamente en el desarrollo de la población indígena.

Una de las acciones que se destaca es la creación de un organismo orientado específicamente hacia este grupo poblacional, es la Coordinación de Salud de los Pueblos Indígenas, adscrita a la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud,¹⁹¹ la cual tendría como propósito lograr que los programas de salud que se orientan a toda la población alcancen con eficiencia y efectividad a la población indígena.

Por otra parte, la creación de una Dirección de Medicina Tradicional que, a partir del año 2003, incorpora en su denominación al Desarrollo Intercultural”, inscrita en la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, ... tuvo un cambio significativo en la forma de actuación del Estado en la materia, pues a partir de la creación de ésta, la Secretaría de Salud se involucró directamente en el tema y configuró un nuevo escenario para las acciones coordinadas con las instituciones interesadas.

Cabe mencionar, que, en el seno de las Naciones Unidas, se han promovido líneas específicas que marcan las acciones de los gobiernos, a fin de mejores condiciones de vida para su población.

La Asamblea General de la ONU adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia;¹⁹² dentro de sus objetivos, específicamente el número 3 enfocado a la salud en sus apartados, se busca: “3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos; 3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos; 3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales; 3.8 Lograr la cobertura sanitaria

¹⁹⁰ Portal de Información-Medicamentos Esenciales y Productos de Salud. Un recurso de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2299s/4.1.html>

¹⁹¹ DOF de 5 de julio de 2001.

¹⁹² Portal de Información- Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.¹⁹³ con ello, se tiene por objeto ser enfático con todos los países y se centra en mejorar la igualdad para responder a las necesidades de las mujeres, los niños y las personas más necesitadas y desfavorecidas, a fin de que no existan brechas de acceso a la salud en todas las personas.

Los problemas que enfrentan las personas que forman parte de estas comunidades son muchos, el acceso a la salud es sólo uno de esos grandes desafíos y corresponde al estado mexicano su solución en el marco de la democracia.

Las diversas transformaciones que ha tenido el sistema de salud al ampliar la cobertura, a través del denominado Seguro Popular, así como, integrar en la estructura orgánica del sector, el tema de medicina tradicional y desarrollo intercultural, el cual no ha sido suficiente, la realidad evidencia que el acceso a la salud por parte de los integrantes de estas comunidades está limitado por una serie de condiciones que es preciso atender para remover los obstáculos que limitan el goce de estos servicios que observan la persistencia de desigualdad en las brechas de sobrevivencia a enfermedades prevenibles entre población indígena y no indígena, así como, entre hombres y mujeres integrantes de estas comunidades, por lo cual dentro de este grupo vulnerable; está claro que la cuestión de género suma a estas condiciones negativas al acceso a la salud, así lo demuestra el estudio El derecho a la protección a la salud de las mujeres indígenas.

Marco jurídico protección a la salud de mujeres indígenas

Los derechos de los pueblos indígenas conforme al derecho internacional han evolucionado, partiendo del derecho internacional, incluidos los tratados de derechos humanos, en función de las circunstancias contextuales de estos pueblos y de sus prioridades, como los derechos a sus tierras, territorios y recursos, y a la libre determinación.

Desde finales de la década de los setenta, se comienzan a observar los esfuerzos, a fin de respetar e integrar las formas de atender la salud y enfermedad desde la cultura indígena, a continuación se enmarcan los esfuerzos más destacados que han caracterizado el rumbo en la temática.

Alma Ata (1978)

Bajo la convocatoria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, inició oficialmente con la intención abierta de aprovechar las experiencias y conocimientos de la población sobre la medicina tradicional en los sistemas de salud en el mundo. Reunida en Alma Atta el día 12 de septiembre de 1978, considerando la necesidad de una acción urgente

¹⁹³ Portal de Información- Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>.

por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, la OMS invitó a los Estados Miembros, para buscar y lograr la participación activa de la población, aprovechando sus conocimientos sobre la medicina tradicional, considerando sus necesidades, recursos locales y características sociales y culturales.

Convenio 169 OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989)

El Convenio N° 169 de la OIT de 1989, de carácter vinculante en México, este tiene como antecedente el Convenio N° 107 de la OIT relativo a la protección e integración de las poblaciones indígenas y de otras poblaciones tribales y semitribales en los países independientes, de 1957.

La igualdad y la no discriminación son objetivos destacados en los que se sustentan tanto la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y el Convenio N° 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales, su contenido versa sobre los derechos de los pueblos indígenas al desarrollo, a su derecho consuetudinario, a sus tierras, territorios y recursos, al empleo, a la educación y a la salud, su aprobación puso de manifiesto el mayor grado de atención internacional puesta en la solicitud de los pueblos indígenas de mayor control sobre su manera de vivir y sus instituciones.

De manera concreta el artículo 2 del Convenio en su numeral 1 señala que, “Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad”, por su parte el numeral 2 indica que “Esta acción deberá incluir medidas: b) que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones”.

Por su parte, el artículo 25 señala en el numeral 2 que “Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”.

Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007)

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas el 13 de septiembre de 2007.

La Declaración, es el instrumento más amplio relativo a los derechos de los pueblos indígenas existente en el ámbito del derecho internacional, contiene normas mínimas en materia de reconocimiento, protección y promoción de los derechos, aunque no tiene carácter formalmente vinculante, en ella figuran derechos y libertades, como la libre determinación y la no

discriminación, enunciados en el derecho convencional internacional de derechos humanos de carácter vinculante.

El derecho a la salud, como el resto de los derechos, depende de las condiciones de posibilidad para que los individuos accedan de manera efectiva a ellos, en este sentido, se reconoce que la realización de los derechos sustantivos que enuncia el citado documento son fundamentales para la protección de la salud de las comunidades indígenas, entre tales derechos se encuentran los siguientes: el derecho a la libre determinación, ligado íntimamente a los derechos políticos de los pueblos indígenas; derecho a las tierras, territorios y recurso, incluidos los que han poseído tradicionalmente y que en la actualidad pueden estar controlados por otros, de hecho o de derecho, pues muchos los identifican su relación con sus tierras, territorios y recursos como un rasgo definitorio; derechos económicos, sociales y culturales, derecho a la igualdad y no discriminación, los artículos 1 y 2 articulan el derecho de los pueblos indígenas, a título colectivo e individual, al disfrute de todos los derechos humanos; el derecho de los pueblos indígenas “a que los tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos concertados con los Estados o sus sucesores sean reconocidos, observados y aplicados y a que los Estados acaten y respeten esos tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos”.¹⁹⁴

Es preciso señalar que el artículo 24, reconoce que, “los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico”.

Declaración Americana para los Pueblos Indígenas por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (2016)

La Declaración reconoce a los pueblos y las personas indígenas, el goce pleno de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, reconocidos en la Carta de las Naciones Unidas, la Carta de la Organización de los Estados Americanos y en el derecho internacional de los derechos humanos, así como, a los derechos colectivos indispensables para su existencia, bienestar y desarrollo integral como pueblos.

En relación con el derecho a la salud, la Declaración reconoce a los pueblos indígenas, en forma colectiva e individual, al disfrute del más alto nivel posible de salud física, mental y espiritual, a sus propios sistemas y prácticas de salud, así como al uso y la protección de las plantas, animales, minerales de interés vital, y otros recursos naturales de uso medicinal en sus tierras y territorios ancestrales. Señala a los Estados el deber de tomar medidas para prevenir y prohibir que los pueblos y las personas indígenas, sean objeto de programas de investigación, experimentación biológica o médica, así como, la esterilización sin su consentimiento previo libre e informado. Asimismo, la Declaración reconoce a los pueblos y las personas indígenas el derecho, según sea

¹⁹⁴ ONU, *Los pueblos indígenas y el Sistema de Derechos Humanos de las Naciones Unidas*, Naciones Unidas, Nueva York, Ginebra, 2013.

el caso, al acceso a sus propios datos, expedientes médicos y documentos de investigación conducidos por personas e instituciones públicas o privadas.

Además, se reafirma el derecho de los pueblos indígenas a utilizar, sin discriminación alguna, todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general, siendo deber de los estados, en consulta y coordinación con los pueblos indígenas, la promoción de sistemas o prácticas interculturales en los servicios médicos y sanitarios que se provean en las comunidades indígenas, incluyendo la formación de técnicos y profesionales indígenas de salud.

Cabe mencionar que México es un activo promotor y participante en la firma y emisión de diversos acuerdos y planteamientos a nivel internacional para valorar e incorporar la medicina tradicional y las medicinas complementarias en los sistemas de salud, ejemplo de ello es la suscripción en 1990 del artículo 24 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales Independientes; la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre Medicina Tradicional y Terapias Alternativas en 2002, la resolución de la 56a. Asamblea Mundial de la Salud, del día 28 de mayo de 2003, la Declaración de las Naciones Unidas (ONU) sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas del 13 de septiembre de 2007 y la resolución EB124.R9 de la 62a. Asamblea Mundial de la Salud, del día 26 de enero de 2009; la Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe, elaborada por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud de México y aprobada por Resolución: Ao/2009/13, en el Parlamento Latinoamericano en su XXV Asamblea Ordinaria celebrada en Panamá el 3 de diciembre de 2009.¹⁹⁵

Aunado a lo anterior, al ser parte de la OMS, México participa de los instrumentos que ha emitido la organización como parte del impulso a la política sobre medicina tradicional y complementarias, estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005; Declaración de Beijing sobre Medicina Tradicional, adoptada en el Congreso de la OMS sobre Medicina Tradicional, Beijing (China), del 8 de noviembre de 2008, Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre medicina tradicional (WHA62.13), adoptada en 2009; Resolución EB124.R9 sobre medicina tradicional, emitida en la En la 62ª Asamblea Mundial de la Salud del día 26 de enero de 2009; Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.

En el plano nacional, la reforma en materia indígena que transformó el contenido del artículo 2 del texto constitucional marcó un antes y un después con relación al reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas en México.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)

¹⁹⁵ *Guía de Implantación. Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional.* México, Secretaría de Salud, s/a., pp. 4 y 6.

Fruto de un fuerte reclamo social,¹⁹⁶ la reforma constitucional al artículo 2 de 2001¹⁹⁷ reconoce los derechos de los pueblos indígenas.

La reforma recoge los derechos a la libre determinación y autonomía de los pueblos, el autogobierno, reconoce su propio sistema normativo, a la tierra, el territorio y sus recursos, además, en relación al derecho a la salud, la reforma constitucional de manera específica mandata a los tres niveles de gobierno “Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil”.¹⁹⁸

La reforma constitucional de 2011 que transforma el sistema jurídico en México al incorporar los derechos humanos contenidos en los instrumentos internacionales de los que México es parte, implica al derecho a la salud para toda persona sin discriminación, incluye un nuevo mandato, a través del párrafo tercero del artículo 1, por el cual se establece que “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”, esto es, se establece a rango constitucional la observancia de obligaciones generales y deberes específicos en relación a los derechos humanos.

Ley General de Salud

La Ley General de Salud (LGS) es la ley marco en la materia, en ella se establecen los objetivos del sistema, entre los cuales se encuentra “Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político, sociales y culturales, con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social, así como, “Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas”.¹⁹⁹

Para la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, la Ley dispone que las autoridades sanitarias competentes establecerán, “Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio”.²⁰⁰

¹⁹⁶ El levantamiento del Ejército Nacional Zapatista (EZLN) marcó un nuevo rumbo para la política de atención a los pueblos y comunidades indígenas en México.

¹⁹⁷ *DOF* de 14 de agosto de 2001.

¹⁹⁸ Fracción III del apartado B del artículo 2 de la CPEUM.

¹⁹⁹ Artículo 6, fracción IV Bis. y VI Bis.

²⁰⁰ Artículo 64, fracción IV.

En materia de educación en la salud, la ley señala que la Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud, así como, reconocer, respetar y promover el desarrollo de la medicina tradicional indígena; en este sentido, de acuerdo con la ley, “los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos”.²⁰¹

En consonancia con el marco normativo referido, en el Programa Nacional de Desarrollo 2013-2018 el eje de Gobierno de VI.2. México Incluyente, el objetivo 2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente, en su Estrategia 2.2.3. Refiere: “Fomentar el bienestar de los pueblos y comunidades indígenas, fortaleciendo su proceso de desarrollo social y económico, respetando las manifestaciones de su cultura y el ejercicio de sus derechos”. En las Líneas de trabajo destacan: Desarrollar mecanismos para que la acción pública dirigida a la atención de la población indígena sea culturalmente pertinente; fomentar la participación de las comunidades y pueblos indígenas en la planeación y gestión de su propio desarrollo comunitario, asegurando el respeto a sus derechos y formas de vida.

En este contexto la labor que realiza la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) tanto de promoción como de protección de los derechos humanos, toma una especial relevancia en el sustento del Estado de Derecho en nuestro país, pues a través de sus recomendaciones indica posicionamientos en relación a las formas de cumplimiento de las obligaciones generales y deberes específicos en relación a los derechos humanos.

Sobre el tema de protección de la salud de las mujeres indígenas se han identificado un total de quince recomendaciones que a continuación se enlistan:²⁰²

- Recomendación no. 1/2014. Sobre el caso de la inadecuada atención médica de V1 y su recién nacido V2, indígenas mazatecos, en el centro de salud rural del municipio san Felipe Jalapa de Díaz, Oaxaca.
- Recomendación no. 8/2014. Sobre el caso de la negativa al derecho a la protección de la salud e inadecuada atención médica en el centro de salud rural de San Felipe Jalapa de Díaz, Oaxaca, en agravio de V1 y su recién nacida V2.
- Recomendación no. 13/2014. Sobre el caso de inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V1, atribuible a personal del hospital rural número 32, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Ocosingo, Chiapas, y negativa a proporcionar atención médica en los Hospitales General de Tuxtla Gutiérrez y de las Culturas, en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

²⁰¹ Artículo 93.

²⁰² Información proporcionada por la CNDH con base en el convenio base de este trabajo, se omiten en este listado las recomendaciones que tiene que ver con violencia obstétrica pues forman parte de estudio de un apartado diferente de este documento.

- Recomendación no. 24/2014. Sobre el caso de inadecuada atención médica que originó la pérdida de la vida de V1, indígena maya, quien cursaba embarazo gemelar de 5 meses, en el Hospital Comunitario de Peto y en el Hospital General “Dr. Agustín O’horán”, de Mérida, ambos de Yucatán.
- Recomendación no. 25/2014. Sobre el caso de inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V1, menor de edad, indígena mazateca, en el Centro de Salud Rural de San Felipe Jalapa de Díaz, Oaxaca.
- Recomendación no. 50/2014. Sobre el caso de inadecuada atención médica de v1 y su recién nacida V2, en el Hospital General “Pilar Sánchez Villavicencio”, en el municipio de Huajuapán de León, Oaxaca.
- Recomendación no. 32 / 2015. Sobre el caso de inadecuada atención médica y violencia obstétrica de V1 en el Hospital Rural Solidaridad no. 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tlaxiaco, Oaxaca; e indebida procuración de justicia en agravio de V1 y sus familiares.
- Recomendación no. 45 /2015. Sobre el caso de violencia obstétrica y violación al derecho a la protección de la salud en agravio de V1, y derecho a la vida, en agravio de V3, en el Hospital General de Palenque, Chiapas y Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Villahermosa, Tabasco, dependientes de la Secretaría de Salud de cada entidad federativa.
- Recomendación no. 18 /2016. Sobre el caso de los menores de edad vacunados en la entonces Unidad Médica rural “la pimienta”, en el municipio de Simojovel, Chiapas.
- Recomendación no. 33/2016. Sobre el caso de violencia obstétrica y violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1, V2, V3 y V4 y de acceso a la información en materia de salud de V1, en Hospitales de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca.
- Recomendación no. 46 /2016. Sobre el caso de violencia obstétrica en agravio de v1, inadecuada atención médica en agravio de V1 y V2, y derecho a la vida en agravio de V1, en el Hospital General de Ometepec, dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.
- Recomendación no. 54/2016. Sobre el caso de violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1 y a la vida de V2, en el Hospital General de Cuetzalan, de la Secretaría de Salud de Puebla.
- Recomendación no. 58 /2016. Sobre el caso de violaciones a los derechos a la protección de la salud, al consentimiento informado en servicios de anticoncepción, violencia obstétrica, así como a la libertad y autonomía reproductiva en agravio de V1 y a la vida en agravio de V2; en el Hospital Integral de Pahuatlán de Valle, Puebla y en el Hospital General de Tulancingo, Hidalgo, dependientes de la Secretaría de Salud de cada entidad federativa.
- Recomendación no. 61 /2016. Sobre el caso de violaciones a los derechos a la libertad y autonomía reproductiva, así como a elegir el número y espaciamiento de los hijos en agravio de V1, a la protección de la salud en agravio de V3, y violencia obstétrica en agravio de V1 y V3, en el Hospital General de Juchitán de Zaragoza “Macedonio Benítez Fuentes” de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca.
- Recomendación no. 71/2017. Sobre el caso de violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8 menores de edad, en

el Hospital de la madre y el niño indígena guerrerense en Tlapa, Guerrero; y al derecho de acceso a la justicia en agravio de sus padres.

Diagnóstico de la temática

Se reconoce el avance de los derechos de las comunidades y pueblos Indígenas, pues incorporan nuevas reglas en el ámbito jurídico para enfrentar las situaciones de desigualdad que han sufrido de manera permanente, no obstante, la realidad confirma que no se logra la eficacia deseada, pues esta se traduciría en la materialización, más allá del discurso, en las relaciones sociales, lo cual es un componente básico para reconocer un Estado de Derecho.²⁰³

En México son escasos los análisis para conocer la situación social y de salud de los pueblos indígenas, en algunos casos han sido indirectamente visibilizados por las estadísticas y sólo de forma reciente se les incorpora de manera específica en algunos instrumentos.

Las ENSANUT de 2006, 2012 y 2016 MC son de las pocas fuentes que han considerado a este sector de la población para conocer sus condiciones de salud y el alcance de los programas sociales de los que participan. Los resultados de estos análisis, muestran que persisten desigualdades en las condiciones de vida, la situación de salud y el acceso a los servicios de salud entre la población indígena y la no indígena.²⁰⁴

En el Sistema de Información de Egresos de Hospitales (SAEH), a partir del año 2010, se integró variables que permiten visibilizar los servicios que se les otorgan y a partir del 2014, se da seguimiento para algunos casos de vigilancia epidemiológica, así como visibilizar un panorama epidemiológico específico para ellos.²⁰⁵

El perfil epidemiológico de la población indígena se caracteriza por la elevada mortalidad (infantil y general) y patrones de enfermedad y muerte, donde predominan la desnutrición y las enfermedades infecciosas y parasitarias. Existen tres grandes grupos en relación a la Carga Global de Enfermedad (GBD) de la población indígena: 1. Enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y los problemas derivados de la deficiencia de la nutrición; 2. Enfermedades no transmisibles; y 3. Accidentes y lesiones.²⁰⁶

²⁰³ Martínez Martínez, Juan Carlos *et al.*, *Derechos indígenas, entre la norma y la praxis. Reflexiones a partir del Seminario Internacional: cerrando la brecha de implementación*, Programa Estado de Derecho para Latinoamérica de la Fundación Konrad Adenauer-PLURAL. Programa de Pluralismo Jurídico y Vigencia de Derechos del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Berlín, 2018, p. 12.

²⁰⁴ Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2006; *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*, México, 2012; *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 MC*, *op. cit.*

²⁰⁵ SSA, *Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*, SSA, México, 2014, p. 83.

²⁰⁶ Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018. *DOF* 30 de abril de 2014; SSA, *Perfil Epidemiológico de los Municipios Indígenas en México*, SSA, México, 2012, p. 137 y ss.

La OMS y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), establecieron para el año 2010 los casos en común de los indicadores de morbilidad de la Región Sur-Sureste (Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán), en donde destacan, las causas obstétricas directas, parto único espontáneo, traumatismo, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, el aborto, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, la diabetes mellitus y la apendicitis.²⁰⁷

Además de estos datos, a través de diversos instrumentos se da cuenta de la situación de marginalidad y discriminación que viven los integrantes de las comunidades indígenas. Los resultados de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017, revelan diversos datos al respecto: el 40.3 por ciento de la población indígena declaró haber experimentado al menos una situación de discriminación en los últimos cinco años; aunado a esto, las personas hablantes de lengua indígena (población analfabeta 15-59 años) están entre los sectores de la población que presentan las tasas más altas de analfabetismo, 13.3 por ciento; además, las personas hablantes de lengua indígena tienen una menor asistencia escolar en edades escolares²⁰⁸ Por su parte, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), señala que:

“Hasta 2016, 8.3 millones de personas indígenas se encontraban en situación de pobreza, es decir 71.9 por ciento del total de esa población. Si este dato se pone en relación puede observarse la brecha entre ser indígena y no serlo; del conjunto de población no indígena 40.6 por ciento se encuentra en situación de pobreza. La existencia de 3.2 millones de indígenas con 3 o más carencias sociales y sin la capacidad económica para adquirir la canasta básica (en situación de pobreza extrema) refleja las desventajas que enfrentan los indígenas del país y que el objetivo establecido en la Constitución de igualar las oportunidades de todos los mexicanos, aún es un reto pendiente”.²⁰⁹

En este sentido, señala que entre las carencias sociales la de mayor incidencia, está la de acceso a la seguridad social, pues hasta 2016, 8.9 millones de personas indígenas no tenían acceso a ésta, la segunda carencia con mayor porcentaje de población indígena fue la de servicios básicos en la vivienda con 56.3 por ciento y 64.6 para los Hablantes de Lenguas Indígenas (HLI), 210 aspecto fundamental en la conservación de la salud.

Las situaciones anotadas revelan la vulneración a los derechos humanos, como es el derecho a la salud, lo cual, como ha dejado evidenciado el estudio El derecho a la protección a la salud de las mujeres indígenas, elaborado por la CNDH y CIESAS, tiene consecuencias graves pero diferenciadas entre las mujeres y hombres que conforman a los pueblos indígenas, sobre todo tratándose de los servicios de salud, específicamente en aspectos sexuales y reproductivos.

²⁰⁷ *Idem.*

²⁰⁸ Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017.

²⁰⁹ CONEVAL, *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Resumen Ejecutivo*. México, CONEVAL, 2018, p 33.

²¹⁰ *Idem.*

Se observa que el acceso a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva sin discriminación para personas indígenas es una gran deuda del Estado mexicano.

La violación a los derechos sexuales y reproductivos de los integrantes de comunidades indígenas está documentada a través de los años, situación que no ha logrado ser revertida; las conductas de las cuales son víctimas incluyen la negativa a acceder a métodos anticonceptivos, no contar con información o material audiovisual sobre el tema en su idioma y con intérpretes, en caso de ser necesario, hasta la esterilización forzada.²¹¹

En relación con el uso de medicina tradicional, complementaria o alternativa, existen datos que reportan el tratamiento de padecimientos a partir de su uso,²¹² sin embargo, de acuerdo con la panorámica que presenta el mismo estudio en comentario, es preciso dar cuenta de la situación que guarda cada uno de los rubros específicos que el mismo señala, así como, de la necesidad de contar con más datos y estudios que amplíen el diagnóstico de las mismas hacia otras comunidades que actualmente son afectadas de manera grave por iguales o diversos perfiles epidemiológicos.

De manera concreta en el documento se describen las siguientes problemáticas en materia de salud para las mujeres indígenas; cobertura, disponibilidad de recursos y acceso a servicios de la atención a la salud de mujeres en tres regiones indígenas, Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y el Nayar; así como, mortalidad materna de las mujeres indígenas en México. Por otra parte, la necesidad de un análisis de la salud de las mujeres desde el enfoque de los derechos humanos; diabetes en mujeres indígenas de Yucatán en edad reproductiva; Virus del Papiloma Humano (VPH) y el Cáncer Cervicouterino (CaCu), desde la perspectiva de los derechos humanos, a través de la voz de mujeres indígenas migrantes en Chiapas, así como las condiciones de posibilidad del acceso a la atención de la salud de trabajadoras agrícolas en el Noreste de México.

Cobertura, disponibilidad de recursos y acceso a servicios de la atención a la salud de mujeres en tres regiones indígenas: Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y el Nayar.

El análisis demuestra que existen mecanismos de exclusión y discriminación sistemática de las y los indígenas que afectan su ingreso monetario y sus condiciones mínimas de bienestar. En ese sentido, el estudio apunta a la urgente necesidad de plantear medidas que contribuyan a mejorar el ingreso y disminuir la pobreza focalizadas en estas regiones indígenas del país, dirigidas prioritariamente a las mujeres y jóvenes indígenas; lamentablemente, esta situación rebasa los propósitos de un trabajo centrado en el estudio del derecho a la salud, pero al mismo tiempo evidencia la necesidad de protección integral de los derechos humanos en tanto interdependientes e indivisibles.

²¹¹ Gire, *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*, GIRE, 2015; GIRE, *La pieza faltante de la justicia reproductiva*, op. cit., pp. 9 y 28.

²¹² López Cervantes, Malaquias, *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos*, op. cit., p. 71.

En los casos que se señala, ha habido disminución de muerte materna, como lo es en el Nayar, no existe evidencia de que se deba al puente aéreo entre las comunidades de El Nayar y los hospitales resolutivos, el mismo estudio señala la necesidad de sistematizar y analizar la experiencia con especificidad y compartir las lecciones y buenas prácticas a otros contextos que comparten características de acceso similares, como pudieran ser los casos de las regiones de La Montaña de Guerrero o la Tarahumara, pero también vastas regiones de Oaxaca, Chiapas, Puebla y Veracruz, donde también se registra una elevada cantidad de muertes maternas.

La vigencia de esta problemática se ha evidenciado a través del seguimiento periodístico que da noticia de las dificultades de acceso a la salud, por parte de hombres y mujeres indígenas de diversas regiones del país, sobre todo tratándose de cuestiones obstétricas, si bien las recomendaciones emitidas por la CNDH relacionadas en este apartado son posteriores a la fecha en que se presentó el estudio y comprenden temáticas diversas a las abordadas en el estudio de referencia, pero es preciso y oportuno mantener el monitoreo.

Se considera notorio y apreciable el esfuerzo prioritario que se ha dirigido a brindar servicios que mejoren la salud materna y neonatal, como es el caso de los servicios de atención obstétrica de emergencia y de cobertura anticonceptiva focalizados en las tres regiones indígenas referidas, sin embargo, es preciso contar con estudios que permitan establecer las características de las intervenciones que han llevado a incrementar la productividad de servicios de planificación familiar y anticoncepción en estas regiones, sobre todo si se han realizado de manera informada, con pertinencia cultural, de género y respeto a los derechos reproductivos de la población, aunado a lo anterior, es sumamente deseable que el análisis se extienda a la población indígena de manera focalizada en los diversos espacios territoriales en que se encuentra.

Existen casos documentados de las vulneraciones a estos derechos; sin embargo, la temporalidad no corresponde con la fecha de presentación del estudio, *El derecho a la protección a la salud de las mujeres indígenas, elaborado por la CNDH y CIESAS*, así como la realización de este seguimiento, no se han encontrado datos más recientes.²¹³

Mortalidad materna de las mujeres indígenas en México. Un análisis desde el enfoque de los derechos humanos.

El análisis de casos presentado en el Estudio, lleva a concluir nuevamente, que las condiciones de vida de las mujeres indígenas son tan precarias que la disminución del porcentaje en la carencia de acceso a servicios de salud, no está asegurando en los hechos su atención, en la medida que para la mayoría de ellas implica gastos de bolsillo por el traslado a unidades resolutivas fuera de sus comunidades o compra de insumos que las unidades médicas no pueden otorgar, rechazo hospitalario, operatividad nula de las redes entre el primero y el segundo nivel de atención, rezagos en la satisfacción de las usuarias en el acceso a métodos de planificación familiar y en la posibilidad de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos sin poner en riesgo

²¹³ Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México, op. cit.

su vida. La presencia suficiente de bancos de sangre y de UCI es fundamental para la sobrevivencia y el buen manejo de las mujeres.

La problemática está vigente en principio porque los indicadores que demostrarían una observación cabal de los derechos humanos en México no han sido alcanzados y, por otro lado, tampoco se alcanzaron los índices de disminución de muerte materna.

Diabetes en mujeres indígenas de Yucatán en edad reproductiva. Recomendaciones y observaciones a favor de la salud.

Las mujeres indígenas enfrentan esta enfermedad crónica desde una posición de vulnerabilidad, tanto por su género y origen étnico, como por su situación económica y social.

En un contexto de pobreza, marginación social, falta de oportunidades, rezago educativo, difícil acceso a la información, servicios públicos de salud deficientes y hábitos alimenticios basados en la ingesta de azúcares, a través de bebidas carbonatadas, la diabetes puede anidar y traer consigo consecuencias irreversibles, como la discapacidad o la muerte prematura, revela el estudio *El derecho a la protección a la salud de las mujeres indígenas, elaborado por la CNDH y CIESAS*, específicamente, en el caso de las mujeres indígenas en edad reproductiva que se encuentran en Yucatán, pues son un grupo población importante.

Las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME EC), son identificadas como un recurso que puede hacer la diferencia en la sobrevivencia de las personas, no obstante, se hace énfasis en que el tratamiento no puede estar limitado a una temporalidad ni tampoco puede excluirse a los pacientes que no son controlados, pues estas conductas implican actos de discriminación y de violación a los derechos de los pacientes, que al ser desestimados se transforman en limitantes estructurales del derecho de acceso a la salud.

Si bien, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de estas mujeres asegurando el acceso y la calidad de los servicios de salud para tratar y controlar la enfermedad de la diabetes, ya que se trata de una causa de muerte evitable para este grupo de edad en particular, los programas del Sistema Nacional de Salud, dirigidos a los enfermos y enfermas con diabetes, no toman en cuenta la perspectiva sociocultural y las necesidades particulares de los grupos poblacionales, más aún, es preciso anotar que, como ejemplo de la crisis de salud referida, durante la realización de este trabajo, medios de comunicación han dado a conocer la grave crisis de salud por el alza en casos de obesidad y diabetes en el municipio de San Cristóbal de las Casas en Chiapas, ante la sobre explotación de los mantos acuíferos de la comunidad y la sobreexposición a bebidas azucaradas,²¹⁴ esta información evidencia la vigencia, acrecentamiento y complejidad de la problemática, por lo cual es preciso contar con un seguimiento de la misma.

²¹⁴ Lira Ivette, "Coca-Cola le arrebató el agua y provoca epidemia de obesidad en San Cristóbal: académicos y ONGs", Sin Embargo, periódico digital, 25 de julio de 2018. Disponible en <http://www.sinembargo.mx/25-07-2018/3447534>

Virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino desde la perspectiva de los derechos humanos: la voz de mujeres indígenas migrantes en Chiapas.

Mediante casos se muestra que la forma en que se da a conocer información sobre el VPH y el CaCu, la cual sigue siendo inadecuada. Se requiere mejorar el acceso a la información entre la población más vulnerable.

Los relatos analizados, muestran cómo se ha invisibilizado el estado de portador y transmisor asintomático de la infección de la población masculina y las repercusiones en la salud de la población femenina. La vinculación de la sexualidad con la causalidad de la enfermedad, llena a las mujeres de confusión, culpa y vergüenza, lo que las vulnera frente a las relaciones por venir.

De lo anterior se destaca, que aspectos tales como la educación, disponibilidad y acceso a fuentes de información y a redes sociales para obtener información y apoyo, parecen otorgarles, un cierto margen de agencia para actuar en favor propio, en comparación con sus pares mayores, víctimas del CaCu se observa, la persistencia de valores y prácticas entre unas y otras, las cuales muestran con claridad, que la intervención para una problemática de salud como la aquí abordada, no se remite a temas exclusivamente médicos, sino también a una amplia gama de implicaciones socioculturales y afectivas.

La ausencia de una perspectiva de género, de derechos humanos e interculturalidad en los programas de salud dirigidos a mujeres es evidente, ya que por un lado, las campañas de detección oportuna de CaCu no llegaron a las mujeres indígenas de los casos expuestos en el Estudio, no se incluyó en la consejería y en la atención una alusión a los portadores del virus y la forma de contagio, de igual forma se omitió explicar a las mujeres que, aunque ellas tuvieron sólo una pareja sexual, esta misma pudo haberlas contagiado por tener otras parejas sexuales; es decir, se carece de campañas de información que brinden a las mujeres elementos para proteger su salud, lo cual les impide hacer valer sus derechos sexuales y reproductivos.

Por lo que hace a las instituciones de salud, el Estudio pone de manifiesto que el IMSS-Prospera no realiza citologías de acuerdo con los criterios de la norma oficial mexicana NOM-014-SS2-1994 relativa a la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, pues solamente las ejecutan en mujeres de más de 50 años.

La situación anotada tiene un impacto enorme si se considera que esta institución es la que beneficia en mayor medida a las mujeres indígenas y a la población más marginada y por lo visto en los casos abordados las mujeres requieren que el seguimiento se haga desde que inician su vida sexual.

La detección a través de la visualización del cérvix con ácido acético,²¹⁵ no puede ser considerada un método diagnóstico adecuado ya que se utiliza solamente en países de alta pobreza y es discriminatorio en México porque podría considerarse como un agravio comparado frente a las mujeres beneficiadas por otras instituciones públicas que cuentan con formas de diagnóstico más moderno.

Condiciones de posibilidad del acceso a la atención de la salud de trabajadoras agrícolas en el Noreste de México.

El Estudio *El derecho a la protección a la salud de las mujeres indígenas, elaborado por la CNDH y CIESAS*, aporta evidencia sobre cómo viven cotidianamente las dificultades para ejercer el derecho a la atención de la salud entre las mujeres jornaleras. Esto, a pesar de existir un marco normativo que ampara el derecho constitucional a la salud de la población mexicana, en el cual se incluye la atención a la salud como parte constitutiva, indivisible e interdependiente de los derechos laborales. Visibilizar las experiencias desde la voz de las mujeres permite reflexionar sobre los vacíos en las leyes, que, pensadas desde las lógicas de los tomadores de decisiones, no cubren las necesidades reales y sentidas de las poblaciones.

Es necesario identificar el actuar de los marcos normativos, para mostrar que las condiciones de posibilidad desde el ámbito legal no bastan para el ejercicio del derecho. La aplicación de las normas pasa por una serie de condiciones específicas en los lugares concretos que dificultan su aplicación. La reiteración de las prácticas de las instituciones y los agro empresarios que obstaculizan el cumplimiento del derecho a la salud normalizan esta situación. Esto se constata en las narrativas que señalan el desbalance entre el abanico de condiciones que obstaculizan la atención de la salud y aquellas que las posibilitan.

Se observa la vigencia de esta problemática a través de material noticioso, así como a través del seguimiento por parte de la academia.²¹⁶

Conclusiones

Es preciso atender a las condiciones de posibilidad para promover un acceso efectivo a la salud por parte de los miembros de las comunidades indígenas, pues la ampliación en la cobertura de

²¹⁵ La inspección visual con ácido acético (IVA) puede ser una alternativa a la citología o puede usarse con la detección mediante la prueba de Pap o ADN del VPH. La IVA se realiza mediante un lavado del cuello uterino con entre 3% y 5% de ácido acético (vinagre) durante un minuto. Luego se observa directamente el cuello uterino, sin ningún tipo de aparato. Si se observan las características áreas blancas bien definidas cerca de la zona de transformación, se considera que la prueba es positiva para cambios celulares precancerosos o cáncer invasivo en su estadio temprano. La IVA no requiere un laboratorio ni capacitación intensiva para el personal. Además, los resultados están disponibles inmediatamente, permite el tratamiento en una sola visita, reduciendo así la cantidad de pacientes que no asisten a las visitas de seguimiento. Por, Denny L, Quinn M, Sankaranarayanan R. Chapter 8: Screening for cervical cancer in developing countries. *Vaccine*. 2006;24(Suppl. 3):S71–S77.

²¹⁶ Valdivia Correa, Marcela y Sánchez Peña, Landy. “Protección laboral para los trabajadores jornaleros agrícolas en México”, en *Apuntes para la igualdad*. COLMEX, núm. 3, junio de 2017.

salud ha resultado insuficiente en la medida en la que deben superarse una serie de circunstancias para tener la posibilidad real de recibir atención médica, si bien, se observa como positiva la promoción de unidades móviles que pueden adentrarse en las comunidades para la prestación de servicios de salud, es de hacer notar que se trata de acciones que al no consolidar servicios en la cercanía de las localidades resultan insuficientes ante las contingentes necesidades de la población.

En el caso de localidades en las que se ha logrado consolidar infraestructura para la prestación del servicio, es de hacer notar la carencia de personal médico, unidades de resolución ante urgencias o incluso de material médico y medicamentos, lo cual se traduce en una violación directa al derecho humano a la salud.

Se evidencia una tasa de mortalidad más alta en la población indígena en relación a la población no indígena, es preciso que las acciones para la población sean focalizadas y se establezcan programas interculturales de medicina preventiva para aquellos padecimientos indicados como de alta incidencia o que, siendo tratables, reportan un número de defunciones por encima de la estadística.

Es preciso fortalecer los programas de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural como parte de los Servicios de Salud.

Resulta fundamental se desarrollen programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual bajo una perspectiva intercultural.

El respeto por el territorio y los recursos es fundamental para la protección a la salud de las comunidades indígenas, como ha quedado señalado los programas de prevención de enfermedades tales como la diabetes deben involucrar al núcleo familiar y poner especial atención en la dieta, la transformación del entorno ha incidido de manera desfavorable y ha elevado los índices de esta enfermedad, por lo cual es preciso proteger el derecho que tienen a sus propios recursos como un factor fundamental.

Es especialmente preocupante, en el contexto del Estado de Derecho, la vulneración del derecho a la salud de personas que teniendo seguridad social no pueden acceder a los servicios que este esquema les ofrece por la reiterada violación a sus derechos como trabajadores, es preciso que las autoridades laborales pongan especial atención en la protección de los grupos indígenas jornaleros agrícolas, de manera particular en mujeres embarazadas, haciendo efectiva la actuación de la “Inspección en el Trabajo” que contempla la ley en la materia.

Propuestas

- 1) Se estima pertinente ampliar los estudios entorno a la salud de los pueblos y comunidades indígenas.

- 2) Es preciso que se dé seguimiento al impacto de los referidos estudios en el espacio cotidiano.
- 3) De conformidad con lo anterior, se sugiere mayor difusión del Estudio *El derecho a la protección a la salud de las mujeres indígenas*, elaborado por la CNDH y CIESAS, pues aporta evidencia sustancial sobre cómo viven cotidianamente las dificultades para acceder al derecho a la salud los diversos núcleos de poblaciones indígenas.
- 4) A través del mencionado Estudio se observa de manera clara la importancia de atender a las condiciones de posibilidad para promover un acceso efectivo a la salud para los miembros de las comunidades indígenas, de ahí que sea indispensable atender al contexto y las subjetividades que caracterizan a los distintos pueblos indígenas de México.
- 5) Ante lo insuficiente que ha resultado la ampliación en la cobertura de salud para la protección de la salud de las comunidades indígenas debe considerarse dentro del esquema de salud el enfoque intercultural para la preservación de la salud y la atención de primer nivel pues es preciso que las acciones para la población sean focalizadas y se establezcan programas interculturales de medicina preventiva para aquellos padecimientos indicados como de alta incidencia o que siendo tratables reportan un número de defunciones por encima de la estadística.
- 6) Es preciso fortalecer la enseñanza de derechos humanos, así como la Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural como parte de la promoción del derecho a la salud.
- 7) Resulta fundamental se desarrollen programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual bajo una perspectiva intercultural.
- 8) Si bien se observa como positiva la promoción de unidades móviles que pueden adentrarse en las comunidades para la prestación de servicios de salud, es necesario consolidar servicios de salud en la cercanía de las localidades que tengan la capacidad de resolución.
- 9) En el caso de localidades en las que se ha logrado consolidar infraestructura para la prestación del servicio es indispensable atender la carencia de personal médico, así como abastecer de material médico y medicamentos.
- 10) Es fundamental el respeto del territorio y los recursos naturales para la protección a la salud de las comunidades indígenas.
- 11) Los programas de prevención de enfermedades tales como la diabetes deben involucrar al contexto, incluido el núcleo familiar, atendiendo a la dieta y la transformación del entorno que se observa ha incidido de manera desfavorable y ha elevado los índices de esta enfermedad, por lo cual es preciso proteger el derecho que tienen a sus propios recursos como un factor fundamental.
- 12) El respeto a los derechos de trabajadores indígenas es imprescindible para el goce de sus derechos a la seguridad social y la salud, es preciso que las autoridades laborales pongan especial atención en la protección de los grupos indígenas jornaleros o agrícolas, de manera particular en mujeres embarazadas haciendo efectiva la actuación de la “Inspección en el Trabajo”.