

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS JURÍDICO

El presente apartado tiene como objetivo revisar el marco normativo de los derechos humanos en materia de salud, relacionado directamente con los instrumentos de posicionamiento de la CNDH, consistentes en tres recomendaciones generales y un informe especial para evaluar el cumplimiento de los mismos por parte de las autoridades a las que han sido dirigidos, por sus características, el estudio ha sido objeto de análisis de un apartado específico.

Metodología

El análisis jurídico aplicable a los temas que aborda el presente estudio involucra un marco normativo amplio a nivel nacional e internacional. Cada uno de los instrumentos de posicionamiento que aborda este estudio refiere los ámbitos mencionados ya que México ha participado siempre de forma importante en la comunidad internacional, asumiendo compromisos a través de la firma y ratificación de diversos instrumentos, más aún, como ha quedado anotado, a partir de la reforma constitucional de 2011 se cuenta con mecanismos propicios para que los contenidos de aquellos tratados internacionales que protejan derechos humanos se incorporen al sistema jurídico en México, lo cual significa un cambio de paradigma que, necesariamente, marca nuevos rumbos para la producción e interpretación de normas en México.

Bajo esta óptica, en este apartado está destinado a identificar las líneas existentes entre los instrumentos de posicionamiento de la CNDH y los cambios en el marco normativo vigente en materia de salud (federal y estatal), en el contexto del nuevo paradigma jurídico.

Atendiendo a la estructura de este trabajo, se inicia con el análisis de las recomendaciones generales 15/2009 por referirse a la parte más general en materia de salud, para dar paso a las que se refieren a temas específicos, estas son la 29/2017 sobre el expediente clínico y 31/2017 sobre violencia obstétrica posteriormente se analiza el Informe especial sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República Mexicana del 2013.

La metodología que se siguió fue la siguiente:

- I. Análisis del derecho positivo y de derecho comparado interno para revisar la regulación de la Federación y de las entidades federativas en materia de derecho a la salud, identificando la vigencia y oportunidad de las disposiciones mencionadas en las recomendaciones e informe especial, a efectos de hacer un análisis de la evolución del derecho aplicable en los temas correspondientes.
- II. Se utilizó el método jurídico analítico, esto implica revisar las disposiciones aplicables que se han desarrollado en el sistema jurídico mexicano a partir de lo previsto en la Constitución en materia de salud e incluso de las normas oficiales mexicanas (NOMs), por ser éstas últimas las disposiciones más concretas y de inmediata

aplicación por la autoridad. El propósito, es determinar en la medida de lo posible el impacto de los instrumentos de posicionamiento de la CNDH en la actividad normativa actual en la materia.

- III. Las normas que se analizan, se identifican a partir de las propias recomendaciones hechas por la CNDH, las cuales, consideran el ámbito de desarrollo a nivel internacional y en algunos casos señalan o proponen las disposiciones que requerirían la revisión, reforma o actualización del marco jurídico por parte de las autoridades respectivas en materia de salud, como por ejemplo en el punto recomendatorio quinto de la Recomendación general 31/2017. En la recomendación sobre violencia obstétrica en el sistema nacional de salud, que sugiere crear “un entorno jurídico e institucional que propicie el respeto y el ejercicio de dicha actividad, mediante el reconocimiento y la promoción de las aportaciones, practica y desarrollo de la medicina tradicional indígena”, la Recomendación general 29/2017 sobre el expediente clínico que en el punto recomendatorio primero señala que se “adopten todas las medidas ... jurídicas ..., para que se procure el debido cumplimiento en la integración de los expedientes clínicos de las usuarias y usuarios de los servicios de salud”, es decir, atendiendo a los estándares internacionales aplicables a la materia.
- IV. Asimismo, en el diagnóstico presente la revisión de la normatividad no se limitó al ámbito de salud, sino que abarcó una temática transversal del marco jurídico, es el caso, de la Ley General de Educación, la Ley General de Responsabilidades Administrativas, Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información, así como las leyes en materia de atención a víctimas para efectos de estudios sobre reparaciones en materia de violaciones a derechos humanos.
- V. Para efectos de identificar los cambios legislativos se revisó el marco jurídico respectivo a partir de la Constitución, con especial énfasis en el contenido reformado en 2011 en materia de derechos humanos para dilucidar su impacto, así como en aquél que hubieran podido tener los instrumentos de posicionamiento de la CNDH en la legislación actual en la materia.
- VI. La revisión de los cambios legislativos se hizo de la fecha de publicación de los instrumentos de posicionamiento de la CNDH a junio de 2018 (en virtud de las fechas de entrega establecidas por la CNDH), por lo que se comienza por presentar un listado con la explicación de los cambios de fondo relacionados con la salud, se resaltaron las modificaciones.
- VII. En virtud de que en la materia de salud hay concurrencia entre la federación y las entidades federativas, la revisión de la normativa estatal se centró en la garantía del derecho a la salud en la ley. Esto se sistematizó para cada uno de los instrumentos de posicionamiento analizados.
- VIII. En los anexos se presentan la información específica de la regulación de las disposiciones de fuente de origen internacional vinculantes, de la jurisprudencia aplicable, de las normas oficiales mexicanas vigentes analizada en relación con los instrumentos en los casos pertinentes y de las leyes para garantizar el acceso a las mujeres a una vida libre de violencia de las entidades federativas y de la federación,

con el fin de visualizar la totalidad de las modificaciones ocurridas a las disposiciones aplicables en materia de salud.

- IX. El acercamiento a los cambios legislativos fue a través de la revisión documental de las normas relevantes de distinto rango, federales y estatales, se hizo un análisis sobre la vigencia o reforma de las disposiciones mencionadas en las recomendaciones. En concreto, se destacan, las siguientes normas que regulan diversos aspectos en materia de salud en México, 46 fueron consideradas para este análisis, pues son relevantes para entender los aspectos jurídicos de los temas abordados en los instrumentos de posicionamiento de la CNDH.
- X. En concreto, las siguientes 46 normas –que regulan diversos aspectos de la salud en México– fueron consideradas para este análisis pues son significativas para entender el tratamiento normativo y su evolución de los temas abordados en los instrumentos de posicionamiento de la CNDH:

Legislación Federal²⁴⁶

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de febrero 1917. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 27 de agosto de 2018.
- Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 24 de diciembre de 2018.
- Ley General de Educación, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de julio de 1993. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 19 de enero de 2018.
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de marzo de 2002. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* antes de su abrogación: 18 de diciembre de 2015.
- Ley General de Responsabilidades Administrativas, publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 18 de julio de 2016. Sin reforma.
- Ley General de Víctimas, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 9 de enero de 2013. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 3 de enero de 2017.
- Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 26 de enero de 2017. Sin reforma.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de marzo de 2007. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 22 de junio de 2018.

²⁴⁶ Al cierre de esta investigación se publicó la Ley del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, sin embargo, no forma parte del análisis por estar fuera de la temporalidad que delimitó este trabajo, se hace esta mención por la relevancia en los temas analizados. V. *Diario Oficial de la Federación* de 4 de diciembre de 2018.

- Ley del Seguro Social, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 21 de diciembre de 1995. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 22 de junio de 2018.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 1 de febrero de 2007. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 13 de marzo de 2018.
- Reglamento de la Ley General en Materia de protección a la Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de abril de 2004. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 17 de diciembre de 2014.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 25 de junio de 2002. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 12 de julio de 2018.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 11 de junio de 2003. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 21 de junio de 2018.
- Ley General Para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de mayo de 2011. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 12 de julio de 2018.
- La NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para los ciclos clínicos e internado de pregrado, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de enero de 2005.
- NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de octubre de 2012.
- NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de enero de 2013.
- NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud. que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de septiembre de 2013.
- NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida,
- NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada
- NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica

Legislación Estatal

- Ley de Salud del Estado de Aguascalientes, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes, el 6 de junio de 1999. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes: 12 de marzo de 2018.

- Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California, publicada en el Periódico Oficial el 9 de noviembre de 2001. Última reforma publicada en el Periódico Oficial: 30 de noviembre de 2018.
- Ley de Salud para el Estado de Baja California Sur, publicada en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Baja California Sur el 31 de diciembre de 2004. Última reforma publicada en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Baja California Sur: 20 de julio de 2017.
- Ley de Salud para el Estado de Campeche, publicada en el Periódico Oficial del Estado el 25 de abril de 2008. Última reforma: 12 de julio de 2018
- Ley de Salud del Estado de Chiapas, publicada en el Periódico Oficial el 7 de agosto de 1998. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado: 6 de julio de 2017.
- Ley Estatal de Salud (Chihuahua), publicada en el Periódico Oficial del Estado No. 30 del 14 de abril de 2012. Última Reforma Periódico Oficial del Estado, No. 46 de 6 de octubre de 2017.
- Ley Estatal de Salud (Coahuila), publicada en el Periódico Oficial, el viernes 30 de julio de 1993. Última reforma publicada en el Periódico Oficial: 6 de diciembre de 2016.
- Ley de Salud del Estado de Durango, publicada en el Periódico Oficial no. 3 de fecha 11 de julio de 2002. Última reforma publicada en el Periódico Oficial de 9 de diciembre de 2018.
- Ley de Salud del Estado de Guanajuato, publicada en el Periódico Oficial, núm. 63, Segunda Parte, de 08 de agosto de 1986. Última Reforma: Periódico Oficial, núm. 55, Segunda Parte, de 16 de marzo de 2018.
- Ley de Salud para el Estado de Hidalgo, publicada en el Periódico Oficial 35 Bis, el lunes 30 de agosto de 2004. Última reforma publicada en periódico oficial el 25 de junio de 2018.
- Ley de Salud del Estado de Jalisco, publicada en la Sección Segunda del Periódico Oficial del Estado de Jalisco, el martes 30 de diciembre de 1986. Última reforma publicada en el periódico oficial: 27 de octubre de 2016.
- Ley de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo, publicada en el Periódico Oficial, el día 10 de septiembre de 2007. Última reforma publicada en el Periódico Oficial: el 8 de diciembre de 2010.
- Ley de Salud del Estado de Morelos, publicada en el Periódico Oficial “Tierra y Libertad” de 29 de junio de 2005. Última Reforma publicada en el Periódico Oficial “Tierra y Libertad”: 26 de septiembre de 2018.
- Ley Estatal de Salud (Nuevo León), publicada en el Periódico Oficial, el lunes 12 de diciembre de 1988. Última reforma publicada en el Periódico Oficial: 1 de junio de 2018.
- Ley Estatal de Salud del Estado de Oaxaca, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Oaxaca, el sábado 5 de marzo de 1994. Última reforma publicada en el periódico oficial: 23 de junio de 2018.
- Ley Estatal de Salud (Puebla), Publicada en el Periódico Oficial del Estado el 15 de noviembre de 1994. Última reforma publicada en el Periódico Oficial: 29 de diciembre de 2017.

- Ley de Salud del Estado de Querétaro, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado “La Sombra de Arteaga” el 30 de enero de 2010. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado “La Sombra de Arteaga”: 2 de febrero de 2017.
- Ley de Salud del Estado de Quintana Roo, publicada en el Periódico Oficial del Estado 30 de diciembre de 1994. Última publicación en el Periódico Oficial del Estado 14 de abril de 2017
- Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí, publicada en la Edición Extraordinaria del Periódico Oficial el jueves 23 de diciembre de 2004. Última reforma publicada en el Periódico Oficial: 22 de junio de 2018.
- Ley de Salud del Estado de Sinaloa, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Sinaloa, el viernes 3 de septiembre de 2004. Última publicada en el periódico oficial: 18 de diciembre de 2015.
- Ley de Salud para el Estado de Sonora, publicada en el Boletín Oficial el 22 de junio de 1992. Última reforma publicada en el Boletín Oficial: 26 de abril de 2018.
- Ley de Salud del Estado de Tabasco, publicada en el Periódico Oficial el 12 de diciembre de 2009. Última reforma en el Periódico Oficial: 5 de julio de 2017.
- Ley de Salud del Estado de Tlaxcala, publicada en el Periódico Oficial el 28 de noviembre de 2000. Última reforma publicada en el Periódico Oficial: 12 de abril de 2018.
- Ley Número 113 de Salud del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, publicada en la Gaceta Oficial. Órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave el 17 de mayo de 1988. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial. Órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave: 7 de agosto de 2015.
- Ley de salud del Estado de Yucatán, publicada en el Diario Oficial del Gobierno del Estado el 16 de marzo de 1992. Última reforma publicada en el Diario Oficial del Gobierno del Estado: 9 de abril de 2016.

3.1. RECOMENDACIÓN GENERAL 15/2009 SOBRE EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

3.1.1. Introducción

La Recomendación General 15, de fecha 23 de abril de 2009, da cuenta de la prestación indebida del servicio de salud, lo cual implica una violación al derecho que toda persona tiene a la prolongación y el mejoramiento de su calidad de vida; a la conservación y al disfrute de condiciones de salud; a la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, y al disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, todo lo anterior contraviene lo dispuesto en los artículos 1, párrafo tercero, y 4, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2o. y 27 de la Ley General de Salud; las 82 Normas Oficiales Mexicanas de salud aplicables; los artículos 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; los numerales 10.1, y 10.2, incisos a), d), e) y f), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en

Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 8.1 de la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, y la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993, reconocidos como ley suprema en términos del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Este incumplimiento de las obligaciones básicas en el ámbito de la prestación de los servicios de salud, es generado ante la falta de garantización que siempre debe existir en la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad en las instituciones encargadas y materializar el derecho a la protección de la salud, como se observa, a través de este instrumento se hace un abordaje general a la problemática de salud pero tomando en consideración de forma concreta aquellos aspectos que mayor incidencia han tenido en las quejas presentadas ante la Comisión por lo cual el análisis jurídico parte de los postulados constitucionales para, posteriormente, dar paso a la Ley General de Salud (LGS) como el cuerpo normativo destinado a desarrollar los contenidos constitucionales en el tema y, con posterioridad, derivado de la problemática observada en el instrumento en análisis, se identifican leyes, reglamento y normas oficiales mexicanas relacionadas, de manera específica, aquellas que tienen que ver con la calidad de los servicios médicos, la capacitación del personal responsable de prestar dichos servicios, la falta de personal médico e infraestructura hospitalaria así como de los recursos materiales necesarios para una atención médica de calidad, el maltrato hacia los pacientes y sus familiares, la discriminación, la falta de información y de diagnóstico oportuno y adecuado, así como, la falta de atención oportuna, sobre todo en caso de urgencia.

El siguiente análisis tiene por objeto rastrear la evolución normativa de la temática a partir del año 2009, en que se publicó dicha recomendación, hasta el 2018, para trazar las líneas entre la Recomendación y los cambios regulatorios operados en la materia.

3.1.2 Análisis de las normas federales y locales a las que impactó la Recomendación General 15/2009 sobre el derecho a la protección de la salud

3.1.2.1 Nivel Federal

Tomando en cuenta el alcance de la Recomendación, en este apartado se retomará lo establecido por la CPEUM, la Ley General de Salud, la Ley General de Educación, la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas abrogada por la Ley General de Responsabilidades Administrativas vigente; la Ley General de Víctimas; el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como, de manera específica, las Normas

Oficiales Mexicanas: NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para los ciclos clínicos e internado de pregrado; NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, además de 4º presentar el seguimiento de las NOM's durante este periodo a través del anexo referido, todas las cuales son relevantes para la materialización del derecho de protección a la salud y, por otro lado, en las que se observaron cambios normativos a partir de la emisión del instrumento de posicionamiento en comento.

a. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.²⁴⁷

La CPEUM ha tenido diversas transformaciones desde la emisión de la Recomendación General 15/2009 de fecha 23 de abril de 2009, entre estas se encuentran las importantes reformas de junio de 2011 en materia de derechos humanos que transforman el sistema jurídico mexicano de manera amplia al dirigir los esfuerzos de los ámbitos jurisdiccional y recomendatorio a su protección, además de estas reformas el artículo 4, que contiene el derecho a la protección de la salud a que se refiere el instrumento en comento, ha tenido seis reformas, de las cuales se hace un breve recuento por estar íntimamente relacionadas con el mencionado derecho, tanto por el impacto en la materia como por el desarrollo normativo de la misma, actualmente este precepto se integra por trece párrafos.

La primera de las reformas operadas en este periodo, del año 2009, tiene que ver con el derecho de toda persona a la cultura y al disfrute de los bienes y servicios que presta el Estado en este campo, incluido el ejercicio de sus derechos culturales, señalando la obligación del Estado “en la promoción de los medios para su difusión y el desarrollo de la cultura”, atendiendo a la “diversidad cultural en todas sus manifestaciones y expresiones con pleno respeto a la libertad creativa”, para lo cual deja a la Ley el establecimiento de “los mecanismos para el acceso y participación a cualquier manifestación cultural”,²⁴⁸ esta incorporación al texto constitucional tiene impacto en las transformaciones a la Ley General de Salud respecto de la promoción de la salud mental, en las cuales se reconoce la importancia de este tipo de actividades en la mantenimiento de ella, haciendo énfasis en la preferencia de atención a grupos en situación de vulnerabilidad, esta modificación que será referida de manera más amplia en el apartado respectivo.

En 2011, se realizaron tres de las seis reformas al artículo 4 en comento, además de ser este mismo el año en el cual se realizó la modificación a nuestro sistema jurídico para ajustarlo de forma más concreta al paradigma de derechos humanos, estas transformaciones tienen un importante impacto en la materia de salud.

²⁴⁷ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de febrero 1917. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 27 de agosto de 2018.

²⁴⁸ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de abril de 2009.

De entre las señaladas reformas que se dan al texto constitucional en el año de 2011 destacan, sin duda, las reformas en materia de amparo y derechos humanos de 6²⁴⁹ y 10²⁵⁰ de junio de 2011, pues a través de ellas se modifican los sistemas jurisdiccional y recomendatorio para la defensa y protección de los derechos humanos, con la incorporación de diversas técnicas se hace posible un manejo más directo de las fuentes internacionales de éstos para la realización de sus contenidos en sede interna, esto es, en el territorio mexicano, anteriormente, pese a lo señalado por el artículo 133 y la Suprema Corte de Justicia, en relación a la jerarquía normativa de los tratados internacionales en el sistema jurídico mexicano, existía una serie de factores que lo imposibilitaban.²⁵¹ Destaca en las reformas la introducción de un lenguaje más acorde al paradigma arriba referido, comenzando por el cambio del término “individuo” por el de persona, el cual responde más a la vocación universal de tutela conforme a los diversos instrumentos de protección a nivel internacional, además, al incluir elementos como la cláusula abierta de derechos humanos; la aplicación inmediata de las previsiones constitucionales sobre derechos humanos, sin necesidad de reglamentación legislativa con base en lo regulado en instrumentos internacionales; la constitucionalización progresiva de los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, con la consecuente aplicación directa en el orden interno; la inserción en las constituciones de reglas de interpretación constitucional de los derechos, sea de acuerdo con lo establecido en tratados internacionales o con lo declarado, esto es, la interpretación conforme y el principio *pro persona*, así como la exigencia de una actuación con debida diligencia por parte de las autoridades en sus respectivos ámbitos de competencia.²⁵²

Lo anterior abre las posibilidades para transformar de raíz la protección del derecho a la salud, en este sentido, es importante destacar que a partir de esta nueva concepción la dignidad de las personas se consolida como criterio orientador para la prestación de servicios de salud pues se incorporan las obligaciones generales y deberes específicos para el Estado mexicano, por lo cual, es deber de las autoridades en materia de salud en el ámbito de sus respectivas competencias atender a este mandato constitucional.

Las referidas reformas de 2011 al artículo 4 de la Constitución, si bien no se realizan de forma específica en el tema si impactan a la materia. La primera de estas modificaciones introduce el derecho a la cultura física y a la práctica del deporte, aspecto que la Ley General de Salud ha reconocido como valioso para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo del

²⁴⁹ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de los artículos 94, 103, 104 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el *Diario Oficial de la Federación*.

²⁵⁰ Decreto por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el *Diario Oficial de la Federación*.

²⁵¹ V. Corcuera Cabezut, Santiago, Los derechos humanos, aspectos jurídicos generales, México, Oxford University Press, 2016, pp. 221 y ss.

²⁵² Fix Zamudio, Héctor, “Las reformas constitucionales mexicanas de junio de 2011 y sus efectos en el sistema interamericano de derechos humanos” en: González Pérez, Luis Raúl y Valadés, Diego, *El constitucionalismo contemporáneo; Homenaje a Jorge Carpizo, México*, UNAM, pp. 153-212; Brewer-Carías, Allan R., “La aplicación de los tratados internacionales sobre derechos humanos en el orden interno de los países de América Latina”, *Revista IIDH*, núm. 46, Junio - diciembre 2007, pp. 210 y 220.

alcohol;²⁵³ la segunda reforma al artículo, eleva a rango constitucional el interés superior de la niñez para garantizar de manera plena sus derechos, incluido el derecho a la salud, principio que debe guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez;²⁵⁴ la tercera reforma, adiciona un párrafo tercero al artículo 4 para introducir al texto constitucional el derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, aspecto que es fundamental para la conservación de la salud de las personas y cuya promoción forma parte ya de los objetivos del Sistema Nacional de Salud,²⁵⁵ aunado a lo anterior, es preciso evidenciar que el recorrido de los párrafos implicó la modificación del fundamento del derecho a la protección de la salud, el cual pasa del tercer al cuarto párrafo. Es importante señalar que, en las reformas relacionadas con cultura física y deporte, así como interés superior de la niñez se otorgaron facultades al Congreso para legislar en dichas materias y actualmente han sido expedidas las leyes generales que coordinan los distintos niveles de gobierno en esos temas, además de que a través de estos textos se armonizan la normativa aplicable con los derechos humanos.

La reforma constitucional del año 2012 pues, mediante esta se establece el deber del Estado a garantizar el respeto a un medio ambiente sano para el desarrollo y bienestar de toda persona, sujetando la responsabilidad del daño y deterioro ambiental a la Ley, al tiempo, se consagra el derecho de toda persona al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible, siendo deber del Estado garantizarlo.²⁵⁶

Finalmente, cabe mencionar la reforma del año 2014 sobre el derecho a la identidad, el cual implica el registro del nacimiento inmediatamente después de que este ocurra, así como la gratuidad de la primera copia del acta, este derecho es fundamental para el ejercicio de los derechos de una persona y llega al texto constitucional ante el conocimiento de la problemática que imposibilita el ejercicio de derechos ante la ausencia de este registro, entre los cuales está el derecho a la protección de la salud.

Como se observa, las mencionadas transformaciones al texto constitucional impactan el ejercicio del derecho a que se dedica este estudio, siendo importante evidenciar el avance del discurso de derechos humanos desde el entramado constitucional y su impacto tanto en las reformas constitucionales en diversas materias como en el desarrollo legislativo en esta materia pues, con ello, se han ido desarrollando los contenidos normativos para la efectiva promoción, respeto, protección y garantía de las condiciones mínimas de subsistencia y desarrollo de las personas.

²⁵³ Capítulo II del Título Décimo Primero de la Ley General de Salud vigente.

²⁵⁴ Ambas reformas fueron publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de octubre de 2011.

²⁵⁵ La fracción X del artículo 6 de la Ley General de Salud señala de forma literal lo siguiente: "Proporcionar orientación a la población respecto de la importancia de la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad y su relación con los beneficios a la salud"; la adición de esta reforma se hace en el contexto de modificaciones a la Ley en el tema de control del sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria.

²⁵⁶ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 8 de febrero de 2012.

A continuación, el cuadro que hace posible la mirada panorámica de las reformas al artículo 4 de la Constitución.

Tabla 46. Reformas al artículo 4 de la CPEUM

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Reformas al artículo 4 2009-2018		
Fecha del decreto	Modificación	Tema
30 de abril de 2009	Se adiciona un párrafo noveno al artículo 4; se reforma la fracción XXV y se adiciona una fracción XXIX-Ñ al artículo 73.	Derecho a la Cultura
12 de octubre de 2011	Se adiciona un párrafo décimo al artículo 4 y se reforma la fracción XXIX-J del artículo 73.	Derecho a la cultura física y a la práctica del deporte
12 de octubre de 2011	Se reforman los párrafos sexto y séptimo del artículo 4 y se adiciona la fracción XXIX-P al artículo 73.	Interés superior de la niñez
13 de octubre de 2011	Se adiciona un párrafo tercero al artículo 4, recorriéndose en el orden los subsecuentes, y un segundo párrafo a la fracción XX del artículo 27. Esta reforma cambia el fundamento del derecho a la protección de la salud del párrafo tercero al cuarto.	Derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad
8 de febrero de 2012	Se reforma el párrafo quinto y se adiciona un párrafo sexto recorriéndose en su orden los subsecuentes	Derecho a un medio ambiente sano para desarrollo y bienestar; Derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua
17 de junio de 2014	Se adiciona un octavo párrafo, recorriéndose en su orden los subsecuentes	Derecho a la identidad y a ser registrado al nacer, gratuidad primera copia del acta de nacimiento

b. Ley General de Salud.²⁵⁷

La Ley General de Salud es el cuerpo normativo que despliega los postulados que regulan la materia en nuestro país, en total cuenta con 114 Decretos de reforma a la fecha, de los cuales 76 corresponden al tiempo que delimita este estudio. La temática sobre la que versan las reformas es amplia e implica a los distintos tópicos que aborda la Recomendación General 15/2009.

Considerando el fundamento que señala el instrumento de posicionamiento, se da cuenta de las modificaciones legislativas durante el lapso de tiempo que delimita este análisis.

El artículo 1 de la Ley no ha sufrido reforma alguna, sin embargo, se ha adicionado un artículo 1. Bis en el cual se define a la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”,²⁵⁸ como se observa, esta

²⁵⁷ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 24 de diciembre de 2018.

²⁵⁸ Artículo adicionado por Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de diciembre de 2013.

definición avanza a la comprensión integral de lo que es la salud, incluyendo de alguna forma a las condiciones de posibilidad a que se refieren los instrumentos internacionales ya que se incorpora la esfera social como parte de ese estado de bienestar.

En correspondencia con la reforma constitucional de 2011 en materia de derechos humanos señalada, se modifica el artículo 2, fracción I, sustituyendo el término hombre por el de persona, como se ha dejado anotado, este cambio que podría pensarse mínimo guarda gran significación pues tiene que ver con la armonización de esta Ley al discurso de dicho paradigma jurídico, cabe mencionar que el mencionado artículo está dedicado a enlistar las finalidades del derecho a la protección de la salud.

El artículo 3 está destinado a regular las materias que forman parte de la salubridad general y actualmente tiene veintiocho fracciones en números romanos, dentro de los cuales se contabilizan varias Bis, la suma de éstas hace un total de treinta y ocho, varias de las cuales fueron reenumeradas y/o recorridas durante el periodo en análisis. Los decretos de reforma que tocaron a este precepto se realizaron en las siguientes materias de salubridad general, genoma, prevención y control de accidentes, seguridad sanguínea, control del sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, salud bucodental y salubridad general y registro nacional de cáncer.

El primero de los decretos referidos del año 2011²⁵⁹ hace una re sistematización del artículo, transformando fracciones V y VI a IV Bis 1 (Salud visual) y IV Bis 2 (Salud auditiva), recorriéndose las subsecuentes, este decreto de reforma modifica también al artículo 13 el cual está dedicado a la distribución de la competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, de manera concreta se modifica la fracción II, del apartado A, el cual señala las actividades que corresponden al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, esto para organización y operación de los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud, así como el apartado B, dedicado a la competencia de los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales, de manera específica, la fracción I, en relación a la organización, operación, supervisión y evaluación de la prestación de los servicios de salubridad general para quedar en los siguientes términos actualmente:

²⁵⁹ *Diario Oficial de la Federación* de 10 de junio de 2011.

**ESTUDIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO E IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES,
 INFORMES ESPECIALES Y PRONUNCIAMIENTOS DE LA CNDH (2001-2017)
 TOMO X. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**

Tabla 47. Competencia Secretaría de Salud en la organización y operación de servicios en materia de salubridad general (artículos 3 y 13 LGS)

En las materias enumeradas a continuación corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, la organización y operación de los servicios respectivos, así como vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud: (Apartado A, fracción II)
La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley (fracción I);
La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II (fracción III);
El Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (fracción XV Bis);
La prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la Farmacodependencia (fracción XXI);
El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación (fracción XXII);
El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos (fracción XXIII);
El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en las fracciones XXII y XXIII (fracción XXIV);
El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley (fracción XXV);
El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células (fracción XXVI);
La sanidad internacional (fracción XXVII);

Tabla 48. Competencias de las entidades federativas en materia de salubridad general (artículos 3 y 13 LGS)

Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales, la organización, operación, supervisión y evaluación de la prestación de los servicios de salubridad general enlistadas a continuación, de conformidad con las disposiciones aplicables: (Apartado B, fracción I, artículo 13)
La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables (fracción II);
La Protección Social en Salud (fracción II bis);
La atención materno-infantil (fracción IV);
El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígena (fracción IV Bis)
La salud visual (fracción IV Bis 1);
La salud auditiva (fracción IV Bis 2);
Salud bucodental (fracción IV Bis 3) (adicionada en 2016); ²⁶⁰
La planificación familiar (fracción V);
La salud mental (fracción VI);
La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud (fracción VII);

²⁶⁰ *Diario Oficial de la Federación* de 28 de noviembre de 2016.

La promoción de la formación de recursos humanos para la salud (fracción VIII);
La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos (fracción IX);
La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país (fracción X);
La educación para la salud (fracción XI);
La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, sobrepeso, obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo (fracción XII);
La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre (fracción XIII);
La salud ocupacional y el saneamiento básico (fracción XIV);
La prevención y el control de enfermedades transmisibles (fracción XV);
La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes (fracción XVI);
La prevención de la discapacidad y la rehabilitación de las personas con discapacidad (fracción XVII);
La asistencia social (fracción XVIII);
El programa para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo del alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas del mismo, así como la protección de la salud de terceros y de la sociedad frente al uso nocivo del alcohol (fracción XIX);
El programa contra el tabaquismo (fracción XX);
El control sanitario de cadáveres de seres humanos (fracción XXVI Bis);
El tratamiento integral del dolor (fracción XXVII Bis),

Cabe señalar que la fracción XXVIII del artículo 3 deja abierta la posibilidad a las demás materias que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, sin embargo, se observa que refiere el párrafo tercero del Artículo 4 constitucional, el cual regula actualmente el derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad.

El artículo 4 de la Ley General de Salud, que señala a las autoridades sanitarias fue modificado el año de 2012 para armonizar el texto con la reforma política del entonces Distrito Federal, es preciso mencionar que actualmente no se ha hecho el cambio de referencia a la Ciudad de México, no obstante, de acuerdo con el artículo décimo cuarto transitorio del decreto de reforma en materia de la reforma política de la Ciudad de México, a partir de la fecha de entrada en vigor de dicho decreto, todas las referencias que en la Constitución y demás ordenamientos jurídicos se hagan al Distrito Federal, deberán entenderse hechas a la Ciudad de México.²⁶¹

El artículo 27 identifica los servicios básicos para los efectos del derecho a la protección de la salud, durante este periodo de tiempo fue modificado con el objeto de ampliar la idea de atención médica a la cual se le otorga el carácter de integral, haciendo énfasis en la de carácter preventivo, así mismo, se incorporan las conductas de tipo positivo, acciones para la gama de posibilidades, es decir, sean curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, el mismo artículo señala de manera literal lo que se ha de entender por atención médica integrada de carácter preventivo, la cual consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los

²⁶¹ Decreto por el que se declaran reformadas y derogadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de la reforma política de la Ciudad de México, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* de 29 de enero de 2016.

determinantes físicos y psíquicos de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta (fracción III).²⁶² Aunado a lo anterior, la fracción IX de este mismo artículo avanzó de la idea de promoción del mejoramiento de la nutrición a la promoción de un estilo de vida saludable,²⁶³ así como se adiciona la fracción XI, para incorporar la atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica a dichos servicios básicos.²⁶⁴

El contenido del artículo 28, que refiere el Cuadro Básico de Insumos para los distintos niveles de atención no ha sido modificado, sin embargo, se adiciona el artículo 28 Bis para identificar a los profesionales que están autorizados para prescribir medicamentos, estos son: médicos; homeópatas; cirujanos dentistas; médicos veterinarios en el área de su competencia, y licenciados en enfermería, los cuales únicamente podrán prescribir aquellos medicamentos del cuadro básico que determine la Secretaría de Salud cuando no se cuente con los servicios de un médico, para lo anterior, “los profesionales a que se refiere el presente artículo deberán contar con cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes. Los pasantes en servicio social, de cualquiera de las carreras antes mencionadas y los enfermeros podrán prescribir ajustándose a las especificaciones que determine la Secretaría”.²⁶⁵

Los artículos 32 y 33, destinados a identificar lo que se entiende por atención médica y enunciar y describir las actividades de atención médica, respectivamente, fueron modificados para dar paso a la posibilidad de que los prestadores de servicios de salud apoyarse en “*las Guías de Práctica Clínica y en los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud*”,²⁶⁶ así como, para adecuar el lenguaje de la fracción III del último artículo mencionado, la cual señalaba “De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales” para pasar a uno más respetuoso a la dignidad de las personas, para quedar como sigue: “De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad”.²⁶⁷

El artículo 35 de la Ley señala, lo que ha de entenderse por servicios públicos a la población en general, este numeral fue modificado bajo un enfoque de derechos para identificar la preferencia de las personas pertenecientes a grupos sociales en situación de vulnerabilidad a este tipo de servicios, los cuales están regidos por “*criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios*” y estar “*fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios*”.²⁶⁸

El total de las temáticas que han sido abordadas través de las reformas a la Ley durante el periodo en análisis de se señalan a continuación.

²⁶² *Diario Oficial de la Federación* de 13 de enero de 2014.

²⁶³ *Diario Oficial de la Federación* de 14 de octubre de 2015.

²⁶⁴ *Diario Oficial de la Federación* de 30 de enero de 2012.

²⁶⁵ *Diario Oficial de la Federación* de 5 de marzo de 2012.

²⁶⁶ Adición de un párrafo al artículo 32 por Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 1 de junio de 2016.

²⁶⁷ *Diario Oficial de la Federación* de 8 de marzo de 2013.

²⁶⁸ *Diario Oficial de la Federación* el 27 de enero de 2017.

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Tabla 49. Reformas a la Ley General de Salud

Reformas a la Ley General de Salud 2009-2018			
Núm.	Fecha de reforma	Artículos reformados	TEMAS
1	31 de mayo 2009	Adición de una fracción IV al artículo Art. 64	Atención materno infantil Lactancia materna/ayuda alimentaria Control de enfermedades, prevención y vacunación Competencia técnica partería
2	11 de junio 2009	adición art. 222 Bis	Medicamentos biotecnológicos
3	11 de junio 2009	Diversas disposiciones	Trasplantes y donación de órganos
4	20 de agosto 2009	Diversas disposiciones	Prevención consumo estupefacientes
5	30 diciembre 2009	Ref. artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13	Sistema de Protección Social en Salud
6	27 de abril 2010	Ref. art. 222	Registro Sanitario de Medicamentos
7	27 de abril 2010	Ref. artículo 464 Ter	Delitos en materia de medicamentos
8	16 de julio 2010	Invalidez del artículo 464 Ter, fracciones I, II y III,	Acción inconstitucional (pena excesiva)
9	7 de junio 2011	Diversos artículos	En materia de productos cosméticos
10	10 de junio 2011	Reforma a los artículos 3 y 13, fracciones II del Apartado A y I del Apartado B	Salubridad general: salud visual y salud auditiva Coordinación con dependencias y entidades del sector salud
11	5 de agosto 2011	Reformas y adiciones a los artículos 72, 73,74,75,76, 77 y adición 74 Bis	Salud mental
12	1 de septiembre 2011	Reformas y adiciones a los artículos 81, 83, 271; 272 Bis, 27 Bis 1, 272 Bis 3	Especialidades Médicas
13	16 noviembre 2011	Adición fr. IX Bis al art. 3, adición al Tit. Quinto Bis y su Cap. Único; Art. 421 Ter	Genoma Humano
14	12 de diciembre 2011	Diversos artículos	Donación
15	14 de diciembre 2011	Se adiciona art. 41 Bis; ref. art. 98	Bioética Bioseguridad
16	14 de diciembre 2014	Adición f. VII al art. 100, se recorre la subsecuente al VIII	Investigación en Salud
17	16 de enero 2012	Adición art. 109 Bis	Sistemas de información de registro electrónico (Expediente Clínico)
18	30 de enero 2012	Adición art. 224 Bis y 224 Bis 1	Medicamentos huérfanos Enfermedades raras
19	30 de enero 2012	Adición de la fr. XI al art. 27	Adultos mayores
20	30 de enero 2012	Ref. a los artículos 100, fracción IV y 103; adición de un segundo y tercer párrafos al artículo 102 y un artículo 102 Bis	Investigación en seres humanos
21	5 de marzo 2012	Se adiciona un artículo 28 Bis	Prescripción de medicamentos
22	5 de marzo 2012	Se adiciona un segundo párrafo al artículo 51 Bis 1	Derecho a obtener información en lenguaje indígena usuarios pueblos y comunidades indígenas

**ESTUDIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO E IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES,
 INFORMES ESPECIALES Y PRONUNCIAMIENTOS DE LA CNDH (2001-2017)
 TOMO X. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**

Reformas a la Ley General de Salud 2009-2018			
Núm.	Fecha de reforma	Artículos reformados	TEMAS
23	9 de abril 2012	Diversos artículos	Armonización por reforma política al D.F.
24	28 de mayo 2012	Art. 32	Concepto de atención médica
25	7 de junio 2012	Diversas disposiciones	Sanidad animal
26	7 de junio 2012	Diversas disposiciones	Protección Materno-Infantil Redes de Apoyo a la Salud Materno-Infantil y derechos Humanos
27	14 de enero 2013	Diversas disposiciones	Adulteración de bebidas alcohólicas como delito grave
28	14 de enero 2013	Reforma a la fr. I del art. 2	Cambio del término individuo por el de persona
29	15 de enero 2013	Adición de una fracción IX al artículo 6, y una fracción VIII bis al artículo 7	Objetivos del Sistema Nacional de Salud, servicios de salud, sistema de fomento sanitario y uso de TIC's
30	15 de enero 2013	Se reforman los artículos 72; 73, fracciones I, IV y actual V, que pasa a ser VIII; 74, fracciones II y III; 74 Bis, fracción I; 75, primer párrafo; 76, primer párrafo; 77, primer y segundo párrafos; y se adicionan las fracciones V, VI y VII al artículo 73	Salud Mental (prevención de trastornos mentales, abatimiento de brecha de atención a personas con trastornos mentales, no discriminación, respeto a la dignidad, internamiento como último recurso terapéutico, respeto a los derechos humanos/NOM's)
31	24 de enero 2013	Se reforman los artículos 198, 314, 317, 338, 339; se adicionan los artículos 314, 315, 316, 321 Bis, 327 y 338	Órganos, tejidos, células progenitoras o troncales
32	25 de enero 2013	Reforman a las fracciones II, III, IV y V del artículo 61	Protección Materno-Infantil (Vacunación; detección enfermedades hereditarias y congénitas, tamiz ampliado, rev. retina, tamiz auditivo, tamiz oftalmológico neonatal, promoción de la integración y del bienestar familiar)
33	8 de abril 2013	Ref. fr. VI del Artículo 163	Prevención y control de accidentes
34	8 de abril 2013	Ref. f. III art. III, adición f. III Bis al art. 118 y una frac. 1 Bis al art. 119	Promoción de la Salud (efectos nocivos del ambiente en la salud, riesgos sanitarios y cambio climático)
35	8 de abril 2013	Diversas disposiciones	En materia de Discapacidad (prevención discapacidad, rehabilitación, asistencia social)
36	24 de abril 2013	Adición f. I Bis art. 389 y los art. 389 Bis y 389 Bis 1 y 2 últimos párrafos art. 392	Certificado de nacimiento, defunción y muerte fetal
37	4 de diciembre 2013	Ref. 103 Bis 1 y 103 Bis 3	Genoma humano (conocimiento sobre él como patrimonio de la humanidad, necesidad de aceptación expresa de la persona sobre el estudio sobre éste)
38	4 de diciembre 2013	Adición de un artículo 1 Bis	Concepto de salud
39	4 de diciembre 2013	Adición segundo párr. al artículo 220 y un artículo 467 Bis	Sustancias prohibidas (delito equiparable a corrupción de menores)

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Reformas a la Ley General de Salud 2009-2018			
Núm.	Fecha de reforma	Artículos reformados	TEMAS
40	7 de enero 2014	Reformas a la fr. I y III del artículo 45	Sustancias psicotrópicas (valor terapéutico escaso o nulo)
41	13 de enero 2014	Ref. art. 6 f I; 27 f. III Adición art. 7 f. II Bis	Objetivos Sistema Nacional de Salud Coordinación Sistema Nacional de Salud Atención medicina integral
42	15 de enero 2014	Adición f. I Bis art. 61	Atención VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, en mujeres embarazadas, evitar transmisión perinatal
43	19 de marzo 2014	Ref. primer párr. artículo 31 Bis	Impulso a la donación de sangre
44	2 de abril 2014	Ref. f II art. 64	Impulso de la lactancia materna
45	3 de junio 2014	Reforma a los artículos 47 y 200 Bis	Aviso de funcionamiento de establecimientos de salud
46	4 de junio 2014	Diversas disposiciones	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
47	19 de diciembre 2014	Se reforma la fracción II del artículo 64	Lactancia materna (instalación de lactarios en centros de trabajo de sectores público y privado)
48	17 de marzo 2015	Reforma al artículo 157 Bis	Promoción del uso del condón
49	17 marzo 2015	Reforma al artículo 79	Expedición y registro títulos profesionales o certificados
50	17 de marzo 2015	Adición fr. IV al art. 464 Ter	Muestras médicas (conductas delictivas)
51	23 de marzo 2015	Inconstitucionalidad del artículo 467 Bis	Acción Inconstitucional "pena excesiva" sustancias psicotrópicas. Venta, suministro a menores,
52	20 de abril 2015	Diversos artículos	Seguridad Sanguínea
53	20 de abril 2015	Diversas disposiciones	En materia de bebidas alcohólicas (actividades deportivas)
54	4 de junio 2015	Reforma a la fracción V, adición a una fracción V Bis, al artículo 73, y reforma al párrafo segundo del artículo 77	Salud Mental (brecha de atención, hospitales de día)
55	4 de junio 2015	Reforma al artículo 46	Mantenimiento operación y equipamiento de establecimientos de prestación de salud, tecnologías factibles y ambientales
56	14 de octubre 2015	Diversas disposiciones	Control de sobrepeso, obesidad y trastornos de la conducta alimenticia
57	4 de noviembre 2015	Se reforma la fr. I, se adiciona una fr. VIII y se recorre la f. IX del art. 73	Salud mental (actividades educativas y socioculturales, salud mental, preferentemente a grupos vulnerables, participación de observadores externos de derechos humanos en establecimientos de atención, detección de población en riesgo de sufrir trastornos mentales, fomento a la salud mental)
58	12 de noviembre 2015	Adición del artículo 64 Bis 1	Urgencia obstétrica

**ESTUDIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO E IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES,
 INFORMES ESPECIALES Y PRONUNCIAMIENTOS DE LA CNDH (2001-2017)
 TOMO X. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**

Reformas a la Ley General de Salud 2009-2018			
Núm.	Fecha de reforma	Artículos reformados	TEMAS
59	10 mayo 2016	Adición de un artículo 53 Bis	Registros biométricos y otros medios de identificación electrónica para usuarios de los servicios de salud
60	10 de mayo 2016	Reforma fr. II Bis del art. 64	Bancos de leche humana
61	1 de junio 2016	Adición fr. XII al art. 6 y un tercer párr. al artículo 66	Acoso y Violencia Escolar
62	1 de junio 2016	Reforma a la fracción VIII del artículo 134	Enfermedades de transmisión Sexual
63	1 de junio 2016	Reforma a la fr. III del artículo 112	Orientación y capacitación a la población en materia de salud
64	1 de junio 2016	Adición párrafo segundo al artículo 70	Educación sexual y planificación familiar
65	1 de junio 2016	Reforma al artículo 32	Atención médica (Guías de Práctica Clínica)
66	28 noviembre 2016	Se reforma la fracción I, Apartado B del artículo 13 y se adiciona una fracción IV Bis 3 al artículo 3	Prestación de los servicios de salud y salubridad general/ Salud Bucodental
67	16 de diciembre 2016	Se adiciona una fr. V, recorriéndose la subsecuente para pasar a ser la fracción VI del artículo 61; así como la fracción III Bis del artículo 64	Displasia
68	27 de enero 2017	Se reforma el primer párrafo del artículo 35	Preferencia en la atención a personas pertenecientes a grupos sociales en situación de vulnerabilidad en establecimientos públicos de salud
69	19 de junio 2017	Diversas disposiciones	Cannabis
70	19 de junio 2017	Diversas disposiciones	Vacunación
71	22 de junio 2017	Diversas disposiciones	Registro Nacional del Cáncer
72	17 de noviembre 2017	Diversas disposiciones	Desaparición forzada
73	8 de diciembre 2017	Reforma el primer párrafo del artículo 79	Títulos Profesionales
74	11 de mayo 2018	Adición al artículo 10 Bis	Objeción de conciencia
75	21 de junio 2018	Reforma a la fr. V del artículo 198	Autorización sanitaria
76	12 de julio 2018	Se adiciona la fracción I Ter al artículo 389 y se adicionan los artículos 389 Bis 2 y 389 Bis 3	Certificados sanitarios por discapacidad

FUENTE: Elaboración propia.

c. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos²⁶⁹
 abrogada por la Ley General de Responsabilidades Administrativas.²⁷⁰

El tema de las responsabilidades ha sido transformado de manera sustancial durante el periodo de análisis, con la estructuración del Sistema Nacional Anticorrupción se dota desde la Constitución de los mecanismos necesarios para organizar el tema de las responsabilidades en el contexto del servicio público, partiendo de la clasificación de las conductas en graves y no graves.²⁷¹

Al momento de la emisión de la Recomendación en comento las conductas de los servidores públicos pasaban por el apego al contenido del artículo 8, fracciones I y XXIV, con la expedición de la Ley General de Responsabilidades Administrativas se desarrolla de manera diversa a partir del reconocimiento de dos tipos de responsabilidades señalados, otorgando el carácter de falta administrativa no grave atender a las obligaciones que se tiene en el ejercicio público, a continuación el cuadro comparativo:

Tabla 50. Comparativo leyes en materia de responsabilidades

Cuadro comparativo obligaciones servidores públicos Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y Ley General de Responsabilidades Administrativas	
Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos	Ley General de Responsabilidades Administrativas
Artículo 8.- Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones: I.- Cumplir el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión; XXIV.- Abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.	Artículo 49. Incurrirá en Falta administrativa no grave el servidor público cuyos actos u omisiones incumplan o transgredan lo contenido en las obligaciones siguientes: I Cumplir con las funciones, atribuciones y comisiones encomendadas, observando en su desempeño disciplina y respeto, tanto a los demás Servidores Públicos como a los particulares con los que llegare a tratar, en los términos que se establezcan en el código de ética a que se refiere el artículo 16 de esta Ley; II. Denunciar los actos u omisiones que en ejercicio de sus funciones llegare a advertir, que puedan constituir Faltas administrativas, en términos del artículo 93 de la presente Ley;

d. Ley General de Educación.²⁷²

²⁶⁹ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 9 de enero de 2013. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 3 de enero de 2017.

²⁷⁰ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 18 de julio de 2016. Sin reforma

²⁷¹ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de combate a la corrupción, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 27 de mayo de 2015.

²⁷² Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de julio de 1993. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 19 de enero de 2018.

La Ley General de Educación tiene un total de treinta y cinco decretos de reforma, dieciocho de los cuales son posteriores a la fecha de emisión de la Recomendación 15/2009, la cual refiere únicamente al artículo 24 como parte de su fundamentación, precepto que refiere al servicio social como requisito previo para obtener título o grado académico y que no cuenta con reforma alguna.

No obstante lo señalado, dada la temática del instrumento de posicionamiento, es preciso referir la reforma de 2011, en la cual se fortalece el discurso de derechos humanos. En el artículo 7, la Ley establece los fines de la educación que impartan el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios, los cuales se suman a los señalados en el segundo párrafo del artículo 3 de la CPEUM, esto es, el desarrollo armónico de todas las facultades del ser humano, así como el fomento en él, del amor a la Patria, el respeto a los derechos humanos y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia. Para efectos de este análisis destacan los siguientes fines establecidos o reformados a través de la mencionada modificación: contribuir al desarrollo integral del individuo, para que ejerza plena y responsablemente sus capacidades humanas (fracción I); promover el valor de la justicia, de la observancia de la Ley y de la igualdad de los individuos ante ésta, propiciar la cultura de la legalidad, de la paz y la no violencia en cualquier tipo de sus manifestaciones, así como el conocimiento de los Derechos Humanos y el respeto a los mismos (fracción VI); desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias (fracción X); inculcar los conceptos y principios fundamentales de la ciencia ambiental, el desarrollo sustentable, la prevención del cambio climático, así como de la valoración de la protección y conservación del medio ambiente como elementos esenciales para el desenvolvimiento armónico e integral del individuo y la sociedad (fracción XI). De igual forma, mediante esta reforma se identifican los principios de libertad y responsabilidad como base del proceso educativo, a efecto de que aseguren la armonía de relaciones entre educandos y educadores y promoverá el trabajo en grupo para asegurar la comunicación y el diálogo entre educandos, educadores, padres de familia e instituciones públicas y privadas, al tiempo que se fomentará el uso de todos los recursos tecnológicos y didácticos disponibles (artículo 49).

e. Ley General de Víctimas.²⁷³

La Ley General de Víctimas vino a llenar el vacío legislativo que imposibilitaba la defensa y protección de las personas víctimas del delito y la violación de sus derechos humanos, este cuerpo normativo se publicó en el año 2013, prácticamente cuatro años después de emitida la Recomendación 15/2009, sin embargo, su inclusión en este análisis la involucra pues es aplicable de manera general a la problemática en materia de salud que se analiza en este trabajo.

²⁷³ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 9 de enero de 2013. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 3 de enero de 2017.

Esta ley obliga todas las autoridades en el ámbito de sus respectivas competencias a velar por la protección de las víctimas, a proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral. En el tiempo de su vigencia ha tenido dos reformas, la primera de ellas del mismo año 2013²⁷⁴ y 2017²⁷⁵. Como se señala, la violación a los derechos humanos de las personas les coloca en situación de víctimas, independientemente del ámbito en el que ocurra la violación de sus derechos humanos, de ahí que, tal como señala en sus recomendaciones la CNDH en los casos que abordan tales, estamos ante personas que tienen la calidad de víctima, en este apartado, se hace un análisis de la evolución normativa de esta Ley con el objeto de trazar las líneas entre la Recomendación en comento y los contenidos y desarrollo normativo de la misma.

La mencionada reforma de 2013 imprimió a la LGV el enfoque de derechos humanos que era necesario para la protección de las personas en situaciones de vulneración, la armonización del texto de la Ley con los contenidos de la reforma constitucional en materia de derechos humanos resulta evidente desde la revisión del artículo 1 en el cual se introducen los principios hermenéuticos pro persona y la interpretación conforme además de reconocer desde ese mismo artículo el derecho a la reparación, se hacen, además, precisiones en relación a la calidad de víctima, los principios y los derechos que le son propios y las medidas que el Estado debe darles ante el hecho victimizante, se crean asimismo el Sistema Nacional de Atención a Víctimas, el Registro Nacional de Víctimas y el Fondo de Ayuda, Asistencia, y Reparación Integral, así como se fortalece y perfecciona la distribución de competencias entre la Federación, los Estados y los municipios, así como se dedica un Título a la capacitación, formación, actualización y especialización, cabe mencionar que esta reforma hizo posible la figura del asesor jurídico de la víctima, derecho reconocido desde los sistemas de protección de los derechos humanos y en el texto constitucional.

La segunda reforma mencionada, del año 2017, reforma diversos artículos de la Ley, para fortalecer las capacidades institucionales y rediseñar las políticas públicas destinadas a promover, proteger, respetar y garantizar los derechos de las personas en situación de víctima, por lo cual desde el artículo 1 se puede evidenciar la incorporación en la Ley de técnicas introducidas en la reforma constitucional en materia de derechos humanos del año 2011, de forma concreta, se hace una adición al párrafo tercero para quedar en los siguientes términos:

²⁷⁴ *Diario Oficial de la Federación* de 3 de mayo de 2013.

²⁷⁵ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 3 de enero de 2017.

Tabla 51. Modificaciones al artículo 1 de la Ley General de Víctimas

Ley General de Víctimas Comparativo del contenido del párrafo tercero del artículo 1	
2013	2017
Artículo 1. La presente Ley obliga, en sus respectivas competencias, a las autoridades de todos los ámbitos de gobierno, y de sus poderes constitucionales, así como a cualquiera de sus oficinas, dependencias, organismos o instituciones públicas o privadas que velen por la protección de las víctimas, a proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral.	Artículo 1. La presente Ley obliga, en sus respectivas competencias, a las autoridades de todos los ámbitos de gobierno, y de sus poderes constitucionales, así como a cualquiera de sus oficinas, dependencias, organismos o instituciones públicas o privadas que velen por la protección de las víctimas, a proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral. Las autoridades de todos los ámbitos de gobierno deberán actuar conforme a los principios y criterios establecidos en esta Ley, así como brindar atención inmediata en especial en materias de salud, educación y asistencia social, en caso contrario quedarán sujetos a las responsabilidades administrativas, civiles o penales a que haya lugar.

Además, en el artículo 5, destinado a desarrollar los principios bajo los cuales deben ser diseñados, implementados y evaluados los mecanismos, medidas y procedimientos que establece la Ley, se incorpora el interés superior de la niñez.

De igual forma, el artículo 28 amplía el tratamiento normativo de los grupos expuestos a un mayor riesgo de violación de sus derechos:

Tabla 52. Modificaciones al artículo 28 de la Ley General de Víctimas

Ley General de Víctimas Comparativo del contenido del párrafo tercero del artículo 28	
2013	2017
Los servicios a que se refiere la presente Ley tomarán en cuenta si la víctima pertenece a un grupo en condiciones de vulnerabilidad, sus características y necesidades especiales, particularmente tratándose de mujeres, menores de edad, adultos mayores y población indígena.	Los servicios a que se refiere la presente Ley tomarán en cuenta si la víctima pertenece a un grupo en condiciones de vulnerabilidad, sus características y necesidades especiales, particularmente tratándose de los grupos expuestos a un mayor riesgo de violación de sus derechos, como niñas, niños y adolescentes, mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad, migrantes, indígenas, personas defensoras de derechos humanos, periodistas y personas en situación de desplazamiento interno.

f. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.²⁷⁶

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud tiene tres reformas, dos de las cuales corresponden al período que comprende este análisis, la primera de ellas, del año de 2011, relacionada con los Regímenes Estatales y la acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica para el aseguramiento de la

²⁷⁶ Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de abril de 2004. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 17 de diciembre de 2014.

calidad,²⁷⁷ y la segunda, de 2014, con motivo de la creación del Sistema de Protección Social en Salud.²⁷⁸

Los artículos concretos que señala la Recomendación General como fundamento con los siguientes: 9, 29, 30 y 80, los dos primeros preceptos señalados, no han sido reformados en el tiempo de su vigencia, aunque, la primera de las reformas señaladas con anterioridad, se ha adicionado un artículo 29 Bis, en el cual se establece el siguiente procedimiento ante el incumplimiento de los requerimientos de la acreditación o la puesta en riesgo de los beneficiarios del Sistema por parte de un establecimiento prestador de servicios de atención médica:

“Artículo 29 Bis. Cuando un establecimiento prestador de servicios de atención médica puso en riesgo la seguridad de los beneficiarios del Sistema o trabajadores de salud, o haya incumplido los requerimientos de la acreditación, la Secretaría lo hará del conocimiento del prestador de servicios, para que en el término de veinte días hábiles presente lo que a su derecho convenga.

Si derivado de las actuaciones a que se refiere el párrafo anterior, se demuestra el incumplimiento de los requerimientos de la acreditación, la Secretaría suspenderá la acreditación al establecimiento prestador de servicios de atención médica, comunicándolo a la Comisión”.

Los establecimientos médicos tendrán un plazo de seis meses para solventar los incumplimientos por los cuales se suspenda la acreditación a que se refiere este artículo.”

El artículo 30, relacionado el cuidado de la salud de las personas, se reformó para dar una redacción que evidencie más la importancia del cuidado de la salud como una responsabilidad personal y no como una simple participación, haciendo exigible por parte de los usuarios de los servicios la posibilidad de contar con la Cartilla Nacional de Salud, lo anterior como parte de una promoción más conciente del derecho de protección a la salud.

²⁷⁷ Diario Oficial de la Federación de 8 de junio de 2011.

²⁷⁸ Diario Oficial de la Federación de 17 de diciembre de 2014.

ESTUDIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO E IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES,
 INFORMES ESPECIALES Y PRONUNCIAMIENTOS DE LA CNDH (2001-2017)
 TOMO X. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Tabla 53. Comparativo del contenido del artículo 30 del
 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud Comparativo del contenido del artículo 30	
Texto original	Reforma 2011
De conformidad con el Artículo 77 Bis 38 de la Ley, los beneficiarios deberán participar en el autocuidado de su salud, por lo cual al incorporarse al Sistema recibirán la Cartilla Nacional de Salud que les corresponda, de acuerdo con su edad y sexo, misma que deberán presentar en toda atención de salud que soliciten.	De conformidad con el artículo 77 Bis 38 de la Ley, los beneficiarios deberán cuidar de su salud , por lo cual al incorporarse al Sistema recibirán la Cartilla Nacional de Salud que les corresponda, de acuerdo con su edad y sexo, en caso contrario podrán exigirla , misma que deberán presentar en toda atención de salud que soliciten.
En el caso de la atención de urgencias, la falta de presentación de la Cartilla Nacional de Salud no podrá ser motivo para negar la atención médica”.	La falta de presentación de la Cartilla Nacional de Salud no podrá ser motivo para negar la atención médica.

El artículo 80, relativo a la cuota social y a la aportación solidaria federal, fue modificado a través de la segunda de las reformas comentadas, del año 2014, el objetivo fue el de dar mayor seguridad y control a la entrega de recursos, como se observa a continuación:

Tabla 54. Comparativo del contenido del artículo 80 del
 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud Comparativo del contenido del artículo 80	
Texto original	Reforma 2014
Los recursos correspondientes a la cuota social y a la aportación solidaria federal se canalizarán a las entidades federativas de conformidad con la periodicidad del calendario presupuestal definido en los acuerdos de coordinación correspondientes. Dicha periodicidad no podrá ser superior a tres meses. Para estos efectos, las entidades federativas y la Comisión establecerán una meta anual de afiliación distribuida por trimestre.	Los recursos correspondientes a la cuota social y a la aportación solidaria federal se transferirán a las entidades federativas, de conformidad con el calendario presupuestario autorizado por la sgenerar mayor control sobre la entrega ecretaría de Hacienda y Crédito Público . Para efectos del párrafo anterior, las entidades federativas y la Comisión establecerán una meta anual de afiliación distribuida mensualmente . La secretaría, a través de la Comisión, informará de manera inmediata al Régimen Estatal respecto de los recursos que hayan sido transferidos directamente a la entidad federativa correspondiente, por conducto de sus respectivas tesorerías, a fin de que dé seguimiento a dichos recursos. En caso de que el Régimen Estatal no reciba de la tesorería estatal los recursos transferidos en numerario, ni sus rendimientos dentro del plazo que establece el inciso a) de la fracción III del inciso B) del artículo 77 bis 5 de la Ley, deberá hacerlo del conocimiento de la secretaría.

Además de las reformas anotadas, cabe mencionar que a través de esta última reforma, también se adiciona un artículo 80 Bis en el cual se dispone lo siguiente:

Artículo 80 Bis “Los Servicios Estatales de Salud, por conducto del Régimen Estatal, entregarán a la Comisión, los recibos de los recursos entregados en especie en términos del artículo 77 bis 15, segundo párrafo, fracción III de la Ley, en los cuales se detallarán la cantidad, importe, conceptos y demás información que determine la Comisión para tal efecto”.

g. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.²⁷⁹

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, tiene un total de seis reformas, todas posteriores a la fecha de emisión de la Recomendación General 15/2009, la primera reforma, del año 2009, sobre disposiciones para la Prestación de Servicios de Cirugía Estética o Cosmética;²⁸⁰ la segunda, de 2013, sobre cuidados paliativos;²⁸¹ la tercera modificación, de 2014, sobre el certificado de nacimiento;²⁸² la cuarta reforma, también del año 2014, relacionada con la atención médica a víctimas;²⁸³ disposiciones para la Atención de Urgencias Obstétricas;²⁸⁴ en relación a los establecimientos para la atención médica y datos de la receta.²⁸⁵

De los artículos referidos por la Recomendación General como fundamento, el único precepto que tuvo cambios es el 21 a través de la mencionada reforma del año 2013 a efecto de transitar del uso del término Normas Técnicas al de Normas Oficiales Mexicanas.

Tabla 55. Comparativo del contenido del artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica Comparativo del contenido del artículo 21	
Texto original	Reforma 2013
En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo con las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo.	En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las normas oficiales mexicanas correspondientes, con personal suficiente e idóneo.

²⁷⁹ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de mayo de 1986. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 17 de julio de 2018.

²⁸⁰ *Diario Oficial de la Federación* de 4 de diciembre de 2009.

²⁸¹ *Diario Oficial de la Federación* de 1 de noviembre de 2013.

²⁸² *Diario Oficial de la Federación* de 24 de enero de 2014.

²⁸³ *Diario Oficial de la Federación* de 24 de marzo de 2014.

²⁸⁴ *Diario Oficial de la Federación* de 19 de diciembre de 2016.

²⁸⁵ *Diario Oficial de la Federación* de 17 de julio de 2018.

h. Normas Oficiales Mexicanas.

Con posterioridad a la Recomendación General 15/2009 se han expedido cuarenta nuevas normas oficiales mexicanas,²⁸⁶ en este apartado se abordan aquellas cuya violación fue mayormente observable en el instrumento de posicionamiento de la CNDH.

La NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para los ciclos clínicos e internado de pregrado, tiene como objetivo: regular la utilización de las instalaciones y servicios de los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud considerados como campos clínicos, para coadyuvar en la formación de alumnos en ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.

El 21 de octubre de 2014 se presentó el proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY- NOM-033-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina. Aún no entra en vigencia.

Tabla 56. Campos Clínicos.
 Comparativo NOM-234-SSA1-2003 y PROY- NOM-033-SSA3-2013.

NOM-234-SSA1-2003.	PROY- NOM-033-SSA3-2013.
4.8. Internado de pregrado: Ciclo académico teórico-práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo.	4.8. Internado de pregrado, al ciclo académico teórico-práctico que se desarrolla en campos clínicos y forma parte del plan de estudios de la licenciatura en medicina.
5.9.2. El nombre del profesor o tutor responsable de cada una de las rotaciones, módulos o asignaturas.	6.3.2 Nombre del profesor responsable de cada una de las rotaciones, módulos o asignaturas.
5.11. Para que las instituciones de salud propongan a las instituciones educativas a un médico como profesor de campos clínicos, éste debe cumplir con lo siguiente: 5.11.1. Tener cédula profesional de la licenciatura en medicina, en su caso, cédula de especialidad. 5.11.3. Tener como mínimo dos años de adscripción en la institución de salud.	5.2 Los aspectos docentes y el programa académico se deben regir por lo que establecen las instituciones de educación superior, de conformidad con las atribuciones que les otorgan las disposiciones propias de su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes. 5.3.3 Contar con el personal médico contratado que reúna los requisitos para fungir como profesores reconocidos por las instituciones de educación superior e integrar las plantillas para el cumplimiento de los programas académicos.

²⁸⁶ Véase anexo correspondiente.

<p>5.13. Para la organización de la enseñanza en los campos clínicos, las autoridades de la institución de salud preverán que los profesores:</p> <p>5.13.1. Proporcionen a los alumnos enseñanza tutorial sin exponerlos a actividades sin asesoría y supervisión que impliquen responsabilidad legal.</p>	
<p>7.4. La adscripción a los establecimientos para la atención médica debe cumplir el indicador de un alumno por cinco camas censables.</p>	<p>8.1 Realizar la programación de internos en la sede y subsedes con base en: la capacidad instalada de la unidad, la población atendida, los servicios en los que se desarrollarán las actividades de enseñanza clínica, la plantilla docente, los instrumentos consensuales celebrados entre la institución de salud y las instituciones de educación superior y la disponibilidad presupuestal, considerando como máximo un interno por cada cinco camas censables.</p>

La NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, que sustituye a la NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, tiene como objetivo: establecer los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico. En específico se citan los numerales 4.2, 5.5; al haberse actualizado la NOM, los artículos correspondientes también se encuentran modificados como se puede observar a continuación:

Tabla 57. Expediente Clínico
 Comparativo NOM-168-SSA1-1998 y NOM-004-SSA3-2012

NOM-168-SSA1-1998.	NOM-004-SSA3-2012.
<p>4.2. Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.</p> <p>Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.</p>	<p>4.2 Cartas de consentimiento informado, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.</p>
<p>5.5. Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.</p> <p>Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.</p>	<p>5.6 Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.</p>

<p>10. Otros documentos 10.1. Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo. En seguida se refieren los que sobresalen por su frecuencia:</p>	<p>10 Otros documentos: Además de los documentos mencionados, debido a que sobresalen por su frecuencia, pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario que por ser elaborados por personal médico, técnico o administrativo, obligatoriamente deben formar parte del expediente clínico:</p>
---	---

La **NOM-001-SSA3-2012**, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, que sustituye a la NOM-090-SSA1-1994, Relativa a la organización y funcionamiento de residencias médicas, tiene como objetivo: regular la organización y funcionamiento de residencias médicas, en las unidades médicas receptoras de residentes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

En específico se citan los numerales: 3.1.1, 3.1.3, 3.1.9, 3.1.10 y 5.5.1 al haberse actualizado la NOM, los artículos correspondientes también fueron modificados como se puede observar en el siguiente comparativo:

Tabla 58. Educación en salud
 Comparativo NOM-004-SSA3-2012 y NOM-001-SSA3-2012

NOM-004-SSA3-2012.	NOM-001-SSA3-2012.
<p>3.1.1 Residente: profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una unidad médica receptora de residentes para cumplir con una residencia.</p>	<p>4.4 Médico residente, profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo.</p>
<p>3.1.3 Residencia: conjunto de actividades que deba cumplir un médico residente en periodo de adiestramiento, para realizar estudios y prácticas de posgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad médica receptora de residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.</p>	<p>4.9 Residencia médica, conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativo correspondientes.</p>
<p>3.1.9 Profesor Titular: médico especialista adscrito a la unidad sede de la residencia que, a propuesta de la institución de salud correspondiente, y habiendo cumplido los requisitos académicos y profesionales señalados por la institución de educación superior que reconoce los estudios, de conformidad con sus lineamientos jurídicos y administrativos, es nominado por ésta para asumir la conducción de un curso de especialización y realizar las actividades docentes que le son propias.</p>	<p>4.6 Profesor titular, médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes, con nombramiento de la institución de educación superior, responsable de la planeación, conducción y evaluación de la residencia médica de la institución de salud correspondiente.</p>

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

<p>3.1.10 Profesor Adjunto: médico especialista adscrito a la unidad sede o subsede de la residencia que, a propuesta de la institución de salud correspondiente, y habiendo cumplido los requisitos académicos y profesionales señalados por la institución de educación superior que reconoce los estudios, de conformidad con sus lineamientos jurídicos y administrativos, es nominado por ésta para auxiliar al profesor titular en la conducción de un curso de especialización y realizar las actividades docentes que le son propias y las que el titular le delegue.</p>	<p>4.5 Profesor adjunto, médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes, que coadyuva con el profesor titular en la planeación, conducción y evaluación de la residencia médica correspondiente.</p>
<p>5.5.1 Infraestructura: un mínimo de 60 camas censables, quirófanos, salas de expulsión, laboratorio clínico, gabinete de radiodiagnóstico, anatomía patológica, consulta externa y servicio de urgencias.</p>	<p>6.10 Las unidades médicas receptoras de residentes deben cumplir en su caso, además de lo anteriormente mencionado con lo especificado en las normas oficiales mexicanas NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios; la NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; y la NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.</p>

Desde el año 2009 a la fecha se han expedido 40 nuevas normas oficiales mexicanas, a continuación se da cuenta de la evolución normativa que esto ha conllevado:

Tabla 59. Evolución normativa Normas Oficiales Mexicanas 2009-2018

NORMAS OFICIALES MEXICANAS	
Hasta 2009	Actualizadas 2018
<p>NOM-043-SSA2-2005, Para los servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.</p>	<p>La sustituye la NOM-043-SSA2-2012,²⁸⁷ Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. -Entrada en vigor: 2013-01-23. -No tiene concordancia con normas internacionales. -No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención pre hospitalaria de las urgencias médicas.</p>	<p>La sustituye la NOM-034-SSA3-2013,²⁸⁸ Regulación de los servicios de salud. Atención médica pre hospitalaria. Entrada en vigor: 2014-11-22. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>

²⁸⁷ *Diario Oficial de la Federación* de 22 de enero de 2013.

²⁸⁸ Consultada en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5361072&fecha=23/09/2014

**ESTUDIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO E IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES,
 INFORMES ESPECIALES Y PRONUNCIAMIENTOS DE LA CNDH (2001-2017)
 TOMO X. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**

NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud.	La sustituya la NOM-035-SSA3-2012, ²⁸⁹ En materia de información en salud. Entrada en vigor: 29-01-2013. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.
NOM-209-SSA1-2002, Para la regulación de los servicios de salud. Para la práctica de cirugía oftalmológica con láser excimer.	La sustituye la NOM-029-SSA3-2012, ²⁹⁰ Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la cirugía oftalmológica con láser excimer. Entrada en vigor 2012-10-01. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.
NOM-206-SSA1-2002, Para la regulación de los servicios de Salud. Que establece los criterios de Funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.	La sustituye la NOM-027-SSA3-2013, ²⁹¹ Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. Entra en vigor 2013-11-03. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.
NOM-205-SSA1-2002, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.	La sustituye la NOM-026-SSA3-2012, ²⁹² Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria. Entrada en vigor: 2012-10-06. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.
NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama.	La sustituye la NOM-041-SSA2-2011, ²⁹³ Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Entrada en vigor: 2011-06-10. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.
NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.	La sustituye la NOM-039-SSA2-2014, ²⁹⁴ Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Entrada en vigor: 2017-06-02. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.
NOM-038-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.	La sustituye la NOM-038-SSA2-2010, ²⁹⁵ Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo. Entrada en vigor: 2011-04-22. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.

²⁸⁹ Consultada en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012

²⁹⁰ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/029ssa32012.pdf>

²⁹¹ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/027ssa32013.pdf>

²⁹² Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/026ssa32012.pdf>

²⁹³ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/041ssa2011.pdf>

²⁹⁴ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/nom039ssa22014.pdf>

²⁹⁵ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/038ssa2011.pdf>

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

<p>NOM-037-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.</p>	<p>La sustituye la NOM-037-SSA2-2012,²⁹⁶ Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. Entrada en vigor: 2012-07-14. No tiene modificaciones.</p> <p>Concordancia con normas internacionales: Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Summary of the third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP).²⁹⁷ Hypertension Control: Report of a WHO.²⁹⁸ OMS Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la comunidad. Informe del Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 732. OMS, Ginebra, 1986.²⁹⁹ WHO. Prevention of Diabetes Mellitus. WHO Technical Report Series. Geneva 1994.³⁰⁰</p>
<p>NOM-036-SSA2-2002, Para la prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.</p>	<p>La sustituye la NOM-036-SSA2-2012,³⁰¹ Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. Entrada en vigor: 2012-09-29. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-035-SSA2-2002, Para la prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.</p>	<p>La sustituye la NOM-035-SSA2-2012,³⁰² Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica. Entrada en vigor: 2013-01-08. No tiene modificaciones. Concordancia con normas internacionales: Guías de práctica clínica mexicanas y lineamientos internacionales.</p>
<p>NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.</p>	<p>La sustituye la NOM-034-SSA2-2013,³⁰³ Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. Entrada en vigor: 2014-06-25. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-032-SSA2-2002, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.</p>	<p>La sustituye la NOM-032-SSA2-2014,³⁰⁴ Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. Entrada en vigor: 2015-04-17. No tiene modificaciones. Concordancia con normas internacionales: Coincide con los lineamientos y recomendaciones emitidos por la OMS/OPS.</p>

²⁹⁶ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/037ssa22012.pdf>

²⁹⁷ <http://www.aefa.es/wp-content/uploads/2014/04/NECP-guidelines-.pdf>

²⁹⁸ http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38276/WHO_TRS_862.pdf?sequence=1&isAllowed=y

²⁹⁹ http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40108/WHO_TRS_732_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

³⁰⁰ http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39374/WHO_TRS_844.pdf?sequence=1&isAllowed=y

³⁰¹ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/036ssa22012ac.pdf>

³⁰² Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/035ssa22013.pdf>

³⁰³ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/034ssa22014.pdf>

³⁰⁴ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/032ssa22015.pdf>

**ESTUDIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO E IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES,
 INFORMES ESPECIALES Y PRONUNCIAMIENTOS DE LA CNDH (2001-2017)
 TOMO X. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**

<p>NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p>	<p>La sustituye la NOM-016-SSA3-2012,³⁰⁵ Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Entrada en vigor: 2013-03-09. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.</p>	<p>La sustituye la NOM-046-SSA2-2005,³⁰⁶ Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Entrada en vigor: 2009-04-17. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.</p>	<p>La sustituye la NOM-030-SSA2-2009,³⁰⁷ Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Entrada en vigor: 2010-06-01. No tiene modificaciones. Concordancia con normas internacionales: European Society of Hypertension, European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal.³⁰⁸ Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Six Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute, 1997.³⁰⁹ OPS. La Hipertensión Arterial como Problema de Salud Comunitaria. Serie Paltex No. 3. 1984. Prevención en la Niñez y en la Juventud de las Enfermedades Cardiovasculares. Informe de un comité de expertos. OMS 1986.³¹⁰ World Health Organization, International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. 1999.³¹¹</p>
<p>NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.</p>	<p>La sustituye la NOM-028-SSA2-2009,³¹² Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Entrada en vigor: 2009-08-22. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>

³⁰⁵ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/016ssa32013.pdf>

³⁰⁶ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2009/046ssa22009.pdf>

³⁰⁷ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/mod030ssa2.pdf>

³⁰⁸ <https://academic.oup.com/eurheartj/article/28/12/1462/2844990>

³⁰⁹ http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/6to._reporte_del_jnc_usa.pdf

³¹⁰ <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173963/La%20hipertension%20arterial%20como%20problema%20de%20salud%20comunitario.pdf?sequence=1>

³¹¹ https://journals.lww.com/jhypertension/Citation/1999/17020/1999_World_Health_Organization_International.1.aspx

³¹² Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2009/028ssa209.pdf>

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

<p>NOM-027-SSA2-1999, Para la prevención, control y eliminación de la lepra.</p>	<p>La sustituye la NOM-027-SSA2-2007,³¹³ Para la prevención y control de la lepra. Entrada en vigor: 2009-09-01. No tiene modificaciones. Concordancia con normas internacionales: WHA44.9 at the World Health Assembly. May 1991. World Health Organization.³¹⁴ The Hanoi Declaration. Report of the international conference on the elimination of leprosy as a public health problem. WHO/CTD/LEP/94.5 World Health Organization. Hanoi, Vietnam, 4-7 July 1994.³¹⁵ Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities 2006- 2010. WHO/CDS/CPE/CEE/2005.53.³¹⁶</p>
<p>NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p>	<p>La sustituye la NOM-005-SSA3-2010,³¹⁷ Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Entrada en vigor: 2010-10-15. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad.</p>	<p>La sustituye la NOM-015-SSA3-2012,³¹⁸ Para la atención integral a personas con discapacidad. Entrada en vigor: 2012-11-13. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-171-SSA1-1998, Para la práctica de hemodiálisis.</p>	<p>La sustituye la NOM-003-SSA3-2010,³¹⁹ Para la práctica de la hemodiálisis. Entrada en vigor: 2010-09-05. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-169-SSA1-1998, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.</p>	<p>La sustituye la NOM-014-SSA3-2013,³²⁰ Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo. Entrada en vigor: 2015-01-10. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.</p>	<p>La sustituye la NOM-004-SSA3-2012,³²¹ Del expediente clínico. Entrada en vigor: 2012-12-14. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>

³¹³ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2009/027ssa209.pdf>

³¹⁴ http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202633/WHA44_R9_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

³¹⁵ http://apps.who.int/iris/handle/10665/59473?search-result=true&query=WHO%2FCTD%2FLEP%2F94.5&scope=&pp=10&sort_by=score&order=desc

³¹⁶ http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69052/WHO_CDS_CPE_CEE_2005.53.pdf?sequence=1&isAllowed=y

³¹⁷ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/005ssa32010.pdf>

³¹⁸ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/015ssa32012.pdf>

³¹⁹ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/003ssa3010.pdf>

³²⁰ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/014ssa32014.pdf>

³²¹ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/004ssa32012.pdf>

**ESTUDIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO E IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES,
 INFORMES ESPECIALES Y PRONUNCIAMIENTOS DE LA CNDH (2001-2017)
 TOMO X. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**

<p>NOM-090-SSA1-1994, Relativa a la organización y funcionamiento de residencias médicas.</p>	<p>La sustituye la NOM-001-SSA3-2012,³²² Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas del expediente clínico. Entrada en vigor: 2013-03-05. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica.</p>	<p>La sustituye la NOM-025-SSA2-2014,³²³ Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Entrada en vigencia: 2015-09-05. No tiene modificaciones. Concordancia con normas internacionales: Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 17 de diciembre de 1991.³²⁴ Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, suscrita el 12 de octubre de 2006.³²⁵ Carta Internacional de los Derechos Humanos.³²⁶ Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.³²⁷</p>
<p>NOM-022-SSA2-1994, Para la prevención y control de la brucelosis en el hombre.</p>	<p>La sustituye la NOM-022-SSA2-2012,³²⁸ Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano. Entrada en vigencia: 2012-07-12. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancias.</p>	<p>Se crea la NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas, por una NOM posterior sustituye a esta: La sustituye la NOM-034-SSA3-2013,³²⁹ Regulación de los servicios de salud. Atención médica pre hospitalaria. Entrada en vigencia: 2014-11-22. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.</p>	<p>La sustituye la NOM-017-SSA2-2012,³³⁰ Para la vigilancia epidemiológica. Entrada en vigencia: 2013-02-20. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>

³²² Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/001ssa32013.pdf>

³²³ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/025ssa22015.pdf>

³²⁴ <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/OTROS%2014.pdf>

³²⁵ <http://coepsique.org/wp-content/uploads/2011/12/declaracion-Salud-Mental-México-2006.pdf>

³²⁶ <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet2Rev.1en.pdf>

³²⁷ <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

³²⁸ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/022ssa22012.pdf>

³²⁹ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/034ssa32014.pdf>

³³⁰ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/017ssa22012.pdf>

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

NOM-016-SSA2-1994, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.	La sustituye la NOM-016-SSA2-2012, ³³¹ Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera. Entrada en vigor: 2012-10-24. No tiene concordancia con normas internacionales. Modificaciones: 2015-06-18.
NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.	La sustituye la NOM-015-SSA2-2010, ³³² Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Entrada en vigencia: 2010-11-24. Concordancia con normas internacionales: Manual de normas técnicas y administrativas del programa de diabetes mellitus No tiene modificaciones.
NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello, útero y de la mama en la atención primaria.	La sustituye la NOM-014-SSA2-1994, ³³³ Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. Entrada en vigor: 1995-01-17. Concordancia con normas internacionales: O. M. S. programa 1993. Modificaciones: 2007-06-01.
NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales.	La sustituye la NOM-013-SSA2-2015, ³³⁴ Para la prevención y control de enfermedades bucales. Entrada en vigor: 2016-11-24. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.
NOM-011-SSA2-1993, Para la prevención y control de la rabia.	La sustituye la NOM-011-SSA2-2011, ³³⁵ Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos. Entrada en vigor: 2011-12-09. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.
NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.	La sustituye la NOM-010-SSA2-2010, ³³⁶ Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Entrada en vigor: 2010-11-11. No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.
NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar.	La sustituye la NOM-009-SSA2-2013, ³³⁷ Promoción de la salud escolar. Entrada en vigor: 2013-12-10. Concordancia con normas internacionales: Lineamientos y recomendaciones emitidos por la organización mundial de la salud. No tiene modificaciones.

³³¹ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/016ssa22012.pdf>

³³² Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/015ssa2010.pdf>

³³³ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/1995/014-ssa2.pdf>

³³⁴ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/013ssa22016.pdf>

³³⁵ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/011ssa2011.pdf>

³³⁶ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/010ssa2010.pdf>

³³⁷ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/009ssa22013.pdf>

**ESTUDIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO E IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES,
 INFORMES ESPECIALES Y PRONUNCIAMIENTOS DE LA CNDH (2001-2017)
 TOMO X. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**

<p>NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.</p>	<p>La sustituye la NOM-007-SSA2-2016,³³⁸ Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Entrada en vigor: 2016-04-08. Concordancia con normas internacionales: Guía internacional de la oms, manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. 2002. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria de la salud.</p>	<p>La sustituye la NOM-006-SSA2-2013,³³⁹ Para la prevención y control de la tuberculosis. Entrada en vigor: 2013-11-14. Concordancia con normas internacionales: Lineamientos y recomendaciones emitidos por la OMS, la OPS, la UNIÓN. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.</p>	<p>La sustituye la NOM-253-SSA1-2012,³⁴⁰ Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos Entrada en vigor: 2012-12-25. Modificaciones: 2015-09-19. Concordancia con normas internacionales: Lineamientos y recomendaciones emitidos por Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.³⁴¹ European Council.³⁴² The American Association of Blood Banks.³⁴³ International Organization for Standardization.³⁴⁴</p>
<p>NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para los ciclos clínicos e internado de pregrado.³⁴⁵</p>	<p>No tiene concordancia con normas internacionales Modificaciones: el 2014-10-21 se presentó el proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-033-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención medica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina. Aún no entra en vigencia.</p>
<p>NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.</p>	<p>No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-029-SSA2-1999,³⁴⁶ Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.</p>	<p>No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-174-SSA1-1998,³⁴⁷ Para el manejo integral de la obesidad.</p>	<p>No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>
<p>NOM-167-SSA1-1997,³⁴⁸ Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.</p>	<p>No tiene concordancia con normas internacionales. No tiene modificaciones.</p>

³³⁸ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/007ssa22016.pdf>

³³⁹ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/006ssa22013.pdf>

³⁴⁰ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/253ssa12012.pdf>

³⁴¹ <https://www.paho.org/hq/?lang=es>

³⁴² <http://www.consilium.europa.eu/en/european-council/>

³⁴³ <http://www.aabb.org/Pages/default.aspx>

³⁴⁴ <https://www.iso.org/home.html>

³⁴⁵ Consultada en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/234ssa103.html>

³⁴⁶ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2001/029ssa2.pdf>

³⁴⁷ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2000/174ssa1.pdf>

³⁴⁸ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/1999/167ssa1.pdf>

NOM-021-SSA2-1994, ³⁴⁹ Para la vigilancia, prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.	No tiene concordancia con normas internacionales. Modificaciones: en 2004-05-22.
NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. ³⁵⁰	Modificaciones: 2004-01-22. Concordancia con normas internacionales: The World Health Organization, Family Health Division. ³⁵¹ The World Health Organization, Special Programmed of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. ³⁵² Family Health International. ³⁵³ International Planned Parenthood Federation. ³⁵⁴ The Population Council. ³⁵⁵ Pathfinder International. ³⁵⁶ Association for Voluntary Surgical Contraception. ³⁵⁷ The Family Planning Service Expansion and Technical Support Project. ³⁵⁸ Social Marketing Project. ³⁵⁹ John Snow, Inc. ³⁶⁰ The Enterprise Program. Family Planning International Assistance. ³⁶¹

3.1.2.2 Nivel Estatal

La salud es un tema en el cual existe concurrencia entre la federación y las entidades federativas, conforme a lo que dispone el párrafo cuatro del artículo 4 y la fracción XVI del artículo 73 de la CPEUM, la revisión de la normativa estatal se centró en la garantía del derecho a la salud en la ley.

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; como parte del estudio de estos ordenamientos, se precisan las reformas más relevantes a partir de la emisión del instrumento analizado como se muestra a continuación:

³⁴⁹ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/1996/021-ssa2.pdf>

³⁵⁰ Consultada en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/1994/005-ssa2.pdf>

³⁵¹ <http://www.who.int/about/structure/organigram/fwc/en/>

³⁵² <http://www.who.int/life-course/partners/human-reproduction/en/>

³⁵³ <https://www.fhi360.org>

³⁵⁴ <https://www.ippf.org>

³⁵⁵ <http://www.popcouncil.org>

³⁵⁶ <https://www.pathfinder.org>

³⁵⁷ <https://page-one.live.cf.public.springer.com/pdf/preview/10.1007/BF01986529>

³⁵⁸ <http://www.asksourc.info/organisations/family-planning-service-expansion-and-technical-support-seats-projectjohn-snow-inc>

³⁵⁹ <http://www.thensmc.com/service/social-marketing-project-planning-implementation>

³⁶⁰ <https://www.jsi.com/JSIInternet/>

³⁶¹ <https://www.plannedparenthood.org/about-us/newsroom/press-releases/planned-parenthood-launches-planned-parenthood-global>

ESTUDIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO E IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES,
 INFORMES ESPECIALES Y PRONUNCIAMIENTOS DE LA CNDH (2001-2017)
 TOMO X. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Tabla 60. Leyes Estatales en materia de Salud

Análisis de las reformas trascendentes en materia de salud 2009- 2018		
Entidad federativa	Modificaciones legislativas	Información obtenida en consultorios privados ³⁶²
Aguascalientes Hidalgo Nuevo León	Obligaciones del personal médico tratante para los cuidados paliativos de los enfermos terminales; elaboración de programas nutricionales destinados a los adultos mayores, mujeres embarazadas, niños y niñas.	En el estado de Nuevo León, se detectaron enfermedades más frecuentes: cánceres de glándula mamaria y próstata, pulmón en hombres y mujeres y de colón con igualdad de frecuencia en varones y mujeres.
Jalisco	Organización y administración de los servicios de salud y definición de criterios de distribución de usuarios, de regionalización, de escalonamiento de los servicios, universalización de cobertura y coordinación interinstitucional.	X
Chiapas	Establecimiento de jurisdicciones sanitarias y hospitales que podrán crearse tomando en cuenta la capacidad de atención y el número de distritos electorales en el estado e integración del subsistema de registro estatal de infraestructura en salud.	X
Durango San Luis Potosí	Fomento a la lactancia materna y educación preventiva de los efectos del alcohol.	X
Guanajuato	Ponderación en atención médica a las personas adultas mayores en áreas de salud geriátrica	X
Campeche Michoacán Nuevo León Quintana Roo Tlaxcala	Educación para la salud reproductiva y prevención de cáncer de mama tanto a la población en general como prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado y recopilación de la información para el Registro Nacional del Cáncer.	X
Baja California Coahuila Chihuahua Morelos	Elaboración de programas de prevención al maltrato infantil, violencia familiar y violencia contra las mujeres; apoyo para la creación de centros de capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud, así como para el desarrollo de la medicina tradicional y la prestación de este servicio en las comunidades indígenas; actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de enfermedades e infecciones transmisibles y lineamientos aplicables para la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.	En el estado de Chihuahua las enfermedades con mayor frecuencia son: muerte violenta, enfermedades metabólicas, mesotelioma y el suicidio.
Querétaro Sinaloa	Supervisión de la autoridad sanitaria en el ejercicio de la medicina tradicional y de los procedimientos médicos o de cirugía plástica, estética y reconstructiva, así como la denuncia por malas prácticas médicas y fomento al programa de vacunación.	X
Tabasco	Sanciones pecuniarias aplicables a las autoridades sanitarias cuando sus acciones constituyan delitos.	X

³⁶² Fernando, Cano Valle, *La salud universal...una entelequia*, México, UNAM-ANM, 2018, pp. 31-32.

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Yucatán	Atención médica integral a personas inimputables privadas de su libertad con motivo de la ejecución de una medida de seguridad y acciones necesarias que tengan por objeto prevenir riesgos y daños a la salud de la población.	X
Sonora Puebla	Atención materno-infantil, educación para la salud y difusión a comunidades indígenas respetando sus derechos humanos y principios aplicables para las cuotas de recuperación.	En el estado de Sonora, las enfermedades más frecuentes fueron: infecciosas, hepatitis, úlceras gástricas, diabetes mellitus, enfermedad celíaca, cáncer e infarto de miocardio/ictus.
Baja California	Cumplimiento a cargo de la Secretaría de Salud y autoridades sanitarias de las normas oficiales mexicanas y verificación de los requisitos para el otorgamiento y registro de autorizaciones a Centros de Desarrollo Infantil.	X
Oaxaca	Atención médica integral	X
Veracruz	Coordinación entre autoridades sanitarias federales y estatales para la disponibilidad y otorgamiento de medicamentos y material de curación en todos los niveles de atención a la población.	X
Colima	X	Se emitió una nueva ley estatal de salud. Esta entidad federativa destaca en su portal digital de gobierno el programa de Salud Materna y Perinatal, al ubicarse en la primera posición en 2017 dentro de la estrategia Caminando a la Excelencia de la Secretaría de Salud Federal, a raíz de un caso de mortalidad materna ocurrido en una clínica privada y con una razón de muerte materna de 7.4 para la entidad.
Zacatecas	X	Se emitió nueva ley estatal de salud.

FUENTE: Elaboración propia a partir de leyes estatales de salud analizadas.

3.2. RECOMENDACIÓN GENERAL 29/2017 SOBRE EL EXPEDIENTE CLÍNICO COMO PARTE DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD.

3.2.1 Introducción

La protección de los datos personales surge como una de las limitantes del derecho de acceso a la información, su conformación restringe el acceso a aquellos aspectos de la vida de una persona que sólo pertenecen a su titular y cuya divulgación podría afectar un derecho legítimo.³⁶³

Esta restricción se incorpora en 2007 al sistema jurídico mexicano como parte de los principios y bases del mismo derecho de acceso a la información en la fracción II del artículo 6 constitucional,³⁶⁴ su desarrollo legal se dio a través de un ordenamiento de carácter federal en materia de transparencia, pero hacia falta claridad en los elementos e instrumentos legales que permitieran la protección efectiva de datos personales, por ello dos años después, en 2009, se adiciona un segundo párrafo al artículo 16 de la misma Constitución, es decir, enseguida de la prohibición de actos de molestia sin fundamento y motivación o en otras palabras, a través de un debido proceso, con la mencionada reforma se reconoce el derecho a la protección de los datos personales de forma sustantiva, identificando con claridad cada uno de los espectros que lo integran, como son los siguientes: el acceso, la rectificación y cancelación de los mismos, así como a manifestar oposición en relación a su uso³⁶⁵ en los términos que fije la ley, con motivo de esta reforma constitucional se crea la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.³⁶⁶

La dificultad en el cumplimiento de las normas en esta materia originó una nueva reforma constitucional en 2014,³⁶⁷ en la cual se otorga autonomía al órgano responsable de garantizar el derecho de acceso a la información pública y a la protección de datos personales, amplía los sujetos obligados y establece las bases de transparencia para las entidades federativas, otorgando facultad al Poder Legislativo para expedir las leyes generales reglamentarias que desarrollen los principios y bases en materia de transparencia gubernamental, acceso a la información y protección de datos personales en posesión de las autoridades, entidades, órganos y organismos gubernamentales de todos los niveles de gobierno, como consecuencia se expiden la la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública³⁶⁸ y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública³⁶⁹ se expide y, finalmente, en el año de 2017 se expide la Ley

³⁶³ Cfr. CIDH, *Estudio especial sobre el derecho de acceso a la información*, OEA, Washington, 2009, p. 16.

³⁶⁴ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 20 de julio de 2007.

³⁶⁵ Son señalados como derechos ARCO.

³⁶⁶ *Diario Oficial de la Federación* de 5 de julio de 2010.

³⁶⁷ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 2014.

³⁶⁸ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 4 de mayo de 2015.

³⁶⁹ *Diario Oficial de la Federación* de 9 de mayo de 2016.

General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados,³⁷⁰ ambas para la coordinación de la federación, estados y municipios en las materias señaladas.

Como ha quedado señalado en el capítulo de Diagnóstico desde la década de los años ochenta se expiden criterios sobre esta temática, en un primer momento la denominada “Norma Técnica 52, para la elaboración, integración y uso del Expediente Clínico”, vigente hasta la evolución de este tipo de instrumentos a Normas Oficiales Mexicanas,³⁷¹ en el nuevo escenario legal se expide la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 “Del Expediente Clínico”,³⁷² la cual tuvo una modificación³⁷³ en el tiempo que rigió para posteriormente dar paso a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico vigente actualmente.

Por su parte, la Ley General de Salud ha identificado al expediente clínico como un instrumento necesario para el ejercicio del derecho a la protección de la salud desde el año 2003.³⁷⁴

En este contexto normativo es que la CNDH emite la Recomendación General 29/2017 sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, es de hacer notar que esto sucede sólo cinco días después de la publicación de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados referida, en este sentido, la Comisión hace un llamado sobre la importancia de la correcta integración del expediente clínico como medio para la efectiva tutela del derecho a la salud, pues las quejas en esta materia evidencian la vulneración de este derecho y las consecuencias en la vida de las personas, evidenciando en este seguimiento un incremento tendencial en esta conducta, por lo cual la Recomendación tiene el objetivo de impulsar el debido cumplimiento en la integración de los expedientes clínicos de las usuarias y usuarios de los servicios de salud.

Como parte de un derecho de reciente incorporación y desarrollo legislativo, el tema del expediente clínico está aún en ciernes, el instrumento de posicionamiento que se analiza en este apartado constituye un documento básico para la comprensión de este derecho en México.

³⁷⁰ Diario Oficial de la Federación de 26 de enero de 2017.

³⁷¹ Este desarrollo se sustentó normativamente en la Ley Federal de Metrología y Normalización que, como ha quedado referido, se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* 1 de julio de 1992. “Una gran diferencia entre las primeras normas técnicas y las actuales es que las más antiguas fueron expedidas por el presidente de la República, en uso de la facultad reglamentaria prevista en el artículo 89, fracción I, de la Constitución”. V. Huerta Ochoa, Carla, “Las Normas Oficiales Mexicanas en el ordenamiento jurídico mexicano”, *cit.* p. 367.

³⁷² Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de septiembre de 1999.

³⁷³ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 22 de agosto de 2003.

³⁷⁴ *Diario Oficial de la Federación*, 15 e mayo de 2003.

3.2.2 Análisis de las normas federales y locales a las que impacto la Recomendación General 29/2017 sobre expediente clínico como partr del derecho a la información en servicios de salud.

3.2.2.1 Nivel federal

En consideración a los alcances de la Recomendación General 29/2017 en este apartado se aborda el seguimiento de la CPEUM, la Ley General de Salud, la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, así como las Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, sustituida por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 “Del Expediente Clínico Normal Oficial, así como, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

a. Consitución Política de los Estados Unidos Mexicanos³⁷⁵

Durante el periodo de seguimiento al marco normativo no se identifican reformas constitucionales en los artículos que señala la Recomendación General 29/2017 como fundamento, ha quedado anotado en la introducción de este apartado que, previo a la emisión de este instrumento se realizaron importantes reformas a partir de las cuales es preciso identificar el cumplimiento de la integración efectiva del expediente clínico como parte del derecho a la información.

b. Ley General de Salud³⁷⁶

El instrumento de posicionamiento identifica los preceptos 77 bis 9 y 77 bis 37 como sustento del derecho a la información en servicios de salud en los siguientes términos:

“La Ley General de Salud, contempla al expediente clínico en una doble dimensión, a saber, a) una obligación mínima vinculada con el principio de calidad en el servicio, al prever en su artículo 77 Bis 9, que “la acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar al menos los aspectos siguientes: [...] V. Integración de expedientes clínicos [...]”, y b) como un derecho contenido en el artículo 77 bis 37: “los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes: [...] VII. Contar con su expediente clínico [...]”.

Aunado a lo anterior, es preciso señalar para los efectos de este seguimiento, la Ley General de Salud, también refiere al expediente clínico como parte del derecho del paciente a recibir la atención adecuada en caso de urgencia en caso de incapacidad transitoria o permanente, en cuyo caso se

³⁷⁵ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 5 de febrero de 1917. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 27 de agosto de 2018.

³⁷⁶ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 24 de diciembre de 2018.

debe proceder a la aplicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, dejando constancia en el expediente clínico, lo anterior conforme al artículo 51 Bis 2, que dispone de forma literal lo siguiente:

“Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico”.

De la revisión de las reformas a la Ley General de Salud y en específico a los artículos identificados en este apartado, se puede señalar que no existe reforma legal que haya tocado el tema del expediente clínico en el periodo comprendido para este estudio.

c. Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública³⁷⁷

El instrumento de posicionamiento señala la necesidad de superar la idea de que la confidencialidad del expediente clínico se puede invocar para negar acceso a la información contenida en éste al propio titular, de forma literal señala lo siguiente:

“Es altamente deseable, que ante solicitudes de información en términos de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, realizadas por parte de los usuarios y/o usuarias, las entidades de salud la proporcionen sin obstáculo alguno. Al respecto, es importante destacar que debe considerarse que por regla general la confidencialidad del expediente clínico no es oponible al titular de los datos personales contenidos en el mismo, toda vez que “[...] dicha información se ubica dentro de la definición de datos personales [...], ya que éstas no se generaron de forma abstracta, sino en clara relación con el estado de salud del paciente y su evolución”.

Cabe mencionar que de acuerdo con esta Ley, la protección de datos es parte de las obligaciones de los sujetos obligados y, en relación con éstos, es deber de éstos, entre otros, adoptar las medidas necesarias que garanticen la seguridad de los datos personales y eviten su alteración, pérdida, transmisión y acceso no autorizado (fracción VI), por lo cual “no podrán difundir, distribuir o comercializar los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en el ejercicio de sus funciones, salvo que haya mediado el consentimiento expreso, por escrito o por un medio de autenticación similar, de los individuos a que haga referencia la información de acuerdo a la normatividad aplicable (artículo 68).

Esta problemática generó la emisión del Criterio 4/09. “Expediente clínico. Por regla general su confidencialidad no es oponible al titular de los datos personales o a su representante legal”,

³⁷⁷ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 4 de mayo de 2015.

del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).

Cabe mencionar que la Recomendación no señala la necesidad de reforma alguna, sino la aclaración del criterio de interpretación que limita el acceso a la información al expediente clínico del propio titular a la información contenida en éste.

En el periodo de seguimiento de la evolución normativa a las leyes que dan fundamento a este instrumento no se ha dado reforma alguna a la presente Ley.

d. [Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública](#)³⁷⁸

Al igual que la Ley anterior, la Ley Federal de Transparencia de Acceso a la información Pública no cuenta con reforma desde el día de su publicación.

e. [Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados](#)³⁷⁹

Como se ha dejado anotado, la Ley referida en este apartado fue publicada sólo cinco días antes de la emisión de la Recomendación en comento, por lo cual cabe realizar una serie de comentarios en atención a lo que señala este instrumento de posicionamiento.

De acuerdo con el artículo 1, es una Ley de orden público y de observancia general en toda la República, reglamentaria de los artículos 6, Base A y 16, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados.

Tiene como objetivo, entre otros, regular la organización y operación del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales a que se refieren la Ley y la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en lo relativo a sus funciones para la protección de datos personales en posesión de sujetos obligados (artículo 2, fracción III).

La fracción IX del artículo 3 refiere el concepto legal de datos personales como cualquier “información concerniente a una persona física identificada o identificable, considerando que una persona es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente a través de cualquier información, además, la fracción X señala como datos personales sensibles aquellos “que se refieran a la esfera más íntima de su titular, o cuya utilización indebida pueda dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave para éste. se consideran sensibles los datos personales que, de manera enunciativa más no limitativa, puedan revelar aspectos como origen racial o étnico, estado de salud presente o futuro, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, opiniones políticas y preferencia sexual.

³⁷⁸ *Diario Oficial de la Federación* de 9 de mayo de 2016. Sin reforma.

³⁷⁹ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 26 de enero de 2017. Sin reforma.

Asimismo, el artículo 6 señala el deber del Estado para garantizar la privacidad de los individuos velando porque terceras personas no incurran en conductas que puedan afectarla arbitrariamente, considerando que el derecho a la protección de los datos personales solamente se limitará por razones de seguridad nacional, en términos de la ley en la materia, disposiciones de orden público, seguridad y salud públicas o para proteger los derechos de terceros, lo anterior en consonancia con lo que señala la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

En este sentido, es preciso mencionar que el artículo 14, fracción IV, establece que el Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales tiene entre sus funciones la de acordar y establecer los mecanismos de coordinación que permitan la formulación y ejecución de instrumentos y políticas públicas integrales, sistemáticas, continuas y evaluables, tendentes a cumplir con los objetivos y fines del mismo.

Para tales efectos, la Ley establece una serie de principios, entre los que se encuentra el de responsabilidad, en este sentido, el artículo 30 enuncia los mecanismos para cumplir con éste, a saber:

“I. Destinar recursos autorizados para tal fin para la instrumentación de programas y políticas de protección de datos personales;

II. Elaborar políticas y programas de protección de datos personales, obligatorios y exigibles al interior de la organización del responsable;

III. Poner en práctica un programa de capacitación y actualización del personal sobre las obligaciones y demás deberes en materia de protección de datos personales;

IV. Revisar periódicamente las políticas y programas de seguridad de datos personales para determinar las modificaciones que se requieran;

V. Establecer un sistema de supervisión y vigilancia interna y/o externa, incluyendo auditorías, para comprobar el cumplimiento de las políticas de protección de datos personales;

VI. Establecer procedimientos para recibir y responder dudas y quejas de los titulares;

VII. Diseñar, desarrollar e implementar sus políticas públicas, programas, servicios, sistemas o plataformas informáticas, aplicaciones electrónicas o cualquier otra tecnología que implique el tratamiento de datos personales, de conformidad con las disposiciones previstas en la presente Ley y las demás que resulten aplicables en la materia, y

VIII. Garantizar que sus políticas públicas, programas, servicios, sistemas o plataformas informáticas, aplicaciones electrónicas o cualquier otra tecnología que implique el tratamiento

de datos personales, cumplan por defecto con las obligaciones previstas en la presente Ley y las demás que resulten aplicables en la materia”.

Quedan establecidos en el artículo 70 los escenarios en que el responsable podrá realizar transferencia de datos personales sin el consentimiento del titular:

“I. Cuando la transferencia esté prevista en esta Ley u otras leyes, convenios o Tratados Internacionales suscritos y ratificados por México;

II. Cuando la transferencia se realice entre responsables, siempre y cuando los datos personales se utilicen para el ejercicio de facultades propias, compatibles o análogas con la finalidad que motivó el tratamiento de los datos personales;

III. Cuando la transferencia sea legalmente exigida para la investigación y persecución de los delitos, así como la procuración o administración de justicia;

IV. Cuando la transferencia sea precisa para el reconocimiento, ejercicio o defensa de un derecho ante autoridad competente, siempre y cuando medie el requerimiento de esta última;

V. Cuando la transferencia sea necesaria para la prevención o el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico o la gestión de servicios sanitarios, siempre y cuando dichos fines sean acreditados;

VI. Cuando la transferencia sea precisa para el mantenimiento o cumplimiento de una relación jurídica entre el responsable y el titular;

VII. Cuando la transferencia sea necesaria por virtud de un contrato celebrado o por celebrar en interés del titular, por el responsable y un tercero;

VIII. Cuando se trate de los casos en los que el responsable no esté obligado a recabar el consentimiento del titular para el tratamiento y transmisión de sus datos personales, conforme a lo dispuesto en el artículo 22 de la presente Ley, o

IX. Cuando la transferencia sea necesaria por razones de seguridad nacional. La actualización de algunas de las excepciones previstas en este artículo no exime al responsable de cumplir con las obligaciones previstas en el presente Capítulo que resulten aplicables”.

Las disposiciones anotadas imponen una serie de obligaciones concretas en la integración y manejo del expediente clínico en el Sistema de Salud en México, ahora dictadas por una ley aplicable de forma específica en la la materia, por lo cual, se vuelve parte de una actuación susceptible de generar responsabilidades en el marco del nuevo Sistema Nacional Anticorrupción.

3.3. RECOMENDACIÓN GENERAL 31/2017 SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

3.3.1 Introducción

La violencia obstétrica ha surgido en el contexto del avance de los derechos de las mujeres, se trata de un concepto de reciente conformación, ante la puesta en evidencia del trato que reciben las mujeres en el Sistema de Salud, con motivo de procedimientos naturales y fisiológicos como son la gestación, el parto y el puerperio.

El análisis de esta problemática ha generado una serie de respuestas, entre las que se encuentran aquellas que identifican a esta forma de violencia como una serie de prácticas que envuelven el ejercicio de un poder disciplinario específico, que se encuentra ligado a la estructura social de género propia del sistema patriarcal, entre cuyas manifestaciones está la patologización de los síntomas “característicos de la mujer” en dichos procesos naturales y fisiológicos, medicalizando y desappropriando a las mujeres de su propia gestación, reforzando con ello la desigualdad de género.

Como se menciona, la visibilización de esta forma de violencia es reciente y forma parte de un contexto más amplio de desarrollo, el cual pasó por la necesidad de reconocer la igualdad ante la ley de mujeres y hombres derivado de la interpretación que les ha colocado en una posición de desventaja social para, posteriormente, evolucionar a una normativa especializada que, reconociendo el problema de desigualdad estructural al que se enfrentan las mujeres en los distintos espacios de actuación de su vida, impulsa normas que buscan incorporar la visión de género en la regulación jurídica, máxime en aspectos que les son naturales o propios.

En este escenario, la protección de las mujeres en el área de la salud involucra diversas normas, en el ámbito nacional, parte de la Constitución, pasando por leyes federales, generales reglamentos, hasta llegar a normas oficiales, por un lado, atendiendo a los contenidos en materia de salud y, por la otra, a las regulaciones relacionadas con los derechos de las mujeres, las cuales se van condensando para atender a cada aspecto que ha recibido atención especializada, como es el caso de la violencia obstétrica.

Si bien, la violencia obstétrica no está recogida en tales términos en la LGAMVLV, a través de los artículos 35 y 46 de este ordenamiento se regula la actuación del Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en materia de salud, por el contrario, en diversas entidades federativas se ha legislado para incorporar el concepto ya sea a las leyes especializadas en derecho de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia o los códigos penales.

Es preciso mencionar que en el año de 2015, se realizó una importante reforma para la coordinación de las instituciones de salud, incluidas las que forman parte de los sistemas de

seguridad social, para abrir la posibilidad de atención a urgencias obstétricas independientemente de la derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento, esta modificación tiene impacto de forma directa en el derecho a la protección de la salud pues, acorde con el discurso de los derechos humanos, busca la atención de la persona procurando los derechos tanto a la atención médica como a aquellos que quedan comprometidos ante una urgencia de este tipo, como son la vida tanto de la madre y su hijo.

El siguiente diagnóstico tiene por objeto rastrear la actualización normativa sobre el tema con posterioridad al 31 de julio de 2017, fecha en la que se publicó dicha Recomendación y hasta el mes de mayo de 2018 que limita la temporalidad de este estudio.

3.3.2 Análisis de las normas federales y locales a las que impacto la Recomendación General 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud.

3.3.2.1 Nivel federal

Desde al año de 1974, el artículo 4 en su párrafo primero, incorpora la igualdad ante la ley entre varón y mujer, este reconocimiento, como se mencionó, habría de ser también en el contexto mexicano el primer paso en el avance de los derechos humanos para las mujeres. Tuvieron que pasar treinta años y un amplio desarrollo de la temática en los sistemas de protección de los derechos humanos para que se transformara el sistema normativo para dar paso a leyes en diversos temas convergentes para la efectiva realización de tales derechos, es el caso de las siguientes normas que tienen relevancia atendiendo a los alcances de la Recomendación General 31/2017 de fecha 31 de julio de 2017: Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación;³⁸⁰ Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres,³⁸¹ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia,³⁸² ley marco que concentra las bases y principios que se fueron delineando en el escenario internacional para la protección de las mujeres en todas las esferas de actuación, así como, en el área de la salud, la Ley General de Salud, Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y Ley del Seguro Social.

a. Consitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

A lo largo de este trabajo ha quedado de manifiesto el fundamento constitucional del derecho a la protección de la salud en el párrafo cuarto del artículo 4 de la CPEUM, así como la facultad otorgada al Legislativo Federal para regulación a través de una ley de tipo general -la Ley General de Salud- lo relacionado con el tema de salubridad general. El mismo artículo pero en su párrafo segundo refiere los derechos reproductivos de toda persona para decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, este es el único

³⁸⁰ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 11 de junio de 2003.

³⁸¹ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 2 de agosto de 2006.

³⁸² Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 1 de febrero de 2007.

artículo a en este rango que hace alusión a los mismos, al tratarse la violencia obstétrica de una problemática que se da en la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio resulta evidente su relación directa con los mencionados derechos reproductivos de las mujeres.

b. Normas Oficiales Mexicanas.

NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. La NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud. que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica, que sustituye a la NOM-206-SSA1-2002 Regulación de los Servicios de Salud, que Establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los Establecimientos de Atención Médica, tiene como objetivo: precisar las características y requerimientos mínimos de infraestructura física y equipamiento, los criterios de organización y funcionamiento del servicio de urgencias en los establecimientos para la atención médica, así como las características del personal profesional y técnico del área de la salud, idóneo para proporcionar dicho servicio.

La NOM-001-SSA3-2012 Educación en salud. para la organización y funcionamiento de residencias médicas, que sustituye a la NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencia Médicas Objetivo y Campo de Aplicación, tiene como objetivo: regular la organización y funcionamiento de residencias médicas, en las unidades médicas receptoras de residentes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

La NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, que sustituye a la NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, tiene como objetivo: establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

3.3.2.2 Nivel Estatal.

a. Código Penal de Aguascalientes.

En el código penal para El Estado de Aguascalientes,³⁸³ tiene una reforma de 2018 a las fracciones VIII, XI y XII,³⁸⁴ y se adicionan las fracciones IX y X³⁸⁵ del artículo 157 sobre la responsabilidad profesional médica, queda de la siguiente forma:

³⁸³ Disponible en <http://www.poderjudicialags.gob.mx/Resources/Marco/Estatal/Codigo%20Penal%20para%20el%20Estado%20de%20Aguascalientes.pdf>, fecha de consulta: septiembre 2018.

³⁸⁴ Fracciones adicionadas mediante decreto, número 332, publicado el 2 de junio de 2018 en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes.

³⁸⁵ Fracciones adicionadas mediante decreto, número 306, publicado el 11 de junio de 2018 en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes.

VIII. Utilizar un óvulo o esperma para procrear sin que quien lo produjo otorgue su consentimiento o con su consentimiento tratándose de un menor de dieciocho años de edad o incapaz de comprender el significado del hecho;

IX. Incumplir o dejar de realizar los actos o los protocolos necesarios para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio o emergencias obstétricas;

X. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario de la mujer o ante su imposibilidad el consentimiento de quien este facultado legalmente para otorgarlo;

XI. Practicar una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural y sin obtener el consentimiento voluntario de la mujer o ante su imposibilidad el consentimiento de quien esté facultado legalmente para otorgarlo;

XII. Imponer cualquier método anticonceptivo, realice esterilización o cualquier intervención quirúrgica que impida la concepción, sin justificación médica de emergencia o sin consentimiento expreso de la mujer o ante su imposibilidad el consentimiento de quien este facultado legalmente para otorgarlo.

El artículo 158 también se reforma el 11 de junio de 2018³⁸⁶ y queda de la siguiente forma:

Responsabilidad médica asistencial.

La Responsabilidad Médica Asistencial se cometerá por directores, encargados o administradores de cualquier centro de salud cuando prestado un servicio médico:

I. Impidan la salida del paciente o retengan sin necesidad a un recién nacido, cuando aquél o sus familiares lo soliciten, aduciendo adeudos de cualquier índole;

II. Retarden o nieguen por cualquier motivo la entrega de un cadáver a sus deudos, excepto cuando se requiera orden de autoridad competente para el efecto.

III. Nieguen o restrinjan el acceso al hospital o centro de salud, a una mujer embarazada, cuando haya riesgo de afectación a su salud o integridad física, así como el producto de la concepción.

³⁸⁶ Fracciones adicionadas mediante decreto, número 306, publicado el 11 de junio de 2018 en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes.

b. Código Penal del Estado de Quintana Roo.

En el código penal para el Estado Libre y Soberano de Quintana Roo ³⁸⁷ se tipifica el delito de violencia obstétrica en el artículo 112 Bis, adicionado en el 2017. ³⁸⁸

ARTÍCULO 112 BIS. Comete el delito de violencia obstétrica el personal de salud que:

I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;

II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;

III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;

IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad, o

V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer.

A quien realice las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y IV, se le impondrán de tres a seis años de prisión y de doscientos hasta trescientos días multa; y quien incurra en los supuestos descritos en la fracción V será sancionado con prisión de seis meses a tres años y de cien hasta doscientos días multa.

Si el sujeto activo del delito fuera servidor público, además de las penas señaladas en el párrafo primero y las que correspondan a la ley de la materia, se le podrá inhabilitar para el ejercicio de la profesión médica hasta por un año.

³⁸⁷ Disponible en <http://documentos.congresoqroo.gob.mx/codigos/C6-XV-20171227-132.pdf>, fecha de consulta: septiembre 2018.

³⁸⁸ Decreto publicado el 4 de julio de 2017 en el periódico oficial del Estado de Quintana Roo, disponible en <http://po.segob.qroo.gob.mx/sitio/descargadocumento.php?Fecha=2017-07-04&Tipo=3&Numero=74>, fecha de consulta: septiembre 2018.

c. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia del Distrito Federal.

En la Ciudad de México se adiciona el párrafo VII del artículo sexto en el cual se establece la definición de violencia obstétrica en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal.³⁸⁹

VII. Violencia Obstétrica: Es toda acción u omisión que provenga de una o varias personas, que proporcionen atención médica o administrativa, en un establecimiento privado o institución de salud pública del gobierno de la Ciudad de México que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica; se expresa por el trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, vulnerando la libertad e información completa, así como la capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre su cuerpo, salud, sexualidad o sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Se caracteriza por:

- a) Omitir o retardar la atención oportuna y eficaz de las emergencias y servicios obstétricos;
- b) Obligar a la mujer a parir en condiciones ajenas a su voluntad o contra sus prácticas culturales, cuando existan los medios necesarios para la realización del parto humanizado y parto natural;
- c) Obstaculizar el apego precoz de la niña o niño con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarlo inmediatamente después de nacer;
- d) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de medicamentos o técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- e) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, o; Imponer bajo cualquier medio el uso de métodos anticonceptivos o de esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

e. Ley que Garantiza el Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Tlaxcala.

En el Estado de Tlaxcala se reformó el artículo 25 Sexies de la Ley que Garantiza el Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Tlaxcala³⁹⁰ y queda de la siguiente forma:

³⁸⁹ Reforma hecha el 11 de julio de 2017, Disponible en <http://www.aldf.gob.mx/archivo-950443b28799c6cffd3fe8a359d96634.pdf>, fecha de consulta: octubre 2018.

³⁹⁰ Artículo reformado el 13 de abril de 2018.

Violencia obstétrica: Es toda acción u omisión por parte del personal del Sistema de Salud, de tipo médico o administrativo, que dañe, lastime o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia en su atención médica; se expresa en la falta de acceso a los servicios de salud reproductiva, trato inhumano o degradante, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre sus cuerpos y los procesos reproductivos.

f. Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia, para el Estado de Durango.

En el Estado de Durango se incluyó el significado de violencia obstétrica en la fracción sexta del artículo octavo de la Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia desde una reforma del 8 de diciembre de 2011 y en 2017 se reformó y dicha definición se encuentra ahora en la fracción tercera del artículo sexto de esta ley, quedando de la siguiente forma:

Tabla 61. Comparativo concepto de violencia obstétrica en el Estado de Durango

Concepto de violencia obstétrica	
2011	2017
Artículo 8.- VI. La Violencia obstétrica: Cualquier acto o trato deshumanizado que ejerza el personal de salud sobre las mujeres en la atención médica que se les ofrece durante el embarazo, el parto y puerperio, tales como omitir atención oportuna y eficaz de las urgencias obstétricas, obstaculizar el apego precoz del niño con la madre sin causa médica justificada, alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, y practicar el parto vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural, estas dos últimas, sin obtener el consentimiento informado de la mujer.	Artículo 6.- III. Violencia Obstétrica: Cualquier acto o trato deshumanizado que ejerza el sistema de salud o cualquier agente ajeno que asista o incida directamente a las mujeres en la atención médica que se les ofrece durante el embarazo, el parto y puerperio, tales como omitir atención oportuna y eficaz de las urgencias obstétricas, obstaculizar el apego precoz del niño con la madre sin causa médica justificada, alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, y practicar el parto vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural, estas dos últimas, sin obtener el consentimiento informado de la mujer.

g. Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Zacatecas.

En el Estado de Zacatecas se adiciona, en el artículo 14 Quáter,³⁹¹ la definición de violencia obstétrica en la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida libre de Violencia para el Estado de Zacatecas:

Es toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y sobreparto, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en malos tratos, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, considerando como tales: la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; practicar el parto por vía de cesárea, sin que

³⁹¹ Reforma hecha el 23 de junio de 2018, disponible en <http://www.congresozac.gob.mx/f/todojuridico&cual=142>, fecha de consulta: octubre 2018

cumpla con los criterios médicos acordes a la normatividad oficial en esta materia; el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, así como obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz de la niña o niño con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.

h. **Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Sinaloa.**

En el Estado de Sinaloa se adiciona el artículo 24 Bis B a la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Sinaloa³⁹² con el significado de violencia obstétrica y queda de la siguiente forma:

Se considera violencia contra la mujer, toda acción u omisión intencional y negligente que lleve a cabo cualquier persona y/o institución pública o privada, de manera directa o indirecta, que dañe, denigre, discrimine y/o dé un trato deshumanizado a las mujeres durante el embarazo, parto y/o puerperio, que tengan como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.

i. **Ley de Desarrollo Constitucional para la Igualdad de Género y Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, para el Estado de Chiapas.**

En el Estado de Chiapas se abrogó la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas y la Ley para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Chiapas, ambas de 2009, y se crea la Ley de Desarrollo Constitucional para la Igualdad de Género y Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres 02 de agosto del año 2017.

j. **Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Baja California Sur.**

En la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Baja California Sur³⁹³ se adiciona una fracción VII Bis al artículo 4° para quedar de la siguiente forma:

VIII BIS. Violencia Obstétrica.- Es toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, considerando como tales la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; practicar el parto por vía de cesárea, sin que cumpla con los criterios médicos acordes a la normatividad oficial en ésta materia; el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, así como obstaculizar sin causa médica justificada

³⁹² Artículo adicionado mediante decreto 280, publicado en el Periódico Oficial "El Estado de Sinaloa" de 11 de diciembre de 2017.

³⁹³ Fracción adicionada mediante decreto número 2562, publicado en el Periódico Oficial del Estado.

el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.

- k. Oaxaca, iniciativa para la reforma y adición de diversas disposiciones a la Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Género.

En el Estado de Oaxaca se presentó una iniciativa para la reforma y adición de diversas disposiciones a la ley estatal de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia de género, en la que se propone incluir el concepto de violencia obstétrica, presentada por Maestro Alejandro Ismael Murat Hinojosa, gobernador constitucional de Estado:³⁹⁴

Violencia obstétrica: Es toda acción y omisión por parte del personal de salud, público o privado, que atenta contra el derecho a la salud sexual, los derechos reproductivos de las mujeres durante el embarazo, e parto y el puerperio y su autonomía para ejercerlos de manera informada; así como el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, daño físico, psicológico, o la muerte de la madre o del producto por negligencia o impericia.

3.4. INFORME ESPECIAL DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS SOBRE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS QUE DEPENDEN DEL GOBIERNO FEDERAL Y ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA.

3.4.1 Introducción

El Informe Especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y los Estados de la República de octubre de 2013, da cuenta de hechos que contravienen normas en materia de derechos humanos a nivel nacional e internacional en perjuicio de los pacientes de las mencionadas instituciones, tales situaciones tienen que ver con un trato digno, la legalidad y seguridad jurídica, protección de la salud e integridad personal.

Los resultados del referido Informe evidencian a la salud mental como un gran desafío en sí mismo para el Estado Mexicano, en esta área se reproducen y agudizan las diversas problemáticas que afectan al Sistema de Salud, lamentablemente, tal como sucede en diversas partes del mundo, no ha habido una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales por lo cual la diferencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es amplia.

³⁹⁴ Respuesta por parte de la autoridad correspondiente a solicitud de información al Estado de Oaxaca, con folio 00525718.

De acuerdo con los datos que arroja el Informe y la documentación especializada, las personas que son atendidas en los centros de atención a la salud mental padecen graves violaciones a sus derechos, especialmente en relación a su integridad y libertad personal y al derecho a no ser víctima de tortura y malos tratos, pues, los esquemas de atención en las instituciones de salud mental resultan violatorios a los derechos e incluso las mismas legislaciones en la materia contemplan o toleran prácticas altamente intrusivas, como son los tratamientos e internamientos forzados, sin que medie el procedimiento adecuado para ello.

El tratamiento normativo que hace la Ley General de Salud en el tema se ha visto transformado en los últimos años, en 2011, se reforman todos los artículos correspondientes a la regulación de la salud mental, a través de esta modificación se incorpora el enfoque multidisciplinario para la atención de estos padecimientos, desarrollando una serie de mecanismos para la promoción y la atención de la salud, mental, aunado a esto, se definen los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.³⁹⁵ Además de esta reforma, en el año de 2013, el mismo en que se emite el Informe Especial en estudio, se modifica nuevamente todo el capítulo destinado a la regulación de la materia, esta transformación busca impulsar la promoción y atención de estos padecimientos, entre otros aspectos, se incorporan el concepto de salud mental, así como, el enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y el estricto apego al respeto a los derechos humanos de los usuarios en la prestación de estos servicios.³⁹⁶

Cabe mencionar que la regulación que se hace de este tema en la Ley General ha quedado rebasado ante la necesidad de atender de manera más efectiva este tipo de padecimientos que van en aumento, atendiendo a esta situación, en el tiempo que comprende este análisis, se presentaron las iniciativas de Ley Nacional de Salud Mental y Ley General del Sistema Nacional contra las Adicciones, las cuales fueron fuertemente cuestionadas por la sociedad civil organizada por promoverse en ellas un esquema contrario a los derechos humanos.

El siguiente diagnóstico tiene por objeto rastrear la evolución de la temática a partir del año 2013 en que se publicó dicha recomendación hasta el 2018.

3.4.2 Análisis de los normas federales y locales a las que impactó el Informe Especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República Mexicana

3.4.2.1 Nivel Federal

El Informe retrata la situación que se observó durante las visitas realizadas por personal de la CNDH, quienes basaron su actividad en la *Guía de Supervisión a Hospitales Psiquiátricos*, diseñada a partir de los estándares de protección, contenidos en la normatividad nacional y

³⁹⁵ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* de 5 de agosto de 2011.

³⁹⁶ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* de 15 de enero de 2013.

estatal, así como en diversos instrumentos internacionales tanto de carácter vinculante como declarativo.

De manera concreta la problemática que refleja el instrumento de posicionamiento en análisis implica la siguiente normativa en el ámbito federal: CPEUM, Ley General de Salud; Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores; Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación; Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad; Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica; NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1998, del Expediente Clínico; Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

a. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El Informe evidencia hechos que atentan contra los contenidos de los siguientes preceptos constitucionales: artículo 1, párrafos primero, segundo y tercero, en relación a la protección de los derechos humanos de fuente nacional e internacional y que le es propia a todas las personas en México, de lo cual el enunciado constitucional desprende el mandato de actuación con debida diligencia para todas las autoridades en el ámbito de sus respectivas competencias. De igual forma se vulnera el contenido del párrafo cuarto del artículo 4 de la CPEUM el cual, como ha quedado anotado, protege el derecho a la salud en términos generales pero, sin duda, en esa generalidad quedan comprendidos los distintos aspectos que tienen que ver con el estado de bienestar de las personas, entre ellos, el que corresponde a la salud mental. Este tipo de afectaciones pueden implicar una serie de situaciones que llevan a las personas a escenarios de vulnerabilidad social ante la falta de un diagnóstico y la atención médica debida, sujetándoles a condiciones que atentan contra su dignidad, en las cuales se abusa de ellas por el estado mental en que se encuentran y en las cuales se les suele limitar su libertad sin mediar las indicaciones médicas que, en todo caso, lo justifiquen, por ello se les vulneran además las garantías mínimas al debido proceso en el cual debe fundarse y motivarse cualquier acto que lesione sus derechos, incumpliendo así con los contenidos de los artículos 14, párrafo segundo y 16, párrafo primero.

De la normativa constitucional mencionada han sido modificados en el periodo de seguimiento trazado por este trabajo, el ya analizado artículo 4 en los temas referidos en el 3.1 de este Capítulo de Análisis Jurídico, así como el artículo 16 en su párrafo primero para, con miras en el avance de la oralidad en los procedimientos, señalar que en los juicios y procedimientos seguidos en forma de juicio en los que se establezca como ésta, bastará con que quede constancia de ellos en cualquier medio que dé certeza de su contenido y del cumplimiento de lo previsto en este párrafo a propósito de la necesaria motivación y fundamentación de los actos de molestia.

b. Ley General de Salud.

Se han relacionado en el 3.1 de este Capítulo de Análisis Jurídico las diversas reformas que ha tenido la Ley General de Salud con posterioridad a la Recomendación 15/2009, esa relación comprende el total de los temas modificados en la Ley, entre ellos se evidencia la importante transformación que ha tenido el tema de promoción y atención a la salud mental y trastornos del comportamiento.

Para efectos de este apartado se consideran exclusivamente las reformas realizadas con posterioridad a la presentación del Informe Especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República, de fecha 30 de octubre de 2013, dichas reformas son dos y se realizaron en los meses de junio y noviembre de 2015, a continuación se hace su revisión por separado .

La primera de las mencionadas reformas³⁹⁷ se realiza a los artículos 73 y 77, el primero de ellos dedicado a la promoción de la salud mental y la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, mientras que el 77 está destinado al tratamiento de aspectos relacionados con la guarda y custodia, la oportuna y debida atención, así como la posibilidad de recibir orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de estos padecimientos.

La modificación del artículo 73 impacta específicamente en el tema de la brecha de atención, de forma concreta cambia el contenido de la fracción V, para incluir a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud en la implementación estratégica y gradual de servicios de salud mental, aunado a esto, se adiciona una fracción V Bis para la “promoción de programas” que, “consideren, entre otros, los hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino y talleres protegidos”

Tabla 62. Servicios de Salud mental, comparativo artículo 73 LGS

Ley General de Salud Cuadro comparativo Artículo 73	
2013	Reforma de junio de 2015
Artículo 73 ... V. La implementación estratégica y gradual de servicios de salud mental en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud, que permita abatir la brecha de atención;	Artículo 73 ... V. La implementación estratégica y gradual de servicios de salud mental en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud en todos sus niveles de atención , que permita abatir la brecha de atención; V Bis. La promoción de programas de atención, que consideren, entre otros, los hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino y talleres protegidos;

Por lo que hace al artículo 77, se modifica el párrafo segundo para agregar énfasis en la orientación y asesoramiento de padres, tutores, quienes ejercen la patria potestad o quienes

³⁹⁷ *Diario Oficial de la Federación*, 4 de junio de 2015.

ostenten la representación legal de personas con trastornos mentales y del comportamiento en casos de tratarse de niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores.

Tabla 63. Orientación y asesoramiento a personas responsables de niñas, niños, adolescentes y personas mayores , comparativo artículo 77 LGS

Ley General de Salud Cuadro comparativo Artículo 77	
Hasta 2013	Reforma de junio de 2015
Artículo 77.- Los padres, tutores, quienes ejercen la patria potestad o quienes ostenten la representación legal de personas con trastornos mentales y del comportamiento, serán responsables de la guardia o custodia. Las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con las personas con trastornos mentales y del comportamiento, procurarán la oportuna y debida atención de los mismos. A estos efectos, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.	Artículo 77.- Los padres, tutores, quienes ejercen la patria potestad o quienes ostenten la representación legal de personas con trastornos mentales y del comportamiento, serán responsables de la guardia o custodia. Las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con las personas con trastornos mentales y del comportamiento, procurarán la oportuna y debida atención de los mismos. A estos efectos, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, con énfasis en niñas, niños, adolescentes y personas mayores.

La segunda reforma de 2015³⁹⁸ en materia de salud mental a la Ley General de Salud, modifica nuevamente al artículo 73, esta vez en su fracción I para dar el carácter de permanente al desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas, así como, con la adición de una fracción VIII, incorporar como parte de esta promoción y atención a las actividades destinadas a la detección de los grupos poblacionales en riesgo de sufrir transtornos mentales y del comportamiendo, dando preferencia a niños y adolescentes.

Tabla 64. Promoción de la salud mental y detección de grupos en riesgo, comparativo artículo 73 LGS

Ley General de Salud Cuadro comparativo Artículo 73	
Hasta 2013	Reforma de noviembre de 2015
I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente a grupos en situación de vulnerabilidad ...	I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas con carácter permanente que contribuyan a la salud mental, preferentemente a grupos en situación de vulnerabilidad. VIII. La detección de los grupos poblacionales en riesgo de sufrir trastornos mentales y del comportamiento, preferentemente niñas, niños y adolescentes, y

³⁹⁸ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de noviembre de 2015.

c. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.³⁹⁹

El párrafo tercero del artículo quinto de la ley, se hace una reforma en 2018 en la cual se agrega la palabra “protección” y el inciso d., para quedar de la siguiente forma:

III. De la **protección** de la salud, la alimentación y la familia:

a. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.

d. A desarrollar y fomentar la capacidad funcional que les permita ejecutar sus tareas y desempeñar sus roles sociales.⁴⁰⁰

d. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.⁴⁰¹

El artículo 4, en el que se enunciaba lo que se debe entender por discriminación se reformó el 12 de junio de 2013⁴⁰² y su contenido se encuentra ahora en el artículo primero, fracción III.

Tabla 65. Discriminación y mandato de no discriminación

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación Cuadro comparativo	
Hasta 2013	2018
Artículo 1.- Las disposiciones de esta Ley son de orden público y de interés social. El objeto de la misma es prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato.	Artículo 1.- ... III. Discriminación: Para los efectos de esta ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura , el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria , el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política , el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo.

³⁹⁹ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* de 25 de junio de 2002. Última reforma publicada: 12 de julio de 2018.

⁴⁰⁰ Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de junio de 2018.

⁴⁰¹ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* de 11 de junio de 2003. Última reforma publicada: 21 de junio de 2018.

⁴⁰² Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de junio de 2013.

Artículo 4.- Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, talla pequeña, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.	Artículo 4.- Queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto o efecto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades en términos del Artículo 1º. constitucional y el artículo 1, párrafo segundo, fracción III de esta Ley.
--	--

e. Ley General Para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.⁴⁰³

La fracción IX del artículo 2 fue recorrida en una reforma del 22-06-2018⁴⁰⁴ y se encuentra ahora en la fracción XIV.

Artículo 2. Para los efectos de esta Ley se entenderá por:

XIV. Discriminación por motivos de discapacidad. Se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar, menoscabar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables.

f. Normas Oficiales Mexicanas.

La NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada⁴⁰⁵, que sustituye a la NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, tiene por objeto establecer las características mínimas de infraestructura y equipamiento para los hospitales, así como para los consultorios de atención médica especializada.

El fundamento jurídico del Informe Especial señala al artículo 5.7 de la NOM-197-SSA1-2000 cuyo contenido se encuentra ahora en el artículo 5.1.11 de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada y que remite en su artículo 3.5 a la NOM-005-SSA3-2010. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios,⁴⁰⁶ en la cual dispone en su numeral 5.5 el deber de “llevar a cabo acciones para el control o erradicación de fauna nociva,

⁴⁰³ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* de 30 de mayo de 2011. Última reforma publicada: 12 de julio de 2018.

⁴⁰⁴ Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* de 22 de junio de 2018.

⁴⁰⁵ *Diario Oficial de la Federación*, 8 de enero de 2013.

⁴⁰⁶ Publicada en el *Dario Oficial de la Federación*, 16 de agosto de 2010.

al menos una vez al año, por lo que deberán presentar el comprobante de fumigación o desinfección correspondiente, otorgado por un establecimiento autorizado”.

Tabla 66. Fauna nociva

Cuadro comparativo NOM-197-SSA1-2000 y NOM-016-SSA3-2012	
NOM-197-SSA1-2000	NOM-016-SSA3-2012
5.7 Contar con la protección necesaria contra fauna nociva, conforme a lo establecido en la NOM-178 SSA1-1998.	5.1.11 Contar con la protección necesaria contra fauna nociva, conforme lo establecido en la Norma Oficial Mexicana referida en el numeral 3.5* de esta norma. *el artículo 3.5 enuncia la NOM-005-SSA3-2010. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

La **NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico**,⁴⁰⁷ que sustituye a la NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico,⁴⁰⁸ tiene como objetivo: establecer los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico. En específico se citan los numerales: 4.2 y 5.1.

Tabla 67. Expediente clínico

Cuadro comparativo	
NOM-168-SSA1-1998.	NOM-004-SSA3-2012.
4.2. Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.	4.2 Cartas de consentimiento informado, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo , mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.
5.1. Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.	5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos , independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

⁴⁰⁷ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 15 de octubre de 2018.

⁴⁰⁸ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de septiembre de 1999 y su modificación publicada el 22 de agosto de 2003 en el mismo órgano oficial de difusión

La NOM-025-SSA2-2014,⁴⁰⁹ Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, que sustituye a la NOM-025-SSA2-1994 Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, tiene como objetivo: establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual será proporcionada en forma continua, con calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias de estos servicios. En específico se citan los numerales: 1.1; 3.9; 4.2; 4.2.1; 4.2.2; 4.2.3; 4.2.4; 4.2.5; 4.2.6; 4.2.7; 4.2.10; 4.3; 4.4.2; 4.6.2; 4.6.9; 7.1.3.1; 8.1; 8.6; 8.17; 8.19, al haberse actualizado la NOM, los artículos correspondientes también fueron modificados como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 68. Prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica

Prestación De Servicios De Salud En Unidades De Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica Cuadro comparativo	
NOM-025-SSA2-1994.	NOM-025-SSA2-2014.
<p>4.2. Para ofrecer atención médica de calidad a los usuarios, las Unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, deben contar con los siguientes elementos:</p> <p>4.2.1. Instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones.</p> <p>4.2.2. Recursos humanos suficientes en número y capacidad técnica, de acuerdo con los indicadores que establezca la autoridad sanitaria competente y con base en las propias necesidades de las Unidades.</p> <p>4.2.3. Procedimientos para que en la Unidad prevalezcan el ambiente cordial, técnicamente eficiente, y las condiciones propicias para el cabal desarrollo de las actividades que involucra la atención integral médico-psiquiátrica.</p> <p>4.2.4. Instalaciones y personal para la prestación de servicios de urgencias.</p> <p>4.2.5. Instalaciones y personal para la prestación de servicios de consulta externa.</p> <p>4.2.6. Instalaciones y personal para la prestación de servicios de rehabilitación psicosocial.</p> <p>4.2.7. Recursos para la atención médica de otras enfermedades coincidentes con la enfermedad mental y, en su caso, referencia oportuna al nivel de atención requerido, intra o extrahospitalario.</p> <p>4.2.10. Manuales técnico-administrativos.</p>	<p>5.3 Las y los prestadores de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar con los siguientes elementos:</p> <p>5.3.1 Instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones;</p> <p>5.3.2 Recursos humanos suficientes en número y capacidad técnica, de acuerdo con los indicadores que cada unidad disponga, con la finalidad de cumplir cabalmente con las funciones de su competencia de acuerdo con las disposiciones aplicables;</p> <p>5.3.3 Procedimientos para que en la unidad prevalezca un desempeño técnicamente eficiente y las condiciones propicias para el cabal desarrollo de las actividades que involucra la atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica de calidad y calidez, tomando como objetivo y único fin, ayudar a las personas usuarias con trastorno mental y del comportamiento y respetando los derechos humanos dentro de un ambiente cordial.</p> <p>5.3.6 Instalaciones y personal para la prestación de servicios de consulta externa;</p> <p>5.3.7 Instalaciones y personal para la prestación de servicios de urgencias y hospitalización psiquiátrica;</p> <p>5.3.8 Instalaciones y personal para la prestación de servicios de rehabilitación psicosocial;</p> <p>5.3.9 Recursos humanos, materiales y económicos para la atención médica en casos de comorbilidad y realizar la referencia oportuna al nivel de atención requerido dentro o fuera de la unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.</p> <p>5.3.11 Manuales técnicos-administrativos. Que incluyan procedimientos y organización.</p>

⁴⁰⁹ Disponible en <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/025ssa22015.pdf>, fecha de consulta: septiembre 2018.

ESTUDIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO E IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES,
INFORMES ESPECIALES Y PRONUNCIAMIENTOS DE LA CNDH (2001-2017)
TOMO X. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Prestación De Servicios De Salud En Unidades De Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica	
Cuadro comparativo	
NOM-025-SSA2-1994.	NOM-025-SSA2-2014.
<p>4.3. Las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar, según sea el caso y considerando sus características, con las instalaciones específicas necesarias para dar atención a los usuarios, de acuerdo a lo siguiente.</p>	<p>5.4 Las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar con las instalaciones específicas necesarias para dar atención a las personas usuarias, de acuerdo a lo siguiente, según sea el caso y considerando sus características.</p>
<p>4.4. El ingreso de los usuarios a las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica podrá ser: voluntario, involuntario u obligatorio y se ajustará a los procedimientos siguientes:</p> <p>4.4.2. El ingreso en forma involuntaria, se presenta en el caso de usuarios con trastornos mentales severos, que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico psiquiatra y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, un usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad hospitalaria. En cuanto las condiciones del usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario, para que en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario.</p>	<p>5.6 El consentimiento informado de las personas usuarias de algún familiar, tutor/a o representante legal, es la base para el ingreso a las unidades que prestan atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. En las unidades médico hospitalarias el ingreso puede ser:</p> <p>5.6.2 Ingreso Involuntario. Requiere, un diagnóstico psicológico, neurológico, psiquiátrico y de aquellas especialidades médicas necesarias, según la condición clínica de la persona usuaria. El diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, el cual deberá estar avalado por los análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor/a o representante legal, todos por escrito.</p> <p>En caso de urgencia, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita de las y los especialistas antes referidos, requiriéndose la firma del familiar responsable que está de acuerdo con el internamiento quien está obligada dar aviso al Ministerio Público y a su representante y, dentro de los 15 días hábiles posteriores al ingreso del paciente, será evaluado por el equipo de salud mental del establecimiento para la atención médica, siendo el médico psiquiatra quien valorará la pertinencia de continuar con el tratamiento hospitalario o ambulatorio, en cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario.</p>
<p>4.6. Las unidades que prestan servicio de atención hospitalaria médico psiquiátrica, deberán mantener un programa de atención integral que comprenda los siguientes aspectos:</p> <p>4.6.2. El aislamiento del enfermo sólo se aplicará de manera excepcional y para proteger la salud y la integridad del propio enfermo y de quienes lo atienden y rodean, de acuerdo con el criterio del médico responsable. El paciente bajo este tipo de medida quedará al cuidado y vigilancia de personal calificado, en todo momento.</p> <p>4.6.9. Promover la participación de la familia y la comunidad en el proceso de la atención a los usuarios.</p>	<p>5.7 Las unidades que prestan servicio de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, deben mantener un programa de atención que considere los siguientes aspectos:</p> <p>5.7.4 Un ambiente y acciones que promuevan la participación activa de las personas usuarias en su tratamiento.</p>

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Prestación De Servicios De Salud En Unidades De Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica Cuadro comparativo	
NOM-025-SSA2-1994.	NOM-025-SSA2-2014.
<p>7.1.3. Acciones extrahospitalarias: 7.1.3.1. El hospital debe estar vinculado y promover el desarrollo de programas en la comunidad, para facilitar al usuario su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social mediante su atención en los centros comunitarios de salud mental, centros de día, casas de medio camino y los demás servicios extrahospitalarios existentes.</p>	<p>8.2 Acciones intermedias: 8.2.2 La unidad de atención en salud mental debe estar vinculada con la participación interdisciplinaria del personal de salud, de la familia -no sólo las mujeres de la misma-, de la comunidad en general y, en su caso, del Comité Ciudadano de Apoyo y promover el desarrollo de programas que integren los enfoques de derechos humanos, no discriminación y género sobre la salud mental para facilitar a las personas usuarias su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social, mediante su atención en las unidades, centros comunitarios de salud mental, casa de medio camino y los demás servicios extrahospitalarios existentes.</p>
<p>8. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de los usuarios Dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, el usuario tiene derecho a: 8.1. Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.</p>	<p>9. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de las personas usuarias Dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, las personas usuarias tienen derecho a: 9.1 Recibir un trato digno y humano por parte del personal de las unidades de atención integral médico-psiquiátrica independientemente de su diagnóstico, origen étnico, sexo, edad, ideología, condición de salud, social o económica, religión, preferencia sexual, estado civil o cualquier otra condición de persona, de acuerdo a lo señalado en las disposiciones jurídicas nacionales e internacionales aplicables en nuestro país.</p>
<p>8.6. Recibir alimentación balanceada, de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos. Asimismo, recibir vestido y calzado o tener autorización para utilizar los propios, si así lo desea. 8.17. Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial. El paciente podrá, en su caso, elegir la tarea que desee realizar y gozar de una retribución justa. 8.19. No ser sometido a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a procedimientos legalmente establecidos y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros, o se trate de una situación grave y el paciente esté afectado en su capacidad de juicio y, en el caso de que de no aplicarse el tratamiento, se afecte su salud. Cuando haya limitación de libertad, ésta será la mínima posible de acuerdo con la evolución del padecimiento, las exigencias de su seguridad y la de los demás. El paciente bajo este tipo de medida quedará, en todo momento, al cuidado y vigilancia de personal calificado.</p>	<p>9.6 Recibir alimentación balanceada, en buen estado y preparada en condiciones higiénicas, en cantidad y calidad suficiente que garanticen una adecuada nutrición, así como servida en utensilios limpios, completos y decorosos. 9.19 Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de rehabilitación psicosocial y en su caso, elegir la tarea que desee realizar y gozar de la retribución que corresponda, en términos de las disposiciones que resulten aplicables. 9.20 Ser protegido/a contra toda explotación, abuso o trato degradante y, en su caso, denunciar por sí, o a través de un familiar o su representante legal, cualquier abuso físico, sexual, psicológico, moral o económico que se cometa en su contra. Cuando sea posible, conforme a las disposiciones aplicables y se requiera, la familia podrá contar con apoyo de transporte de familiares para atención de urgencias. 9.26 El aislamiento de las personas usuarias es innecesario y violatorio de los derechos humanos, por lo que no deben utilizarse para dicho fin, instalaciones de patios y cuartos de aislamiento en cualquiera de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.</p>

3.4.2.2 Nivel Estatal

El Informe Especial sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República Mexicana señala de manera concreta como fundamento legal las leyes y preceptos que refieren las atribuciones en materia de salud mental de las siguientes entidades federativas : Distrito Federal (actualmente Ciudad de México), Guerrero, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo y Tlaxcala, a continuación su seguimiento en el periodo que comprende este estudio de 2013 a 2018.

a. Ley de Salud Mental del Distrito Federal.⁴¹⁰

El instrumento de posicionamiento de la CNDH refiere el artículo 1, fracción II, que señala los ámbitos de validez de esta norma, sus características o objeto, identificándola como el cuerpo normativo aplicable en el Distrito Federal (hoy Ciudad de México) para Instituciones públicas, sociales y privadas que planifiquen, administren y coordinen los servicios de salud mental, de manera concreta para cumplir en el objeto de establecer los mecanismos adecuados para la promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental en instituciones de salud pública del Distrito Federal (hoy Ciudad de México), así como para personas físicas o morales de los sectores social y privado, que coadyuven en la prestación de servicios en los términos y modalidades establecidas en la Ley.

De la revisión de esta Ley se observa que tuvo sólo tres reformas durante el lapso de tiempo señalado, ninguna de las cuales ha tocado el mencionado precepto, tales modificaciones se realizaron en 2014, las dos primeras en el mes de septiembre y la última en diciembre, cabe señalar que estas transformaciones abonan en el discurso de los derechos humanos y por ende, con los tópicos del instrumento de posicionamiento en comento.

La primera reforma a esta Ley se realizó para adicionar un artículo 2 bis en materia de salud emocional.⁴¹¹ En la segunda modificación se realizaron diversos cambios al artículo 6 para realizar una armonización en materia de derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, incorporando la importante referencia a los Tratados y Convenios internacionales, enseguida el comparativo.⁴¹²

⁴¹⁰ Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, 23 de febrero de 2011. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal: 18 de diciembre de 2014

⁴¹¹ Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 11 de septiembre de 2014.

⁴¹² Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 23 de septiembre de 2014.

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Tabla 69. Ley de Salud Mental del Distrito Federal, armonización en materia de derechos humanos

Ley de Salud Mental del Distrito Federal Comparativo artículo 6	
Original	Reforma septiembre de 2014
Artículo 6°. Además de los derechos a que se refiere el artículo 10 de la Ley de Salud, las personas usuarias de los servicios de salud mental, tendrán derecho:	Artículo 6. Además de los derechos a que se refiere el artículo 10 de la Ley de Salud, a las disposiciones legales de los Tratados y Convenios internacionales , las personas usuarias de los servicios de salud mental, tendrán derecho:
I. Al acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud mental;	I. Al acceso oportuno, a una atención integral y adecuada por los servicios de salud mental;
II. A la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento;	II. A recibir información clara, veraz, oportuna y completa, para la toma de decisiones relacionadas con su atención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico;
III. A la atención médica en el momento que lo solicite y, en su caso, a ser atendido en las instancias de salud del segundo y tercer nivel de atención, para completar su proceso de tratamiento y rehabilitación;	III. A la atención médica en el momento que lo solicite y, en su caso, a ser atendido en las instancias de salud del segundo y tercer nivel de atención, contando con evidencia científica para su tratamiento;
IV. A ser informado sobre las campañas, planes, programas y servicios que proporcione el Gobierno y las instituciones sociales y privadas en materia de salud mental;	IV. A ser informado sobre las campañas, planes, programas y servicios que proporcione el Gobierno y las instituciones sociales y privadas en materia de salud mental;
V. A conservar la confidencialidad de información personal, a una historia clínica de conformidad con lo establecido en las normas oficiales y al anonimato de los participantes en estudios;	V. A conservar la confidencialidad de información personal, a una historia clínica de conformidad con lo establecido en las normas oficiales y al anonimato de los participantes en estudios;
VI. A que se informe al padre, madre, tutor o representante legal con veracidad de la condición y el posible efecto del programa, campaña o tratamiento que reciba la persona usuaria, en caso de que sea menor de edad o incapaz. Lo anterior es aplicable a toda la población, incluida aquella que se encuentra en unidades médicas de reclusorios y comunidades para adolescentes, así como a grupos vulnerables;	VI. A que se informe al padre, madre, tutor o representante legal con veracidad de la condición y el posible efecto del programa, campaña o tratamiento que reciba la persona usuaria, en caso de que sea menor de edad o incapaz. Lo anterior es aplicable a toda la población, incluida aquella que se encuentra en unidades médicas de reclusorios y comunidades para adolescentes, así como a grupos vulnerables;
VII. A que se le apliquen exámenes de valoración, confiables y actualizados que consideren su entorno social o característica a estudiar y a conocer los alcances y las limitaciones de las evaluaciones realizadas;	VII. A que se le apliquen exámenes de valoración, confiables y actualizados que consideren su entorno social o característica a estudiar y a conocer los alcances y las limitaciones de las evaluaciones realizadas;
VIII. A solicitar su diagnóstico diferencial, a recibir atención especializada, a contar con un plan o programa integral de tratamiento para la recuperación de sus funciones cerebrales, habilidades cognitivas, proceso de aprendizaje, así como a la reinserción al ámbito social y productivo, conservando su integridad psicológica, incluyendo a pacientes que hayan estado reclusos en un hospital o pabellón penitenciario psiquiátrico o establecimiento especializado en adicciones;	VIII. A solicitar su diagnóstico diferencial, a recibir atención especializada, a contar con un plan o programa integral de tratamiento para la recuperación de sus funciones cerebrales, habilidades cognitivas, proceso de aprendizaje, así como a la reinserción al ámbito social y productivo, conservando su integridad psicológica, incluyendo a pacientes que hayan estado reclusos en un hospital o pabellón penitenciario psiquiátrico o establecimiento especializado en adicciones;
IX. A ser ingresado a algún centro de internamiento mental por prescripción médica, incluyendo conductas o acciones que puedan causarle daño físico inmediato o inminente así mismo, a terceros o la propiedad, cuando la severidad de los síntomas y signos así lo indiquen, conforme a las mejores prácticas de la psicología, la psiquiatría y medicina;	IX. A ser ingresado a algún centro de internamiento mental por prescripción médica, incluyendo conductas o acciones que puedan causarle daño físico inmediato o inminente así mismo, a terceros o la propiedad, cuando la severidad de los síntomas y signos así lo indiquen, conforme a las mejores prácticas de la psiquiatría y medicina en general. Con autorización por escrito del paciente o familiar responsable.

**ESTUDIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO E IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES,
 INFORMES ESPECIALES Y PRONUNCIAMIENTOS DE LA CNDH (2001-2017)
 TOMO X. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**

Ley de Salud Mental del Distrito Federal Comparativo artículo 6	
Original	Reforma septiembre de 2014
X. A ser egresado del centro de internamiento mental, sólo cuando el médico tratante considere que puede continuar su tratamiento en forma ambulatoria y que ya no exista el riesgo que su conducta o acciones puedan causarle daño físico inmediato o inminente asimismo, a terceros o la propiedad;	X. A ser egresado del centro de internamiento mental, sólo cuando el médico tratante considere que puede continuar su tratamiento en forma ambulatoria y que ya no exista el riesgo que su conducta o acciones puedan causarle daño físico inmediato o inminente asimismo, a terceros o la propiedad.
XI. A la rehabilitación que le permita la reinserción familiar, laboral y comunitaria;	XI. A la rehabilitación que le permita la reinserción familiar, laboral y comunitaria;
XII. A la accesibilidad de familiares u otras personas, en el acompañamiento de las personas usuarias de los servicios de salud mental, salvo que medie contraindicación profesional;	XII. A la accesibilidad de familiares u otras personas, en el acompañamiento de las personas usuarias de los servicios de salud mental, salvo que medie contraindicación profesional;
	XIII. A otorgar o no su consentimiento informado.
	XIV. Derecho a recibir o bien rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus convicciones y creencias
	XV. A recibir el medicamento que requiera de acuerdo a su disponibilidad y que el mismo se encuentre dentro del Cuadro Básico de Medicamentos;
	XVI. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental
XIII. A recibir un trato digno y con respeto a sus derechos humanos, por parte de sus familiares y a que estos le proporcionen alimentos y cuidados necesarios para su rehabilitación integral, y	XVII. A recibir un trato digno y con respeto a sus derechos humanos, por parte de sus familiares y a que estos le proporcionen alimentos y cuidados necesarios para su rehabilitación integral, y
XIV. A que no se divulgue a terceros por alguno de los medios de comunicación existentes, la atención brindada por el personal de salud mental en las diversas instituciones que presten el servicio, cuando no medie su autorización expresa, salvo disposición contraria en esta y demás ordenamientos aplicables.	XVIII. A que no se divulgue a terceros por alguno de los medios de comunicación existentes, la atención brindada por el personal de salud mental en las diversas instituciones que presten el servicio, cuando no medie su autorización expresa, salvo disposición contraria en esta y demás ordenamientos aplicables

Finalmente, la reforma de diciembre de 2014, es parte de una modificación más amplia en materia de seguridad, a través de ésta cambia la redacción de la fracción XV del artículo 5 de la Ley,⁴¹³ para quedar de la siguiente forma:

⁴¹³ Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 18 de diciembre de 2014. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal: 29 de diciembre de 2017.

Tabla 70. Paciente bajo custodia. Ley de Salud Mental del Distrito Federal

Ley de Salud Mental del Distrito Federal Comparativo artículo 5	
Artículo 5. XV. Paciente bajo custodia: persona con algún trastorno mental que requiere atención médica hospitalaria encontrándose privada de la libertad o sometida a cualquier forma de detención o prisión, el que tenga la calidad de presentado, indiciado, probable responsable, procesado o sentenciado;	Artículo 5. XV. Paciente bajo custodia: persona con algún trastorno mental que requiere atención médica hospitalaria encontrándose privada de la libertad o sometida a cualquier forma de detención o prisión, el que tenga la calidad de imputado, acusado , presentado, indiciado, probable responsable, procesado o sentenciado;

b. Ley de Salud del Distrito Federal⁴¹⁴

La Ley de Salud del Distrito Federal (hoy Ciudad de México), señala como parte de los servicios básicos de salud en su artículo 5, fracción VII a la salud mental, así queda referido en el Informe Especial de la CNDH sobre los Hospitales Psiquiátricos, esta Ley tuvo un total de dieciseis reformas en el periodo de análisis. La mencionada fracción VII del artículo 5 no ha sido modificado en el tiempo de su vigencia.

Sin embargo, dos de las mencionadas reformas tuvieron que ver con la salud mental, la primera de ellas al artículo 49 dedicado a la atención a la salud materno-infantil, su carácter prioritario y las acciones que comprende dicha atención, incorporándose a ellas en la fracción “VI. La atención de la salud visual, bucal, auditiva y mental”.⁴¹⁵ La segunda modificación se realizó al artículo 17, destinado a señalar las atribuciones del Gobierno en materia de prestación de los servicios de salud, de acuerdo con esta reforma a la fracción I, le corresponde: “Planear, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud en materia de, inciso d) “La prestación de los servicios integrales de atención materna e infantil, el cual comprende, entre otros, la atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo, salud mental; así como la promoción de la vacunación oportuna, la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y, la lactancia materna”.⁴¹⁶

c. Ley (Número 159) de Salud del Estado de Guerrero abrogada⁴¹⁷ por Ley Número 1212 de Salud del Estado de Guerrero⁴¹⁸

El instrumento de posicionamiento señala como fundamento de la Ley de Salud del Estado de Guerrero a los artículos 15, apartado A), fracción VI que otorga competencias al Ejecutivo del Estado por conducto de la Secretaría de Salud para atender la salud mental, mientras que el artículo 38 fracción VI le refería como uno de los servicios básicos, este cuerpo normativo quedó

⁴¹⁴ Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, 17 de septiembre de 2009.

⁴¹⁵ Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 20 de febrero de 2015.

⁴¹⁶ Publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 22 de diciembre de 2016.

⁴¹⁷ Publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 25 de abril de 1995, abrogada por la Ley Número 1212 de Salud del Estado de Guerrero .

⁴¹⁸ Publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 4 de diciembre de 2012. Última reforma en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado: 29 de diciembre de 2017.

abrogado en diciembre de 2012 por una nueva Ley en la materia, actualmente el primero de los aspectos señalados está regulado en el artículo 19, apartado A), fracción V, en la actual regulación se incorpora la idea de prestación de servicios de atención y promoción, mientras que en la anterior sólo se señalaba la materia; mientras tanto, el tema de los servicios básicos se encuentra en el artículo 46, fracción VII, prácticamente en los mismos términos.

Tabla 71. Regulación de las atribuciones en materia de salud mental en Guerrero

Comparativo	
Ley (Número 159) de Salud del Estado de Guerrero	Ley Número 1212 de Salud del Estado de Guerrero
ARTICULO 15.- Corresponde al Ejecutivo del Estado por conducto de la Secretaría de Salud: A).- En materia de salubridad general: V.- La salud mental;	ARTÍCULO 19. Es facultad de la Secretaría de Salud: A).- En materia de salubridad general: V. Prestar servicios de atención y promoción de salud mental;
ARTICULO 38.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: VI.- La salud mental;	ARTICULO 46. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: VII. La salud mental;

d. Ley de Salud del Estado de Morelos.⁴¹⁹

La fundamentación del Informe Especial, señala a la Ley de Salud del Estado de Morelos en su artículo 3, apartado A), fracción IV, contenido que no ha sido modificado .

Son de mencionar un par de reformas a esta Ley, la primera de ellas de 1 de abril de 2015 a la fracción I del artículo 13 para señalar el especial interés a la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas en las acciones para proporcionar servicios de salud, como objetivos del Sistema Estatal de Salud, además, se adiciona un párrafo a la fracción III del artículo 37 para dar claridad al concepto legal de atención médica de carácter preventivo, el cual consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos y psíquicos de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta.⁴²⁰

Es de mencionar que esta materia se encuentra regulada por una ley dedicada de manera específica a la salud mental.⁴²¹

⁴¹⁹ Publicada en el Periódico Oficial, 29 de junio de 2005. Última Reforma publicada en el Periódico Oficial: 1 de marzo de 2017.

⁴²⁰ Publicada en el Periódico Oficial “Tierra y Libertad”, 1 de abril de 2015.

⁴²¹ Publicada en el Periódico Oficial “Tierra y Libertad”, 12 de Octubre de 2011. Última Reforma: 29 de julio de 2015.

e. Ley de Salud para el Estado de Nayarit.⁴²²

La Ley de Salud para el Estado de Nayarit señala como fundamento jurídico a los artículos 2, fracción I, y 4, apartado A), fracción IV, y 29, fracción VI, esta normativa no ha sido reformada en el tiempo que delimita este análisis, pero es de mencionar a reforma de 2014 al artículo 6, fracción I realizada en 2014 para darle un especial interés a la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas en la prestación de servicios de salud, tal como aconteció en el ámbito federal y en otras entidades.⁴²³

f. Ley de Salud del Estado de Querétaro.⁴²⁴

El Informe Especial identifica como fundamento jurídico de las atribuciones conferidas al gobierno la Ley de Salud del Estado de Querétaro en sus artículos 3, apartado A, fracción VI, y 30, fracción VI, disposiciones que no han tenido reforma.

g. Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro⁴²⁵

Durante el período que se analiza se publicó la Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro, esta norma se emite desde el enfoque de derechos humanos, en el artículo 1 señala el objeto, de la siguiente forma:

Artículo 1. La presente Ley es de orden público, de interés social y tiene por objeto:

I. Regular las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud mental en el Estado de Querétaro, con un enfoque de Derechos Humanos;

II. Regular los mecanismos adecuados para la sensibilización, promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental; y

III. Garantizar y promover el respeto y la protección efectiva de los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.

⁴²² Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Nayarit el 16 de septiembre de 1995. Última reforma publicada Periódico Oficial del Estado de Nayarit: 11 de julio de 2015.

⁴²³ Publicado en el Periódico Oficial del Estado de Nayarit el 21 de mayo de 2014.

⁴²⁴ Publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado “La Sombra de Arteaga”, 31 de enero de 2010.

⁴²⁵ Publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado “La Sombra de Arteaga”, el 22 de septiembre de 2017.

g. Ley de Salud del Estado de Quintana Roo⁴²⁶

El Estado de Quintana Roo también regula las atribuciones concedidas a las entidades federativas en su Ley de Salud, en los artículos 5, inciso a, fracción IV, y 29, fracción VI, esta Ley tuvo dos reformas durante el período, ambas en el año de 2014, ninguna sobre el tema de salud mental.

h. Ley de Salud del Estado de Tlaxcala⁴²⁷

El fundamento jurídico de las atribuciones conferidas a la entidad en materia de salud mental están referidas en la Ley de Salud del Estado de Tlaxcala, artículos 35, apartado A), fracción V, y 46, fracción VIII. Esta Ley tuvo 5 reformas en el periodo que se analiza, ninguna de ellas en el tema de salud mental.

Diagnóstico de las modificaciones al sistema jurídico

A partir del estudio del derecho positivo vigente en México en materia de derecho a la salud, se puede concluir que se han realizado diversas modificaciones acordes al discurso de derechos humanos las cuales se consolidaron con la reforma constitucional de 2011. El objeto de análisis es el extenso universo de disposiciones jurídicas aplicables en materia de acceso a la salud, tanto de aquellas que son referidas en los instrumentos de posicionamiento que la CNDH como fundamento jurídico, así como de las que forman ahora parte del marco normativo.

Las recomendaciones en materia jurídica que se identificaron en dichos instrumentos sugerían en general, “la revisión, reforma o actualización del marco jurídico por parte de las autoridades respectivas en materia de salud”, en materia de violencia obstétrica la creación de “un entorno jurídico e institucional que propicie el respeto y el ejercicio” de la partería tradicional, mediante el reconocimiento y la promoción de las aportaciones, práctica y desarrollo de la medicina tradicional indígena”, así como que se “adopten todas las medidas ... jurídicas ..., para que se procure el debido cumplimiento en la integración de los expedientes clínicos de las usuarias y usuarios de los servicios de salud”.

En virtud de la genérica formulación de las recomendaciones hechas en materia jurídica, se enuncian a continuación primero, las reformas en materia de derechos humanos que tienen un impacto en materia de salud comenzando por lo previsto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y se identificaron solamente dos reformas relevantes. Después se revisan las disposiciones secundarias en materia de acceso a la salud, y otras materias relacionadas con la responsabilidad de la autoridad en esta materia, y solamente se mencionan las reformas consideradas como más relevantes en materia de salud y derechos humanos.

⁴²⁶ Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo el 30 de diciembre de 1994. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo: 9 de diciembre de 2014.

⁴²⁷ Publicada en el Periódico Oficial el 28 de noviembre de 2000. Última reforma publicada en el Periódico Oficial: 12 de abril de 2018.

En 2011 se reformó el párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución para prohibir la discriminación por preferencias sexuales, y se adicionó un párrafo al artículo 4° constitucional para agregar el derecho a la “alimentación nutritiva, suficiente y de calidad” por lo que el derecho a la protección de la salud pasa del párrafo tercero al cuarto sin modificaciones, aunque esta adición está relacionada también con la salud.

La Ley General de Salud, como ha quedado relacionado, fue reformada 76 veces en el periodo que se analizó, de entre las cuales, en aquellas referidas como fundamento jurídico por la Recomendación 15/2009, destacan las siguientes: en 2013 en su artículo 2° fracción I para sustituir el término “hombre” por el de “persona” en relación con el bienestar físico y mental de la misma. Su artículo 27, fue reformado varias veces respecto de la atención médica integral (fracción III), la promoción de un estilo de vida saludable (fracción IX) y se adicionó en 2012 la fracción XI para incluir la atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica. En 2012 se adicionó el artículo 28 Bis para especificar qué profesionales pueden prescribir medicamentos. A efectos de especificar el alcance de la atención médica, se adicionó al artículo 32 un párrafo que permite a los prestadores de servicios de salud “apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud”.

En relación con la violencia obstétrica se reformó la Ley en 2015 como se menciona en el apartado respectivo, para que la urgencia obstétrica sea atendida de manera expedita por los servicios de salud. En 2017 se reforma la fracción tercera del artículo 33 en relación con las personas con discapacidad para que las actividades de rehabilitación incluyan acciones “tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad”. En ese mismo año se hizo una adición al primer párrafo del artículo 35 de la Ley para que los servicios públicos a la población en general en establecimientos públicos se presten “preferentemente a favor de personas pertenecientes a grupos sociales en situación de vulnerabilidad”. En 2018 se reformó de nuevo en relación con los certificados de discapacidad.

La Ley General de Educación fue reformada dos veces en distintos aspectos relacionados con la salud, la primera en cuanto a la preservación de la salud (artículo 7º, fracción X) en relación con los fines de la educación para incluir el ejercicio responsable de la sexualidad y la planeación familiar. En 2013 se adicionó el artículo 24 Bis para prever la obligación de la Secretaría de Educación de regular los lineamientos para el expendio y distribución de alimentos y bebidas en las escuelas que favorezcan la salud en coordinación con la Secretaría de Salud.

En el periodo revisado se realiza una reforma relacionada con la materia a cada una de las siguientes leyes:

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Ley General Para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

También se consideró como relevante, por su impacto en materia de acceso a la salud, la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados promulgada en 2017. Cabe señalar por su pertinencia, que en 2016 se expidió la Ley General de Responsabilidades Administrativas que abroga la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, y que la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia publicada en el año 2007 en el *Diario Oficial de la Federación* ha sido reformada 11 veces, la última reforma fue publicada el 13 de abril de 2018.

Las citadas reformas abonan a la construcción de un Estado de Derecho basado en el respeto a los derechos humanos, se evidencia la armonización que se hace en materia de salud con estándares internacionales y con el diálogo de su protección.

Por lo que hace a los Reglamentos que despliegan los contenidos de la Ley General de Salud, es de mencionar que en el periodo en estudio se modificaron 6, de entre los cuales destacan las siguientes:

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud se reformó 2 veces y se le adicionó un artículo en diversos aspectos relacionados las instalaciones y la seguridad de las personas y el deber de los beneficiarios “de cuidar de su salud”. El aspecto a destacar de la reforma al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica se refiere a las normas oficiales mexicanas (NOMs). Cabe señalar que desde el 2009 a la fecha se han expedido 39 nuevas NOMs relacionadas con la materia de salud (ver anexo sobre Normas Oficiales Mexicanas).

En las entidades federativas se analizaron las siguientes reformas que fueron realizadas en el periodo de estudio:

- 2 reformas a la Ley de Salud Mental del Distrito Federal.
- 2 reformas a la Ley de Salud del Distrito Federal.
- 2 reformas a la Ley de Salud del Estado de Morelos.
- 2 reformas a la Ley de Salud para el Estado de Nayarit.
- 2 reformas relacionadas con la materia al Código Penal para el Estado de Aguascalientes.
- 2 reformas relacionadas con la materia al Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Quintana Roo.
- 1 reforma a la ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal.

1 reforma a la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Sinaloa.

1 reforma a la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Zacatecas.

1 reforma a la Ley de las Mujeres para una Vida Sin Violencia.

1 reforma a la Ley que Garantiza el Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Además, se presentó una iniciativa para la reforma y adición de la Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Género para el Estado de Oaxaca.

En un análisis de las leyes para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia de las entidades federativas se obtuvieron los siguientes resultados:

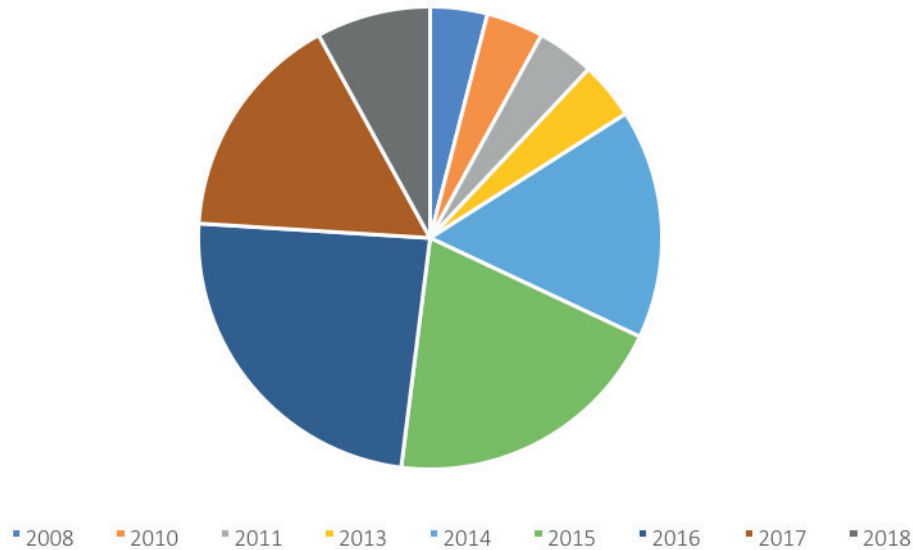
Las leyes comenzaron a publicarse a partir del año 2007, se publicaron 14 leyes en la materia, en años subsecuentes hubo Estado que publicaron las leyes respectivas hasta el 2017 en el que el Estado de Chiapas publicó la Ley de Desarrollo Constitucional para la Igualdad de Género y Acceso a una Vida Libre de Violencia para las mujeres.⁴²⁸



⁴²⁸ Véase anexo correspondiente para consultar el listado de Estados y fechas.

Pero no todas las leyes contemplaban el término o significado de violencia obstétrica, muy pocas leyes lo contemplaban desde el momento de su publicación y las que lo hicieron fueron las de publicaciones más actuales, en la siguiente grafica se muestran los años en los que se agregó esta definición a las leyes:

Años en los que se agregó el término "violencia obstétrica"



A partir del estudio realizado del vasto universo de disposiciones jurídicas, aplicables en materia de salud se puede concluir que el derecho a la salud se encuentra regulado minuciosa e incluso reiterativamente en el sistema jurídico mexicano, tal como se refiere en la literatura desarrollada en el área y que ha sido referida en este documento. De la lista de disposiciones citadas, vinculantes y no vinculantes, se puede comenzar por decir que la materia de salud se encuentra sobre-regulada, esto se percibe ya en la enorme cantidad de disposiciones citadas por la CNDH en cada uno de los instrumentos sometidos a análisis.

Esto tiene como inconveniente la dificultad para conocer, entender e implementar por parte de las autoridades respectivas, las normas jurídicas aludidas. Especialmente porque son médicos los obligados a aplicar disposiciones jurídicas complejas, redundantes y en ocasiones contradictorias, aunque las NOMs les resultan de gran utilidad por su precisión en cada aspecto regulado, no obstante, por ser normas de carácter técnico son de difícil comprensión para los particulares. Cabe mencionar, que el hecho de que una materia esté sobre-regulada, no indica nada sobre su efectividad, para determinar la idoneidad de la regulación se requiere hacer un estudio sobre la eficacia de las disposiciones jurídicas específicas. Que sea adecuada la regulación o conforme a los parámetros constitucionales debidos no se puede percibir en un análisis formal, lo que sí es posible afirmar es que las reformas realizadas a partir del 2009 son conformes al parámetro constitucional en materia de derechos humanos previsto en el artículo 1º constitucional.

Los contenidos de las diversas reformas abarcan de forma general todos los temas que las recomendaciones generales e informe especial abordan por lo cual es identificable la correspondencia con un discurso común. De forma general se mencionó en el seguimiento de las Recomendaciones la necesidad de darles mayor precisión, sobre todo por las conductas relacionadas con la actividad del Poder Legislativo se refiere, de manera particular se hace mención de la necesidad de establecer plazos para el cumplimiento y la incorporación de expertos en las discusiones sobre los diversos tópicos. Por lo anterior los grupos hicieron énfasis en que sería conveniente que la CNDH hiciera un seguimiento periódico del cumplimiento de las recomendaciones

El análisis abarcó una temática transversal del marco jurídico, misma que ya se explicitó, no solamente porque hay materias relacionadas como la responsabilidad administrativa, sino también porque se manifestaron inquietudes en los grupos de enfoque sobre la educación, por ejemplo, en materia de salud y derechos humanos, así como la necesidad de capacitar y sensibilizar al personal administrativo y médico en materia de derechos humanos.

Un aspecto importante a considerar es que con frecuencia las personas con discapacidad no reciben la consideración especial que sus circunstancias personales requieren, no solamente en relación con los pacientes con enfermedades mentales, por lo que sus derechos humanos continúan siendo vulnerados a pesar de existir en el sistema jurídico mexicano disposiciones específicas como la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad de 2011, o el Protocolo de Actuación sobre derechos de personas con discapacidad que se publicó en 2014.

A pesar de la incorporación de la obligación de los estándares internacionales a la Constitución en materia de derechos humanos no se ha dado aún respuesta al reclamo real de atención en materia del derecho al acceso a la salud de manera adecuada. En gran medida esto se debe, como bien se señala en los instrumentos de posicionamiento, a la falta de planes y programas adecuados o a su inefectiva implementación.

Con las recomendaciones la CNDH pretende que la autoridad atienda y entienda diversos aspectos de las deficiencias en materia de salud, los problemas que se percibieron en la aplicación de la metodología fueron el escaso conocimiento de las mismas por la autoridad y los particulares, aún cuando este tipo de instrumentos carecen de fuerza vinculante, su contenido es parte de un diálogo de protección de los derechos humanos, por lo cual van marcando el rumbo en el tema, lo cual es importante, siendo preciso trabajar en la difusión de estos instrumentos como parte de la formación y capacitación en el área de la salud.