

DISPRAXIS DESDE LA COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS: RELACIONES ENTRE SALUD Y DERECHOS HUMANOS

Graciela RODRÍGUEZ ORTEGA*

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Análisis de las dispraxis entre derechos humanos y salud desde la perspectiva internacional*. III. *Análisis de las quejas presentadas ante la CNDH en México*. IV. *Acciones informales de la CNDH*. V. *Situación de victimización de los quejosos*. VI. *Dos estudios de caso*. VII. *Aportes desde las ciencias del comportamiento, en particular la medicina conductual*. VIII. *Visión a futuro de la CNDH. Propuesta de un modelo para evitar la dispraxis*. IX. *Conclusiones generales de un primer análisis*. X. *Agradecimientos*. XI. *Bibliografía*.

I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo es la reflexión de algunos casos de dispraxis que en materia de salud han sido motivo de queja en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (en adelante CNDH). En primer lugar, la CNDH es una institución necesaria por su naturaleza y fundamento jurídico. En segundo lugar,

se trata de una institución que ha demostrado eficiencia en el mundo y en Latinoamérica, institución que he tenido el privilegio de ver na-

* Profesora emérita en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro del Consejo Consultivo de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

cer y evolucionar desde aquellos años en los que el entonces Rector de la UNAM, realizara el diseño mexicano y dirigiera sus primeros pasos frente al escepticismo, fuertes resistencias, sin recursos financieros y, un puñado de funcionarios.¹

La CNDH, además, impulsó la creación de la Conamed,² órgano dependiente de la Secretaría de Salud, que cuenta con autonomía técnica.

El objeto de este trabajo es comparar formas de dispraxis en la CNDH que se relacionan con el sistema de salud. Es importante hacer notar que todas las recomendaciones emitidas por la CNDH son aprobadas directamente por el ombudsman. Presentaremos dos estudios de caso y propondremos un modelo de análisis centrado en los derechos humanos desde la perspectiva de la salud, con fundamento en las políticas públicas, ciencias del comportamiento, desarrollos tecnológicos y análisis ético. Para cada caso es importante el uso de evidencias confiables y el uso de modelos de toma de decisiones para ser desarrollados como instrumentos de detección y solución.³

El término “dispraxis” denota prácticas anómalas en la interacción entre sistemas complejos; su estudio requiere entonces de un abordaje transdisciplinario entre la medicina, la investigación, el derecho y otros dominios.

¹ Fix-Zamudio, Héctor, *Introducción al estudio de la defensa de la Constitución en el ordenamiento mexicano*, 2a. ed., México, Centro de Estudios Constitucionales México-Centroamérica-UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, núm. 12, 1998.

² Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

³ Steinbock, Bonnie, “Methodology of Case Based Problem and Rights Based Programme”, *The Oxford Handbook of Bioethics*, Oxford, Oxford University Press, 2007, p. 15. Un modelo para identificar factores que influyen en el cumplimiento de las normas del sistema jurídico se encuentra en Cáceres Nieto, Enrique y Rodríguez Ortega, Graciela, *Bases psicológicas del comportamiento jurídico en México*, México, UNAM, Facultad de Psicología-Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2008, p. 120.

II. ANÁLISIS DE LAS DISPRAXIS ENTRE DERECHOS HUMANOS Y SALUD DESDE LA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

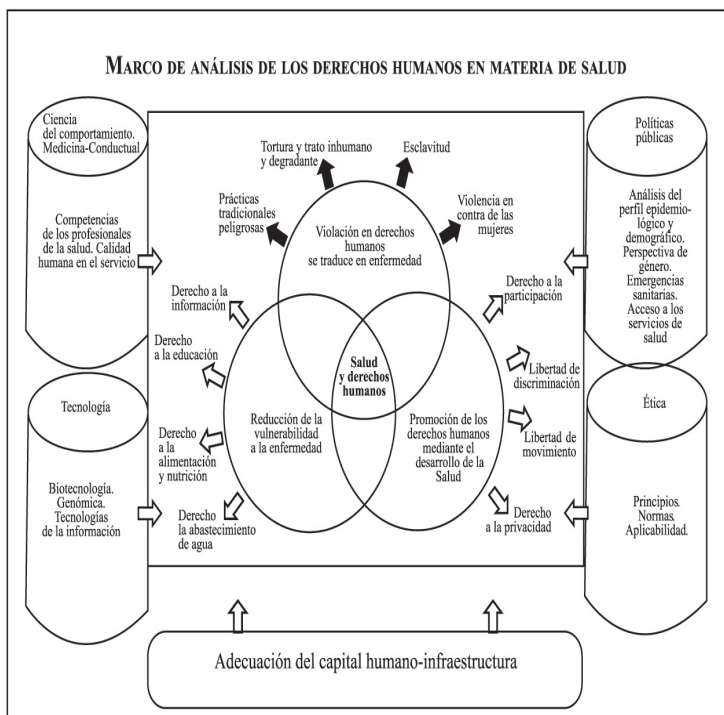
1. *Aportes desde la Organización Mundial de la Salud*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sustentado la creación de sistemas de información especializados, redes de expertos académicos, investigación y desarrollo de políticas públicas. Es un órgano de referencia obligada para conocer tendencias de enfermedades emergentes y perfiles epidemiológicos. Ha producido modelos de análisis de la salud, propuestas jurídicas, normas éticas, convenios, análisis georreferenciales y, sobre todo, estrategias en materia de salud.

México ha suscrito desde hace décadas convenios internacionales que aún carecen de plena vigencia.⁴ En este sentido, la responsabilidad está en todos los niveles, si bien es cierto existen áreas indefinidas, es posible identificar las responsabilidades específicas de cada individuo o grupo.

En el marco de análisis que se propone a continuación, podremos apreciar algunos elementos de interacción entre la salud y los derechos humanos que muestran su complejidad.

⁴ Véase página web de la Organización de las Naciones Unidas <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/> (consultada el 15 de mayo de 2011).



Modelo de la WHO, 2007; Adaptado Rodríguez G., Staines G., 2011

Como se muestra en el marco, el respeto a los derechos humanos en salud reducirá su vulnerabilidad y promoverá el desarrollo de ésta. El uso y aprovechamiento de las tecnologías de la información y el cuidado de la intimidad de los datos son otros elementos de la promoción de los derechos humanos mediante el desarrollo de la salud (el círculo inferior derecho). El modelo permite inferir que a menor promoción de los derechos humanos, mayores son las posibilidades de su violación y mayor el deterioro de la calidad de vida. Por otra parte, de cada uno de los ejes de análisis se desprenden campos de interrelación entre las ciencias del comportamiento y los derechos humanos que son líneas de apoyo para evitar las dispraxis.

III. ANÁLISIS DE LAS QUEJAS PRESENTADAS ANTE LA CNDH EN MÉXICO

1. *Facultades de la CNDH*⁵

El nuevo marco jurídico de la CNDH coloca los derechos humanos y garantías individuales como ejes fundamentales. Se destacan por un lado la promoción, el estudio, la enseñanza y divulgación en los planos nacional e internacional, y por otra parte la elaboración y ejecución de programas preventivos en el ámbito de la salud.

Para desarrollar sus funciones, la CNDH recibe quejas, examina su contenido, define si son de su competencia, identifica el tipo de acciones internas procedentes (tales como orientar al quejoso o investigar el asunto) y califica los hechos. La investigación puede concluir con un oficio de ausencia de responsabilidad para las autoridades señaladas como responsables, o con una resolución denominada recomendación, con plena autoridad jurídica. Este documento es la labor más relevante del ombudsman, pues describe caminos puntuales para promover el respeto de los derechos humanos y resarcir en lo posible los daños, pero sobre todo, sirve para retroalimentar a las autoridades sobre las prácticas o acciones violatorias. Después de emitida una recomendación debe darse un seguimiento al cumplimiento que den las autoridades involucradas.⁶

2. *Inconsistencia de los estándares normativos y dispraxis más frecuentes*

La CNDH cuenta con un instrumento denominado Sistema de Alerta, en el que se identifican las principales autoridades seña-

⁵ Véase la página web de la CNDH. <http://www.cndh.org.mx/> (consultada el 18 de mayo de 2011).

⁶ Escobar Roca, Guillermo (coord.), *El ombudsman en el sistema internacional de derechos humanos: contribuciones al debate*, Madrid, Dykinson, 2008, p. 237.

ladas como responsables, su ubicación y un catálogo de hechos violatorios. Esta información se sustenta en datos proporcionados por los quejosos. Entre éstos se encuentra la atención inadecuada, que puede ir desde la realización deficiente de trámites administrativos médicos hasta la mala ejecución de alguna intervención.

En un estudio de corte de 2008 a la fecha, nuestro equipo multidisciplinario elaboró una matriz de análisis sobre las autoridades señaladas responsables y la forma de denominar los motivos de queja, así como el análisis del contenido de dos recomendaciones, para mantener la equidad de género.

A. Principales hechos violatorios

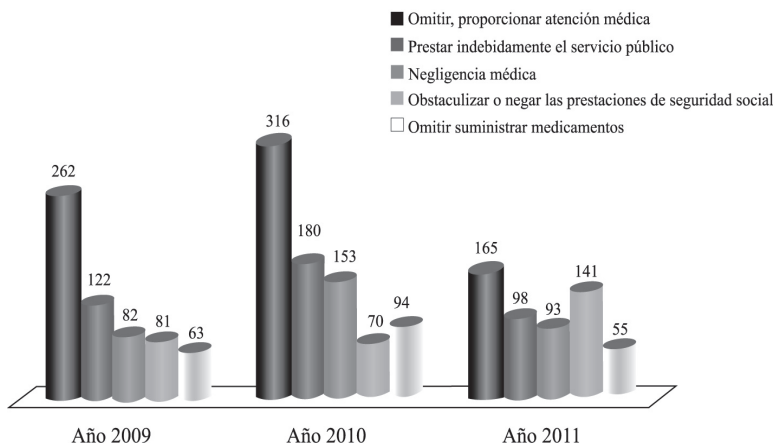
El catálogo de hechos violatorios no ha tenido modificaciones sustanciales desde la creación de la CNDH.⁷ Son cinco las categorías principales de hechos violatorios del sector salud; 1) negativa u obstaculización de acceso a los servicios de salud, 2) prestación indebida del servicio público, 3) negligencia médica, 4) omitir el suministro de medicamentos y 5) negativa u obstaculización en las prestaciones de seguridad social.

Las dos primeras, obstaculizar o negar el acceso a la atención médica y prestar indebidamente el servicio público, han sido los motivos principales de queja en los últimos tres años en diversas instituciones de salud. Estas categorías pueden enmascarar a su vez otros hechos, y es de notarse el crecimiento exponencial de los hechos violatorios en este año (2011) en comparación con los dos años anteriores.⁸

⁷ Carpizo, Jorge, *Primer Informe Semestral*, México, CNDH, junio-diciembre de 1990, p. 51.

⁸ Véase nota periodística respecto al total de quejas recibidas en la CNDH del sector salud emitida por Luis García López Guerrero, primer visitador de la CNDH, *Excelsior*, 13 de junio de 2011.

Principales hechos violatorios del Sector Salud de acuerdo a la CNDH



FUENTE: Informe de la CNDH, del 16 de noviembre de 2009 al 30 de abril de 2011.

B. Algunos tipos de queja

Se propone el diseño de una clasificación de los motivos de queja que además de los hechos implica percepciones y creencias referidas por los quejosos.⁹

1. La prestación indebida de la función pública no permite distinguir entre una responsabilidad administrativa, civil o penal, ya sea por la oportunidad del servicio médico o por su calidad. Por ejemplo, los quejosos pueden señalar que no les fueron practicados los estudios clínicos requeridos, que se omitió suministrar medicamentos o que se hicieron diagnósticos equivocados o inoportunos.

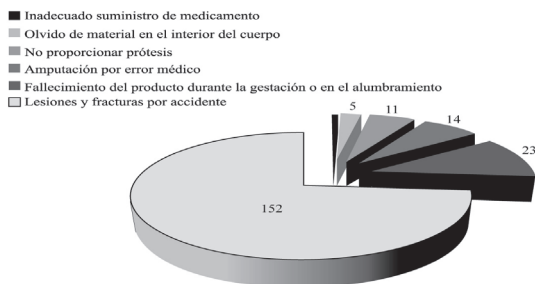
⁹ Infante Castañeda, Claudia, *Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención*, México, UNAM, Facultad de Medicina, tesis de doctorado en ciencias médicas, odontológicas y de la salud, 2004.

2. Otra categoría de dispraxis es que las instituciones de salud no cumplan con las normas oficiales o que no ofrezcan al usuario el material informativo adecuado, como es su obligación.
3. Aún otra categoría de dispraxis es el manejo descuidado del expediente clínico, fuente de quejas y violaciones a derechos humanos que además, en caso de queja, dificulta el análisis a médicos y peritos.

Una queja puede estar constituida por varios hechos violatorios que pudieran no identificarse fácilmente; de una violación pueden también desprenderse varios hechos que pudieran convertirse en recomendaciones.

Los casos más severos de negligencia y torpeza médica referidos ante la CNDH se vinculan con lesiones infligidas durante el internamiento hospitalario y particularmente la cirugía. Se mencionan casos de amputación por error, olvido de material quirúrgico dentro del paciente, procedimientos de transfusión o manejo de residuos peligrosos sin higiene.

ALGUNOS TIPOS DE QUEJAS



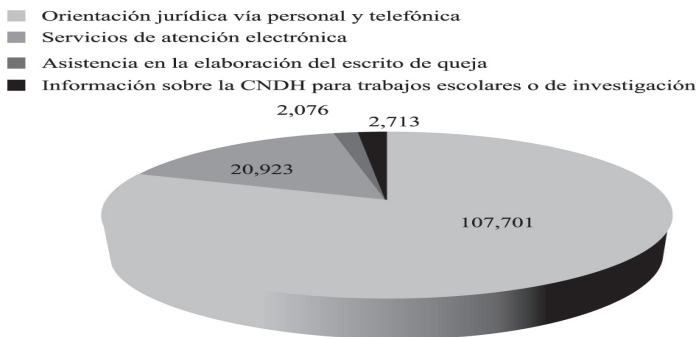
FUENTE: Informes de la CNDH, del 16 de noviembre de 2009 al 30 de abril de 2011.

IV. ACCIONES INFORMALES DE LA CNDH

En el curso de estudio de las quejas, incluso antes de determinar un expediente, el personal de la CNDH (entre quienes se encuentran abogados, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos y otros) efectúa labores de apoyo a los quejosos. Se brinda asistencia para la elaboración de la propia queja, se proporciona atención personal, telefónica y por vía electrónica para asuntos ante la propia Comisión y ante otras autoridades.

Existen programas específicos para la atención de víctimas, familiares y grupos vulnerables, como el caso de pacientes con VIH. La CNDH da cuenta de 133,400 acciones en 2010, de las cuales 107,000 fueron de orientación jurídica.¹⁰ Por alguna razón varias de estas acciones no se registran en los informes de actividad de la Comisión, pero están disponibles en las bases públicas de consulta. Por otro lado, algunas formas de atención de la CNDH como orientación, conciliaciones o algunos tipos de gestión sirven como contención de distintas deficiencias de los servicios de salud y pueden verse como una aportación para empoderar y capacitar a las personas en la defensa de sus derechos ante instancias competentes.

ACCIONES INFORMALES DE LA CNDH



FUENTE: Informe de la CNDH, enero-diciembre de 2010.

¹⁰ Informe de Actividades de la CNDH, del 1o. de enero al 31 de diciembre de 2010, p. 14.

V. SITUACIÓN DE VICTIMIZACIÓN DE LOS QUEJOSOS

Es pertinente señalar que cada queja tiene un costo económico, social y psicológico, tanto para el sistema de salud como para el usuario y sus familiares.

Cuando la persona vive una situación de victimización se desempodera. Puede aprender que a pesar de sus esfuerzos la situación no cambia, fenómeno que se ha denominado desesperanza o indefensión aprendida.¹¹ También puede utilizar estilos de afrontamiento que anteriormente no le han funcionado, que no sólo no le han solucionado problemas, sino que pueden generárselos. La persona continúa con ese estilo de afrontamiento porque no ve otras opciones. Este es un contexto que los funcionarios necesitan considerar al brindar atención al público y para ello es necesario el apoyo de profesionales de las ciencias del comportamiento.

VI. DOS ESTUDIOS DE CASO

Se seleccionaron dos estudios de caso con enfoque de equidad de género, para profundizar en la estructura de hechos y prácticas en materia de salud, con el fin de establecer correlaciones entre los estándares normativos y los principios éticos correspondientes, para dejar abierta la reflexión sobre su categorización como dispraxis.

A continuación se presenta un resumen de las recomendaciones estudiadas, poniendo énfasis en los aspectos físicos e institucionales de la salud. Es importante tener en cuenta que también existen estados emocionales que generan efectos adversos no sólo en la persona afectada, sino también en sus redes familiares o sociales cercanas.¹² Se omiten referencias particulares en acato

¹¹ Seligman, Martin, *Indefensión*, Madrid, Debate, 1981.

¹² Ambas recomendaciones se encuentran disponibles en la página electrónica de la Comisión, así como en la *Gaceta* respectiva de la CNDH y referi-

a la protección de datos personales, ya que la finalidad es estrictamente de análisis académico.

Caso núm. 1

RECOMENDACIÓN NÚM. 21/2011, CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN LA UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL Subsistema de Salud (en adelante SS) EN EL ESTADO DE XX, EN AGRAVIO DEL QUEJOSO (de ahora en adelante V1). México, D. F., a 29 de abril de 2011.

I. HECHOS

El 26 de febrero de 2009, un especialista en urología, adscrito a un hospital regional ubicado en XX, remitió a V1 (quejoso), hombre de 52 años de edad, a la Unidad Médica de Atención Ambulatoria de ese instituto para que le fuese practicada una circuncisión.

El 31 de marzo de 2009, AR1, médico especialista en cirugía y urología adscrito a la Unidad Médica de Atención Ambulatoria del hospital en Querétaro, Querétaro, atendió a V1, con la finalidad de practicarle la mencionada intervención; sin embargo, de acuerdo con el dicho de Q1, al intervenirlo AR1, causó un daño en el pene de V1. Después de la cirugía la víctima señaló que tenía molestias, a lo que AR1 le respondió que eran consecuencia lógica de la operación. No obstante, tanto la quejosa como la víctima se percataron de que el prepucio del pene de V1 había sido retirado, también le habían extirpado piel casi a la altura de su base; esto es, la víctima, además de la circuncisión que se le realizó, había sido objeto de una amputación parcial del pene.

Q1 señaló en su escrito de queja que V1 fue dado de alta indebidamente, ya se le provocó una lesión en el pene, de la cual hasta ese momento el hospital no se había responsabilizado ni reparado el daño. Por ese motivo V1 presentó formal denuncia de hechos ante el agente del Ministerio Público del fuero común en el Estado de XX, donde se inició una averiguación previa en la que dicho representante social determinó el no ejercicio de la acción penal,

dos en el informe anual como corresponde. <http://www.cndh.org.mx/recomen/recomend.htm> (consultada el 18 de mayo de 2011).

situación por la que V1 presentó recurso de inconformidad ante el procurador General de Justicia de esa entidad federativa, quien devolvió la averiguación previa para la práctica de nuevas diligencias.

El 11 de noviembre de 2010, Q1 presentó escrito de queja en la Comisión Nacional, para que se investigaran los daños, tanto económicos, morales, psicológicos y físicos causados a V1 y le fueran reparados. Es importante precisar que si bien Q1 presentó la queja un año con siete meses después de iniciada la ejecución de los hechos, el visitador general determinó admitirla debido a que los agravios sufridos por V1 eran una infracción grave a su integridad física y emocional.

II. HECHOS VIOLATORIOS

Violación a la protección del derecho a la salud.

Negligencia médica.

Impericia.

Ausencia de consentimiento válidamente informado.

Daños irreversibles.

Daño emocional severo.

III. NORMATIVA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-205-SSA1-2002, PARA LA PRÁCTICA DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. NOM-090-SSA1-1994 NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE RESIDENCIAS MÉDICAS

IV. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Reparación del daño como consecuencia de la irresponsabilidad institucional en que incurrió ARI.

SEGUNDA. Reparación del daño ocasionado a V1 y Q1, a través de los tratamientos psicológico y de rehabilitación necesarios, que permitan restablecer su salud física y emocional.

TERCERA. Los hospitales de ese instituto a su cargo deberán diseñar e impartir un programa integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, con especial énfasis en el contenido, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud.

CUARTA. Tanto en la unidad médica de dicho hospital de la entidad federativa, así como en los demás hospitales de esa entidad, la

obligación para el personal médico de entregar copia de la certificación y recertificación.

QUINTA. Se colabore ampliamente con esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la presentación y trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control de ese Instituto contra el médico responsable que intervino a V1, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean solicitadas.

Caso. núm. 2

RECOMENDACIÓN núm. 18/2011, CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL XX EN AGRAVIO DE F1. México, D. F., a 26 de abril de 2011.

I. HECHOS

El 19 de febrero de 2010, se recibió en esta Comisión Nacional la queja interpuesta por el quejoso (en adelante Q1), en la que señala que el 18 julio de 2009, la paciente inició con diversos malestares en el estómago, por lo que acudió al hospital XX, en donde le indicaron que tenía un tumor en el ovario derecho. Un mes después le informaron que tenía cáncer en tercera fase. El 17 de septiembre de 2009, acudió nuevamente al hospital XX, a la consulta externa de oncología, y el 21 de septiembre de 2009 fue intervenida para extirpar el tumor ovárico que resultó ser benigno. Posteriormente, el médico que operó, le informó que se había extirpado el tumor, pero como se percató de la existencia de dos piedras en la vesícula decidió quitárselas, sin embargo, en el intento se le lesionó el hígado, lo que provocó una hemorragia, por lo que horas después, V1 falleció a causa de la coagulación intravascular diseminada, así como el choque hipovolémico y el tumor de ovario de comportamiento incierto.

Con motivo de los hechos violatorios a derechos humanos denunciados, la Comisión Nacional inició la investigación correspondiente y solicitó a la Secretaría correspondiente los informes, entre ellos, la copia del expediente clínico respectivo, cuya valoración jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de la recomendación.

II. HECHOS VIOLATORIOS

Negligencia médica.

Falta de consentimiento informado, tanto a la paciente como a la familia.

Violación a la protección del derecho a la salud.

Impericia.

Derecho a la vida.

III. NORMATIVA

MODIFICACIÓN A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 168-SSAI-1998 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

IV. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar los daños y perjuicios ocasionados a los familiares de V1, así como para brindar el apoyo psicológico a los familiares.

SEGUNDA. Gire instrucciones a quien corresponda para que en los hospitales de la Secretaría su cargo se diseñen e impartan programas integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se emita una circular con la finalidad de que el personal médico adscrito al Hospital XX realice los protocolos de estudios que se requieran para integrar diagnósticos precisos.

CUARTA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la queja.

Como podemos apreciar en ambos casos, lo que la CNDH califica como negligencia o impericia médica está fundamentado por las normas técnicas. No obstante la estructura y argumentación de las dos recomendaciones, se observa que no hay escalas intermedias de retroalimentación. En particular, el girar una circular no es suficiente para promover una cultura de formación y respeto a los derechos humanos.

VII. APORTES DESDE LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO, EN PARTICULAR LA MEDICINA CONDUCTUAL

La medicina conductual ha fijado su objetivo en el trabajo inter y transdisciplinario, en el enfoque experimental centrado en la evidencia. La medicina conductual es una disciplina que recurre a varias otras, como la abogacía, la economía, la psicología, desde la promoción de la salud hasta las políticas públicas, para la solución de diferentes problemas en el sistema de salud.¹³

Hay varios modelos de toma de decisiones para la formación de sistemas expertos en la materia. En nuestro modelo multidisciplinario para evitar la violación de derechos humanos proponemos los escenarios que serán evaluados para definir, comparar, analizar, ejecutar y dar seguimiento a las dispraxis y del mismo modo retroalimentar el sistema mediante el autoaprendizaje, lo que no implica necesariamente que el modelo sea totalmente automatizado, sino la posibilidad de que sea abierto y adaptable.

VIII. VISIÓN A FUTURO DE LA CNDH. PROPUESTA DE UN MODELO PARA EVITAR LA DISPRAXIS

Partiendo de las quejas que la CNDH ha registrado, provenientes del sistema de salud y de acuerdo con nuestro análisis, pensamos que es de la mayor importancia identificar las áreas de oportunidad para intervenir en la formulación y corrección de políticas en la materia,¹⁴ a partir de:

- Una reforma que vincule el sistema de salud y otros sistemas en los que también existe violación de los derechos humanos y que permita atribuir responsabilidades.

¹³ Rodríguez Ortega, Graciela, “Desarrollo de la medicina conductual en México”, *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, México, 2010, pp. 5-12.

¹⁴ Rodríguez Ortega, Graciela (coord.), *Bioética, legislación, políticas públicas y derechos humanos*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2004, pp. 115 y 116.

- Actualizar las normas, los procedimientos y los estándares para la atención de la salud.
- Poseer las competencias técnicas y humanitarias para la atención de la salud.
- Promover la sistematización de la clasificación de quejas y establecer causales de violación, así como mejorar su seguimiento.
- Incorporar las ciencias del comportamiento en beneficio tanto del personal de salud como del usuario.
- Formar un comité multidisciplinario de evaluación en salud que capacite a los funcionarios que brindan atención al público e incrementar su sensibilidad al dolor humano para lograr bienestar social, justicia y paz. También es recomendable un cambio de modelo, no centrado en el personal de salud y en la enfermedad, sino en el bienestar del usuario y su calidad de vida.

Es con base en el modelo de la relación entre salud y derechos humanos que proponemos estas consideraciones para el desarrollo de una vida digna y de calidad. Cuando no es posible una calidad de vida de acuerdo con las expectativas del individuo, tanto en sus aspectos físicos y cognitivos (incluyendo los emocionales) como en los sociales, la integración de estos aspectos reduciría la dispraxis en la medida en que el individuo pueda tomar aquellas decisiones que piense le son más pertinentes o deseables para una situación dada. Es en este sentido de integración que el concepto se ha utilizado también para denotar el bienestar general de las sociedades.¹⁵

¹⁵ Winer, E. P., "Quality of Life Research in Patients with Breast Cancer", *Cancer Supplement*, año, 74, núm. 1, 1994, pp. 410-415; Weitzner, M. A. y Meyers, C. A., "Cognitive Functioning and Quality of Life in Malignant Glioma Patients", *A Review of the Literature. Psycho-Oncology*, año 6, núm. 3, 1997, pp. 169-177; Broadhead, J. K. et al., "A New Quality of Life Measure for Oncology", *Journal of Psychosocial Oncology*, año 6, núm. 1, 1998, pp. 21-35.

IX. CONCLUSIONES GENERALES DE UN PRIMER ANÁLISIS

1. Debemos reconocer que las llamadas “acciones informales” de la CNDH constituyen en sí mismas soluciones de problemas de salud.
2. Dado que la dispraxis en salud se ha incrementado de manera exponencial en el último año en México, es urgente desglosar las responsabilidades para cada una de las partes involucradas.
3. Estos análisis de dispraxis deberán evitar estados de vulnerabilidad y de búsqueda desesperada de la salud¹⁶ que puedan conducir a conductas de riesgo.
4. La CNDH deberá reestructurar sus causales de violación para que correspondan con el estado actual de problemas.
6. En lo que respecta al Instituto de Investigaciones Jurídicas, organizador de este Seminario, es importante reconocer el valor de convocar a diferentes instituciones para plantear este tipo de problemas y sus posibles soluciones.

X. AGRADECIMIENTOS

Las opiniones vertidas en este trabajo son responsabilidad de la doctora Graciela Rodríguez Ortega, quien agradece la información proporcionada por la CNDH a través de su Primera Visitaduría.

Además, agradezco el apoyo técnico y académico de la doctora Graciela Staines Vega.

A la doctora Claudia Infante sus puntos de vista sobre la percepción de los usuarios y la revisión de versiones previas de este manuscrito.

A la maestra Alejandra Cruz por su apoyo en la integración de este trabajo, y al técnico en informática Ulises Cruz por su apoyo logístico.

¹⁶ *Health seeking behavior* (conductas de búsqueda de la salud).

Por último, y no menos importante, agradezco a los coordinadores de este evento, doctores Fernando Cano Valle, Enrique Cáceres Nieto, Enrique Díaz Aranda y Alberto Campos. A todos ellos mi reconocimiento y gratitud.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- BROADHEAD, J. K. *et al.*, “A New Quality of Life Measure for Oncology”, *Journal of Psychosocial Oncology*, año 6, núm. 1, 1998.
- CARPIZO, Jorge, *Primer Informe Semestral*, México, CNDH, junio-diciembre de 1990.
- COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO, Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de atención de quejas médicas y dictámenes (SAQMED), Sistema de Estadística Institucional: http://www.conamed.gob.mx/estadistica/pdf/SINTESIS_2010/cuadro_9_2010.pdf (consultada el 18 de mayo de 2011).
- COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, <http://www.cndh.org.mx/> (consultada el 18 de mayo de 2011).
- ESCOBAR ROCA, Guillermo (coord.), *El ombudsman en el sistema internacional de derechos humanos: contribuciones al debate*, Madrid, Dykinson, 2008.
- FIX-ZAMUDIO, Héctor, *Introducción al estudio de la defensa de la Constitución en el ordenamiento mexicano*, 2a. ed., México, Centro de Estudios Constitucionales México-Centroamérica-UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, núm. 12, 1998, colección Cuadernos Constitucionales México-Centroamérica.
- INFANTE CASTAÑEDA, Claudia, *Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención*, México, UNAM, Facultad de Medicina, tesis de doctorado, programa de maestría y doctorado en ciencias médicas, odontológicas y de la salud, 2004.
- Informe de Actividades del 1o. de enero al 31 de diciembre de 2010 de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/> (consultada el 15 de mayo de 2011).
- Recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos. <http://www.cndh.org.mx/recomen/recomend.htm> (consultada el 18 de mayo de 2011).
- RODRÍGUEZ ORTEGA, Graciela (coord.), *Bioética, legislación, políticas públicas y derechos humanos*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2004.
- , “Desarrollo de la Medicina Conductual en México”, *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, México, Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, 1, 2010.
- RODRÍGUEZ ORTEGA, G. Y CÁCERES NIETO, E., *Bases psicológicas del comportamiento jurídico en México*, México, UNAM, Facultad de Psicología-Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2007.
- SELIGMAN, Martín, *Indefensión*, Madrid, Debate, 1981.
- STEINBOCK, Bonnie, “Methodology of Case Based Problem y Rights Based Programme”, *The Oxford Handbook of Bioethics*, Oxford, University Press, 2007.
- WEITZNER, M. A. y MEYERS, C. A., “Cognitive Functioning and Quality of Life in Malignant Glioma Patients”, *A Review of the Literature, Psycho-Oncology*, año 6, núm. 3, 1997.
- WINER, E. P., “Quality of Life Research in Patients with Breast Cancer”, *Cancer Supplement*, 74, 1, 1994.