

RESUMEN EJECUTIVO

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



Investigación para la
Comisión Nacional de los Derechos Humanos

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

Luis Raúl González Pérez
Presidente

Coordinación del Proyecto

Laura Gurza Jaidar
Directora General de Planeación
y Análisis

Ernesto Alonso Visconti Chacón
Director de Diseño de Estrategias
y Políticas Públicas

Patricia Centeno Muñoz
Subdirectora de Diseño de Estrategias

Supervisión del Proyecto

Ismael Eslava Pérez
Primer Visitador General

Eréndira Cruzvillegas Fuentes
Cuarta Visitadora General

María de Lourdes Zariñán Martínez
Directora General en la
Primera Visitaduría General

Laura Adriana Vargas Mayoral
Directora General en la
Cuarta Visitaduría General

Cinthya Harumi González Téllez Girón
Coordinadora del Programa
sobre Asuntos de la Niñez y la Familia

Miguel Ángel Adrián Muñoz Navarro
Subdirector de Promoción

Patricia Mendoza Vázquez
Visitadora Adjunta

Diseño y producción editorial CENADEH

Julieta Morales Sánchez
Directora General del Centro Nacional
de Derechos Humanos

Carlos Acevedo Rescalvo
H. R. Astorga

Irene Vázquez del Mercado
Formación y diseño

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Y COORDINACIÓN DE HUMANIDADES

Enrique Graue Wiechers
Rector

Pedro Salazar Ugarte
Instituto de Investigaciones Jurídicas

Domingo Alberto Vital Díaz
Coordinador de Humanidades

Luis de la Barreda Solórzano
Coordinador del Programa Universitario
de Derechos Humanos

Elaboración de la investigación

Fernando Cano Valle
Coordinador de la investigación

Carla Huerta Ochoa
Coordinación de análisis jurídico

Agustín Morales Mena
Coordinación de análisis cuantitativo y cualitativo

Cecilia Mondragón Herrada
Integración del Estudio y cuidado de la edición

Rosa María Álvarez González

Juana Arellano Mejía

Verónica Esparza Pérez

Patricia L. González Rodríguez

Cecilia Mondragón Herrada

Martha Sánchez Miguel

Antonio Dorantes Morales

Pablo A. González Ulloa Aguirre

Investigadores

Andrea Carbajal

Marisol Guevara Arteaga

Ma. de los Ángeles Jiménez González

Lesli Janeth Alanis Flores

Pamela Rosalba Vázquez Cárdenas

Cinthya Denice Martínez Nicacio

Asistentes de investigación



ISBN: 978-607-729-407-8 (Obra completa)

ISBN: 978-607-729-544-0 (Tomo X)

D. R. © **Comisión Nacional de los Derechos Humanos**

Periférico Sur 3469,

Colonia San Jerónimo Lídice,

Demarcación Territorial Magdalena Contreras,

C. P. 10200, Ciudad de México

Editado en México: noviembre, 2019



CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
1. DIAGNÓSTICO GENERAL SOBRE EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO.....	12
2. OBJETIVO.....	30
3. SEMÁFORO DE CUMPLIMIENTO.....	31
3.1. Análisis cuantitativo.....	32
4. SÍNTESIS DE RESULTADOS.....	33
4.1. Recomendación General No. 15. Sobre el derecho a la protección de salud (2009).....	33
4.2. Recomendación General No. 29. Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud (2017).....	37
4.3. Recomendación General No 31. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud (2017).....	40
4.4. Informe Especial sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del gobierno federal y estados de la República Mexicana (2013).....	44
5. PROPUESTAS.....	47
6. CONCLUSIONES.....	53
A. Recomendación General 15/2009. Sobre el derecho a la protección de salud ..	53
B. Recomendación General 29/2017. Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.....	55
C. Recomendación General no 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud.....	57
D. Informe Especial sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del gobierno federal y estados de la República Mexicana (2013).....	59
E. El derecho a la protección de la salud en las mujeres indígenas en México ...	61
REFERENCIAS.....	62

PRESENTACIÓN

El presente *Estudio sobre el cumplimiento e impacto de las recomendaciones generales, informes especiales y pronunciamientos emitidos por la CNDH durante el periodo 2001-2017, Derecho a la protección de la salud*, versa sobre los siguientes instrumentos de posicionamiento:

- Recomendación general 15/2009. Sobre el derecho a la protección de la salud.
- Recomendación general 29/2017. Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.
- Recomendación general 31/2017. Sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud.
- Informe especial sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República Mexicana de 2013

Los principales rubros que contiene el estudio completo son:

1. Síntesis metodológica, donde se establece el objeto del estudio, la metodología, las técnicas de investigación e indicadores empleados, así como las características de los análisis llevados a cabo en lo cualitativo, cuantitativo, jurídico y la percepción de los medios impresos de comunicación y recursos académicos.
2. Diagnóstico general sobre el derecho a la salud en México, en el cual se profundiza sobre el desarrollo de cada una de las temáticas de los instrumentos de posicionamiento anteriormente referidos, desde su emisión hasta la actualidad.
3. Análisis de cada uno de los instrumentos de posicionamiento donde se incluye: síntesis de resultados; ficha resumen del instrumento; semáforo e índices de cumplimiento; acciones informadas por las instituciones; análisis de la presencia en medios impresos y recursos académicos; análisis cuantitativo de los derechos humanos violados; evaluación de la vigencia de estas temáticas a partir de la valoración de personas expertas; y balance general del impacto de cada instrumento.
4. Diagnóstico del marco normativo aplicable en materia de derecho a la salud, vinculado a cada uno de las recomendaciones e informes.
5. Propuestas para la construcción de futuros instrumentos de posicionamiento en materia de derecho de protección a la salud.

6. Conclusiones generales del “Estudio para el seguimiento de las recomendaciones generales, los informes especiales y los pronunciamientos de la CNDH sobre el Tema: Derecho a la protección de la salud”.

7. Anexo digital, donde se incluyen los oficios de respuesta a las solicitudes de información y otros documentos utilizados para la elaboración del estudio.

INTRODUCCIÓN

Para comprender de manera integral el contenido y evolución normativa del derecho a la salud en el país, es necesario conocer los antecedentes históricos que han permitido fortalecer la defensa y protección de este derecho. Bajo esta premisa, se puede afirmar que el espíritu de la Constitución Mexicana de 1917, propugnó desde su promulgación por el establecimiento de una Nación más justa, ofreciendo un marco jurídico que garantizara a la sociedad mexicana el disfrute de los derechos fundamentales que impulsaran su desarrollo igualitario.

El Constituyente al adicionar un párrafo cuarto al artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, recogió una expresión del derecho a la protección de la salud como garantía constitucional individual y en cuanto a su tutela, señaló una postura programática. A razón de esa reforma, la protección de la salud quedó distribuida entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, lo que representa la sustancia del programa de salud del Estado mexicano, que tendrá que tomar en cuenta distintos factores:

- Primero, que efectivamente sea un programa de justicia social;
- Segundo, que haya una reducción de la desigualdad social;
- Tercero, que se generen empleos;
- Cuarto, que se incrementen los niveles nutricionales;
- Quinto, que se amplíen los niveles de educación;
- Sexto, que se mejore el control sanitario de la producción; y
- Séptimo, que se combata el mercantilismo y la burocracia del sector salud.

La reforma del 2003 en materia de salud, dio lugar al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), y la implementación del Seguro Popular (SP), que se fortalece en 2007 con el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), cuyo objetivo es proporcionar el servicio de atención médica a la población que no está dentro de los esquemas de seguridad social desarrollados para los trabajadores asalariados de la economía formal.¹ De igual manera, el derecho a la protección a la salud se distribuye en los diversos programas creados para instrumentar las políticas de salud a través de la planificación, realización y valoración de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud (acorde a lo establecido en el artículo 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 21, párrafo quinto de la Ley de Planeación) entre los cuales se encuentran:

- Cáncer en la mujer.
- Cólera;
- Atención a la salud del infante y adolescente;
- De comunidades saludables;

¹ Hernández-Ávila, Mauricio. "Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012", *Salud pública Méx*, México, vol. 55, supl.2, 2013, pp. 583-590.

- De prevención y control de enfermedades transmitidas por vector;
- De prevención y control de la tuberculosis.;
- De prevención y control del VIH SIDA;
- De salud del adulto y el anciano;
- Educación saludable;
- Salud familiar;
- Salud reproductiva y planificación familiar; y
- Urgencias epidemiológicas y desastres.

En el ámbito internacional el derecho a la protección a la salud es reconocido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25, como esencial para el ser humano, quien debe tener el pleno disfrute de un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar. Por otra parte la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, en el artículo 8 numeral 1, establece que: los Estados deben adoptar, en el plano nacional, todas las medidas necesarias para la realización del derecho al desarrollo y garantizar, entre otras cosas, la igualdad de oportunidades para todos en cuanto al acceso a los recursos básicos, la educación, los servicios de salud, los alimentos, la vivienda, el empleo y la justa distribución de los ingresos; en tanto que la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, indica en su artículo XI que: toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

De igual manera, este derecho humano, se encuentra tutelado, en otros instrumentos internacionales: en la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (artículo 5, inciso IV) del apartado e); en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (artículo 11, párrafo primero y artículo 12); en la Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24); en el Programa de Acción de Viena de 1993, en la Observación general 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículo 26).

Asimismo el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que el derecho a la salud comprende otros derechos, dentro de los cuales se prevén: el derecho a un sistema de protección de la salud que proporcione a las personas oportunidades en un plano de igualdad que les permita el disfrute del más alto nivel posible de salud; el derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y el combate contra ellas; el acceso a medicamentos esenciales; la salud materna, infantil y reproductiva; el acceso igualitario y oportuno a los servicios de salud básicos; el acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; a la participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional. En este tenor de ideas, se deben de facilitar los servicios de salud, bienes e instalaciones (que sean disponibles, accesibles y aceptables sobre una base de igualdad a toda persona sin discriminación). La no discriminación y la igualdad denota que los Estados deben reconocer las diferencias y satisfacer las necesidades específicas de los grupos que generalmente afrontan dificultades especiales en el sector de la

salud, por ejemplo: tasas de mortalidad más altas o una mayor vulnerabilidad a ciertas enfermedades. Esta obligación de garantizar la no discriminación demanda la aplicación de normas de salud específicas a determinados grupos de población, como mujeres, niños o personas con discapacidad.

Por ello, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), reconoce que la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que se traduce en la posibilidad de las personas a disfrutar de una serie de facilidades, servicios, bienes y un conjunto de condiciones imperiosas para alcanzar el más alto nivel de salud. De ello se desprende que el derecho a la salud no debe ser entendido como solo el derecho a estar sano, sino que conlleva otros factores, entre los cuales se precisa: el establecimiento de libertades para un mejor control de la salud y el derecho a solicitar y en su defecto a requerir una estructura que proteja y tutele al mismo, ya que a partir del sistema implementado se establecerán una gama de responsabilidades por parte de los órganos del Estado, ya que en virtud de sus acciones positivas se implementará la eficacia y eficiencia de tal prerrogativa.

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

Los derechos humanos son las condiciones de vida sin las cuales las personas no pueden dar de sí lo mejor que hay de ellos como miembros activos de la comunidad al verse privados de los medios que les permitan realizarse de manera plena como seres humanos, por lo cual constituyen condiciones mínimas para el desarrollo de las personas. Uno de dichos derechos básicos es el derecho a la salud que se encuentra reconocido en los instrumentos para la protección de derechos humanos tanto de tipo general como específico.²

Es preciso señalar el contexto en el cual se reconoce dicho derecho pues, la negativa en el goce de otros derechos impacta directamente en el disfrute de todos ellos, siendo necesario hacer énfasis en lo que se denomina la lectura integral de los derechos humanos, pues su realización sólo es posible en el contexto de un Estado democrático en el cual el imperio de la ley garantice para todas las personas los derechos consagrados de manera directa y sin limitación.

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

Tanto la Declaración Universal³ como la Americana⁴ le reconocen como parte de contextos sociales que permitan su materialización, mientras que en los instrumentos que dan desarrollo a éstas, se precisan las medidas que los Estados deben tomar para hacer efectivo tal derecho, incluidas acciones concretas para grupos socialmente desfavorecidos.⁵

² En los instrumentos de orden general se le reconoce como un derecho básico para todas las personas mientras que en los instrumentos especializados se reafirma este derecho para la protección de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad reconocida así por dichos instrumentos.

³ La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) señala que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad, asimismo protege de forma especial, sin distinción alguna, a la maternidad y la infancia, artículo 25.

⁴ La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) señala que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad, artículo XI.

⁵ El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) (1966) señala que los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, para lo cual señala una serie de medidas que es deber de los Estados adoptar, como son: la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; así como, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad, artículo 12. Por su parte, el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" (1969), reconoce el derecho a la salud de

El derecho a la salud es pues un derecho humano vinculado con los derechos económicos, sociales y culturales, de acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), existen factores elementales de la salud, que son partes integrantes de este derecho, entre ellos: la alimentación adecuada; la vivienda digna; las condiciones saludables en los centros de trabajo y el medio ambiente; el acceso asequible al agua potable en condiciones sanitarias adecuadas; el acceso a la información sobre los derechos sexuales y reproductivos; así como la participación incluyente de la población en la toma de decisiones en cuestiones de salud en ámbitos comunitarios, nacional e internacional.⁶

En México, desde el texto original de la Constitución de 1917 vigente se adopta el derecho a la protección de la salud con un carácter social, su regulación fue puesta en manos del Congreso de la Unión a través del enunciado contenido en la fracción XVI del artículo 73 y para 1983 se establece como un derecho sustantivo en el Capítulo I, entonces denominado, “De las garantías individuales”.⁷

Al facultarse al Congreso a legislar en materia de salubridad, el andamiaje normativo dispone un régimen de coordinación entre autoridades de los distintos niveles de gobierno, federal, estatal y municipal, el cual se despliega a partir de la ley marco en la materia, esto es, la Ley General de Salud,⁸ reglamentaria del artículo 4, en ella se establecen las directrices esenciales para la protección de este derecho y sirven de guía a las legislaturas de los Estados en quienes, a través de convenios de coordinación, descansa la operación de los servicios de salubridad general: la atención médica y la asistencia social, la salud reproductiva y la planificación familiar, la promoción de la salud, la atención preventiva, el control sanitario de la disposición de sangre humana y la vigilancia epidemiológica.

El referido marco legal da paso a un desarrollo normativo importante que incluye una gran cantidad de disposiciones de diverso tipo, como son leyes, reglamentos, acuerdos, convenios, manuales, lineamientos, resoluciones, normas oficiales, circulares, entre otros. Este gran cúmulo de normativas y su constante dinamismo produce uno de los más grandes desafíos ante la falta de cumplimiento de una normativa en la cual se diluyen los objetivos de la protección de

toda persona, refiriendo que se entiende por salud “el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. Con tal propósito los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables, artículo 10.

⁶ Cfr. Organización de las Naciones Unidas, *Observaciones Generales adoptadas por el Comité DESC, Observación General No 14, El derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud (artículo 12)*, Nueva York, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, párrafo 11.

⁷ DOF de 3 de febrero de 1983.

⁸ DOF de 7 de febrero de 1984.

derechos, desde ahora es preciso mencionar la necesidad de contar con instrumentos que visibilicen los contenidos sustantivos que están detrás de las normas y que ante una mala interpretación por parte de la autoridad más inmediata en la actuación pueden originar la restricción, limitación o anulación de derechos humanos.

En este sentido, es preciso referir en el marco de la protección del derecho a la salud en México, que el Estado mexicano realizó en junio de 2011 dos importantes reformas constitucionales que transforman la protección jurisdiccional y no jurisdiccional de los derechos humanos.⁹

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

En relación a las obligaciones que se hacen explícitas con esta reforma, de manera concreta, el párrafo tercero del artículo 1 de la Constitución establece el mandato constitucional para todas las autoridades en el ámbito de sus competencias de promover, respetar, proteger y garantizar¹⁰ estos derechos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia,

⁹ Estas son las reformas en materia de amparo y en materia de derechos humanos. DOF de 6 y 10 de junio de 2011.

¹⁰ Estas obligaciones no son del todo precisas y claras, sino que, por el contrario, están interrelacionadas y se superponen entre sí, por ello, más que considerarse como obligaciones independientes, se pueden referir como niveles, capas o, incluso, especies de obligacionales, por lo cual, es preciso realizar un “desempaque” (*unpacking*) de ellas, de manera general se puede considerar un umbral de implicaciones de cada una, la obligación de promover, con un carácter netamente progresivo, está encaminada a lograr cambios en la conciencia pública, en la percepción o en el entendimiento de las problemáticas de derechos humanos, su objetivo es proveer a las personas toda la información necesaria para asegurar que sean capaces de disfrutar el derecho, esta obligación implica que las personas conozcan sus derechos y los mecanismos de defensa, pero también el deber de garantizar que sepan cómo ejercer mejor esos derechos, es mucho más que un deber promocional, se trata del empoderamiento de los ciudadanos desde y para los derechos, por ello requiere una perspectiva que considere a las personas como titulares de derechos y no como beneficiarios de programas sociales; la obligación de respetar es la obligación más inmediata y básica de los derechos humanos, implica que el Estado debe abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos, o de limitarlos, se trata de no interferir o poner en peligro los derechos, es una obligación tendiente a mantener el goce del derecho, y su cumplimiento es inmediatamente exigible, cualquiera que sea la naturaleza del derecho; la obligación de proteger exige que los Estados impidan los abusos de los derechos humanos contra individuos y grupos, está dirigida a los agentes estatales en el marco de sus respectivas funciones para crear el marco jurídico y la maquinaria institucional necesaria tanto para prevenir las violaciones a derechos humanos para hacerlos exigibles; la obligación de garantizar tiene por objeto realizar el derecho y asegurar para todos la habilidad de disfrutar de los derechos, requiere la remoción de todas las restricciones a los derechos, así como la provisión de los recursos o la facilitación de las actividades que aseguren que todos sean sustantivamente iguales en cuanto a su habilidad para participar como ciudadanos plenos en una sociedad, esta obligación está encaminada a mantener el disfrute del derecho así como a mejorarlo y restituirlo en caso de violación, exige sobre todo, la conducta positiva del Estado para asegurar la realización del derecho, implica una perspectiva global sobre los derechos humanos. V. Serrano, Sandra, “Obligaciones del Estado frente a los derechos humanos y sus principios rectores: una relación para la interpretación y aplicación de los derechos”, en Ferrer Mac-Gregor Poisot, Eduardo et al. (coords.), *Derechos humanos en la Constitución: comentarios en jurisprudencia constitucional e interamericana*, tomo I, México, SCJN/UNAM/Konrad Adenauer

indivisibilidad y progresividad, de tal forma, las autoridades de los distintos niveles de gobierno en materia de salud tienen que salvaguardar el derecho sustantivo que les da origen en términos constitucionales y, en consecuencia, prevenir, investigar, sancionar y reparar su violación.

Se observa así la imperiosa necesidad de contar con las condiciones sociales suficientes para la realización del derecho a la salud de la población. Por lo cual, en esta tarea las autoridades deben actuar con debida diligencia, tomando en consideración los diversos aspectos que se han evidenciado como especialmente sensibles en los sistemas de protección como son los siguientes: la no discriminación e igualdad en el trato, la perspectiva de género, una amplia estrategia nacional para la promoción y defensa del derecho a la salud de la mujer a lo largo de su vida, la adopción de medidas para disminuir la mortalidad en general y la mortalidad infantil y promoción del desarrollo sano en los niños; la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades de las personas mayores, personas con discapacidades, así como la atención adecuada para los pueblos indígenas.

La vocación de protección de los derechos humanos del Estado mexicano observada a través de su vigorosa participación de éste en los sistemas de protección transnacionales, obliga al cumplimiento de cada una de las obligaciones generales señaladas en el tema de salud.

La promoción del derecho a la salud implica un gran cambio en la visión de los sistemas de salud pues implica el empoderamiento de los ciudadanos frente a éste, de ahí la importancia de los programas de prevención en el cuidado de su salud, en los cuales las personas sean caracterizadas como titulares de derechos y no como beneficiarios de programas sociales. La promoción debe encaminarse a lograr cambios en la conciencia pública, en la percepción o en el entendimiento de la problemática de salud, su objetivo es proveer a las personas toda la información necesaria para asegurar que sean capaces de disfrutar el derecho, incluido el conocimiento de los mecanismos de defensa y el ejercicio éstos.

Siendo la obligación más inmediata, el respeto al derecho a la salud implica que el Estado debe de abstenerse de interferir en el disfrute del derecho a la salud o de limitarle, se trata de no interferir o poner en peligro este derecho o las condiciones que le hacen posible, es una obligación tendiente a mantener el goce del derecho, y su cumplimiento es inmediatamente exigible, el respeto implica la creación de las condiciones que permitan garantizarle de manera efectiva, por lo cual el Estado debe abstenerse de negar o limitar el acceso a las personas, esto incluye el acceso a servicios de salud para personas presas, detenidos, inmigrantes, mujeres, niños o ancianos. Esta obligación de respeto también se traduce en que no puede prohibir o impedir los cuidados preventivos, prácticas curativas y medicinas tradicionales o aplicar tratamientos médicos invasivos.¹¹

Stiftung, 2013, p. 103 y ss. Serrano, Sandra y Vázquez, Daniel, *Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos*, México, FLACSO, 2013. p. 51.

¹¹ López Cervantes, Malaquías, *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos*, México, UNAM, 2015, pp. 29 y ss.

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

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

En este contexto, la estructura del Sistema de Salud cobra importancia fundamental, su creación data de 1943, año de origen de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA),¹² encargada de dar asistencia a personas sin seguridad social; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),¹³ que daría atención al sector obrero del país y el Hospital Infantil de México,¹⁴ considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud.¹⁵ Bajo este esquema se siguieron creando instituciones para dar respuesta a las necesidades de la población en la materia.

A lo largo del tiempo esta estructura pasó por diversas transformaciones, de un esquema centralizado se transitó a la descentralización, durante los gobiernos de Luis Echeverría (1970-1976) y de José López Portillo (1976-1982), se observan los primeros intentos por desconcentrar y descentralizar la administración pública con el propósito de revertir el proceso centralizador de las funciones administrativas a través de Convenios Únicos de Coordinación que se implementarían también en el sector salud, para el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988) el proceso de descentralización se intensificó y durante este periodo, en el año de 1984, se promulgaría una nueva norma en materia de salud,¹⁶ la Ley General de Salud que daría orden a estos organismos.¹⁷

¹² DOF de 15 de octubre de 1943.

¹³ DOF de 19 de enero de 1943.

¹⁴ El esfuerzo de tiempo atrás por contar con un organismo que diera atención médica, se consolidó el 30 de abril de 1943, con la inauguración del Hospital Infantil de México, a casi dos meses el Congreso de la Unión publicó un decreto en el cual se le otorgó al hospital la calidad de organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio. DOF de 23 de junio de 1943.

¹⁵ López García, Erika Guadalupe, "La descentralización de los servicios de salud", *ARS IURIS*, núm. 47, enero-junio, 2012, p. 182 y ss.

¹⁶ Esta Ley abrogaría al Código Sanitario de 1970, con anterioridad el país contaría con diversos de estos instrumentos: Código Sanitario de 1902, Código Sanitario de 1926, Código Sanitario de 1934, Código Sanitario de 1949, Código Sanitario de 1955.

¹⁷ *Ibidem*, p. 185 y ss.

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

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

Durante el gobierno de Miguel de la Madrid, el 7 de agosto de 1984, fue aprobado el Programa Nacional de Salud,¹⁸ en el cual se articularon las estrategias básicas de descentralización.

En el gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988- 1994), la estrategia de descentralización se mantuvo como parte del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, y el Programa Nacional de Salud 1990-1994,¹⁹ pero la política clave en materia social fue el Programa Nacional de Solidaridad que, pese a que consideraba al programa sectorial en materia de salud, no tuvo mayor impacto ante la falta de certeza en la aplicación de recursos y las responsabilidades que conllevaba asumir la labor de salubridad general por parte de las entidades federativas.²⁰

Para el sexenio de Ernesto Zedillo (1994-2000), el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000²¹ definiría las bases para instrumentar un Sistema de Salud que funcionara de manera horizontal, buscando ofrecer un servicio coordinado para poder llevar a cabo la descentralización de los servicios de salud para beneficiar a la población en general. En este contexto se convino la realización de un Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud²² con los compromisos que en materia de salud se determinaron en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000,²³ como instrumento mediante el cual, el Gobierno de la República, se propuso alcanzar los principales objetivos que en materia de salud, se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, como la ampliación de la cobertura de la seguridad social, para evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención; incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan la instituciones que atienden a esta población y otorgar servicios esenciales de salud a la población no cubierta, para tales efectos se establecieron cuatro estrategias: 1. La descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud para la población no asegurada, 2. La configuración de sistemas estatales, 3. La ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de servicios, y 4. El mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales mediante una mejor coordinación sectorial. Es en este sexenio, con la reforma a la Ley de Coordinación Fiscal que se abordó el problema de distribución de recursos mediante, con la instauración de cinco fondos de aportaciones federales ubicados

¹⁸ DOF de 23 de agosto de 1984.

¹⁹ DOF de 11 de enero de 1991.

²⁰ López García, Erika Guadalupe, “La descentralización de los servicios de salud”, cit.p. 188.

²¹ DOF de 31 de mayo de 1995.

²² DOF de 25 de septiembre de 1996.

²³ DOF de 11 de marzo de 1996.

en el Ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), no obstante, la asignación de recursos continuó siendo limitada.

El sexenio de Vicente Fox Quezada (2000-2006) está caracterizado por la democratización de los servicios de salud, de acuerdo con en el Programa Nacional de Salud 2001-2006²⁴ el objetivo en esta materia eran de las de “culminar la descentralización de la Secretaría de Salud” y “municipalizar los servicios de la salud”, lo cual no llegó a concretarse, no obstante, la principal política pública en salud impulsada durante su administración fue la puesta en marcha del Sistema de Protección en Salud²⁵ (también conocido como Seguro Popular), que se sustentó en un esquema de financiamiento para evitar el empobrecimiento de las familias, por lo tanto se alejó de las reformas habituales al sector salud, la creación de este Sistema significó el reconocimiento de la desigualdad persistente entre los servicios para las personas con seguridad social y aquellos que atienden a la población no asegurada.²⁶ De acuerdo con el diagnóstico previo a la reforma de 2003 en que se incorporó este Sistema, se identificaron cinco desequilibrios con implicaciones importantes desde la perspectiva de equidad en el financiamiento de la salud: 1) bajo nivel de inversión; 2) alto predominio del gasto de bolsillo; 3) distribución no equitativa de recursos entre instituciones y áreas geográficas; 4) falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno; y 5) el creciente destino del gasto público hacia la nómina.²⁷ La creación del Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL), pretendió que las políticas gubernamentales fuesen más transparentes y efectivas.

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

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

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

²⁴ DOF de 21 de septiembre de 2001.

²⁵ DOF 15 de mayo de 2003.

²⁶ Flamand, Laura y Moreno-Jaimes, Carlos, “La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Avances y rezagos en el diseño y la implementación del seguro popular (2006-2012)”, *Foro Internacional*, núm. 219, vol. LV, 2015 p. 218.

²⁷ Secretaría de Salud, *Sistema de Protección Social en Salud elementos conceptuales financieros y operativos*, Secretaría de Salud, México, 2005, p. 19 y ss.

básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención”.

Entre las innovaciones más significativas de Seguro Popular está la de transformar la lógica del financiamiento público: en lugar de asignar los recursos en función de la infraestructura médico-hospitalaria existente en cada entidad, tal y como había venido ocurriendo históricamente, los recursos se distribuyen en función del número de afiliados. Los servicios en cada entidad se financian con recursos de tres fuentes: la cuota social (cs), la aportación solidaria (as), que se divide en aportación solidaria estatal (ase) y aportación solidaria federal (ASF), y las cuotas individuales que los asegurados pagan de manera anticipada.²⁸

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

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

El sector privado está conformado por compañías aseguradoras y prestadores de servicios que trabajan en farmacias, consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.²⁹

Este conjunto de instituciones ofrece servicios clínicos diferenciados, dificultando la continuidad de los procesos de atención, lo que resulta ineficiente cuando los pacientes transitan de un subsistema a otro. La fragmentación de los servicios de salud en el medio privado se manifiesta en la falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicidad de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales.

En relación a la experiencia de las personas que se utilizan el sistema privado, se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios. Esta fragmentación, tanto jurídica como

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

²⁹ Gómez Dantes, Octavio, Becerril, Víctor M., y Arreola, Héctor, “Sistema de salud de México”, *Salud Pública de México*, vol. 53, suplemento 2 de 2011, p. 221.

institucional, genera una serie de inequidades, ineficiencias y rezagos en el acceso a los servicios de salud.³⁰

Después de diez años de la introducción del sistema de seguro universal de salud financiado públicamente, el Sistema de Salud de México se encuentra en una coyuntura crítica, pues si bien, se observa que la inversión pública de México en su sistema de salud, aumentó 2.4% a 3.2% del PIB entre 2003 y 2013, no logró traducirse en una mejor salud ni en un mejor desempeño del sistema como se hubiera deseado.³¹

En relación a la problemática de salud, la Encuesta Nacional de Nutrición 2016 (ENN),³² evidencia —por ejemplo— el tema de la obesidad como un gran desafío para la salud pública en México. De acuerdo con la Encuesta el 72.5 por ciento de adultos mayores de 20 años de edad, 36.3 por ciento de adolescentes de 12 a 19 años, y la tercera parte de niños de 5 a 11 años en México presentan sobrepeso y obesidad, el cual es un factor determinante para desarrollar diabetes. el índice de obesidad subió casi dos por ciento entre el grupo de los 12 a 19 años de edad, pues pasó de los 34.9 puntos porcentuales en 2012 a 36.3 por ciento en 2016, mientras que en los adultos de más de 20 años creció de 71.2 a 72.5 por ciento. En tanto, entre la población infantil hubo un alza de 4.8 por ciento, pese a la estrategia nacional contra la obesidad.

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

En las enfermedades crónicas en adultos, se observa que a pesar de que hay un incremento en la proporción de adultos diabéticos a los que se les realizaron determinación de hemoglobina glicosilada y se les revisaron los pies en el año previo, con respecto a la ENSANUT 2012 (9.6% y 14.6%, respectivamente), los resultados de esta encuesta de medio camino muestran que la vigilancia médica y prevención de complicaciones especificados en la NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, están aún lejos de alcanzarse. La complicación más frecuente entre las personas con diabetes fue la visión disminuida (54.46%),

³⁰ Mercedes Juan, “Hacia un Sistema Nacional de Salud Universal”, *Cirugía y Cirujanos*. Volumen 82, No. 1, enero-febrero 2014.

³¹ OCDE, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*, OCDE, 2016, p. 10.

³² Las encuestas se han efectuado en 1988, 1999, 2006 2012 y 2016, como encuesta de medio camino (MC). La ENSANUT se sustenta en una serie de preguntas sobre el estado de salud y nutrición, como consumo de alimentos y bebidas, comprensión del etiquetado de alimentos, enfermedades de larga duración, actividad física, vacunación, servicios de salud y programas sociales de ayuda alimentaria a los que se tiene acceso, entre otra, además, se recaba información sobre las características de las viviendas y de los bienes en el hogar para generar un indicador socioeconómico que sea comparable con otros hogares en todo el país.

seguida de ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies (41.17%). El 46.4% de los diabéticos no realiza medidas preventivas para evitar o retrasar alguna complicación por la enfermedad.

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

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

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

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

En relación con la dieta se recomienda fortalecer las estrategias para la reducción de la fracción de la población que consume bebidas endulzadas (lácteas y no lácteas) así como, alimentos de alta densidad de energía y bajo aporte de nutrimentos como las botanas, dulces, postres y comida rápida.³³

Además de estas problemáticas abordadas por la ENSANUT, se reportan diversas cuestiones que constituyen retos de salud para el Estado mexicano, de acuerdo con el Grupo de Información en Reproducción Asistida (GIRE), en México existen una serie de fallas estructurales que anulan las condiciones que aseguren los derechos de salud sexual y reproductiva para las mujeres: “hay elevados números de niñas y adolescentes embarazadas, afectadas por un contexto grave de violencia sexual que el Estado sigue fallando en remediar; obstáculos de acceso a servicios como anticoncepción de emergencia y aborto por violación; criminalización de las mujeres que abortan; violencia obstétrica cotidiana durante el embarazo, parto y posparto y mujeres que mueren en el parto por causas prevenibles, dejando familias atrás”.

Esta situación se agrava ante la fragmentación con que opera el Sistema de Salud, pues la población que desarrolla sus actividades en el sector informal de la economía, se encuentra limitada a acceder a la seguridad social y, por tanto, a ciertas prestaciones, como licencias de maternidad y estancias infantiles. Como se sabe, lo mismo ocurre con las mujeres que tienen como rol principal las labores del hogar y de cuidados, quienes en un gran número de casos, son también víctimas de discriminación, como las niñas y adolescentes, las mujeres indígenas y las personas que viven con una discapacidad.³⁴

En este contexto, el embarazo adolescente representa un grave problema de salud pública, toda vez que México es el país de la OCDE con la tasa más alta de embarazo en este segmento de población, situación que adquiere mayor complejidad cuando las adolescentes tienen dos veces más probabilidades de morir por complicaciones en el embarazo o el parto que las mujeres adultas.³⁵

De acuerdo con la OMS la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos años.³⁶ Ante este escenario la provisión de servicios de salud mental en México también son un tema de preocupación. Para el año 2011 se reportaban 46 hospitales psiquiátricos, de los cuales 33 eran administrados por el gobierno y 13 por entidades privadas, a éstos se sumaban 544 establecimientos ambulatorios, la mayoría de ellos Centros de Atención Primaria en Adicciones; el presupuesto asignado a la atención de salud mental representaba únicamente el 2% del presupuesto de salud nacional, del cual el 80% se destina a la atención que proporcionan los hospitales psiquiátricos. Cabe mencionar a este respecto que la OMS ha señalado que la proporción del presupuesto general destinada a salud mental debería estar

³³ Cfr. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados*, Instituto Nacional de Salud Pública.

³⁴ GIRE, *La pieza faltante. Justicia reproductiva*, México, GIRE, 2018, p. 9.

³⁵ OCDE, *¿Cómo va la vida? 2017. Medición del bienestar*, París, OECD Publishing, 2017.

³⁶ OMS, *Invertir en salud mental*, OMS, Suiza, 2004.

comprendida entre el 5 y el 15 por ciento, y que debería ser invertido en servicios y apoyos que garanticen una atención a la salud mental integral, participativa, preventiva, continua y en la que se reconozca el derecho de las personas con discapacidad a vivir en comunidad, además de considerar la erradicación del uso de la norma penal y las sanciones que se imponen a personas que tienen una mayor posibilidad de ingresar a este sistema ante la falta de una atención adecuada a su problemática de salud.³⁷

Se suma a este escenario la transición demográfica que conlleva más desafíos para el sistema de salud. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) el conocimiento de los cambios en la esperanza de vida, la estructura demográfica de la mortalidad, el potencial que ofrece el bono demográfico, el envejecimiento, los niveles y calendario de la fecundidad, son insumos para afrontar los diversos retos que en este campo se imponen a la sociedad y el Estado mexicano. Algunos de estos retos, al igual que en el ámbito de la salud reproductiva y la migración internacional, si bien no son completamente nuevos, sí tienen aristas imprevistas.³⁸

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

LA SALUD EN MÉXICO

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

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

La asistencia médica debería financiarse colectivamente a fin de garantizar su viabilidad a largo plazo y permitir su desarrollo progresivo en el marco de la promoción de la estabilidad y la

³⁷ OMS, *Invertir en salud mental*, OMS, Suiza, 2004; López Cervantes, Malaquías, *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos*, cit., p. 74 y ss.; Sheinbaum, Diana y Vera Sara, *Hacia un sistema de justicia incluyente. Proceso penal y discapacidad psicosocial*, México, Documenta A.C, 2016, p. 24 y ss.

³⁸ Hernández López, María Felipa, López Vega, Rafael y I. Velarde Villalobos, Sergio, *La situación demográfica en México 2015*, México, 2015.

cohesión social, bajo el principio de la gobernanza democrática y transparencia del sistema de seguridad social.

En cuanto a la forma que ha de revestir la prestación del servicio médico, cuyo objetivo principal es el de garantizar el acceso universal a los servicios de atención de la salud, se recomienda adoptar una modalidad de servicio de asistencia médica financiado con fondos públicos. La atención universal de salud se sigue considerando como un objetivo para un futuro distante. La atención básica de la salud forma parte integrante de la iniciativa relativa al piso o nivel básico de protección social en todo el mundo.

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

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

- Los recursos disponibles de un Estado pueden obstaculizar la efectividad de los derechos, sin que se le atribuya responsabilidad al Estado.
- Tomando en cuenta los recursos disponibles, un sistema puede traer mejores resultados que otros.
- No basta decir “no se puede” porque no existen los recursos fiscales para ello.
- El sistema de salud debe responder a un contexto determinado y para ello debe tomar en cuenta aspectos como la prevención, la atención primaria y cuestiones relacionadas a la salud como agua y vivienda, entre otros.

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

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud y se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etcétera; que resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen.

Aunque en virtud de la Ley sobre la Celebración de Tratados,³⁹ los tratados, convenciones y pactos firmados y ratificados por México ya eran parte del derecho positivo, la reforma constitucional de 2011 vino a transformar la obligatoriedad de los derechos humanos a cargo de toda autoridad para que dentro de sus competencias y facultades promuevan, respeten, protejan y garanticen los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Esta reforma constitucional ha impactado en diversas materias como la no discriminación, la protección a la salud, la educación, entre otras. Aspectos no menos importantes que son parte del análisis legislativo y de los puntos recomendatorios para las autoridades a las que se dirige la recomendación general, invitándolas a la armonización del derecho internacional con el derecho interno.

EVALUACIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

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

- Inequidad. Existen grandes diferencias de accesibilidad y calidad de los servicios entre los sectores público y privado, entre las diferentes instituciones del sector público que prestan servicios en salud, en el interior de una misma institución y entre las diferentes entidades federativas.
- Inefectividad. La organización del sistema es inefectiva para responder a los retos que imponen las transiciones demográfica y epidemiológica, por medio de la implementación de estrategias con un enfoque de desarrollo de la salud que complementa al enfoque curativo.
- Fragmentación. El sistema está fragmentado en múltiples prestadores de servicios y la atención a la población está segmentada de acuerdo con su condición laboral. Los componentes público y privado están desvinculados entre sí.

³⁹ Publicada en el D.O.F. el 2 de enero de 1992.

- Saturación. El sistema no cuenta con la infraestructura necesaria para cubrir la demanda por servicios de salud de toda la población.
- Falta de universalidad. La atención no cubre todos los problemas de salud ni cubre a todas las personas.
- Opacidad. La población ignora la calidad de los servicios de salud que está recibiendo. No existen estadísticas suficientes y oportunas sobre el desempeño de los distintos componentes del sistema de salud.
- Heterogeneidad en la calidad de los servicios. El nivel de la calidad de la atención es en general insatisfactorio y altamente variable en términos de los comportamientos diagnósticos y terapéuticos del personal de salud.⁴⁰

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

EXPEDIENTE CLÍNICO

Se advierte que la inadecuada integración y llenado de los expedientes clínicos es una práctica recurrente de los nosocomios del sistema nacional de salud en México, ello se ha venido documentado de tiempo atrás por diversos autores. A primera vista da la impresión de ser una situación menor o de corte meramente administrativo, no obstante, como se ha expuesto, un asentamiento erróneo, la omisión de una nota clínica, una letra ilegible, además de ser actos de poca seguridad para el paciente, podrían llegar a ser una dispraxis y tener una repercusión inmediata en el proceso de atención clínica.

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

⁴⁰ Enrique, Ruelas Barajas, Carmen Huerta Zepeda y Rafael Lozano Ascencio, “Hacia Nuevos horizontes para la salud en México”, *Reflexiones. Documento de postura*. Colección de Aniversario, México, CONACYT, pp. 31,32.

Como se ha dicho, el ejercicio de los derechos de acceso y rectificación de datos personales en México está íntimamente relacionado con el acceso al expediente clínico, por lo que habrá de sensibilizar al personal de salud de que este derecho no debilita a las Instituciones médicas, muy por el contrario abre la posibilidad de modificar el paradigma de atención y relación médica (paciente-médico), paternalista, centrado en la información, la colaboración informada del paciente y así, dar luz al nuevo vínculo paciente—médico.

Permitir que permee la información, es participar en una nueva forma de comunicación más que reactiva, proactiva, anticipando las necesidades del paciente con la participación del médico y orientados siempre por la adecuada integración del instrumento fuente, el expediente clínico.

Es indispensable:

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

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La violencia que experimentan las mujeres durante la atención médica del embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud, es un fenómeno que se ha presentado por décadas y de diversas formas; constituye un problema social que organizaciones de la sociedad civil, personas expertas en salud pública y organismos autónomos protectores de los derechos humanos, entre otros, han denunciado y comenzado a poner sobre la mesa, para visibilizarlo como problema, dada la magnitud que ha alcanzado en México.

Pese a ello, aún ahora, existe falta de consenso sobre como nombrarla. Utilizar el término violencia obstétrica busca se visibilice la existencia de esas conductas y que el Estado está obligado a tomar medidas para prevenirlas y erradicarlas.

Se reconoce el avance en materia legislativa sobre el tema; sin embargo, aún se requieren estrategias y mecanismos que permitan difundir de manera amplia y constante esta visión de la

atención gineco-obstétrica, como una política permanente. Además, es importante insistir que la solución a este fenómeno no debe ser la vía penal.

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

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

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

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

La incorporación de esta obligación, tendrá que contemplarse en la Ley General de Salud y en las legislaciones estatales para que reproduzca la obligación. Añadir a la citada obligación jurídica estatal, la protección de los derechos humanos para pacientes psiquiátricos sin familia, con la instalación de casas de cuidado comunitario con el objeto de que sean re-integrados a las actividades sociales y culturales indispensables para su desarrollo vital. Por otro lado, es indispensable la ampliación de la Norma Oficial Mexicana, NOM-025-SSA2-1994, a fin de que regule con detalle y precisión los tratamientos en libertad de los pacientes que ingresen por un breve período a los hospitales psiquiátricos para recibir atención médica, excepto casos específicos que representen riesgo para la familia o la comunidad.

SALUD DE MUJERES INDÍGENAS

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

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

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

En suma, es preciso atender a las condiciones de posibilidad para promover un acceso efectivo a la salud por parte de los miembros de las comunidades indígenas, pues la ampliación en la cobertura de salud ha resultado insuficiente en la medida en la que deben superarse una serie de circunstancias para tener la posibilidad real de recibir atención médica.

CONCLUSIONES

La controversia sobre la emergencia de una actual reforma que permita universalizar el sistema de salud tomó un lugar importante en la agenda de la Administración Pública 2012-2018. Sin embargo, no hay una claridad del Sistema de Salud en el futuro, no solo por el financiamiento que el Programa de Salud Pública necesita, sino porque son cada vez más las demandas que requieren no sólo de la universalización del aseguramiento, sino del acceso en igualdad de condiciones y calidad en el servicio prestado.

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

2. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Articular un análisis transversal interdisciplinario de seguimiento a los instrumentos de posicionamiento emitidos por la CNDH en materia de derecho a la protección de la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Dar seguimiento a las propuestas incluidas en cada instrumento de posicionamiento y sistematizar las respuestas a las solicitudes de información de las autoridades involucradas, con un semáforo de cumplimiento y respaldo de implementación.
2. Analizar los cambios legislativos a nivel federal y estatal posteriores a cada instrumento.
3. Analizar la presencia de los instrumentos de posicionamiento en medios impresos y recursos académicos.

3. SEMÁFORO DE CUMPLIMIENTO

El presente *Semáforo de cumplimiento* se diseñó con el objetivo de identificar el grado de cumplimiento de cada una de las propuestas dirigidas a las autoridades. De esta forma, se realizó el cruce entre las recomendaciones/propuestas de cada instrumento de posicionamiento, con las respuestas a las solicitudes de información.

El Semáforo agrupa los tipos de respuesta en cuatro niveles de cumplimiento. Estas categorías fueron retomadas y ajustadas a partir del modelo de *Clasificación de comunicaciones sobre denuncias de ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias* del Relator Especial de las Naciones Unidas, Philip Alston.⁴¹

Figura 3.1. Semáforo de cumplimiento

Semáforo de cumplimiento	Análisis de respuesta
	a) Respuesta satisfactoria: respuesta que atiende toda la propuesta/recomendación. Se informa de las acciones implementadas y se comprueban con documentación.
	b) Respuesta cooperativa pero incompleta: respuesta que atiende de forma parcial la recomendación/propuesta dirigida. Se informa sobre otro tipo de acciones relacionadas con la administración y procuración de justicia y el punto recomendatorio.
	c) Respuesta sin argumentación suficiente: respuesta que informa de otras acciones que no se relacionan con lo recomendado. d) Respuesta rechazada: respuesta que señala no tener información al respecto, y sugiere remitirse a otra dependencia. e) Acuse de recibo: respuesta que reconoce que la solicitud fue recibida pero no ofrece información requerida.
	f) Sin respuesta: La institución no remitió informe con acciones implementadas, ni documentación de evidencia.
	g) Sin facultades/atribuciones: la institución no cuenta con las facultades y/o atribuciones para dar cumplimiento a la propuesta/recomendación que le fue dirigida. h) Sin evaluación/no aplica. la institución no puede dar cumplimiento por condiciones contextuales u operativas ajenas a su responsabilidad.

FUENTE: Elaboración propia a partir de ACNUDH.⁴²

De esta forma, los resultados de los semáforos permitieron evaluar, el cumplimiento particular de las propuestas de cada instrumento y el de las instituciones estatales y federales en particular. Cabe subrayar que los puntos recomendatorios evaluados en azul están excluidos en todo cálculo de porcentajes de semáforos e índices de cumplimiento de la presente investigación, por las razones referidas en la tabla anterior.

⁴¹ ACNUDH, *op. cit.*, n. 1., p. 59.

⁴² *Ibidem.*

3.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO







Índices de Cumplimiento

Para sintetizar los resultados de la evaluación a partir de los semáforos se calcularon dos índices de cumplimiento. El Índice de Cumplimiento A, permitió sintetizar la evaluación de las respuestas de todas las autoridades a las que se dirigió la recomendación/informe, incluyendo aquellas que no enviaron respuesta a la solicitud de información. Este índice da un panorama del cumplimiento de instituciones federales y estatales, incluyendo aquellas que no respondieron a la solicitud, por lo que es más preciso para un balance global de la incidencia de los instrumentos de posicionamiento.



Por su parte, el Índice de Cumplimiento B únicamente sintetiza la evaluación de las respuestas recibidas. Por lo que, a diferencia del Índice de Cumplimiento A, excluye aquellas autoridades con semáforo Gris/Sin respuesta. Lo anterior permitió resumir la calidad y correspondencia de las acciones llevadas a cabo por las autoridades que respondan, en relación con las propuestas de los instrumentos de posicionamiento.

4. SÍNTESIS DE RESULTADOS

4.1. RECOMENDACIÓN GENERAL NO. 15. SOBRE EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE SALUD (2009)







Recomendación General 15/2009 Sobre el derecho a la protección de salud					
<p>La recomendación general documenta y aborda el incumplimiento de las obligaciones básicas en el ámbito de la prestación de los servicios de salud, al no garantizar la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad en las instituciones encargadas y materializar el derecho a la protección de la salud. Los puntos recomendatorios buscan modificaciones de disposiciones legislativas y reglamentarias, así como de prácticas médicas y administrativas que garanticen el derecho a la protección de la salud en México.</p>					
Instituciones a las que se dirigen las recomendaciones			Derechos humanos violados		
<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud • Secretaría de Defensa Nacional • Secretaría de Marina • Instituto Mexicano del Seguro Social • Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado • Petróleos Mexicanos • Gubernaturas de las entidades federativas y Jefe de Gobierno de la Ciudad de México 			<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la salud física y mental • Derecho a la protección de la salud • Derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud • Derecho a una atención médica oportuna y de calidad • Derecho a un trato digno y respetuoso • Derecho de acceso a una atención integral • Derecho a la igualdad y no discriminación 		
Índices de Cumplimiento					
Índice de Cumplimiento A (Evalúa a todas las autoridades)			Índice de Cumplimiento B (Evalúa solo a las autoridades que respondieron)		
Federal	Estatad	ICA General	Federal	Estatad	ICA General
 .49	 .28	 .31	 .73	 .56	 .59
Semáforo de cumplimiento de recomendaciones					
Ámbito	Respuesta satisfactoria	Respuesta cooperativa pero incompleta	Respuesta rechazada, sin argumentación suficiente o acuse de recibo	Sin respuesta	
Federal	33%	31%	2%	33%	
Estatad	22%	12%	16%	50%	
General	24%	15%	14%	47%	



Incidencia del instrumento de posicionamiento en las acciones reportadas por autoridades			
Acciones vinculadas a las recomendaciones del instrumento		Acciones relacionadas al tema	
Planes, programas y estrategias	191	Planes, programas y estrategias	19
Precisa con marco normativo que regula el tema	153	Precisa marco normativo que regula el tema	10
Capacitación al personal	94	Informa otras acciones	10
Presupuesto al sector salud	63	Presupuesto al sector salud	9
Campaña de comunicación, difusión y sensibilización	57	Grupos de trabajo	8
Grupos de trabajo	40	Acceso a servicios de salud	7
Informa otras acciones	34	Evaluación y supervisión servidores públicos	6
Acceso a los servicios de salud	29	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades	6
Colaboración con otras instituciones	26	Campañas de comunicación, difusión y sensibilización	6
Adquisición de infraestructura, material o equipo para el ejercicio del derecho a la salud	26	Participación de usuarios en temas del derecho a la salud	3
Brigadas de salud	24	Solicitud de prórroga	2
Evaluación y supervisión de servidores públicos	17	Instrucción al personal a su cargo para el cumplimiento del instrumento	2
Diagnóstico y tratamiento de enfermedades	14	Capacitación al personal	2
Servicio de consejería o apoyo emocional a personas diagnosticadas con VIH	13	Brigadas de salud	2
Prevenir y proteger el derecho a la salud de la población materna e infantil	10	Adquisición de infraestructura, material o equipo para el ejercicio del derecho a la salud	2
Participación social	10	Solicitud de información sobre acciones específicas a otras dependencias	1
Colaboración con otras dependencias	10	Servicio de consejería o apoyo emocional a personas diagnosticadas con VIH	1
Participación de usuarios en temas del derecho a la salud	7	Remite solicitud de información a otra dependencia	1
Contratación de personal	7	No cuenta con registro antecedentes de acciones implementadas	1
Instrucción al personal a su cargo para el cumplimiento del instrumento	6	Contratación y/o equipamiento del personal	1
Uso de los recursos para el ejercicio del derecho a la salud	5	Colaboración con otras instituciones	1
Integración del tema 'Violencia Obstétrica' en capacitaciones y talleres	1	Colaboración con otras dependencias	1
TOTAL	837	TOTAL	101

Análisis jurídico				
Sin cambios normativos a nivel federal y estatal a partir del impacto del instrumento de posicionamiento (véase capítulo de análisis jurídico)				
Presencia en medios impresos y recursos académicos				
				
Notas: 3		Referencias: 9		
Número de expedientes del Reporte General de Quejas que incluyen derechos violados vinculados con el instrumento 2009 vs. 2017				
Derechos	2009	2017	Diferencia	Variación %
Derecho a la salud física y mental	Sin información			
Derecho a la protección de la salud	455	1912	1457	320.2% ↑
Derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud	Sin información			
Derecho a una atención médica oportuna y de calidad	Sin información			
Derecho a un trato digno y respetuoso	14	42	28	200.0% ↑
Derecho de acceso a una atención integral	Sin información			
Derecho a la igualdad y no discriminación	17	17	0	0.0%

Vigencia de la problemática en 2018 según personas expertas	
<p style="text-align: center;">VIGENTE</p> <p>A partir de la valoración realizada por las personas expertas el tema que aborda la recomendación es vigente debido a que el diagnóstico y los puntos recomendatorios no han sido debidamente atendidos por las autoridades desde 2009. Se refirieron avances a partir del seguro popular y capacitaciones. Señalaron que el IMSS es la principal autoridad vinculada a las quejas presentadas ante la CNDH. La falta de médicos, infraestructura, atención de calidad y de presupuesto en general es lo que ha hecho de los servicios de salud se encuentren en un estancamiento y abandono. Igualmente se refirió la falta de sensibilización y capacitación en materia de derechos humanos, NOM, y en general falta de articulación de esfuerzo interinstitucionales a favor de la salud. Los retos mencionados en su mayoría responden a cuestiones estructurales y la fragmentación del sistema de salud por lo que harán falta esfuerzos de largo aliento y una verdadera voluntad política y presupuestal para revertirlos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “El sistema está fragmentado. En la propia ciudad tenemos muchos sistemas juntos y no hay manera de que se hablen, pero eso sin duda es por falta de voluntad de la autoridad.” (Gobierno) • “Uno de los puntos de fondo para el cumplimiento del derecho constitucional a la salud es la fragmentación de los servicios de salud y no hemos avanzando en lograr ni que haya igualdad en el trato al interior del sistema, tampoco en la genuina rectoría del sector.” (Academia) • “El 2009 está claramente establecido, y me parece que muy bien, que hace falta personal de salud, hacen falta médicos, hacen falta especialistas, hace falta personal de enfermería en las unidades de salud.” (Academia) • “En cuanto a las normas oficiales realmente se ven muy bonitas, está todo escrito perfecto, pero sí, a la hora de llevarlo a la práctica finalmente fallan muchas cosas, falta recursos, faltan médicos que las lleven a cabo y sobre todo más hospitales donde se puedan suceder.” (Gobierno) • “El que primero sufre esta violencia es el médico, o sea, tienes una cantidad de personas sin dormir, sin comer y sin tener habilidades y digamos recursos emocionales que ejercer ante los casos que tienen.” (OSC) • “Creo que es la lucha de todos para todos, pero ahora el gran reto es cómo hacer que realmente llegue a todos los sectores y que sea de calidad.” (CNDH) • “Yo tengo la impresión de que los últimos tres sexenios, la tendencia general del gobierno era hacia ir abandonando el concepto de la salud como derecho humano otorgada por el Estado.” (Personal médico) • “Muchas de las acciones que ha implementado, por ejemplo, ISSSTE, IMSS, han sido enfocadas a mejorar el trato digno.” (CNDH) • “Nos toca todos los días, las quejas por falta de medicación, las quejas porque no se les puede hacer la cirugía, las quejas porque no hay un área de urgencia, las quejas porque no hay un área para poder hacer cirugías.” (CNDH) • “Hay un abandono de la salud pública, hay un abandono de la atención hospitalaria, es decir, de los diferentes niveles y que hay una precarización de las instituciones que afecta directamente a la población derechohabiente de los diferentes sistemas.” (Gobierno) • “Sí ha habido respuesta de parte de las autoridades, incluso nosotros hemos tenido la oportunidad de ir a IMSS, a ISSSTE a capacitar, por lo menos en sensibilización sobre el trato de poblaciones vulnerables como niñas, niños y adolescentes, personas mayores.” (CNDH)

4.2. RECOMENDACIÓN GENERAL NO. 29. SOBRE EL EXPEDIENTE CLÍNICO COMO PARTE DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD (2017)

Recomendación General 29/2017 Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud					
El instrumento aborda las violaciones al derecho a tener y acceder a un expediente clínico como parte del derecho a la información. Los puntos recomendatorios buscan impulsar el debido cumplimiento en la integración de los expedientes clínicos de las usuarias y usuarios de los servicios de salud.					
Instituciones a las que se dirigen las recomendaciones			Derechos humanos violados		
<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud • Secretaría de Defensa Nacional • Secretaría de Marina • Instituto Mexicano del Seguro Social • Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado • Petróleos Mexicanos • Gubernaturas de las entidades federativas y Jefe de Gobierno de la Ciudad de México 			<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la protección de la salud • Derecho de acceso a la información • Derecho a contar con un historial clínico completo 		
Índices de Cumplimiento					
Índice de Cumplimiento A (Evalúa a todas las autoridades)			Índice de Cumplimiento B (Evalúa solo a las autoridades que respondieron)		
Federal	Estatad	ICA General	Federal	Estatad	ICA General
 .22	 .17	 .18	 .65	 .39	 .42
Semáforo de cumplimiento de recomendaciones					
Ámbito	Respuesta satisfactoria	Respuesta cooperativa pero incompleta	Respuesta rechazada, sin argumentación suficiente o acuse de recibo	Sin respuesta	
Federal	13%	17%	3%	67%	
Estatad	12%	10%	22%	56%	
General	12%	11%	19%	58%	
Incidencia del instrumento de posicionamiento en las acciones reportadas por autoridades					
Acciones vinculadas a las recomendaciones del instrumento		Acciones relacionadas al tema			
Precisa marco normativo que regula el tema	75	Precisa marco normativo que regula el tema		5	
Capacitación al personal	56	Planes, programas y estrategias		5	
Evaluación y supervisión de expediente clínico	53	Informa otras acciones		5	
Comité de Expediente Clínico	38	Capacitación al personal		5	



Implementación del expediente clínico electrónico	30	Remite solicitud de información a otra dependencia	4
Informa otras acciones	25	No cuenta con facultades, atribuciones o competencia en la materia	3
Grupos o mesas de trabajo	23	Colaboración con otras instituciones	3
Planes, programas y estrategias	17	Instrucción al personal a su cargo para el cumplimiento del instrumento	2
Instrucción al personal a su cargo para el cumplimiento del instrumento	16	Solicitud de información sobre acciones específicas a otras dependencias	1
Adquisición de infraestructura, material o equipo para el ejercicio del derecho a la salud	11	—	—
Investigación y diagnóstico	6	—	—
Campañas de comunicación, difusión y sensibilización	6	—	—
Solicitud de información sobre acciones específicas a otras dependencias	4	—	—
Presupuesto al sector salud	3	—	—
Colaboración con otras instituciones	3	—	—
Evaluación y supervisión de servidores públicos	2	—	—
Contratación de personal	1	—	—
TOTAL	366	TOTAL	33
Análisis jurídico			
Sin cambios normativos a nivel federal y estatal a partir del impacto del instrumento de posicionamiento (véase capítulo de análisis jurídico)			
Presencia en medios impresos y recursos académicos			
 Notas: 4		 Referencias: 0	
Número de expedientes del Reporte General de Quejas que incluyen derechos violados vinculados con el instrumento			
Derechos		2017	
Derecho a la protección de la salud		1	
Derecho de acceso a la información		Sin información	
Derecho a contar con un historial clínico completo		Sin información	

Vigencia de la problemática en 2018 según personas expertas	
<p style="text-align: center;">VIGENTE</p> <p>Se reconocen avances y voluntad de cumplir con el instrumento, no obstante, se registra una insuficiente implementación de los puntos recomendatorios vinculados al expediente clínico. Es necesario un mayor impulso y coordinación a nivel nacional y estatal que permita a los usuarios de los servicios de salud contar con una adecuada integración de expediente, portabilidad y privacidad a sus datos personales.</p>	<ul style="list-style-type: none">• “Lo que observo lamentablemente es que estas capacitaciones no tienden a dar satisfacción total a los puntos recomendatorios que son emitidos. Un ejemplo de ello es el de la recomendación 29 sobre el expediente clínico. Nos han informado, por ejemplo, que se ha capacitado al personal para que se integre debidamente el expediente, para que cuente con las fechas, para que cuente con la cédula, la cédula profesional de los médicos, el nombre, las firmas y todo. Sin embargo, respecto a los grupos que ellos hacen de revisión de los expedientes, se vuelve a caer en lo mismo. Esto ¿qué es lo que nos visibiliza? Que no se está atendiendo el punto recomendatorio. (CNDH)• “No en todos los lugares se cumple igual o se tiene el mismo interés, y me refiero a hospitales pequeños quizá de otros estados, etcétera; lo vemos porque nosotros lo recibimos de referencia y vemos realmente integración, el expediente mal integrado y que en ocasiones ni siquiera se apega a la condición clínica del individuo, entonces hay un desfase muy importante.” (Gobierno)• “Yo sí puedo evidenciar que la integración es inadecuada, las notas siguen sin fecha, sin hora, sin nombre del médico, sin firma; o sea, cosas que, si bien sí vienen expuestos en la recomendación, también yo creo que es un punto de nombrar que estos puntos vienen enumerado en una Norma Oficial Mexicana, la cual debe ser observada por todo personal médico, ya sea privado o público.” (CNDH)• “[...] el Expediente Clínico Electrónico que también ya está ahí estancado, que por x o y razones técnicas, de falta de infraestructura, de falta de dinero, está ahí, algunos sí lo tienen, pero si nos vamos a hospitales regionales la infraestructura no la tienen, el conocimiento no lo tienen, el dinero para ese gasto no lo tienen.” (Academia)• “A mí me parece que particularmente esta recomendación ha tenido un impacto, no solamente en algunos gobiernos que sí la han retomado y han tratado de hacer algunas políticas públicas, pero creo que en la población en general, en las mujeres en particular, sí está siendo retomada.” (CNDH)• “Ha habido un avance en cuanto a este mencionado derecho a la salud desde la cuestión normativa, hablo participando desde dentro de una institución y también desde afuera. Hay un, digamos, un interés de que los expedientes estén mejor integrados.” (Academia)• “Yo creo que todos son esfuerzos aislados e infructuosos. Yo creo que es el momento de unir a todos, insisto, talento hay, hay talento en todos los hospitales, todos pueden aportar algunos experiencia, algunos conocimientos, algunas ideas nueva, pero yo creo que es el momento de integrarnos porque todos van a ejercer un presupuesto que al final de cuentas no sirve [...] Creo que es el momento más bien de uniformar el criterio y crear el grupo de trabajo para establecer el expediente universal, porque los que ya tenemos la fortuna de tenerlo nos quedamos como que qué quieren de nosotros; pero obviamente que hay muchas instituciones que no lo tienen. El Expediente, nada más para hablar de cifras, hay un hospital que pagó 42 millones por un expediente cuando otro pagó tres millones por un Expediente Clínico, y es el que tiene el Premio Nacional. Entonces, realmente el presupuesto no es muy alto, aquí el problema es que el Expediente lo tienen que crear los expertos de cada institución. Tenemos que hacer grupos de trabajo en donde nosotros hagamos la propuesta y contratemos una compañía que lo desarrolle y no necesariamente que sea privada, puede ser la UNAM, puede ser el Poli, puede ser equis universidad.” (Gobierno)

4.3. RECOMENDACIÓN GENERAL NO 31. SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2017)

Recomendación General no 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud					
El instrumento documenta y recomienda en materia de violencia obstétrica en el sistema nacional de salud mexicano. Visibiliza la situación de violencia que experimentan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud, y a partir de los puntos recomendatorios busca contribuir en la identificación y eliminación de toda práctica que genere violaciones a los derechos humanos de las mujeres en el contexto de la atención obstétrica.					
Instituciones a las que se dirigen las recomendaciones			Derechos humanos violados		
<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud • Secretaría de Defensa Nacional • Secretaría de Marina • Instituto Mexicano del Seguro Social • Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado • Petróleos Mexicanos • Gubernaturas de las entidades federativas y Jefe de Gobierno de la Ciudad de México 			<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la salud física y mental • Derecho a la vida • Derecho a la integridad personal • Derecho a la protección de la salud • Derecho a una vida libre de violencia • Derecho de acceso a la información • Derecho al libre consentimiento informado • Derecho a la libertad y la autonomía reproductiva • Derecho a la dignidad • Derecho a la igualdad y a la no discriminación 		
Índices de Cumplimiento					
Índice de Cumplimiento A (Evalúa a todas las autoridades)			Índice de Cumplimiento B (Evalúa solo a las autoridades que respondieron)		
Federal	Estatad	ICA General	Federal	Estatad	ICA General
Semáforo de cumplimiento de recomendaciones					
Ámbito	Respuesta satisfactoria	Respuesta cooperativa pero incompleta	Respuesta rechazada, sin argumentación suficiente o acuse de recibo	Sin respuesta	
Federal	6%	11%	0%	83%	
Estatad	7%	19%	21%	53%	
General	7%	18%	18%	58%	
Incidencia del instrumento de posicionamiento en las acciones reportadas por autoridades					
Acciones vinculadas a las recomendaciones del instrumento		Acciones relacionadas al tema			
Capacitación al personal	21	Instrucción al personal a su cargo para responder a solicitud de información		5	
Planes, programas y estrategias	13	Anteriormente la institución informó de su cumplimiento a la CNDH		4	







RESUMEN EJECUTIVO
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

Instrucción al personal a su cargo para el cumplimiento del instrumento	13	No cuenta con facultades, atribuciones o competencia en la materia	2
Informa otras acciones	9	Informa otras acciones	1
Campañas de comunicación, difusión y sensibilización	9	—	—
Presupuesto al sector salud	7	—	—
Precisa marco normativo que regula el tema	6	—	—
Adquisición de infraestructura, material o equipo para el ejercicio del derecho a la salud	6	—	—
Grupos o mesas de trabajo	2	—	—
Colaboración con otras dependencias del Poder Ejecutivo	2	—	—
Prevenir y proteger el derecho a la salud de la población materna e infantil	1	—	—
Integración del tema 'Violencia Obstétrica' en capacitaciones y talleres	1	—	—
Anteriormente la institución informó de su cumplimiento a la CNDH	1	—	—
TOTAL	91	TOTAL	12
Análisis jurídico			
Sin cambios normativos a nivel federal y estatal a partir del impacto del instrumento de posicionamiento (véase capítulo de análisis jurídico)			
Presencia en medios impresos y recursos académicos			
 Notas: 3		 Referencias: 0	
Número de expedientes del Reporte General de Quejas que incluyen derechos violados vinculados con el instrumento			
Derechos	2017		
Derecho a la salud física y mental	Sin información		
Derecho a la vida	1		
Derecho a la integridad personal	0		
Derecho a la protección de la salud	26		



Derecho a una vida libre de violencia	Sin información
Derecho de acceso a la información	Sin información
Derecho al libre consentimiento informado	Sin información
Derecho a la libertad y la autonomía reproductiva	Sin información
Derecho a la dignidad	2
Derecho a la igualdad y a la no discriminación	1
Vigencia de la problemática en 2018 según personas expertas	
<p style="text-align: center;">VIGENTE</p> <p>En suma, a partir de la valoración realizada por las personas expertas el tema permanece vigente debido a que el diagnóstico y las recomendaciones no han sido debidamente atendidas por las autoridades. Empero se reconoce la potencia e importancia del tema, el cual ha sido posicionado en la agenda en gran medida a las distintas recomendaciones emitidas por la CNDH sobre violencia obstétrica, así como por esfuerzos de OSC y academia que en conjunto han sumado a la discusión y propuestas concretas. Si bien el tiempo transcurrido desde la emisión de la recomendación general ha sido poco, se recogieron experiencias de avances focalizados que podrían servir de experiencia para la implementación de políticas más ambiciosas que permitan erradicar las prácticas que el instrumento de posicionamiento refiere.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “[...] la principal violación es patologizar el embarazo y aquí los médicos hemos caído en la circunstancia de prácticamente apropiarnos del cuerpo de la mujer y tiene que ver con lo que mis antecesoras en la palabra acaban de mencionar, el abuso de la cesárea, el que creer que lo que yo diga es la verdad, el no permitirle a la mujer que decida qué hacer con su propio cuerpo y nosotros nos apoderamos automáticamente del cuerpo de la mujer, ese es un gran problema y a partir de ahí parte cualquier cantidad de violaciones porque hacemos que hasta nos den las gracias cuando se les hace una cesárea.” (Personal médico) • “[La Recomendación General] Ha sido muy importante en términos de posicionamiento político.” (OSC) • “Ya se han hecho cosas, se ha avanzado, pero de todas maneras hay un rezago y muchos problemas que todavía tenemos que ver a nivel de la operación de los servicios de salud obstétricos y de la atención en las áreas donde no existen hospitales, centros de salud, o que existen, pero no hay personal que los atienda.” (Gobierno) • “Los países que han retomado la partería a nivel internacional, Holanda, Suecia, Inglaterra, tienen los menores índices de mortalidad materna y la mejor calidad de la atención, entonces, se tienen que retomar estas iniciativas de otros países para México porque además nosotros tenemos justo la partería tradicional que no se ha perdido por suerte.” (Gobierno) • “En las cesáreas innecesarias que se están haciendo en México, se están gastando aproximadamente 123 millones de dólares anuales porque obviamente si tenemos, por solo estadísticas que el 80 o 90 por ciento de todos los partos o nacimientos más bien deben ser vía vaginal y tenemos entonces en instituciones como en el ISSSTE un 80 por ciento de cesáreas, en el IMSS un 40 por ciento de cesáreas, obviamente, se están gastando recursos públicos que bien podrían ser asignados para contratación de más personal o para cambios en la infraestructura.” (Gobierno) • “La realidad es que identificar en un año retrocesos o avances es un tiempo muy corto, porque la problemática es muy profunda. Dentro del entorno de la situación, de las cuestiones que se presentan o motivos hay un trasfondo muy importante; por ejemplo, la falta de recursos humanos. En un año no se solventan, sigue habiendo falta de recursos humanos en las diferentes estructuras, no tenemos médicos por la noche, gineco-obstetras que estén al pendiente de la atención del parto.” (OSC) • “Se requiere un cambio de paradigma en la atención obstétrica, que no solamente es educativa y cultural, y que no sólo compete al gremio médico, de enfermería, trabajo social, todo el equipo de salud, químicos, etcétera.” (Personal médico)

Vigencia de la problemática en 2018 según personas expertas	
	<ul style="list-style-type: none"> • “Que la CNDH ya pone como un estándar con estos conceptos de derechos humanos. Creo que eso es positivo. Creo que se reafirma en la recomendación la no criminalización como una solución, que creo que eso también es importante.” (OSC) • “Yo creo que por un lado la categoría epistémica de violencia obstétrica ya está asumida, por supuesto, sigue encontrando resistencia pero ya no hay vuelta atrás, ya está incluida en 20 leyes estatales, falta incluirla en la Ley Federal, yo creo que si ustedes lo tratan de hacer ahora no van a tener la misma resistencia que tuvieron hace tres o cuatro años y en eso, en parte, gracias a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, porque no es solamente la recomendación general, la Comisión inició a utilizar el concepto de violencia obstétrica desde por lo menos 2014 y la ha usado en múltiples recomendaciones que ha emitido.” (Academia) • “Las quejas van en incremento, es que las quejas y las resoluciones son recurrentes, o sea son siempre los mismos hospitales por los mismos problemas, y no vemos como una mejoría a pesar de que el mismo hospital haya sido recomendado por algo hace 10 años, la misma queja vuelve a llegar. O sea, sí hay un patrón en donde poco impacto, diría yo, están teniendo las recomendaciones, porque las cuestiones estructurales siguen estando presentes. Los casos se ganan, se les da una indemnización a las familias, se tiene la bolsa para indemnizar, pero la parte estructural para medidas de no repetición queda prácticamente intacta, y creo que eso no sé si tiene que ver con otras cosas que vemos, que no sé si es una falta de voluntad política, si es una falta de presupuesto y eso impacta en la falta de insumos.” (OSC) • “El tema de impunidad, tanto esto no cambia y no pasa nada, y no hay consecuencias, y no estoy hablando de consecuencias de cárcel, nunca hemos propuesto que la violencia obstétrica sea un tipo penal, pero como un médico maltrata a alguien y se presenta una queja, [...] y como no hay sanción y no pasa nada, pues uno reitera esa conducta porque no va a haber ningún tipo de consecuencia.” (OSC) • “Uno de los grupos más vulnerables que tenemos en el país o más bien, en situación de vulnerabilidad son las mujeres indígenas y las mujeres que viven a nivel rural y que además tienen condición socioeconómica baja, porque creo que son las que más reciben un trato diferenciado y discriminatorio en el sistema público de salud.” (Academia)

4.4. INFORME ESPECIAL SOBRE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS QUE DEPENDEN DEL GOBIERNO FEDERAL Y ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA (2013)

Informe Especial sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del gobierno federal y estados de la República Mexicana (2013)					
El informe documenta la atención a la salud a personas diagnosticadas con alguna condición mental y que se encuentran internadas en diversas unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica en el país. Busca a partir de sus propuestas unificar criterios de operación, actividades y actitudes del personal de las unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica.					
Instituciones a las que se dirigen las recomendaciones			Derechos humanos violados		
<ul style="list-style-type: none"> Secretaría de Salud Federal Gobiernos de los estados y de la Ciudad de México 			<ul style="list-style-type: none"> Derecho a la protección de la salud Derecho a la integridad personal Derecho a recibir un trato digno y de igualdad Derecho a la legalidad y seguridad jurídica Derecho a vivir en el seno familiar o en un hogar que lo sustituya Derecho a participar en actividades sociales, culturales y recreativas 		
Índices de Cumplimiento					
Índice de Cumplimiento A (Evalúa a todas las autoridades)			Índice de Cumplimiento B (Evalúa solo a las autoridades que respondieron)		
Federal	Estatad	ICA General	Federal	Estatad	ICA General
					
Semáforo de cumplimiento de recomendaciones					
Ámbito	Respuesta satisfactoria	Respuesta cooperativa pero incompleta	Respuesta rechazada, sin argumentación suficiente o acuse de recibo	Sin respuesta	
Federal	40%	13%	47%	0%	
Estatad	10%	2%	74%	14%	
General	11%	2%	73%	14%	
Incidencia del instrumento de posicionamiento en las acciones reportadas por autoridades					
Acciones vinculadas a las recomendaciones del instrumento		Acciones relacionadas al tema			
Precisa marco normativo que regula el tema	23	No cuenta con facultades, atribuciones o competencia en la materia		23	
Planes, programas, y estrategias	20	Solicitud de información sobre acciones específicas a otras dependencias		7	
Capacitación al personal	11	Cuenta con hospitales psiquiátrico o centro de atención especializada		4	

RESUMEN EJECUTIVO
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

Adquisición de infraestructura, material o equipo para el ejercicio del derecho a la salud	7	No cuenta con registro o antecedentes de acciones implementadas	3	
Presupuesto asignado al sector salud	3	Precisa marco normativo que regula el tema	1	
Grupos o mesas de trabajo	3	Planes, programas, y estrategias	1	
Campañas de comunicación, difusión y sensibilización	3	Participación social en temas del derecho a la salud	1	
Informa otras acciones	2	Campañas de comunicación, difusión y sensibilización	—	
	1	—	—	
Evaluación y supervisión de servidores públicos	2	Acuse de recibo	1	
Cuenta con hospitales psiquiátrico o centro de atención especializada	2	—	—	
Capacitación al personal	10	—	—	
TOTAL	77	TOTAL	42	
Análisis jurídico				
Sin cambios normativos a nivel federal y estatal a partir del impacto del instrumento de posicionamiento (véase capítulo de análisis jurídico)				
Presencia en medios impresos y recursos académicos				
 Notas: 7		 Referencias: 2		
Número de expedientes del Reporte General de Quejas que incluyen derechos violados vinculados con el instrumento 2009 vs. 2017				
Derechos	2013	2017	Diferencia	Variación %
Derecho a la protección de la salud	534	661	127	23.8% ↓
Derecho a la integridad personal	545	24	-521	-95.6% ↓
Derecho a recibir un trato digno y de igualdad	8	0	-8	-100.0% ↓
Derecho a la legalidad y seguridad jurídica	15	5	-10	-66.7% ↓
Derecho a vivir en el seno familiar o en un hogar que lo sustituya	Sin información			
Derecho a participar en actividades sociales, culturales y recreativas	Sin información			

Vigencia de la problemática en 2018 según personas expertas	
<p style="text-align: center;">VIGENTE</p> <p>En suma, los contenidos del instrumento se consideran vigentes. Ni un solo testimonio de las personas expertas señaló el cumplimiento de las propuestas incluidas en el informe, más allá de avances focalizados. Se observa la necesidad de continuar con el tema de salud mental en la agenda de la Comisión Nacional ante la necesidad de contrarrestar el estancamiento en el que se encuentra no solo en los hospitales psiquiátricos, sino en toda la red del sistema de salud en México.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “No hay una cobertura suficiente para la atención en salud mental y considero que deben considerarse problemas de salud pública.” (Gobierno) • “La población con algún tipo de trastorno mental no solamente no está siendo atendida, sino está siendo negada.” (Gobierno) • “Nada más para darles un dato, el Seguro Social atiende 72 millones de derechohabientes, tiene 320 psiquiatras en todo su sistema para atender el problema. En resumen, el Seguro Social niega el problema de la salud mental, resuelve lo que ya de plano lo rebasa, es decir, entonces, tiene un psiquiatra por ahí en cada hospital general regional y es todo.” (Gobierno) • “Hay entidades que no reúnen ni siquiera los requisitos mínimos que marca la norma, no hay quien los vigile y otra cosa que yo creo que afecta bastante es la falta de presupuesto, el presupuesto para la salud mental, o sea, de por sí el presupuesto para la salud yo creo que es bajo, pero para salud mental siempre es mínimo [...] creo que hay que cambiar políticas de salud en ese sentido de considerar estos problemas como prioritarios de la salud, destinarles más recursos.” (Gobierno) • “El 80 por ciento del presupuesto de salud mental y los recursos están concentrados en hospitales psiquiátricos, lo cual va en contra de toda regulación mundial.” (Academia) • “Se ha hecho mucho en regulación y nada en la realidad.” (Academia) • “Todo sigue centralizado, por ejemplo, la atención sigue centralizada en los hospitales psiquiátricos y creo que debe haber mucho mayor cobertura en la comunidad. O sea, porque se tiene que trabajar en la comunidad, tanto para acciones preventivas como para atención inmediata y que el paciente no llegue al hospital psiquiátrico y también una vez que salga del hospital se pueda reinsertar en la red social.” (Gobierno) • “Se la pasan haciendo campañas para prevenir la diabetes, para prevenir el cáncer, para prevenir todo, por qué no hacer una campaña que se hable de la prevención para llegar a un internamiento a un hospital psiquiátrico, porque cuando hablamos de un internamiento hablamos de ya un nivel de padecimiento muy alto al que pudo haberse evitado llegar.” (OSC) • “No puede haber en este país hospitales psiquiátricos de primera y de segunda o de tercera y la solución no es cerrarlos los que están mal, sino mejorarlos mientras sigan teniendo una vigencia.” (Gobierno) • “No basta con un informe, que tendría que haber sanciones y verdaderamente sanciones ejemplares no solo para la institución como tal, sino para los funcionarios que no cumplen las normas.” (OSC) • “Trato digno a los pacientes con enfermedad mental.” (Gobierno)

5. PROPUESTAS

A continuación, el equipo de investigación presenta un listado de propuestas para fortalecer la labor de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con especial énfasis en impulsar la incidencia de futuras recomendaciones, informes especiales y pronunciamientos.

Las propuestas se generaron a partir de los testimonios de las 92 personas expertas, quienes participaron en los ocho grupos de enfoque celebrados en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM en el mes de agosto de 2018.

Las propuestas se agruparon para las etapas del proceso de elaboración del instrumento, para la fase posterior de difusión y seguimiento, así como propuestas generales de gestión. Finalmente se enlistan temáticas emergentes y retos mencionados por las personas expertas, quienes pusieron sobre la mesa para consideración de la CNDH y sus futuros instrumentos de posicionamiento en materia de derecho a la protección de la salud en México.

NOTA METODOLÓGICA

1. En este documento aparecen todas posturas y aportaciones expresadas durante la aplicación de las técnicas empleadas, con el fin de mostrar la diversidad de puntos de vista.
2. Las propuestas y opiniones de las personas expertas reflejan únicamente su opinión, no necesariamente del equipo de investigación.
3. Confirmar la pertinencia de las propuestas puede requerir análisis, investigación y diagnósticos específicos.
4. Aunque algunas propuestas ya se están implementando, el equipo decidió enlistarlas, con el fin que la Comisión conozca las acciones que requieren de mayor difusión entre personas expertas.

Propuestas para la etapa de desarrollo del instrumento

1. Fortalecer la vinculación con Universidades, OSC y Organismos internacionales, para investigación que respalde instrumentos de posicionamiento que emite la Comisión, así como la posterior difusión de estos entre sus comunidades de especialistas.

2. En el caso de instrumentos relacionados con el derecho a la protección de la salud, establecer un diálogo con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico con el fin de compartir experiencias y puntos de vista para fortalecer su desarrollo e impacto.
3. Preferir un lenguaje accesible, que evite tecnicismos y conceptos, que alejen el contenido de los instrumentos de posicionamiento del entendimiento del público general, con el fin de facilitar su difusión, pero también para facilitar el entendiendo de las instituciones a las que se dirigen puntos recomendatorios y propuestas.
4. Realizar de todos los instrumentos de posicionamiento a futuro, una versión ejecutiva que sea didáctica y concreta.
5. En cada punto recomendatorio solicitar una cosa a la vez. Evitar puntos recomendatorios que piden dos o más elementos con el fin que las autoridades tengan claridad para ejecutar, y a la vez, facilite el seguimiento de cumplimiento a la CNDH.
6. Generar recomendaciones y propuestas específicas que incidan en la población objetivo y no sólo en procesos administrativos.
7. Generar recomendaciones y propuestas que sean viables de dar seguimiento, de medir en algunos casos a través de indicadores específicos, incluso considerar la opción de incorporar éstos en el cuerpo del texto de la recomendación.
8. Cuando se incorporen puntos recomendatorios, ser específicos sobre las temáticas, los contenidos y los resultados de estas, con el objetivo de orientar a las autoridades de manera más específica sobre lo que se quiere recomendar.
9. Impulsar en sus instrumentos de posicionamiento garantías de no repetición.
10. Se sugiere recomendar preciso y poco para que las evaluaciones sean viables técnica y financieramente, pero sobre todo válidas y comprobables. Pensar en traducir las recomendaciones en acciones específicas, fáciles de rastrear en su cumplimiento y considerar mayor tiempo para el cumplimiento de recomendaciones estructurales.
11. En el caso de futuros instrumentos de posicionamiento sobre derecho a la protección de la salud, emitir también recomendaciones a otras autoridades ajenas al sector salud, cuyas actividades se vinculan de manera indirecta a la protección de la salud en términos de prevención, como el sector educativo.
12. Que las recomendaciones generales e informes incluyan un plazo razonable para que la CNDH lleve a cabo la revisión, actualización y seguimiento; y para que las instituciones receptoras, consideren su impacto presupuestal en sus procesos de planeación.

13. Al emitir recomendaciones, considerar si las instituciones receptoras cuentan con los recursos materiales y humanos para implementarlas. En su caso, de manera conjunta, entre la CNDH y la institución vinculada, dirigir los instrumentos de posicionamiento y las propuestas al gobierno Federal y a la Cámara de Diputados, con el fin de que se programen los recursos necesarios en el Presupuesto de Egresos de la Federación.
14. Cuando los puntos recomendatorios versen sobre cuestiones presupuestales, ser precisos y específicos en el ejercicio y cumplimiento sobre la necesidad de incrementos presupuestales en diversos sectores.
15. Continuar con la traducción de instrumentos de posicionamiento a lenguas indígenas.

Propuestas para la fase posterior a la emisión del instrumento de posicionamiento

16. Se propone que, al momento de presentar los instrumentos de posicionamiento por primera vez a la opinión pública y medios de comunicación, se invite a las autoridades a las que se dirigen las recomendaciones e informes, así como a OSC, academia, Comisiones estatales de derechos humanos y personas expertas en las distintas temáticas.
17. Generar estrategias de difusión efectiva de las recomendaciones e informes al personal operativo de las instituciones del sector salud. Fue claro en los grupos de discusión, que las recomendaciones e informes tienen poca penetración en administrativos, médicos y personal de enfermería. Existe un marcado distanciamiento en materia de derechos humanos en este grupo de profesionales a pesar de ser de las principales instituciones que concentran quejas sobre hechos violatorios.
18. Institucionalizar el seguimiento de las recomendaciones generales e informes especiales con una metodología homologada y temporalidades específicas.
19. Dar seguimiento a las recomendaciones e informes, a partir de indicadores estructurales, de proceso y de resultados.
20. Analizar la incorporación del seguimiento de las Recomendaciones Generales en una plataforma que permita conocer el cumplimiento de los puntos recomendatorios y propuestas de los informes especiales.
21. Generar mesas de trabajo y mecanismos, sitio web o cualquier otra plataforma interinstitucional que permita transparentar los procesos de seguimiento y difusión de las recomendaciones de la CNDH donde también las instituciones a las que se dirigen las recomendaciones puedan informar de las acciones implementadas.

22. Agregar un semáforo de cumplimiento, similar al utilizado en la presente investigación de cada uno de los puntos recomendatorios y propuestas de todos sus instrumentos de posicionamiento por institución (incluidos los informes con propuestas específicas) en su sitio de seguimiento: <http://informe.cndh.org.mx/recomendaciones.aspx>.
23. Generar un índice de cumplimiento de puntos recomendatorios por institución que se actualice mensualmente, y sea visible en el portal de inicio de la CNDH, con un vínculo a la página de seguimiento señalada en la propuesta anterior.
24. Priorizar la comunicación con la población general sobre de cuáles son las tareas de la CNDH y brindar información sobre cuáles son los derechos humanos de la población en general y cuando éstos son vulnerados. En este sentido se propone el empleo de diferentes soportes, tanto medios tradicionales como los vinculados a las nuevas tecnologías, así adaptar estos mensajes a las características de las diferentes subpoblaciones.

Propuestas en materia de gestión e incidencia

25. Fortalecer campañas que visibilicen la labor cotidiana de la CNDH, en la cual resuelve potenciales violaciones a derechos humanos de forma inmediata y a nivel micro, y que por lo tanto, pocas veces es reconocido por la sociedad.
26. Fortalecer el canal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos para la difusión de instrumentos de posicionamiento.
27. Fortalecer los perfiles profesionales y disciplinares con los que cuenta la CNDH para su trabajo cotidiano e interdisciplinario.
28. Considerando que las instancias del sector salud son las principales receptoras de quejas, fortalecer las áreas encargadas de la atención, trámite y resolución de las mismas.
29. Acceso a servicios de atención psicológica y contención para los trabajadores y visitantes de la CNDH en caso de requerirlo.
30. Impulsar que las instancias a quienes se dirige un pronunciamiento de la Comisión Nacional, acaten el mismo como una muestra del compromiso con la protección y defensa de los derechos humanos.
31. Actualizar, capacitar y sensibilizar de manera permanente al personal de la Comisión Nacional y Comisiones estatales.

Propuestas sobre acciones y temáticas emergentes a considerar por la CNDH para futuros instrumentos de posicionamiento sobre el derecho a la salud en México

32. Fortalecer los programas de capacitación en materia de derechos humanos impartidos por la CNDH para sensibilizar a las autoridades que más recomendaciones y quejas reciben. En especial sobre el tema de derecho a la salud el equipo de investigación encontró que entre el personal médico desconocimiento sobre los derechos humanos, las atribuciones y alcances de la CNDH, así como su responsabilidad como servidores públicos.
33. Impulsar en Universidades donde se imparte la carrera de medicina, y en su caso, en otros niveles y licenciaturas, materias y cursos sobre derechos humanos, con el fin sensibilizar e interiorizar su importancia en la práctica profesional.
34. Impulsar el tema de consulta previa para grupos en situación de vulnerabilidad, en el caso implementación de acciones relacionadas con el derecho a la salud.
35. Impulsar un diálogo entre gobierno, personal del sector salud, OSC y las personas y familiares de pacientes, sobre las necesidades mutuas para fortalecimiento de la atención y condiciones en las que se presta.
36. Fortalecer la vinculación con OSC relacionadas a personas con discapacidad para entablar diálogo sobre las necesidades, conocimiento y fortalecimiento de la agenda mutua sobre derecho a la salud.
37. Homologar criterios y calidad en la atención y prestación del servicio de salud a nivel nacional.
38. Considerar impulsar capacitaciones para el personal del sector salud en género.
39. Considerar impulsar sensibilización y capacitación de médicos residentes y médicos de pregrado.
40. Considerar impulsar el cuidado de la salud a partir de la alimentación y una cultura de la nutrición.
41. Considerar impulsar el uso de un único sistema de expediente clínico electrónico inter-institucional a partir de experiencias exitosas.
42. Considerar impulsar instrumentos de posicionamiento sobre el efectivo respeto y ejercicio de los derechos laborales de las personas que laboran en el sector salud.
43. Considerar impulsar sensibilización y capacitación para personal médico en materia de no discriminación.

44. Considerar impulsar recomendaciones sobre la atención que reciben niñas y niños en el sector salud.
45. Considerar impulsar recomendaciones sobre la atención recibida por violencia sexual infantil en las instituciones del Estado mexicano.
46. Considerar impulsar recomendaciones sobre el derecho a la salud de personas con discapacidad.
47. Aunque no tiene competencia la CNDH, se mencionó considerar alguna medida sobre los abusos contra clientes de aseguradoras, así como un seguimiento a la atención que se da en hospitales privados.
48. Considerar impulsar recomendaciones sobre el derecho a la salud de las personas en Centros de Readaptación Social.
49. Considerar promover el cambio de indicadores usados en el sector salud.
50. Considerar impulsar medidas para el cuidado de la salud mental oportuna y para el incremento de las redes de atención.
51. Promover, en su caso, medidas para combatir la corrupción en el sector salud con proveedores de insumos en la materia.
52. Considerar impulsar recomendaciones para reducir el embarazo adolescente.
53. Impulsar instrumentos de posicionamiento sobre el derecho a la salud de las personas mayores.
54. Impulsar estudios de armonización legislativa.

6. CONCLUSIONES

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

1. La Recomendación General 15/2009 Sobre el derecho a la protección de salud, documenta y aborda el incumplimiento de las obligaciones básicas en el ámbito de la prestación de los servicios de salud, al no garantizar la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad en las instituciones encargadas y materializar el derecho a la protección de la salud. Los ocho puntos recomendatorios, dirigidos a la Secretaría de Salud, SEDENA, SEMAR, IMSS, ISSSTE, PEMEX y gobiernos de todas las entidades, buscan modificaciones de disposiciones legislativas y reglamentarias, así como de prácticas médicas y administrativas para garantizar el derecho a la protección de la salud en México.

2. Del instrumento en general, el 61 por ciento de los ocho puntos recomendatorios dirigidos a cada autoridad fueron evaluados con semáforo gris o rojo, es decir, sin respuesta o con respuestas sin argumentación suficiente. Respecto a los gobiernos estatales, la mitad de ellos no atendió la solicitud y el 16 por ciento de las respuestas fueron rechazadas, sin argumentación suficiente o acuse de recibo. A nivel federal sólo una tercera parte no respondió y únicamente el dos por ciento fue catalogado en semáforo rojo. Entre las respuestas satisfactorias destacan los estados de Chihuahua y Puebla que contaron con un 88 por ciento de respuestas con semáforo verde. Por su parte, Petróleos Mexicanos, contó con un 75 por ciento de respuestas satisfactorias, al igual que los gobiernos de Aguascalientes, Estado de México y Veracruz.

3. Sobresale que las autoridades que dieron respuesta a la solicitud de información lo hicieron en su mayoría con información cuantiosa y con soporte documental, lo que ayudó a que, de todos los instrumentos de posicionamiento analizados en el presente estudio, la Recomendación General 15/2009 es la que mayor cumplimiento presenta, aunque con un índice de cumplimiento bajo. El Índice de Cumplimiento A (que evalúa a todas las autoridades a las que se dirige el instrumento) de la recomendación general es bajo a nivel general (.31) y estatal (.28), pero medio en cuanto a las dependencias federales (.49). Las autoridades que enviaron respuestas tuvieron un número importante de puntos recomendatorios satisfactorios y con respuestas cooperativas. En consecuencia, el índice de cumplimiento B (que evalúa solo a las autoridades que respondieron) general fue medio (.59). el estatal de (.56) y el federal registró un nivel de cumplimiento alto con (.73).

4. A partir del análisis del contenido de las respuestas a las solicitudes de información, se contabilizaron un total de 938 acciones implementadas por las seis instituciones federales y 32 gobiernos estatales referidos en el instrumento. Al respecto, se identificó que casi la totalidad de las acciones informadas (89 por ciento) tiene incidencia directa en el cumplimiento de algún punto recomendatorio; y el 11 por ciento restante se relaciona con el tema del derecho a la

protección a la salud, pero no responde de manera directa a la Recomendación General. Para dar cumplimiento a la recomendación, las dependencias informaron sobre la actualización de los Manuales de Operación de diversos centros de salud, particularmente en los hospitales de alta especialidad, mencionaron la existencia de Planes Maestros de Gestión, los recursos presupuestales solicitados y recibidos, así como capacitación al personal para el cumplimiento de las diversas Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con el sector, entre otras acciones.

5. La Recomendación General 15/2009 fue, de todos los referidos en el presente estudio, el instrumento de posicionamiento más citado en referencias académicas, al concentrar nueve artículos, de los once encontrados. No obstante, únicamente se encontraron tres notas, todas de La Jornada en la muestra de medios impresos. Sobresale que la mayoría de los artículos académicos que retoman a la recomendación, reconocen su relevancia en el debate para revertir violaciones al derecho a la protección a la salud en México. Igualmente, destaca que el instrumento es parte de artículos que retoman la temática de violencia obstétrica. En el caso de los medios impresos, las notas ahondan en el contenido de la recomendación, explicando la importancia de promover modificaciones a disposiciones legislativas y práctica médica para mejorar el acceso de los servicios de salud en México.

6. Respecto a los derechos humanos referidos en la Recomendación General No. 15/2009, sobre el derecho a la protección a la salud, el Reporte General de Quejas solo cuenta información de los derechos al trato digno, igualdad y protección a la salud. Es precisamente este último derecho al que se relaciona casi la totalidad del instrumento y en el que se observa un incremento de 320 por ciento, pues pasó de 455 registros en 2009 a 1,457 en 2017. Igualmente, se observa un incremento de 200 por ciento en las violaciones al derecho al trato digno en el mismo periodo. Estos datos dan cuenta de la actualidad y relevancia para el país y la Comisión Nacional la efectiva protección del derecho a la salud, si a esto se suma que son las instituciones del sector las que más quejas reúnen.

7. A partir de la valoración realizada por las personas expertas el tema que aborda la recomendación es vigente debido a que el diagnóstico y los puntos recomendatorios no han sido debidamente atendidos por las autoridades desde 2009. Se refirieron avances a partir del seguro popular y capacitaciones. Señalaron que el IMSS es la principal autoridad vinculada a las quejas presentadas ante la CNDH. La falta de médicos, infraestructura, atención de calidad y de presupuesto en general es lo que ha hecho de los servicios de salud se encuentren en un estancamiento y abandono. Igualmente se refirió la falta de sensibilización y capacitación en materia de derechos humanos, NOM, y en general falta de articulación de esfuerzo interinstitucionales a favor de la salud. Los retos mencionados en su mayoría responden a cuestiones estructurales y la fragmentación del sistema de salud por lo que harán falta esfuerzos de largo aliento y una verdadera voluntad política y presupuestal para revertirlos.

8. En suma, y consideración del equipo de investigación, la controversia sobre la emergencia de una reforma que permita universalizar el sistema de salud tomó un lugar importante en la agenda del saliente presidente Enrique Peña Nieto. Sin embargo, no hay una claridad del Sistema

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

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

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

1. La Recomendación General 29/2017 Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud aborda las violaciones al derecho a tener y acceder a un expediente clínico como parte del derecho a la información. Los cinco puntos recomendatorios dirigidos a la Secretaría de Salud, SEDENA, SEMAR, IMSS, ISSSTE, PEMEX y gobiernos de todas las entidades, buscan impulsar el debido cumplimiento en la integración de los expedientes clínicos de las usuarias y usuarios de los servicios de salud.

2. Poco más de la mitad las instituciones requeridas para la Recomendación general 29/2017 (58 por ciento) no dieron respuesta a la solicitud de información. A nivel federal, de las seis dependencias, sólo atendieron la solicitud la Secretaría de Salud y el ISSSTE. Respecto a las 32 entidades federativas, 18 no brindaron información, cuatro remitieron la Recomendación a otra dependencia del estado, pero no dieron más respuesta y una más informó sobre acciones no relacionadas con el instrumento. Sólo el 12 por ciento de las acciones fue clasificada como satisfactoria, con una distribución similar entre dependencias federales y estatales, ya que el primer nivel de gobierno registró un 13 por ciento de acciones en semáforo verde, mientras que en los estados fue el 12 por ciento. Las dependencias con el mayor porcentaje de respuestas positivas fueron los gobiernos del Estado de México y Guanajuato.

3. El Índice de Cumplimiento A General es bajo (.17), pero si se consideran sólo a las instituciones que atendieron la petición de información, el Índice de cumplimiento B se eleva a (.40). Esto implica que fueron pocas las dependencias que dieron respuesta, pero quienes sí lo hicieron, tuvieron un grado considerable de atención positiva (semáforo verde o amarillo). Esta situación se vuelve más notoria a nivel federal, debido a que el ICA es de (.20) como resultado de que únicamente dos de seis dependencias dieron respuesta, pero el índice del par de dependencias que sí respondieron se eleva a (.60), el cual es alto.

4. Las instituciones competentes informaron de 366 acciones vinculadas con las recomendaciones del instrumento agrupadas en 17 categorías diferentes. En su mayoría, se refieren a precisar el marco normativo que regula el tema (72), capacitación al personal (56), evaluación y supervisión de expediente clínico (53) y Comité de expediente clínico (38). Para dar cumplimiento a la recomendación, las dependencias reportaron principalmente sobre la instalación de los respectivos Comités de Expedientes Clínicos por medio del cual, realizan evaluaciones periódicas de los mismos; la contratación de empresas para el mantenimiento de software con el que se registran los expedientes clínicos electrónicos; y la capacitación al personal sobre la Norma Oficial Mexicana relacionada con el tema.

5. La Recomendación General 29/2017 Sobre el expediente Clínico, aunque solo contó con cuatro notas en los periódicos de la muestra, fue el segundo instrumento más citado de los cinco analizados en el presente estudio, después del Informe sobre hospitales psiquiátricos de 2013. Por su parte, al ser emitida recientemente en 2017, hasta julio de 2018, el instrumento de posicionamiento no tuvo impacto alguno en publicaciones académicas.

6. En cuanto a las quejas presentadas a la CNDH, no se contó con registros de los derechos al acceso a la información y a contar con un historial clínico completo, por lo que se pudo analizar solo el derecho a la protección a la salud. Sobre ese último el número de quejas vinculadas al tema de expediente clínico es muy bajo, pues solo se registraron 23 de enero de 2009 a diciembre de 2017.

7. A partir del análisis realizado por las personas expertas, se reconocen algunos avances y voluntad de cumplir con el instrumento, no obstante, se registra una insuficiente implementación de los puntos recomendatorios vinculados al expediente clínico. De acuerdo con los testimonios recogidos es necesario un mayor impulso y coordinación a nivel nacional y estatal que permita a los usuarios de los servicios de salud contar con una adecuada integración de expediente, portabilidad y privacidad a sus datos personales.

8. En suma, falta disponibilidad de recursos humanos, técnicos y financieros para implantar un expediente clínico electrónico y que permita la interoperabilidad de información del expediente clínico en el sistema nacional de salud. En este sentido es necesario, formación en expediente clínico que deberá comprender, desde la integración conforme a norma, hasta concientizar al personal de salud involucrado en la relevancia de integrar los expedientes de forma adecuada y sobre el manejo de los datos personales que se recaban, tratan y custodian. Para ello resulta vital situar a las personas como el centro de las políticas públicas en salud, a decir reivindicar y posicionar el derechos humano de acceso a la información del expediente clínico como parte de los derechos de protección a la salud; posicionar que el límite de acceso al expediente clínico se encuentra en la protección de los datos personales frente a terceros y- o de terceros no autorizados; que la protección de los datos personales en salud que obran en el expediente clínico está relacionados con el tema de la seguridad de los pacientes; y posicionar el debido cumplimiento del llenado y manejo del expediente clínico como obligatorio para un proceso de certificación independiente.

C. RECOMENDACIÓN GENERAL NO 31/2017. SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. La Recomendación General 31/2017 documenta y recomienda en materia de violencia obstétrica en el sistema nacional de salud. Visibiliza la situación de violencia que experimentan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud. A partir de los seis puntos recomendatorios dirigidos a la Secretaría de Salud, SEDENA, SEMAR, IMSS, ISSSTE, PEMEX y gobiernos de todas las entidades, busca contribuir en la identificación y eliminación de toda práctica que genere violaciones a los derechos humanos de las mujeres en el contexto de la atención obstétrica.

2. A nivel federal, de las seis instituciones a las que les fue requerido el instrumento, sólo la Secretaría de Salud dio respuesta a la misma, por lo que el 83 por ciento de las recomendaciones fue clasificada como sin respuesta. En cuanto a la información proporcionada por la Secretaría de Salud, un tercio de las acciones presentadas se consideró como respuesta satisfactoria y las dos terceras partes restantes como cooperativa pero incompleta. Respecto a la atención brindada por los 32 gobiernos estatales, el 74 por ciento de los puntos recomendatorios fueron evaluados con semáforo gris o rojo. Destaca que 17 entidades no enviaron información y tres más no proporcionaron acciones relacionadas para dar algún grado de cumplimiento (semáforo rojo). En el otro extremo sobresalen los gobiernos de San Luis Potosí y Chiapas, cuya totalidad de actividades fueron consideradas como satisfactorias o cooperativas (semáforo verde o amarillo).

3. En cuanto al Índice de Cumplimiento A de las instituciones federales, se presentó un nivel muy bajo (0.11), aunque al considerar sólo a la Secretaría de Salud, este indicador es alto (.67), lo cual indica que esta institución proporcionó mayoritariamente información útil y relacionada con el instrumento. A nivel estatal el resultado es diferente: si bien coincide en la baja participación de las dependencias -el ICA estatal es de (.17), aquellas que sí atendieron la solicitud respondieron principalmente de forma no satisfactoria, por lo que el ICB presentó un valor de (.36). El resultado del índice de cumplimiento general es, en consecuencia, bajo con un ICA de (.16).

4. Para atender la Recomendación General 31/2017, las instituciones informaron 103 acciones, de las cuales, sólo el 12 fueron valoradas como información complementaria y los 92 restantes se relacionaron con el cumplimiento del instrumento. La capacitación al personal; la creación de planes, programas y estrategias; así como el girar instrucciones al personal a su cargo fueron las categorías vinculadas más recurrentes. Lo anterior, debido a que el propio instrumento reitera la necesidad de implementar programas de atención a las mujeres en condición de embarazo en apego a los derechos humanos y bajo el “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro”. Destaca también la escasa atención sobre el presupuesto e infraestructura que asegure el trato en condiciones óptimas de las mujeres embarazadas, así como el impulso a la partería tradicional.

5. La recomendación general fue encontrada en tres notas de la muestra de medios de comunicación impresos, lo que llama la atención por la importancia y centralidad del tema. Al ser emitido recientemente en 2017, hasta julio de 2018, el instrumento de posicionamiento no tuvo impacto alguno en publicaciones académicas.

6. En los casos de violaciones al derecho a la salud directamente relacionadas con violencia obstétrica, las quejas pasaron de 47 en 2016 a 26 registros en 2017, por lo que es posible que en los próximos años se dé incremento, debido a la visibilización y concientización que ha impulsado esta recomendación general y otros esfuerzos multisectoriales sobre la violencia obstétrica en el país.

7. La CNDH en la Recomendación General 31/2017 observó que criminalizar y recurrir a la vía penal en los casos sobre violencia obstétrica, resultan ser medidas poco efectivas para asegurar una atención obstétrica adecuada.

8. No obstante que, la CNDH en el punto 220 de la Recomendación General 31/2017 sugiere a las autoridades recomendadas elaborar un diagnóstico o análisis para detectar las necesidades materiales, de infraestructura y de personal que requieren para satisfacer las demandas obstétricas de la población objetivo, con calidad y calidez, hubiera sido preferible que este aspecto se incluyera como un punto recomendatorio específico.

9. Sería conveniente que en futuros instrumentos sobre violencia obstétrica, dentro de los puntos recomendatorios, se solicite a las autoridades responsables realizar acciones para difundir entre la población en general y de manera especial entre las mujeres cuáles son sus derechos durante el embarazo, parto y puerperio, aspecto importante toda vez que el fenómeno de la violencia obstétrica, obedece, en parte al desconocimiento de las mujeres sobre qué acciones y omisiones constituyen violencia obstétrica.

10. Es necesario que las instituciones de salud fortalezcan sus estructuras institucionales para investigar y, en su caso, sancionar prácticas contrarias a los derechos de las mujeres en el ámbito de la atención obstétrica. Asimismo, generar bases de datos sobre incidencia de situaciones de violencia obstétrica y mecanismos para que las usuarias puedan inconformarse por acciones y omisiones que vulneren sus derechos.

11. Las mujeres indígenas sufren en mayor proporción de violencia obstétrica durante la atención de sus embarazos, partos y puerperios; por ello, sería conveniente que la CNDH elabore y difunda una síntesis de la Recomendación General 31 /2017 en diversas lenguas indígenas, para hacer accesible su contenido a este grupo poblacional.

12. Es necesario la CNDH continúe con la difusión de la Recomendación General 31/2017 para colaborar a visibilizar este fenómeno que, si bien no es reciente, en ocasiones, por desconocimiento es invisibilizado por el personal de salud y normalizado por las mujeres que reciben atención obstétrica.

13. Se sugiere también un seguimiento puntual de las recomendaciones particulares sobre violencia obstétrica, para garantizar una reparación integral a las víctimas, y en caso de incumplimiento o cumplimiento parcial hacer pública esa situación, en términos de lo que establece la normatividad de la CNDH.

14. La CNDH turnó copia de la Recomendación General 31/2017 a las instituciones públicas de educación superior, formadoras de médicos cirujanos, especialistas en ginecoobstetricia y enfermería, a efecto de que se impartieran a los alumnos de pregrado y posgrado, cursos y/o talleres de sensibilización en materia de derechos humanos, vinculándolo en el marco de la atención obstétrica y atendiendo los enfoques de género e interculturalidad.

15. Resulta importante que tanto la CNDH como las comisiones estatales de derechos humanos incorporen en sus catálogos de hechos violatorios de manera explícita “violencia obstétrica”.

16. En suma, el tema permanece vigente debido a que el diagnóstico y las recomendaciones no han sido debidamente atendidas por las autoridades. Empero se reconoce la potencia e importancia del tema, el cual ha sido posicionado en la agenda en gran medida a las distintas recomendaciones emitidas por la CNDH sobre violencia obstétrica, así como por esfuerzos de OSC y academia que en conjunto han sumado a la discusión y propuestas concretas. Si bien el tiempo transcurrido desde la emisión de la recomendación general ha sido poco, se recogieron experiencias de avances en espacios específicos que podrían servir de experiencia para la implementación de políticas más ambiciosas que permitan erradicar las prácticas que el instrumento de posicionamiento refiere.

D. INFORME ESPECIAL SOBRE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS QUE DEPENDEN DEL GOBIERNO FEDERAL Y ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA (2013)

1. El Informe Especial sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del gobierno federal y estados de la República Mexicana de 2013, documenta la atención a la salud a personas diagnosticadas con alguna condición mental y que se encuentran internadas en diversas unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica en el país. El objetivo general de sus propuestas se encuentra en unificar criterios de operación, actividades y actitudes del personal de las unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, las cuales fueron dirigidas a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de todas las entidades federativas. Entre los derechos humanos violados que refiere el instrumento se encuentran el derecho a la protección de la salud, a la integridad personal, a recibir un trato digno y de igualdad, a la legalidad y seguridad jurídica, a vivir en el seno familiar o en un hogar que lo sustituya y a participar en actividades sociales, culturales y recreativas.

2. El nivel de participación de las dependencias a las que les fue solicitada información para el Informe Especial fue alto. Únicamente el 14 por ciento de las instituciones no dio respuesta: La Secretaría de Salud atendió el requerimiento y sólo los gobiernos de Aguascalientes, Estado de

México y Tamaulipas no dieron respuesta a la solicitud. Cabe aclarar que, debido a la especificidad del tema, once entidades no fueron competentes ya que no cuentan con hospitales psiquiátricos a su cargo. A pesar de la elevada respuesta, el 73 por ciento de las mismas fueron catalogadas en semáforo rojo. Respecto a las acciones satisfactorias presentadas, destacan los gobiernos de Colima y Guanajuato, cada una con 79 por ciento de respuestas con semáforo verde.

3. En este sentido, el Índice de Cumplimiento General A es muy bajo (.12), y varía muy poco al considerar sólo a las instituciones que dieron respuesta (.14). Esto significa, como se mencionó anteriormente, que la gran mayoría de las respuestas recibidas fueron rechazadas, sin argumentación suficiente o acuse de recibo (semáforo rojo). A nivel federal, la Secretaría de Salud, con un índice de cumplimiento medio (.47), y a nivel estatal el ICA fue bajo (.11), que es el que impulsa el bajo índice de cumplimiento a nivel general.

4. Para dar atención al Informe Especial 2013 sobre hospitales psiquiátricos, las instituciones reportaron 119 acciones, de las cuales el 65 por ciento estuvo vinculado al tema y el otro 35 por ciento fue información complementaria que no atendía directamente a los puntos recomendatorios. Sobre las acciones vinculadas, éstas se distribuyeron en 11 diferentes categorías, siendo las más frecuentes el precisar el marco normativo que regula el tema; planes, programas y estrategias, así como capacitación al personal. En el otro extremo, en 23 ocasiones se respondió que no cuentan con facultades, atribuciones o competencia en la materia. Éste el principal motivo por el que las dependencias que respondieron tuvieron un muy bajo nivel de cumplimiento.

5. El Informe Especial sobre los hospitales psiquiátricos, de todos los instrumentos citados en el presente estudio, fue el que mayor presencia tuvo en medios de comunicación impresos (siete notas). Por su parte, fue referido en dos artículos académicos. De todos los instrumentos analizados solo este y la recomendación general 15/2009 tuvieron incidencia en revistas especializadas. El tema más vinculado a las publicaciones, tanto en artículos como en notas fueron los maltratos que reciben las personas que reciben tratamiento psiquiátrico, así como aquellas que además están diagnosticadas con VIH.

7. En general, las quejas que involucran violaciones al derecho a la salud y relacionadas con los temas del informe tuvieron un incremento del 24 por ciento desde 2013. No obstante, del resto de derechos referidos se redujeron en dos terceras partes las quejas relacionadas con el derecho a la seguridad jurídica, casi desaparecen las relacionadas con el derecho a la integridad y seguridad personal y decreció hasta cero las referidas al trato digno.

8. En suma, a partir de la evaluación realizada por las personas expertas, los contenidos del instrumento se consideran vigentes. Ni un solo testimonio señaló el cumplimiento de las propuestas incluidas en el informe, más allá de avances focalizados. Se observa la necesidad de continuar con el tema de salud mental en la agenda de la Comisión Nacional ante la necesidad de contrarrestar el estancamiento en el que se encuentra no solo en los hospitales psiquiátricos, sino en toda la red del sistema de salud en México.

E. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LAS MUJERES INDÍGENAS EN MÉXICO

1. Es preciso atender a las condiciones de posibilidad para promover un acceso efectivo a la salud por parte de los miembros de las comunidades indígenas, pues la ampliación en la cobertura de salud ha resultado insuficiente en la medida en la que deben superarse una serie de circunstancias para tener la posibilidad real de recibir atención médica. Si bien se observa como positiva la promoción de unidades móviles que pueden adentrarse en las comunidades para la prestación de servicios de salud, es de hacer notar que se trata de acciones que al no consolidar servicios en la cercanía de las localidades resultan insuficientes ante las contingentes necesidades de la población.

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

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

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

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

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

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

REFERENCIAS

- Alkin, Lucielle C., et. al., “Fortalecer la partería: una deuda pendiente con las mujeres de México”, Mac Arthur Foundation, 2015, disponible en:
http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/MxMW_Linea_de_Base_2016_final_para_circular.pdf. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2018.
- Almaguer González, José Alejandro. García Ramírez, Hernán José. Vargas Vite, Vicente. “La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las instituciones de salud”, septiembre-diciembre 2010.” Género y Salud en cifras, Secretaría de Salud.
- Ansolabehere, Karina y Valdés Ugalde, Francisco y Vázquez, Daniel, Entre el pesimismo y la esperanza: Los derechos humanos en América Latina. Metodología para su estudio y medición, México, Flacso México, 2015.
- Arellano, Juana y Sánchez Morales, Carlos Augusto, “¿El expediente clínico debe ser clasificado como confidencial y reservado?”, NCT: Neumología y Cirugía de Tórax Vol. 76. No. 2 abril-junio 2017.
- Arellano, Juana, Notas de trabajo Reuniones de trabajo con Directores Médicos y Unidades de Transparencia, Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental, 2004.
- Arguedas Ramírez, Gabriela. “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”. Cuaderno Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe., Vol. 11, No. 1, enero-junio, 2014.
- Bellón Sánchez, Silvia. “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”. Dilemata año 7, 2015, n° 18, 113-128.
- Cano Valle, Fernando, La salud universal...una entelequia, México, UNAM-ANM, 2018.
- Cano Valle, Fernando, Pantoja Nieves, Mónica y Sánchez Miguel, Martha, El Péndulo de la Medicina. El doble péndulo de la salud Urge una reforma en el sistema de salud, México, UNAM-Prado.
- Cárdenas, Rosario, “Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado”, Gaceta Médica de México, 2002, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2002/gm024g.pdf>. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2018.
- Castro, Roberto y M. Frias, Sonia, “Violencia obstétrica en México: resultados de la ENDIREH 2016”, Primer Congreso sobre Violencias de Género contra las Mujeres. Disponible en: https://www.crim.unam.mx/congresoviencias/sites/default/files/Mesa%20_Castro%2C%20Fr%C3%ADAs.pdf. Fecha de consulta: 18 de julio de 2018.

- Castro, Roberto. Erviti, Joaquina. “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”.
Revista CONAMED, vol. 19, núm. 1, enero-marzo 2014, ISSN 1405-6704.
- CEAV, Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México, México, 2016.
- Consejo, Carolina, “La toma de decisiones en el ámbito de la atención a la salud y el consentimiento informado” en Víctor M. Martínez, Consentimiento Informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica. México, UNAM, 2017.
- Corte IDH, Caso Albán Cornejo y otros vs Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007.
- De la Parra, Eduardo, Libertad de expresión y acceso a la información. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2013.
- Engel, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science. 1977.
- Estévez Ariadna y Vázquez Daniel, Los derechos humanos en las ciencias sociales: una perspectiva multidisciplinaria, México, Flacso México - CISAN UNAM, 2010.
- Fajardo Dolci, Germán (Coordinador), Ritmo y rumbo de la Salud en México Conversaciones con los secretarios de Salud 1982-2018. Entrevista con el Doctor Guillermo Soberón Acevedo, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Fondo de Cultura Económica, 2018.
- Freyermuth Enciso, Graciela (coord.) El derecho a la protección a la salud de las mujeres indígenas, México, CNDH-CIESAS, 2017.
- Freyermuth, Graciela, “La muerte materna refleja desigualdad, inequidad y falta de acceso a la salud. Estas muertes son prevenibles, CIMAC, Comunicación e Información de la Mujer, foro expertas y expertos”. Documento de trabajo. Disponible en: <http://www.cimac.org.mx/node/14>, consultado el 9 de julio de 2018.
- GIRE, Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México, 2015.
- Gómez Dantes, Octavio, Beccerril, Víctor M., y Arreola, Héctor, “Sistema de salud de México”, Salud Pública de México, vol. 53, suplemento 2 de 2011.
- Hernández Garre, José Manuel, Paloma Echevarría Pérez y María José Gomáriz Sandoval, “¿Némesis obstétrica o disminución del riesgo? A debate bioético el abordaje intervencionista en los partos de bajo riesgo”, Acta Bioética, disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000100161>. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2018.
- Hernández, Abreu, “El consentimiento informado en la teoría y la práctica”, en Martínez, Víctor M., Consentimiento Informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica, México, UNAM, 2017.
- Hernández-Ávila, Mauricio, “Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012”, Salud Pública Méx, México, vol. 55, supl.2, 2013.

- IMESSLP, Diagnóstico inicial de la situación de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio de la Microrregión de Huasteca Centro, México, 2016.
- Landman Todd y Carvalho Edzia, *Measuring Human Rights*, Londres, Routledge, 2009.
- Landman Todd, “The Scope of Human Rights: From Concepts to Measures”, *Revista Iberoamericana de Derechos Humanos*, México, año 2, vol. 2, 2006.
- Lara Sáenz, Leoncio, “Algunos apuntes sobre el derecho humano a la salud”, en Cano Valle, Fernando (coord.), *La salud universal. Una entelequia*. México, Academia Nacional de Medicina, 2018.
- Lara Sáenz, Leoncio, *La dispraxis en México. Integración de conceptos, fenómenos adversos*. Véase Fernando Cano Valle., coord., *Dispraxis*, México, UNAM. IJ, 2012, p.13
- Lira, Ivette, “Coca-Cola le arrebató el agua y provoca epidemia de obesidad en San Cristóbal: académicos y ONGs”, *Sin Embargo*, periódico digital, 25 de julio de 2018, disponible en: <http://www.sinembargo.mx/25-07-2018/3447534>
- López Cervantes, Malaquías, *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos*, México, UNAM, 2015.
- M. Frías, Sonia, “25 años de investigación cuantitativa y cualitativa sobre violencia en contra de las mujeres en México”, *Realidad, datos y espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*, vol. 8, núm. 2, 2017, disponible en: [http://www.inegi.org.mx/rde/2017/05/01/25-anos-de-investigacion-cuantitativa-y-cualitativa-sobre-violencia-en-contra-de-las-mujeres-en-mexico/](http://www.inegi.org.mx/rde/2017/05/01/25-anos-de-investigacion-cuantitativa-y-cualitativa-sobre-violencia-en-contra-de-las-mujeres-en-mexico/http://www.inegi.org.mx/rde/2017/05/01/25-anos-de-investigacion-cuantitativa-y-cualitativa-sobre-violencia-en-contra-de-las-mujeres-en-mexico/). Fecha de consulta: 14 de mayo de 2018.
- Martínez Martínez, Juan Carlos et. al., *Derechos indígenas, entre la norma y la praxis. Reflexiones a partir del Seminario Internacional: cerrando la brecha de implementación*, Programa Estado de Derecho para Latinoamérica de la Fundación Konrad Adenauer-PLURAL. Programa de Pluralismo Jurídico y Vigencia de Derechos del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Berlín, 2018.
- Mercedes, Juan, “Hacia un Sistema Nacional de Salud Universal”, *Cirugía y Cirujanos*. Volumen 82, No. 1, enero-febrero 2014.
- OECD, *Health at a Glance 2017*, México, OCDE, 2017.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), *Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y aplicación*, Nueva York – Ginebra, Naciones Unidas, 2012.
- Oleada Elizalde, Raúl, “La importancia del expediente clínico”, *Revista del Hospital Juárez de México*, núm. 68, enero – febrero de 2001.

- Oleada Elizalde, Raúl, “La importancia del expediente clínico”, Revista del Hospital Juárez de México, núm. 68, enero – febrero de 2001.
- OMS, Subsanan las desigualdades en una generación. Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Argentina, 2008.
- OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas, Evolución de la mortalidad Materna: 1990-2015 Estimaciones de la OMS, e UNICEF, el UNFPA, el Grupo de Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas, 2015 disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>. Fecha de consulta el 9 de julio de 2018.
- ONU, Observaciones Generales adoptadas por el Comité DESC, Observación General, No 14, El derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud (artículo 12), Nueva York, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000.
- Organización de Estados Americanos (OEA), Metodología para la observación de medios de comunicación en elecciones: Un manual para las misiones de observación electoral de la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C., Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, 2011, disponible en: http://www.oas.org/es/sap/docs/deco/manualmetodologia_web.pdf. Fecha de consulta: 7 de mayo de 2018.
- Philip, Alston, “Towards a human rights accountability index”, Journal of Human Development, Oxfordshire, año 1, vol. 2, enero-junio 2000.
- Ruelas-Barajas, Enrique, “Los paradigmas de la calidad en la atención médica”, Gaceta Médica de México, vol. 133, no 2, 1997.
- Ruelas-Barajas, Enrique, Huerta Zepeda, Carmen y Lozano Ascencia, Rafael, “Hacia Nuevos horizontes para la salud en México”, Reflexiones. Documento de postura. Colección de Aniversario, México, CONACYT.
- Sánchez, Virginia, “La Ética en la relación médico-paciente”, en González Martínez, José Francisco y León Paoletti, Ángel Ignacio, El reto de ser médico, México, 2017, p.p. 71-8
- Santillán Doherty, Patricio, “El Consentimiento Informado en la biomedicina” en Manuel Ruiz de Chávez e Brena, Ingrid (coord.), Bioética y derechos humanos.
- Saruwatari, Garibiñe, “Vida privada y derecho a la información en la biomedicina” en Manuel Ruiz de Chávez y Brena, Ingrid (coord.), Bioética y derechos humanos, Comisión Nacional de Bioética, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2018.
- Secretaría de Salud, Guía de Implantación. Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional, México.
- Secretaría de Salud, Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, 2016, disponible en: https://drive.google.com/file/d/0B_Wsl17nCOpWdXA5d3B2aTJ1bFk/view. Fecha de consulta: 15 de julio de 2018.

Serrano, Sandra y Vázquez, Daniel, Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos, México, FLACSO, 2013.

Serrano, Sandra, “Obligaciones del Estado frente a los derechos humanos y sus principios rectores: una relación para la interpretación y aplicación de los derechos”, en Ferrer Mac-Gregor Poisot, Eduardo et al (coords.), Derechos humanos en la Constitución: comentarios en jurisprudencia constitucional e interamericana, tomo I, México, SCJN/UNAM/Konrad Adenauer Stiftung, 2013.

Tortosa Blasco, José María y La Parra-Casado, Daniel, Documentación social, núm. 131, 2003.

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

Resumen Ejecutivo. 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, editado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y la Universidad Nacional Autónoma de México. La copia se realizó en noviembre de 2019 en 1,000 discos y fue elaborada en los talleres de COLOR PRINTING FOREVER, S. A. S. de C. V., Jesús Urueta núm. 176 bis, colonia Barrio San Pedro, Demarcación Territorial Iztacalco, C. P. 08220, Ciudad de México.



Presidente
Luis Raúl González Pérez

Consejo Consultivo

Mariclaire Acosta Urquidi
María Ampudia González
Alberto Manuel Athié Gallo
Rosy Laura Castellanos Mariano
Michael W. Chamberlin Ruiz
Angélica Cuéllar Vázquez
Mónica González Contró
David Kershenobich Stalnikowitz
María Olga Noriega Sáenz
José de Jesús Orozco Henríquez

Primer Visitador General

Ismael Eslava Pérez

Segundo Visitador General

Enrique Guadarrama López

Tercera Visitadora General

Ruth Villanueva Castilleja

Cuarta Visitadora General

María Eréndira Cruzvillegas Fuentes

Quinto Visitador General

Edgar Corzo Sosa

Sexto Visitador General

Jorge Ulises Carmona Tinoco

Titular de la Oficina Especial para el “Caso Iguala”

José T. Larrieta Carrasco

**Directora Ejecutiva del Mecanismo Nacional
de Prevención de la Tortura**

Ninfa Delia Domínguez Leal

Secretaria Ejecutiva

Consuelo Olvera Treviño

Secretario Técnico del Consejo Consultivo

Joaquín Narro Lobo

Oficial Mayor

Raymunda G. Maldonado Vera

Directora General del Centro Nacional de Derechos Humanos

Julieta Morales Sánchez

