

## DERECHOS HUMANOS Y SEGURIDAD HOSPITALARIA EN MÉXICO

### HUMAN RIGHTS AND HOSPITAL SECURITY IN MEXICO

Alma de los Ángeles RÍOS RUÍZ\*

Antonio FUENTE DEL CAMPO\*\*

**RESUMEN.** La seguridad sanitaria es por su naturaleza colectiva, responsabilidad del sistema público de salud, ya que mantiene una relación con la calidad de la atención y el balance positivo entre sus riesgos y beneficios, al mismo tiempo que se ocupa de disminuir los peligros asociados a la atención de salud. El tema de la seguridad es fundamental por sus implicaciones en la salud y la vida del ser humano. El derecho a la salud es un derecho humano consagrado en tratados internacionales y en las legislaciones nacionales, mientras que el cuidado de la salud es una necesidad social y ante los riesgos y peligros existentes en el ambiente hospitalario, es indispensable adoptar programas de seguridad en beneficio de sus usuarios como de su personal.

**Palabras clave:** seguridad sanitaria, derecho humano, derecho a la salud, salud, calidad, atención médica.

**ABSTRACT.** Health security is by its collective nature, the responsibility of the public health system, since had a relationship with to the quality of care and the positive balance between its risks and benefits, at the same time that it deals with diminishing dangers associated with health care. The issue of security is fundamental because of its implications in the health and life of the human being. The right to health is a human right enshrined in international treaties and national legislations; while health care is a social necessity and, in view of the

---

\* Profesor definitivo, Tiempo completo "C", Facultad de Derecho de la UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel 1.

\*\* Profesor de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Departamento de Postgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México. División de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Ciudad de México. Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina de México. Miembro emérito de la Academia Mexicana de Cirugía. Coordinador del Subcomité de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Facultad de Medicina, UNAM. Director académico de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. Director de la Clínica de Cirugía Plástica "Aqtuel".

RÍOS RUIZ, Alma de los Ángeles y FUENTE DEL CAMPO, Antonio. "Derechos humanos y seguridad hospitalaria en México", *Revista In Jure Anáhuac Mayab* [http://anahuacmayab.mx/injure], 2018, año 6, núm. 12, ISSN 2007-6045. Pp. 106-135.



risks and dangers existing in the hospital environment, it is essential to adopt safety programs, since not doing so puts everyone who participates and makes use of the hospital at risk, as well as to the environment.

**Keywords:** health security, human right, right to health, health, quality, medical care.

## 1. El derecho humano a la salud

Los derechos humanos son derechos inherentes a todas las personas, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Además de los principios de universalidad y no discriminación, los derechos humanos están interrelacionados, son interdependientes e indivisibles; es decir, no se respetan aleatoriamente, pues unos influyen en el disfrute de otros.

### *La salud como derecho humano*

La salud no es solo ausencia de enfermedad o acceso a la atención médica; es un derecho fundamental que toca todos los aspectos de la vida, por lo cual es importante entender la salud del modo más amplio posible. La Organización Mundial de la Salud estableció como definición de salud *el estado de completo bienestar físico, mental y social*.<sup>1</sup>

A esta definición de salud se han ido incorporando otras dimensiones, como la capacidad de funcionar o la salud como un fenómeno continuo y dinámico a lo largo del tiempo, hasta llegar a instaurarse la idea de que la salud es un fenómeno multidimensional. Así pues, se constata que la noción de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde un enfoque médico-biológico hasta un concepto global e integral que incorpora el paradigma socio-ecológico.<sup>2</sup>

El derecho a la salud se ha ido desarrollando a través de las demandas sociales de los ciudadanos, conformando la definición actual de la salud: el estado de absoluto bienestar físico, mental y social –definición institucionalizada internacionalmente en 1946 con la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS<sup>3</sup>).

---

<sup>1</sup> OMS (2006). "Constitución de la Organización Mundial de la Salud". Organización Mundial de la Salud. [Fecha de consulta: 14 de marzo de 2018] Recuperado de [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

<sup>2</sup> Prosalus y Cruz Roja Española (2014). *Comprendiendo el derecho humano a la salud*. Madrid, Edit. Advantia, pp. 114.

<sup>3</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS, en inglés WHO - World Health Organization) es un organismo especializado de las Naciones Unidas fundado en 1948, cuyo objetivo es alcanzar para todos los pueblos el máximo grado de salud, La OMS presta especial atención a la lucha contra los problemas sanitarios más importantes, sobre todo en los países en desarrollo y en contextos de crisis.

En el caso de los migrantes ilegales, la protección de los derechos humanos entre los que se encuentra el derecho a la salud, ha ido adquiriendo un creciente reconocimiento y ha mejorado su posición en la agenda internacional. Con el fin de cumplir sus obligaciones legales nacionales e internacionales, los gobiernos de muchas regiones del mundo han reconocido la necesidad de integrar las necesidades sanitarias y las vulnerabilidades de los migrantes en sus planes, políticas y estrategias nacionales<sup>4</sup>. Por consiguiente, los gobiernos se han percatado de la necesidad de formular programas y políticas de salud que traten de subsanar las desigualdades sanitarias y supriman los obstáculos al acceso a los establecimientos, los bienes y los servicios de salud.

Lo anterior es importante y guarda relación con la gran cantidad de desplazados en México. De acuerdo con el sitio electrónico, la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, miles de personas han tenido que abandonar sus hogares a causa de la violencia en México, siendo un total de 329,917 personas desplazadas entre los años 2006-2017<sup>5</sup>, de acuerdo con el estudio.

Más tarde, este derecho encontraría un mayor desarrollo dentro del área de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), sufriendo como consecuencia el enfoque erróneo de los gobiernos frente a los problemas de salud; ya que estos solo se centraban en resolver dichos problemas a partir de la beneficencia pública.

Ahora, el derecho a la salud se considera como un derecho que integra no sólo la idea de curar la enfermedad, sino también de prevenirla; por lo que el entorno físico y social del hombre adquiere una nueva relevancia dentro de este derecho. Esta nueva concepción de la salud implica una mayor protección del ser humano, así como un mayor compromiso administrativo y económico por parte de los Estados. Esta definición, caracterizada por su amplitud, pone de manifiesto la necesidad de delimitar el alcance y determinar las implicaciones del derecho a la salud<sup>6</sup>.

Conocer los elementos que lo integran y sus características, resulta imprescindible para establecer un mecanismo de verificación y control de las obligaciones de los Estados.

---

<sup>4</sup> OIM (2013). "*Migración internacional, salud y derechos humanos Organización Internacional para las Migraciones*". [Fecha de consulta: 15 de marzo de 2018]. Recuperado de [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

<sup>5</sup> Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, <http://cmdpdh.org/temas/desplazamiento-interno-forzado-cifras-2017/>

<sup>6</sup> MONTIEL, L. (2004). "Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria" en *Revista IIDH*, Vol. 40, pp. 291-313

El derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud<sup>7</sup>.

El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Como menciona el doctor Alcántara, la salud es un fenómeno que trasciende el campo exclusivamente médico, por lo que requiere la intervención de otras disciplinas para poder abarcar cada una de sus dimensiones, como son la social, la económica, la de infraestructura, la educativa y de capital humano y la política. Por ejemplo, la aplicación de las ciencias sociales permitiría la creación de sistemas institucionales para dar asistencia, recursos y capacitación humana en pro de mejorar las condiciones de calidad de vida de los ciudadanos.<sup>8</sup>

En este sentido, debe entenderse a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El derecho a la salud está consagrado en tratados internacionales y regionales de derechos humanos, y en las constituciones de países de todo el mundo, tal como se señala a continuación:

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>9</sup> consagra el derecho a la salud en los siguientes términos: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad."

---

<sup>7</sup> *Ídem*.

<sup>8</sup> Alcántara, G. (2008). "La definición de la salud de la OMS y la interdisciplinariedad". En *Sapiens Revista Universitaria de Investigación*, año 9, N. 1, junio, pp. 93-107

<sup>9</sup> Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Adoptada proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (iii), de 10 de diciembre de 1948

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se considera el instrumento fundamental para la protección del derecho a la salud; en este se reconoce el derecho de que toda persona disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En el artículo 12<sup>10</sup> del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se establece que para que el Estado asegure la plena efectividad del derecho a la salud son necesarios:

- La reducción de la mortalidad infantil y la garantía del sano desarrollo de los niños;
- El mejoramiento 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;
- La creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud.

En la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre<sup>11</sup> se reconoce en el 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 de la comunidad.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer<sup>12</sup> dispone que los Estados Partes deban adoptar las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra las mujeres en la atención médica, a fin de asegurar el acceso a servicios de salud, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mejor conocido como "Protocolo de San Salvador"<sup>13</sup>, reconoce que toda persona tiene derecho a la salud, como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social.

---

<sup>10</sup> Naciones Unidas (3 de enero de 1976). Artículo 12. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

<sup>11</sup> CIDH (1948). *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Bogotá, Colombia.

<sup>12</sup> Naciones Unidas (1979). "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer". [Fecha de consulta: 27 de febrero de 2018] Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>

<sup>13</sup> OEA. (1988). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador* [Versión Adobe Reader]. San Salvador, El Salvador.

La Convención sobre los Derechos del Niño<sup>14</sup> establece en su artículo 24 que los Estados Partes deben reconocer el derecho de las niñas y los niños al disfrute de la salud de más alto nivel, así como a los servicios para el tratamiento de enfermedades y rehabilitación.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas<sup>15</sup>, en el año 2000 adoptó una observación general (número catorce del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) sobre el derecho a la salud. En dicha observación general asevera que el derecho a la salud abarca no sólo la atención de salud oportuna, sino también el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

El derecho a la salud está estrictamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos como: la vida, la dignidad humana, vivienda, alimentación, no discriminación, igualdad, acceso a la información, vida privada, entre otros<sup>16</sup>.

En este sentido, es visible que el derecho humano a la salud no se circunscribe solamente a la atención médica, sino que comprende una serie de factores socioeconómicos, mínimos necesarios, tales como: alimentación adecuada, agua limpia y potable, vivienda digna, condiciones de trabajo seguro, condiciones sanitarias adecuadas, entre otras.

Ahora bien, una vez que de forma panorámica hemos dado un vistazo a los diversos instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, que contemplan este derecho a la salud, resulta preciso comprender que el objeto de los mismos, como piedra angular de protección, amparo y promoción de este derecho, es lograr incidir para que las personas logren alcanzar su potencial de salud en las distintas etapas de su vida.

La importancia de estos instrumentos radica además, en el hecho de que colocan como foco central el tema de la salud, vista como derecho fundamental de todos los seres humanos, lo que pone en manifiesto la imperiosa necesidad de que exista equidad en el ejercicio de este derecho y para lo cual, resulta de vital importancia la participación no sólo del Estado como ente garante y miembro signante de estos instrumentos, sino también de

---

<sup>14</sup> UNICEF (1989). *Convención internacional sobre los derechos del niño y de la niña*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Asunción, Paraguay, Ed. Grafitec.

<sup>15</sup> Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*

<sup>16</sup> Nohely Bastidas Matheus, "LA MALA PRÁCTICA MÉDICA Y LOS DERECHOS HUMANOS", RAZÓN Y PALABRA. Primera Revista Electrónica en América Latina Especializada en Comunicación, [http://www.razonypalabra.org.mx/N/N81/M81/18\\_Bastidas\\_M81.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/N/N81/M81/18_Bastidas_M81.pdf).

RÍOS RUIZ, Alma de los Ángeles y FUENTE DEL CAMPO, Antonio. "Derechos humanos y seguridad hospitalaria en México", *Revista In Jure Anáhuac Mayab* [<http://anahuacmayab.mx/injure>], 2018, año 6, núm. 12, ISSN 2007-6045. Pp. 106-135.

las personas, grupos, comunidades e instituciones, que en su conjunto coadyuvan a la materialización de este derecho en el terreno fáctico.

Con base en lo anterior, nos resulta más sencillo comprender y explicar los alcances de este derecho, que como queda en manifiesto, no se garantiza únicamente con la prestación de servicios de salud para la curación o rehabilitación de las enfermedades, sino que va más allá, al deber contemplar aspectos como la investigación clínica, la formación del personal sanitario de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y pretendiendo también que la persona, como titular de este derecho comparta su responsabilidad con el estado, ya que al ser objeto de políticas públicas para la promoción de la salud pública, estilos de vida sanos y educación en materia de prevención, debe adquirir conciencia sobre los beneficios de gozar de este derecho de forma integral, lo que sin duda es fundamental para lograr el cumplimiento de los objetivos planteados en las normativas regionales e internacionales que se han analizado.

Por tanto, la práctica médica debe abarcar desde las acciones singulares cotidianas de los profesionales y del equipo de salud con las personas, hasta la formulación e implementación de políticas públicas.

El derecho a la salud comprende algunas libertades, como el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento, tales como los experimentos e investigaciones médicas o esterilización forzada; y a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes<sup>17</sup>.

Como se ha señalado con anterioridad, es obligación de los Estados el proteger y promover los derechos humanos. Las obligaciones a este respecto están definidas y garantizadas por el derecho consuetudinario internacional y los tratados internacionales de derechos humanos, que imponen a los Estados que los han ratificado, la obligación de hacer efectivos esos derechos.

Por ese motivo, resulta fundamental establecer mecanismos de rendición de cuentas para garantizar el respeto de las obligaciones que se derivan del derecho a la salud para los Estados. La vigilancia y la rendición de cuentas de los Estados tienen lugar a nivel nacional, regional e internacional e involucra a diversos agentes; a saber, el propio Estado, ONG, instituciones nacionales de derechos humanos u órganos creados en virtud de tratados internacionales<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> El derecho a la salud, Folleto informativo N° 31, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra 2008, p. 4.

<sup>18</sup> *Ibidem*, p.45.

Ante el derecho a la protección de la salud, surge la obligación de las instituciones médicas y de todo su personal de brindar una atención médica que colme dichos principios; por lo que, si su actuación omitiere hacerlo, éstos serían sujetos de una responsabilidad jurídica.

### *Relación entre la salud y los derechos humanos*

Entre la salud y los derechos humanos existen vínculos complejos los cuales se explican a continuación, de acuerdo a la OMS:

- La violación o la desatención de los derechos humanos pueden tener graves consecuencias para la salud;

- Las políticas y los programas sanitarios pueden promover los derechos humanos o violarlos, según la manera en que se formulen o se apliquen;

- La vulnerabilidad a la mala salud se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. El contenido normativo de cada derecho se enuncia completamente en los instrumentos de derechos humanos. A continuación, figuran algunos ejemplos de cómo está formulado en los instrumentos de derechos humanos el contenido normativo de algunos de los demás derechos humanos clave que guardan relación con la salud:

- Tortura<sup>19</sup>, según el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: «Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.»

- Violencia contra los niños<sup>20</sup>: Se adoptarán «todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual».

- Prácticas tradicionales nocivas<sup>21</sup>: Se adoptarán «medidas eficaces y apropiadas [...] para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños».

- Participación<sup>22</sup>: El derecho a una participación «activa, libre y significativa».

---

<sup>19</sup> Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*

<sup>20</sup> UNICEF (1989). Artículo 19. *Convención sobre los Derechos del Niño. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.*

<sup>21</sup> CRLP (2000). "Prácticas tradicionales nocivas que afectan a los derechos reproductivos: circuncisión femenina/mutilación genital femenina (CF/MGF)" en *Derechos Reproductivos 2000: Hacia Adelante*. Programa Internacional del Centro Legal de Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. Washington D.C.

<sup>22</sup> Naciones Unidas (1986). *Declaración sobre el derecho al desarrollo*. Asamblea General de la ONU, Resolución 41/128, 04 de diciembre de 1986.



- Información<sup>23</sup>: «Libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole.»

- Intimidad<sup>24</sup>: «Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada.»

- Progreso científico<sup>25</sup>: El derecho de toda persona a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones.

- Educación<sup>26</sup>: El derecho a la educación, en particular a conocer los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, y a recibir apoyo para aplicar esos conocimientos.

- Alimentación y nutrición<sup>27</sup>: El derecho de toda persona a una alimentación adecuada y el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre.

- Nivel de vida<sup>28</sup>: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados; y a la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

- Derecho a la seguridad social<sup>29</sup>: El derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.

Asimismo, es importante tener en consideración las estadísticas del desarrollo de todos los puntos anteriores. Es así como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, año con año realiza y publica un informe que mide el Índice de Desarrollo Humano (IDH).

El Índice de Desarrollo Humano mide tres dimensiones, sobre las cuales saca un promedio de 0 a 1:

1. La esperanza de vida al nacer, enfocada a la capacidad de llevar una vida larga y saludable.

---

<sup>23</sup> OEA. (2015). Artículo 13. *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. Libertad de Pensamiento y de Expresión

<sup>24</sup> CIDH (1948). Artículo 12. *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Bogotá, Colombia.

<sup>25</sup> Naciones Unidas (2012). *El derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones*. [Fecha de consulta: 23 de marzo de 2018] Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/Issues/CulturalRights/Pages/benefitfromscientificprogress.aspx>

<sup>26</sup> UNICEF (1989). Artículo 24. derecho a la salud y los servicios médicos. Capítulo II

<sup>27</sup> UNICEF (1989). *Convención internacional sobre los derechos del niño y de la niña*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Asunción, Paraguay, Ed. Grafitec.

<sup>28</sup> Naciones Unidas (1979). *Op. Cit.*

<sup>29</sup> Naciones Unidas (3 de enero de 1976). Artículo 9. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

RÍOS RUIZ, Alma de los Ángeles y FUENTE DEL CAMPO, Antonio. "Derechos humanos y seguridad hospitalaria en México", *Revista In Jure Anáhuac Mayab* [http://anahuacmayab.mx/injure], 2018, año 6, núm. 12, ISSN 2007-6045. Pp. 106-135.

2. Los años promedio de escolaridad, que reflejan la posibilidad de adquirir conocimiento.

3. El producto interno bruto per cápita, como un indicador de poder tener un nivel de vida "decente".<sup>30</sup>

México ocupa la posición 77 en el índice de Desarrollo Humano, con lo que no llega ni al Top 30 del listado realizado por Naciones Unidas que considera 188 países.<sup>31</sup>

Ranking Latinoamérica	País	Ranking mundial	Puntaje	Calificación
1	Chile	38	0,847	Muy alto
2	Argentina	45	0,827	Muy alto
3	Uruguay	54	0,795	Alto
4	Panamá	60	0,788	Alto
5	Trinidad y Tobago	65	0,780	Alto
6	Costa Rica	66	0,776	Alto
7	Cuba	68	0,775	Alto
8	Venezuela	71	0,767	Alto
9	México	77	0,762	Alto
10	Brasil	79	0,754	Alto

**Fuente:** Imagen extraída del diario Expansión, <https://expansion.mx/mundo/2017/03/28/el-avance-de-america-latina-en-jaque-por-la-desigualdad>

### ¿Qué se entiende por "enfoque de la salud basado en los derechos humanos"?

Por "enfoque de la salud basado en los derechos humanos" se entiende:

- Utilizar los derechos humanos como marco para el desarrollo sanitario.
- Evaluar las consecuencias que tiene cualquier política, programa o legislación sanitaria para los derechos humanos, y adoptar medidas al respecto.

• Tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, la aplicación, la supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros) que guarden relación con la salud.

Los principios fundamentales a aplicar en esos procesos sugerirían los siguientes<sup>32</sup>:

<sup>30</sup> Expansión, <https://expansion.mx/mundo/2017/03/28/el-avance-de-america-latina-en-jaque-por-la-desigualdad>

<sup>31</sup> *Idem*.

<sup>32</sup> OMS (2002). "Veinticinco Preguntas y Respuestas Salud y derechos humanos". Organización Mundial de la Salud. [Fecha de consulta: 02 de marzo de 2018] Recuperado de <http://www.who.int/hhr/activities/Q%26AfinalversionSpanish.pdf>

✓Respetar la dignidad humana.

✓Conceder atención a los grupos de la sociedad considerados más vulnerables. En otras palabras, reconocer y tener presentes las características de las personas a las que afectan las políticas, las estrategias y los programas sanitarios; esto es: los niños y niñas, los adolescentes, las mujeres y los hombres; los pueblos indígenas y tribales; las minorías nacionales, étnicas, religiosas y lingüísticas; los desplazados internos; los refugiados; los inmigrantes y los migrantes; las personas de edad; las personas con discapacidad; los presos; los grupos de personas desfavorecidas desde el punto de vista económico o marginadas por algún otro motivo, y los grupos vulnerables.

✓Garantizar que los sistemas sanitarios se hagan accesibles a todos, especialmente a los sectores más vulnerables o marginados de la población, de hecho y de derecho, sin discriminación por ninguno de los motivos prohibidos.

✓Adoptar una perspectiva de género y reconocer que los factores biológicos y socioculturales influyen considerablemente en la salud de hombres y mujeres y que en las políticas y los programas es necesario tener presentes esas diferencias.

✓Garantizar la igualdad y la no discriminación, ya sea voluntaria o involuntaria, en la formulación y puesta en práctica de los programas de salud.

✓Desglosar los datos relativos a la salud para determinar si hay discriminación subyacente.

✓Garantizar la participación libre, fructífera y efectiva de los beneficiarios de las políticas o programas de desarrollo sanitario en los procesos de adopción de las decisiones que los afectan.

✓Promover y proteger el derecho a la educación y el derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas relativas a las cuestiones de salud. Ahora bien, el derecho a la información no debe menoscabar el derecho a la intimidad, lo que significa que debe darse un trato confidencial a los datos personales relativos a la salud.

✓Dejar que una política o un programa sanitario limite el ejercicio o el disfrute de un derecho únicamente como último recurso, y no considerar que ello es legítimo salvo si se cumplieran todas las disposiciones previstas en los Principios de Siracusa.

✓Confrontar las consecuencias para los derechos humanos de cualquier ley, política o programa sanitario con los objetivos de salud pública que se persiguen, y conseguir un

equilibrio óptimo entre la obtención de resultados positivos desde el punto de vista de la salud pública y la promoción y protección de los derechos humanos.

✓Hacer referencias explícitas a las normas y reglas internacionales de derechos humanos con el objeto de poner de relieve la forma en que los derechos humanos se aplican a una política, un programa o una ley sanitaria, y la relación existente entre ellos.

✓Perseguir como objetivo explícito fundamental de las actividades destinadas a mejorar la salud, la realización del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr.

✓Enunciar las obligaciones concretas de los gobiernos sobre el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos.

✓Definir puntos de referencia e indicadores para supervisar la realización progresiva de los derechos en la esfera de la salud.

✓Aumentar la transparencia y exigir una gestión más responsable de las cuestiones de salud como principio fundamental en todas las etapas del desarrollo de los programas.

✓Introducir salvaguardias para proteger de las principales amenazas a las minorías, los migrantes y otros grupos «impopulares» en los países, a fin de contrarrestar los desequilibrios de poder. Ejemplo de ello sería el establecimiento de mecanismos de recurso para los casos de violaciones de los derechos relacionados con la salud.

Todos estos principios, en su conjunto y de forma eslabonada deben ser considerados como el foco central para lograr el pleno ejercicio de los derechos humanos, no obstante y aun cuando reconocemos que en el marco normativo internacional contamos con esas directrices, el caso de nuestro país se encuentra alejado de esa realidad teórica, toda vez que la protección a los derechos humanos en México sigue siendo muy precaria, pues de acuerdo con estadísticas al cierre de 2016 la CNDH recibió 45,690 solicitudes de queja, de los cuales 14,494 fueron calificados como presuntamente violatorios de derechos humanos; en tanto que los OPDH recibió 172,078 y atendió 80,820<sup>33</sup> ambos datos arrojados a finales de 2017.

Esto pone en manifiesto que, como país en materia de Derechos Humanos, aún tenemos grandes retos, en materia de derecho sanitario por ejemplo, aún queda pendiente la construcción de un sistema de salud eficiente, equitativo y sostenible que ofrezca a la

---

<sup>33</sup> Forbes, <https://www.forbes.com.mx/los-estados-con-mas-violaciones-a-los-derechos-humanos-en-mexico/>

población un cuidado personalizado, preventivo y garante del ejercicio de un pleno derecho a la salud.

No obstante, la protección a los derechos humanos en México sigue siendo muy precaria, ya que de acuerdo con estadísticas al cierre de 2016 la CNDH recibió 45,690 solicitudes de queja, de los cuales 14,494 fueron calificados como presuntamente violatorios de derechos humanos; en tanto que los OPDH recibió 172,078 y atendió 80,820<sup>34</sup> ambos datos arrojados a finales de 2017.

## 2. Seguridad sanitaria

Una obligación principal del gobierno con la población es proteger su vida y su salud. Este compromiso no es sólo ético, sino que debe contar con estructura institucional que lo respalde día con día. Esta debe tener dos pilares básicos. El primero es un sistema de vigilancia e intervención epidemiológica con la capacidad de detectar y enfrentar oportunamente una emergencia de salud. El segundo es un sistema de protección contra riesgos sanitarios; por ejemplo, sustancias tóxicas en alimentos y bebidas, fármacos con efectos secundarios graves, publicidad engañosa, etcétera<sup>35</sup>.

La seguridad sanitaria es, por naturaleza, colectiva y responsabilidad del sistema público de salud. México cuenta formalmente con un sistema de vigilancia epidemiológica y una Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris). Sin embargo, durante el año pasado ambos han probado ser más de papel que estructuras sólidas y actuantes<sup>36</sup>.

El tema de la seguridad es fundamental por sus implicaciones para la salud y la vida del ser humano. Toda organización debe asumir la gestión del riesgo de seguridad para lograr el compromiso de sus integrantes y prepararse para la identificación, prevención, reducción, eliminación, sustitución y mitigación de los factores que puedan desencadenar emergencias. Orientar la toma de decisiones para fortalecer las condiciones de la infraestructura, mitigar riesgos potenciales del ambiente, asumir el cumplimiento normativo de la gestión en la seguridad en los Hospitales; además de la aplicación de normas regulatorias antisísmicas en el diseño y la construcción de la infraestructura; aplicación de medidas sanitarias; conformación de brigadas de emergencias; Declaración de políticas de prevención y control de emergencias y desastres; aplicación de normas de construcción.

---

<sup>35</sup> Laurell, A. C. (5 de febrero de 2010). "Seguridad sanitaria incierta". *La Jornada*. [Fecha de consulta: 29 de marzo de 2018] Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2010/02/05/ciencias/a03a1cie>

<sup>36</sup> *Idem*.

Los entes territoriales y la declaración Universal de los Derechos Humanos se encargarán de vigilar que los conceptos anteriores sean cumplidos.

La Calidad de Atención se ha convertido en los últimos años en un tema relevante en las agendas de Gobierno en materia de salud. Bajo las actuales exigencias en salud, las instituciones se han visto obligadas a incorporar este aspecto en la planificación de sus actividades, enfocadas principalmente a mantener un alto nivel en el continuo del cuidado de las personas.

La seguridad es una de las dimensiones de la calidad de atención. Su significado está orientado a un balance positivo entre riesgos y beneficios, reduciendo los peligros asociados a la atención de salud. El cuidado de la salud ha llegado a ser una necesidad social y se ha reconocido la necesidad de adoptar programas de seguridad ante los riesgos y peligros existentes en el ambiente hospitalario; ya que el omitirlo pondría en riesgo a todos los que colaboran y hacen uso del hospital, además del riesgo al daño ambiental<sup>37</sup>.

Con base en lo anterior es que podemos advertir nuevamente, la importancia de la creación e implementación de políticas públicas destinadas a promover la cultura de la prevención en el ámbito de la salud, personal y pública, dirigiendo los esfuerzos para cubrir necesidades sanitarias a fin de procurar el desarrollo sostenible de un sistema de seguridad adecuado, que incluya por supuesto temas como la capacitación del personal sanitario y la investigación clínica, factores que en su conjunto lograrían el aumento de la calidad en materia de asistencia.

La praxis médica consiste en anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o la recuperación, conservación, y preservación de la salud de las mismas; el asesoramiento público o privado, así como las pericias que practican los médicos.<sup>38</sup> En nuestro país, la regulación de la práctica médica ha evolucionado con la participación de diversos actores: academias, colegios y asociaciones médicas; Consejo de Salubridad General, Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Educación Pública y compañías aseguradoras; ¿pero regulación para qué?

El modelo de regulación sanitaria se ha concebido como una práctica de autoridad en relación con el cumplimiento de normas y opera en un marco de rigidez que concentra sus acciones principalmente en la búsqueda de omisiones antes que en la identificación de

---

<sup>37</sup> *Idem*.

<sup>38</sup> Alcántara Anaya, R.; Aguilasocho, *et. al.*, (2013). "Praxis médica". En *Cirujano General* Vol. 35 Supl. 2, pp. 164-166

RÍOS RUIZ, Alma de los Ángeles y FUENTE DEL CAMPO, Antonio. "Derechos humanos y seguridad hospitalaria en México", *Revista In Jure Anáhuac Mayab* [<http://anahuacmayab.mx/injure>], 2018, año 6, núm. 12, ISSN 2007-6045. Pp. 106-135.



soluciones y fomento de buenas prácticas de seguridad sanitaria<sup>39</sup>. A fin de contribuir a lo anterior y con base en el sexto informe de labores de la Secretaría de Salud publicado en 2018, establece que para fortalecer la supervisión de establecimientos y servicios de salud, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se han realizado 1,041 visitas de verificación sanitaria a establecimientos de servicios de salud y atención médica, así como clínicas de cirugía y procedimientos estéticos; es decir, 115 visitas mensuales, lo que representa un incremento de 36% en las actividades de vigilancia en esta materia en relación con el periodo anterior (78 visitas mensuales).<sup>40</sup>

Así mismo y con aras de promover permanente y sistemáticamente todos los programas y acciones que permitan alcanzar una efectiva reducción de riesgos, el 7 de abril del 2016 se logró la publicación en el Diario Oficial de Federación del Estándar de Competencia 0686: Facilitación del Programa "6 Pasos de la Salud con Prevención", con el cual se ha beneficiado a 4, 149,992 personas a través de 30,872 capacitadores. Se cuenta con 17 capacitadores bilingües que han impartido 709 cursos en lengua indígena a 86,504 personas; el curso se ha replicado 52,542 veces en todo el país.<sup>41</sup>

Otro ejemplo del tema en discusión es que, para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la Red Nacional de Laboratorios para la oportuna atención de emergencias y desastres, del 1 de septiembre al 30 de junio de 2018, se realizaron 14 avisos preventivos de viaje por los brotes de sarampión en la región de Europa, en Venezuela, y casos en Estados Unidos de América y Canadá. Asimismo, en se realizó un aviso preventivo de viaje dirigido a Brasil por la situación de fiebre amarilla en febrero de 2018 y este se actualizó en marzo de 2018. Se llevó a cabo el monitoreo 24/7 de todos los eventos meteorológicos, volcánicos, sismológicos, químicos, biológicos, radiológicos y nucleares ocurridos en el país.<sup>42</sup>

La calidad, seguridad y efectividad de los servicios de atención médica son objetivos que conciernen a los gobiernos, a los profesionales de la salud y a la sociedad en su conjunto; la gestión de riesgos en los servicios sanitarios es el conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y reducir o eliminar el riesgo de que se produzca un suceso adverso que afecte:

---

<sup>39</sup> Trujillo, A. (2009). "Normatividad y regulación sanitaria en México". *Rev Mex Med Tran*, Vol. 2, Supl. 1, pp 32-34.

<sup>40</sup> Sexto informe de labores 2017-2018, [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/392447/6o\\_Informe\\_de\\_Labores\\_SS\\_2017-2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/392447/6o_Informe_de_Labores_SS_2017-2018.pdf)

<sup>41</sup> *Ídem*.

<sup>42</sup> *Ídem*.

- Las personas: pacientes, personal sanitario, directivos y demás trabajadores.
- Las instalaciones: edificios, equipos y dispositivos médicos, mobiliario, medio ambiente.
- Los recursos económicos: Inversiones, fondos de crecimiento y desarrollo, recursos de investigación.
- El prestigio y renombre de la institución y sus profesionales: satisfacción del personal, reputación, propiedad intelectual, relevancia, atracción de clientes.

La regulación sanitaria en México es un proceso permanente y dinámico: depende de la propia actividad humana, el desarrollo de nuevos productos y servicios; también de los avances tecnológicos y el descubrimiento de alternativas terapéuticas cada vez más complejas. Así mismo, la consciencia de la calidad y seguridad aumenta gradualmente en la sociedad; por lo que se combina la gestión del riesgo y la gestión de la calidad en la elaboración del marco normativo para la regulación sanitaria<sup>43</sup>.

Es así que a manera de corolario podemos indicar que la regulación sanitaria tiene por objeto prevenir, para evitar riesgos o daños en material de salud de la población, incidiendo e incentivando en aquellas prácticas positivas que coadyuven a mejorar la salud individual y colectiva; para lo cual se requiere mejorar la calidad a través de la acreditación y la evaluación de elementos objetivos como la seguridad, capacidad, infraestructura, equipamiento y recursos humanos con que cuentan los establecimientos que brindan atención médica a la población con acceso a los servicios de salud.

### **3. El sistema de salud en México**

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado:

El sector público comprende a las instituciones de seguridad social; tales como: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros, que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, las cuales incluyen al Seguro Popular de Salud (SPS), a la Secretaría de Salud (SS), a los Servicios Estatales de Salud (SESA) y al Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O).

---

<sup>43</sup> Trujillo, A. (2009). "Normatividad y regulación sanitaria en México". *Rev Mex Med Tran*, Vol. 2, Supl. 1, pp 32-34.



El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes:

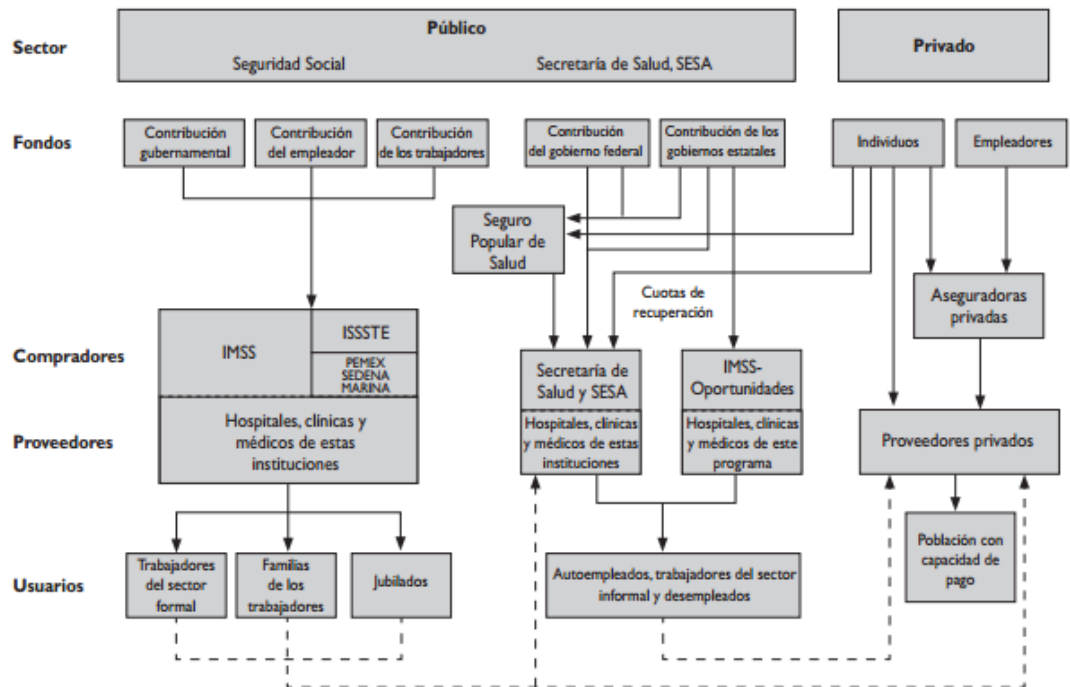
- a) Contribuciones gubernamentales.
- b) Contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno)
- c) Contribuciones de los empleados.

Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SS como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población de responsabilidad de la SS y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SS y a los SESA (y casualmente a proveedores privados). En último lugar, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados<sup>44</sup>.

## Sistema de salud en México

---

<sup>44</sup> Octavio Gómez Dantés, Octavio Gómez Dantés, *et. al.*, "Sistema de salud de México", *Salud Pública*, número 2, vol. 53, pp. México, 2011, p.221.



**Fuente:** Imagen extraída del artículo "Sistema de salud de México" en la revista *Salud Pública*.

De acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de México de 1917, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, garantizarlo es el gran problema que representa el sistema de salud en México.

En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

1. Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias.
2. Los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias.
3. La población con capacidad de pago.

El sistema de la salud de México expresa rezagos importantes en tres indicadores centrales: equidad, calidad y cobertura financiera. Además, también se caracteriza porque se encuentra fuertemente segmentado, lo cual origina que el derecho a la salud no sea garantizado para toda la población. El gasto público en salud ha estado concentrado en la población afiliada a la seguridad social; es decir, quienes acceden a los servicios de salud del IMSS o ISSSTE o PEMEX.

De acuerdo al Banco de México, el gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de

RÍOS RUIZ, Alma de los Ángeles y FUENTE DEL CAMPO, Antonio. "Derechos humanos y seguridad hospitalaria en México", *Revista In Jure Anáhuac Mayab* [<http://anahuacmayab.mx/injure>], 2018, año 6, núm. 12, ISSN 2007-6045. Pp. 106-135.



emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios<sup>45</sup>.

Por otro lado, de acuerdo con el presupuesto de Egresos de la Federación 2018, la asignación del presupuesto fue el siguiente:

En el PEF-2018 se asignaron 564,935.7 millones de pesos al Sector Salud, monto que resulta superior en 0.6%, en términos reales, a lo aprobado para 2017.

El 95.4% de este monto se concentra en el IMSS, el ISSSTE y los ramos de Salud y de Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios; el restante 4.6% corresponde a Defensa Nacional, Marina y Aportaciones a Seguridad Social.

Los 15,330.2 mdp destinados a gasto de inversión en el Sector Salud, representan un incremento de 6.0% respecto a la asignación para 2017; sin embargo, sólo el 22.9% de ese monto corresponde a gasto de obra pública.<sup>46</sup>

El desempeño del Sistema de Salud en México durante las últimas dos décadas puede caracterizarse a través de dos procesos centrales y confluentes entre sí: la fragmentación y el deterioro de la calidad de sus servicios derivados de la reducción sistemática y progresiva del gasto público en la materia:

- La fragmentación del sistema de salud y minimización progresiva de los servicios otorgados a la población abierta.
- El decremento de la calidad en los servicios.

Este proceso de disminución del gasto público en salud tiene su contraparte en la implementación de mecanismos de privatización selectiva de los servicios de salud: en la alternativa de colocar los servicios de salud en manos de particulares, el enfoque usado permea aquellos servicios que, por su costo intrínseco o por el poder adquisitivo de sus destinatarios, resultan más rentables. En contraposición, aquellos servicios poco rentables y que están destinados a la población de escasos recursos, mayormente del sector informal, aún son considerados como una responsabilidad del Estado más con una tendencia a ir restringiendo progresiva y marcadamente los recursos que se les asignan y los servicios que incluyen<sup>47</sup>.

<sup>45</sup> Banco Mundial, <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

<sup>46</sup> Recursos destinados al sector salud en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2018, <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/3832/1%20Publicaci%C3%B3n%20Recurso%20destinados%20al%20sector%20salud%20PEF%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>47</sup> Alejandro Cerda García, México: "El derecho a la salud" en Helena Gardeazábal (coord.), *Derecho a la salud. Situación en países de América Latina*, ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL, p. 152.

Los indicadores del estado de salud de una nación son, en buena medida, reflejo de su nivel de desarrollo. De acuerdo a la OCDE, en el 2012, el gasto total en salud en México representó el 6.2% de su PIB; resultando como uno de los porcentajes más bajos entre los países de la OCDE (por encima únicamente de Estonia y Turquía) y muy por debajo del promedio de los países de la OCDE de 9.3%. Como resultado de una gran expansión en la cobertura de salud para los pobres y los no asegurados que comenzó en el 2004, la participación pública en el financiamiento del cuidado de la salud en México se ha incrementado en alrededor de 10 puntos porcentuales para situarse en 50% en el 2012. Sin embargo, esta tasa se mantiene como una de las más bajas entre los países de la OCDE (donde el promedio es del 72%), y alrededor de la mitad del gasto en salud en México es pagado directamente por los pacientes.<sup>48</sup>

De acuerdo a información de Medigraphic de 2011<sup>49</sup>, en México los prestadores de servicios de salud generan anualmente 187 millones de consultas generales, 41 millones de consultas de especialidad, 27 millones de consultas de urgencia, 1.5 millones de partos, 3.1 millones de intervenciones quirúrgicas y 4.5 millones de egresos hospitalarios. En el último trienio, más de 4.5 millones de consultas otorgadas.

En los primeros siete meses de 2009, las instituciones públicas del sector salud realizaron alrededor de 1.8 millones de intervenciones quirúrgicas. En ese mismo año, la ocupación hospitalaria registrada fue de 75%.

El principal problema del Sistema Nacional de Salud en materia de calidad es la enorme heterogeneidad que existe a este respecto entre los principales prestadores de servicios.

En este tenor, es de mencionar el porcentaje de complicaciones de los partos vaginales en los hospitales de los SESA (Servicios de Salud) y de la Secretaría de Salud Federal (0.48%) es 2.6 veces mayor que el porcentaje de los hospitales del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) (0.18%).

El porcentaje de apéndices perforados en los hospitales de los SESA y de la Secretaría de Salud es mayor de 6% contra menos de 2% en los hospitales del IMSS y poco más de 3% en las unidades hospitalarias del IMSS.

---

<sup>48</sup> Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 México en comparación, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>

<sup>49</sup> Gerardo Ricardo Zurita Navarrete, *Op. Cit.*, p. 42.

RÍOS RUIZ, Alma de los Ángeles y FUENTE DEL CAMPO, Antonio. "Derechos humanos y seguridad hospitalaria en México", *Revista In Jure Anáhuac Mayab* [<http://anahuacmayab.mx/injure>], 2018, año 6, núm. 12, ISSN 2007-6045. Pp. 106-135.

El porcentaje de readmisiones por colecistectomías abiertas en los hospitales menores de 60 camas del IMSS es de casi 2% contra menos de 1.5% en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

El porcentaje de complicaciones de neumonías en pacientes de al menos 60 años asciende a casi 27% en los hospitales del IMSS, a 14% en los hospitales del ISSSTE y a menos de 23% en las unidades hospitalarias de los SESA y la Secretaría de Salud. Al referirse a los problemas de calidad técnica, no se pueden omitir los problemas de eficiencia.

El promedio de días estancia por hernioplastía inguinal en los hospitales de más de 120 camas del IMSS es de 1.5 días contra 2.6 días en los hospitales de los SESA y la Secretaría de Salud.

El promedio de días estancia para apendicetomías en hospitales menores de 60 camas del IMSS es 6.5 días contra 3 días en los hospitales de los SESA. El promedio de cirugías por quirófano en el IMSS es de casi 4 contra 2.2 en la Secretaría de Salud y 1.9 en PEMEX.

En los indicadores de calidad interpersonal también hay variaciones importantes. De acuerdo con la ENSA Nut 2006, el tiempo promedio de espera en consulta externa en el IMSS es de 90 minutos, contra menos de 30 minutos en las unidades del sector privado. El porcentaje de cirugías diferidas es de 20% en el ISSSTE, 18% en el IMSS, 18.2% en la Secretaría de Salud y 13% en el IMSS.

Los principales motivos de suspensión de cirugías son la falta de insumos, quirófanos y personal médico. Los usuarios de los servicios de la Secretaría de Salud son los que mejor califican la calidad de los alimentos y la limpieza de las instalaciones.

#### **4. El derecho humano a la salud en México y seguridad sanitaria**

El concepto del derecho a la protección de la salud en México se ha ido transformando al paso de los años. En síntesis, este derecho se concebía inicialmente como una cuestión religiosa o de mera caridad; posteriormente, con base en el movimiento de Reforma, el Estado mexicano se asumió como el único responsable de su cumplimiento, pero bajo un aspecto meramente individualista; finalmente, la revolución de 1910 y las ideas progresistas del constituyente de 1917, transformaron esta concepción otorgando al derecho a la salud su carácter social, al señalar al Congreso de la Unión facultades en la materia.<sup>50</sup> El derecho a la salud está consagrado en la Constitución Política de México en

---

<sup>50</sup> EL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México, PARTICIPACIÓN DE LA

RÍOS RUIZ, Alma de los Ángeles y FUENTE DEL CAMPO, Antonio. "Derechos humanos y seguridad hospitalaria en México", *Revista In Jure Anáhuac Mayab* [<http://anahuacmayab.mx/injure>], 2018, año 6, núm. 12, ISSN 2007-6045. Pp. 106-135.



la fracción cuarta del artículo 4: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".<sup>51</sup>

De la lectura de dicho párrafo se desprende que debe existir concurrencia entre la Federación y las Entidades Federativas para hacer efectivo el derecho a la salud. Lo cual responde no sólo a un sano federalismo, sino también a una necesidad real y un interés fundamental de los mexicanos por procurar que todas las instancias de gobierno intervengan en su concreción, ya que sin el concurso de ambas instancias (federal y estatal) la acción sanitaria sería del todo ineficaz.

Asimismo, debe decirse que una interpretación armónica de la Constitución permite inferir que los municipios también formen parte de esta tarea, ya que el inciso i), fracción III del artículo 115 constitucional otorga la posibilidad de que los mismos se hagan cargo de los servicios públicos que determinen las legislaturas estatales.<sup>52</sup>

El derecho a la protección de la salud se presenta como auténtica garantía constitucional; en el artículo 1º reconoce en su fracción primera y segunda que el derecho a la salud es un derecho humano reconocido y consagrado por la Constitución:

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados

---

SEÑORA MINISTRA OLGA SÁNCHEZ CORDERO DE GARCÍA VILLEGAS, EN EL SIMPOSIO INTERNACIONAL "POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS Y LA MEJORÍA DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE", CELEBRADO EN EL AUDITORIO JAIME TORRES BODET DEL MUSEO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EL 9 DE OCTUBRE DE 2000, [www.scjn.gob.mx/conocelacorte/ministra/EL%20DERECHO%20CONSTITUCIONAL%20A%20LA%20PROTECCION%20DE%20LA%20SALUD.pdf](http://www.scjn.gob.mx/conocelacorte/ministra/EL%20DERECHO%20CONSTITUCIONAL%20A%20LA%20PROTECCION%20DE%20LA%20SALUD.pdf)

<sup>51</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, [http://www.dof.gob.mx/constitucion/marzo\\_2014\\_constitucion.pdf](http://www.dof.gob.mx/constitucion/marzo_2014_constitucion.pdf)

<sup>52</sup> EL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México, PARTICIPACIÓN DE LA SEÑORA MINISTRA OLGA SÁNCHEZ CORDERO DE GARCÍA VILLEGAS, EN EL SIMPOSIO INTERNACIONAL "POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS Y LA MEJORÍA DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE", CELEBRADO EN EL AUDITORIO JAIME TORRES BODET DEL MUSEO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EL 9 DE OCTUBRE DE 2000, [www.scjn.gob.mx/conocelacorte/ministra/EL%20DERECHO%20CONSTITUCIONAL%20A%20LA%20PROTECCION%20DE%20LA%20SALUD.pdf](http://www.scjn.gob.mx/conocelacorte/ministra/EL%20DERECHO%20CONSTITUCIONAL%20A%20LA%20PROTECCION%20DE%20LA%20SALUD.pdf)

internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.<sup>53</sup>

El derecho a la protección de la salud además de encontrar su contenido específico en el artículo 4to Constitucional, también las disposiciones legislativas secundarias, reglamenta y amplían los contenidos del derecho a la protección de la salud constitucionalmente consagrado.

La Ley General de Salud en su artículo 2do establece las finalidades del derecho a la protección a la salud:

El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.<sup>54</sup>

En la Ley General de Salud se encuentran los siguientes criterios mínimos del derecho a la salud:

- a) En el artículo 35 se establece que los servicios públicos de salud deben ser prestados bajo los criterios de universalidad y gratuidad<sup>55</sup>.

---

<sup>53</sup> CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Última reforma publicada DOF 07-07-2014, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>

<sup>54</sup> LEY GENERAL DE SALUD, [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)

<sup>55</sup> *Ídem*.

- b) El artículo 25 se refiere a la garantía de la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios, preferentemente a grupos vulnerables<sup>56</sup>.
- c) El artículo 36 indica que las cuotas de recuperación que en su caso se recauden, deberán tomar en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios, fundándose en principios de solidaridad social y eximiendo del cobro a los usuarios que carezcan de recursos para cubrirlos o que se encuentren las zonas de menor desarrollo económico y social del país<sup>57</sup>.
- d) El artículo 6 establece que el Sistema Nacional de Salud deberá prestar servicios a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, dando prioridad a las acciones preventivas<sup>58</sup>.
- e) El artículo 77 Bis 1 establece que 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. Además, que 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.<sup>59</sup>

En este sentido, la legislación secundaria del derecho a la salud, tiene un carácter orgánico que no configura verdaderas prerrogativas de los ciudadanos exigibles al Estado. Al respecto existen algunos criterios emitidos por el Poder Judicial de la Federación<sup>60</sup>:

El derecho a la protección de la salud ha sido interpretado por el Poder Judicial de la Federación como un derecho fundamental que encuentra su consagración a nivel constitucional y su contenido específico en la regulación secundaria. Los derechos sociales son normas, y como tales deben tener efectos vinculatorios para los sujetos obligados, entre

---

<sup>56</sup> *Ídem.*

<sup>57</sup> *Ídem.*

<sup>58</sup> *Ídem.*

<sup>59</sup> *Ídem.* (Op. Cit)

<sup>60</sup> PARTICIPACIÓN DE LA SEÑORA MINISTRA OLGA SÁNCHEZ CORDERO DE GARCÍA VILLEGAS, EN EL SIMPOSIO INTERNACIONAL "POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS Y LA MEJORÍA DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE", CELEBRADO EN EL AUDITORIO JAIME TORRES BODET DEL MUSEO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EL 9 DE OCTUBRE DE 2000, [https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCYQFJAC&url=https%3A%2F%2Fwww.scjn.gob.mx%2Fconocelacorte%2Fministra%2FEL%2520DERECHO%2520CONSTITUCIONAL%2520A%2520LA%2520PROTECCION%2520DE%2520LA%2520SALUD.pdf&ei=uTT3VK3sJpb\\_yQTX\\_oGoBw&usg=AFQjCNFun2ALJ0aftGDkC29c\\_VGgXjsV8Q&sig2=e4OXRQzk\\_-D0A2Infx5BKg&bvm=bv.87519884,d.aWw](https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCYQFJAC&url=https%3A%2F%2Fwww.scjn.gob.mx%2Fconocelacorte%2Fministra%2FEL%2520DERECHO%2520CONSTITUCIONAL%2520A%2520LA%2520PROTECCION%2520DE%2520LA%2520SALUD.pdf&ei=uTT3VK3sJpb_yQTX_oGoBw&usg=AFQjCNFun2ALJ0aftGDkC29c_VGgXjsV8Q&sig2=e4OXRQzk_-D0A2Infx5BKg&bvm=bv.87519884,d.aWw)



los que se encuentran, por supuesto, los poderes públicos. En otras palabras, el derecho a la salud como derecho constitucional y humano implica una obligación de las autoridades que gobiernan un Estado a que dicho derecho sea respetado, cumplido, protegido y garantizado.

De tal manera que el derecho a la salud como un derecho humano no puede entenderse sin la garantía de seguridad sanitaria; la cual engloba la prevención y los excelentes cuidados asistenciales. Esta acción es directamente proporcional a la participación y compromiso con los políticos en la distribución de los recursos<sup>61</sup>.

En resumen, el derecho a la salud en México está consagrado por la Constitución; así que el Estado se asume como el único responsable de su cumplimiento. Asimismo, la Ley General de Salud establece las finalidades y criterios mínimos del derecho a la protección a la salud. De esta forma, el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, la de garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población; y que por servicios de salud se entiendan las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad, los cuales son compatibles con varios instrumentos internacionales de derechos humanos.

## 5. Conclusiones

El Estado Mexicano debe garantizar la protección, ejercicio y goce del derecho a la salud destinando recursos para tal efecto, a fin de estar en posibilidad de cumplir con las obligaciones adquiridas a nivel internacional y nacional, de respeto, protección, materialización, eficacia y eficiencia del derecho humano a la salud.

Resulta imperativo actualizar, elevar y fortalecer las competencias de los profesionales de la salud, por un lado, respecto al conocimiento específico de su materia y la pericia para aplicarla, y por otro sensibilizarlos respecto a la importancia del conocimiento y la aplicación de los instrumentos internacionales de derechos humanos que impactan en el desarrollo de su profesión y labor como parte integral de un sistema de salud, principalmente en el contexto de la eficiencia y calidad de la atención a los pacientes.

---

<sup>61</sup> Loyo, M. & Díaz, H. (2009). "Hospitales en México". En *Revista Cir Ciruj*, Volumen 77, pp. 497-504.

El derecho humano a la salud no debe entenderse sin la garantía de seguridad sanitaria, que engloba la prevención y los excelentes cuidados asistenciales. El marco jurídico del derecho humano a la salud es la base para: a) unificar estrategias que mejoren la salud de los grupos sociales más pobres y excluidos; b) mejorar la equidad en salud; c) aclarar la rendición de cuentas y las responsabilidades de los sistemas de salud y d) evaluar el cumplimiento de las recomendaciones al Estado Mexicano.

El derecho a la salud forma parte del derecho al desarrollo humano y tiene una doble dimensión: se trata de un derecho del constitucionalismo social mexicano para la protección de la salud, y un derecho de solidaridad, pues actualmente, la salud es un problema internacional.

El principal problema del sistema de salud en México en materia de calidad es la enorme heterogeneidad que existe entre los principales prestadores de servicios. Por lo que el mayor reto es buscar alternativas para fortalecer su integración de tal manera que se garantice un paquete común de beneficios a todas las personas, se reduzcan los altos costos de transacción inherentes a un sistema segmentado y se logre finalmente el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud.

Para que la práctica médica se desarrolle de forma eficaz y eficiente, se debe contar con centros de salud bien equipados, que cuenten con suficiente personal médico para atender a los pacientes y excelente formación médica por parte de los profesionales de la salud, quienes además deben contar con salarios dignos para que desempeñen con probidad sus ocupaciones.

En México, el problema para garantizar el efectivo cumplimiento del derecho humano a la salud radica en que el aumento de población resulta desproporcional al aumento de los servicios médicos. La práctica en el terreno fáctico ha demostrado que el número de pacientes que acude al sector público para atención médica en relación a la cantidad de consultas que los profesionales médicos deben atender, los obliga a que éstas sean de corta duración, para poder dar atención a todos, lo que limita la posibilidad de entablar una efectiva, cordial y personalizada relación médico-paciente. Esta práctica relacionada con el factor falta de tiempo, aumenta la posibilidad de que el médico incurra en un actuar imprudente, negligente o erróneo, por ello resulta imperioso generar un cambio a nivel de política pública para la construcción de un sistema de salud eficiente, equitativo y sostenible que ofrezca a la población un cuidado personalizado, preventivo y garante del ejercicio de un pleno derecho a la salud.

### Fuentes de información

ALCÁNTARA, G. (2008). "La definición de la salud de la OMS y la interdisciplinariedad". En *Sapiens Revista Universitaria de Investigación*, año 9, N. 1, junio, pp. 93-107

ALCÁNTARA ANAYA, R.; AGUILASOCHO, C.; SCHADEGG, D.; ARREOLA, A. Pérez, C.E.; MEDINA, J. B. (2013). "Praxis médica". En *Cirujano General* Vol. 35 Supl. 2, pp. 164-166

Banco Mundial, <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

*Constitución política de México* [Const.] (1917) Artículo 4°. DOF: 29 de enero de 2016

CERDA GARCÍA, A. "El derecho a la salud" en Helena Gardeazábal (coord.), *Derecho a la salud. Situación en países de América Latina*. México. ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL.

CIDH (1948). *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Bogotá, Colombia.

*El derecho a la salud*, Folleto informativo N° 31, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra 2008.

Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 México en comparación, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>

GÓMEZ DANTES, O. (2011) "Sistema de salud de México", *Salud Pública*, número 2, vol. 53, pp. México.

GONZÁLEZ, G., PERTUZ, Y., EXPÓSITO, M. Y. (2016). "Gestión de la seguridad hospitalaria en unidades de atención pediátrica" en *Revista Cubana de Enfermería*, vol. 32(2), pp. 207-2017.

LAURELL, A. C. (5 de febrero de 2010). "Seguridad sanitaria incierta". *La Jornada*. [Fecha de consulta: 29 de marzo de 2018] Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2010/02/05/ciencias/a03a1cie>

LEY GENERAL DE SALUD, [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)

MONTIEL, L. (2004). "Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria" en *Revista IIDH*, Vol. 40, pp. 291-313.

BASTIDAS MATHEUS, N. "La mala práctica médica y los derechos humanos, razón y palabra" en *Primera Revista Electrónica en América Latina Especializada en*

RÍOS RUIZ, Alma de los Ángeles y FUENTE DEL CAMPO, Antonio. "Derechos humanos y seguridad hospitalaria en México", *Revista In Jure Anáhuac Mayab* [<http://anahuacmayab.mx/injure>], 2018, año 6, núm. 12, ISSN 2007-6045. Pp. 106-135.

*Comunicación,*

[http://www.razonypalabra.org.mx/N/N81/M81/18\\_Bastidas\\_M81.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/N/N81/M81/18_Bastidas_M81.pdf).

- OEA. (1988). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador [Versión Adobe Reader]*. San Salvador, El Salvador
- OEA. (2015). Artículo 13. Convención Americana sobre Derechos Humanos. Libertad de Pensamiento y de Expresión
- OMS (2002). "Veinticinco Preguntas y Respuestas Salud y derechos humanos". Organización Mundial de la Salud. [Fecha de consulta: 02 de marzo de 2018] Recuperado de <http://www.who.int/hhr/activities/Q%26AfinalversionSpanish.pdf>
- OIM (2013). "Migración internacional, salud y derechos humanos Organización Internacional para las Migraciones". [Fecha de consulta: 15 de marzo de 2018]. Recuperado de [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- OMS (2002). "Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos". Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, no. 1. Organización Mundial de la Salud. [Fecha de consulta: 25 de marzo de 2018]. Recuperado de <https://www.who.int/hhr/activities/Q%26AfinalversionSpanish.pdf>
- OMS (2006). "Constitución de la Organización Mundial de la Salud". Organización Mundial de la Salud. [Fecha de consulta: 14 de marzo de 2018] Recuperado de [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Adoptada proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (iii), de 10 de diciembre de 1948
- Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Adoptada proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (iii), de 10 de diciembre de 1948
- Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, de la Asamblea General
- Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, de la Asamblea General.
- Naciones Unidas (1979). "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer". [Fecha de consulta: 27 de febrero de 2018] Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>

RÍOS RUIZ, Alma de los Ángeles y FUENTE DEL CAMPO, Antonio. "Derechos humanos y seguridad hospitalaria en México", *Revista In Jure Anáhuac Mayab* [<http://anahuacmayab.mx/injure>], 2018, año 6, núm. 12, ISSN 2007-6045. Pp. 106-135.

Naciones Unidas (3 de enero de 1976). Artículo 12. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Naciones Unidas (3 de enero de 1976). Artículo 9. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Naciones Unidas (1986). *Declaración sobre el derecho al desarrollo*. Asamblea General de la ONU, Resolución 41/128, 04 de diciembre de 1986.

Naciones Unidas (2012). *El derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones*. [Fecha de consulta: 23 de marzo de 2018] Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/Issues/CulturalRights/Pages/benefitfromscientificprogress.aspx>

CRLP (2000). "Prácticas tradicionales nocivas que afectan a los derechos reproductivos: circuncisión femenina/mutilación genital femenina (CF/MGF)" en *Derechos Reproductivos 2000: Hacia Adelante*. Programa Internacional del Centro Legal de Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. Washington D.C.

Prosalus y Cruz Roja Española (2014). *Comprendiendo el derecho humano a la salud*. Madrid, Edit. Advantia.

TRUJILLO, A. (2009). *Normatividad y regulación sanitaria en México*. Rev Mex Med Tran, Vol. 2, Supl. 1, pp S32-S34.

UNICEF (1989). *Convención internacional sobre los derechos del niño y de la niña*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Asunción, Paraguay, Ed. Grafitec.

UNICEF (1989). Artículo 19. Convención sobre los Derechos del Niño. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNICEF (1989). Artículo 24. derecho a la salud y los servicios médicos. Capítulo II

(2017). "Desplazamiento interno forzado en México". Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos. [Fecha de consulta: 9 de diciembre de 2018] Recuperado de <http://cmdpdh.org/temas/desplazamiento-interno-forzado-cifras-2017/>

(28 de marzo de 2017). "MÉXICO EN EL LUGAR 77 EN DESARROLLO HUMANO, DE 188 PAÍSES ANALIZADOS POR LA ONU". EXPANSION. [Fecha de consulta: 9 de diciembre de 2018] Recuperado de <https://expansion.mx/mundo/2017/03/28/el-avance-de-america-latina-en-jaque-por-la-desigualdad>

Mavarro, M.F. (15 de diciembre de 2017). "Los estados con más violaciones a los derechos humanos en México". Forbes. [Fecha de consulta: 9 de diciembre de 2018]

RÍOS RUIZ, Alma de los Ángeles y FUENTE DEL CAMPO, Antonio. "Derechos humanos y seguridad hospitalaria en México", *Revista In Jure Anáhuac Mayab* [<http://anahuacmayab.mx/injure>], 2018, año 6, núm. 12, ISSN 2007-6045. Pp. 106-135.



Recuperado de <https://www.forbes.com.mx/los-estados-con-mas-violaciones-a-los-derechos-humanos-en-mexico/>

SEXO INFORME DE LABORES, 2017-2018,  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/392447/6o\\_Informe\\_de\\_Labores\\_SS\\_2017-2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/392447/6o_Informe_de_Labores_SS_2017-2018.pdf)

RECURSOS DESTINADOS AL SECTOR SALUD EN EL PRESUPUESTO DE EGRESOS  
DE LA FEDERACIÓN 2018,  
<http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/3832/1%20Publicaci%C3%B3n%20Recursos%20destinados%20al%20sector%20salud%20PEF%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Recepción: 24 de abril de 2018.

Aceptación: 27 de noviembre de 2018.