

# Derechos Humanos y Salud

---

ROSA MARÍA CUELLAR GUTIERREZ

Coordinador



Fondo  
Editorial para la  
**Investigación**  
Académica

# Sinopsis

---

El libro **Derechos Humanos y Salud** es una obra que aborda de manera exhaustiva la importancia de la protección de los derechos y su vinculación con el derecho a la salud. A través de cuatro capítulos, se exploran diferentes temáticas como la quiropráctica, la procuración de justicia, la donación de órganos, la violencia obstétrica, los derechos reproductivos y la salud pública. Este libro abarca cuatro capítulos que exploran las conexiones entre la salud y los Derechos Humanos.

En el Capítulo I, se investiga la historia y evolución de la Quiropráctica, en estrecha relación con el respeto y acceso a los Derechos Humanos.

El Capítulo II explora la donación de órganos y los trasplantes en México, desde los inicios hasta los avances médicos actuales, además de abordar los retos éticos y legales.

En el Capítulo III, se enfoca en la violencia obstétrica, desentrañando sus raíces y manifestaciones, y analizando los esfuerzos para prevenirla y abordarla, lo que afecta los derechos reproductivos y la salud materna.

Finalmente, el último capítulo analiza la interrelación entre los Derechos Humanos y la salud en México, destacando su importancia para enfrentar desafíos como la violencia, la discriminación y la inequidad en el acceso a la atención médica.

En su conjunto, este libro busca generar conciencia y comprensión sobre la importancia de los servicios de salud para los Derechos Humanos, promoviendo una sociedad inclusiva y equitativa para todas las personas, independientemente de su sexo, origen social, estatus económico u otras características personales.



Universidad Veracruzana



Innovación e Investigación Educativa en Salud



FONEIA

Fondo  
Editorial para la  
**Investigación  
Académica**

# Derechos Humanos y Salud

---

ROSA MARÍA CUELLAR GUTIERREZ

Coordinador



El tiraje digital de esta obra: “Derechos Humanos y Salud” se realizó posterior a un riguroso proceso de arbitraje doble ciego, llevado a cabo por dos expertos miembros del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) en México, así como revisión anti plagio y aval del Consejo Editorial del Fondo Editorial para la Investigación Académica (FONEIA). Primera edición digital de distribución gratuita, septiembre de 2023.

El Fondo Editorial para la Investigación Académica es titular de los derechos de esta edición conforme licencia Creative Commons de Reconocimiento – No Comercial – Compartir Igual (by-nc-sa). La coordinadora Rosa Maria Cuellar Gutiérrez así como cada una de las coautoras y coautores son titulares y responsables únicos del contenido.

Diseño editorial y portada: Williams David López Marcelo

Requerimientos técnicos: Windows XP o superior, Mac OS, Adobe Acrobat Reader.

Editorial: Fondo Editorial para la Investigación Académica (FONEIA). [www.foneia.org](http://www.foneia.org) [consejoeditorial@foneia.org](mailto:consejoeditorial@foneia.org), 52 (228)1383728, Paseo de la Reforma Col. Centro, Cuauhtémoc, Ciudad de México.

ISBN: 978-607-59794-4-1



9 786075 979441

## INTRODUCCIÓN

En el entramado de los Derechos Humanos, se entretajan cuestiones esenciales que impactan la sociedad. La quiropráctica, como parte de la atención médica, se alinea con el derecho a la salud, buscando equilibrio y bienestar. La procuración de justicia, crucial en un sistema democrático, debe garantizar la dignidad y derechos de todos. La donación de órganos, un acto altruista, une el derecho a la vida y la solidaridad humana. Sin embargo, la violencia obstétrica plantea un desafío, desviándose de los derechos reproductivos y salud materna, exigiendo atención. La intersección entre Derechos Humanos y salud pública demanda una lucha por equidad, erradicando la discriminación y promoviendo el acceso a servicios médicos para todos. En este complejo lienzo, la importancia radica en armonizar estas cuestiones con el respeto por los derechos fundamentales, forjando una sociedad justa, saludable y empoderada.

En este contexto, *Derechos Humanos y Salud* se presenta como una amalgama de cuatro capítulos que tienen en común el acceso a los servicios de sanidad y la procuración de los derechos intrínsecos a todas las personas. Visitamos en estos textos los temas de quiropráctica, procuración de justicia, donación de órganos, violencia obstétrica, derechos reproductivos y salud pública. A lo largo de estas páginas, cada uno de los temas presentados brinda al lector una visión actual de hechos sociales desde varias perspectivas, siempre en estrecha vinculación con la sanidad y los Derechos Humanos.

En el Capítulo I exploraremos las raíces históricas y la evolución de la manipulación articular a lo largo del tiempo y en diversas culturas. Desde la antigua Grecia hasta las prácticas tradicionales en México, rastreamos cómo la manipulación articular ha sido una constante en el cuidado de la salud. Analizaremos hitos importantes y su influencia en la configuración de la quiropráctica actual.

El segundo capítulo nos sumergirá en el mundo de la donación de órganos y trasplantes en México. Exploraremos los antecedentes históricos, desde los primeros trasplantes exitosos hasta los avances tecnológicos y médicos que han transformado la vida de miles de personas. También abordaremos los desafíos éticos, legales y sociales que rodean este campo vital para la medicina moderna.

En el tercer capítulo, nos enfocaremos en la violencia obstétrica, un tema candente en la atención médica. Desentrañaremos las raíces y las manifestaciones de esta forma de violencia contra las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. A través de enfoques documentales y descriptivos, examinaremos cómo se busca prevenir y abordar este problema que afecta los derechos reproductivos y la salud materna.

En el último apartado abordaremos la intrincada relación entre los Derechos Humanos y la salud en México. Analizaremos cómo los derechos fundamentales de las personas se entrelazan con la protección y promoción de la salud. Examinaremos el contexto histórico y actual de los Derechos Humanos en el país, y cómo estos son esenciales para abordar desafíos como la violencia, la discriminación y la desigualdad en el acceso a la atención médica.

Cada uno de estos capítulos se erige como un pilar fundamental en la comprensión de temas cruciales para la sociedad contemporánea, como la salud y los derechos. A través de investigaciones profundas y enfoques multidisciplinarios, este libro invita a los lectores a explorar la intersección entre la historia, la salud, los Derechos Humanos y la ética. en un esfuerzo por iluminar las complejidades y desafíos de nuestro tiempo.

*Rosa María Cuellar Gutiérrez, septiembre 2023*

## ÍNDICE

CAPÍTULO I. La evolución histórica y el compromiso con los Derechos Humanos en la Quiropráctica .....	1
CAPÍTULO II. La procuración de órganos en averiguaciones previas de un delito: garantiza el derecho a las actividades en materia de donación desde la profesión del médico cirujano...17	
CAPÍTULO III. Violencia obstétrica y su impacto en salud materna en el derecho reproductivo.....	48
CAPÍTULO IV. La salud pública como un Derecho Humano en México .....	82

# CAPÍTULO I

## La evolución histórica y el compromiso con los Derechos Humanos en la Quiropráctica

---

María Estela Juárez Soto

Raquel Alemán Morales

Rosa María Cuellar Gutiérrez



# CAPÍTULO I

## La evolución histórica y el compromiso con los Derechos Humanos en la Quiropráctica

María Estela Juárez Soto\*

Raquel Alemán Morales\*\*

Rosa María Cuellar Gutiérrez\*\*\*

SUMARIO: I. Introducción; II. Quiropráctica; III. Evolución y entorno legal en Estados Unidos y México; III. Globalización de la quiropráctica; IV. Conclusiones; V. Lista de referencias

### I. Introducción

A lo largo de la historia, la manipulación articular ha existido de diversas maneras en todo el mundo, de manera paralela unas con otras. Según los recuentos de manipulaciones articulares mencionados por Sigerist (1955), se llevaron a cabo en la antigua Grecia, sugiriendo que la manipulación ya era una práctica establecida incluso antes del año 400 A.C.

Esta práctica de ajuste de las articulaciones continuó a lo largo de los años en diferentes partes del mundo. Anderson (1983) señala que existen escritos en los que se recomendaba esta práctica para el tratamiento de curvaturas anormales de la espalda. Un ejemplo que evidencia la importancia de la manipulación se encuentra en el libro "The Complete Bone Setter," escrito por Fray Thomas y publicado en 1656. En este libro se describen técnicas para la manipulación de las extremidades superiores e inferiores.

---

\* Egresada de la Facultad de Medicina. Programa de Quiropráctica. Región Veracruz, correo personal: juarezsotome@gmail.com

\*\* Egresada de la Facultad de Medicina. Programa de Quiropráctica. Región Veracruz, correo personal: alemanmr96@gmail.com

\*\*\* Miembro del Núcleo Académico Básico de la Maestría en Derechos Humanos del Sistema de Enseñanza Abierta. Región Veracruz. correo institucional: rcuellar@uv.mx

En México, la historia de la manipulación articular es extensa, tanto geográficamente al abarcar diferentes regiones, como en términos de transmisión generacional de conocimientos. Cardoso et al. (2008) mencionan que los conocimientos tradicionales de la manipulación articular en México se remontan a tiempos prehispánicos. A los individuos que realizaban este tipo de prácticas se les denominaba "hueseros". En inglés, estos eran conocidos como "bonesetters", según Elder y Martínez (2020). Este término evolucionaría con el tiempo hasta convertirse en el término que hoy conocemos como quiropráctica y quiropráctico.

Sin embargo, esta no fue la única evolución que presentó la quiropráctica, puesto que tuvo que adaptarse a nivel social y cultural de manera histórica, no sólo para la atención del paciente, sino también en el resguardo de los derechos humanos de ambas partes, teniendo como enfoque el derecho a la salud y el derecho al trabajo digno. Es entonces donde nace la pregunta de ¿cómo la quiropráctica ha subsanado las carencias sociales a través del enfoque de los derechos humanos que se fueron presentando a lo largo de la historia en el contexto quiropráctico?

## **II. Quiropráctica**

Según la World Federation of Chiropractic (2001), la quiropráctica es una profesión sanitaria que se encarga de diagnosticar, tratar y prevenir trastornos mecánicos que surgen en el sistema musculoesquelético. Utiliza terapias manuales para movilizar las articulaciones y restaurar el movimiento funcional del cuerpo del paciente.

No obstante, la quiropráctica, tal como la conocemos hoy, no siempre tuvo una definición que delimitara su alcance, especialmente cuando fue concebida en 1895 por Daniel David Palmer, considerado el padre de la quiropráctica en Estados Unidos, según lo menciona la American Chiropractic Association (s/f). Sin embargo, el término "quiropráctica" en sí no fue acuñado hasta un año después por Samuel Weed, un reverendo y paciente de D.D. Palmer. Weed fusionó las palabras "cheiro" y

"praktikos", dando lugar al término quiropráctica, tal como lo describe la World Federation of Chiropractic (2020).

A pesar de la pronta aceptación de la quiropráctica por parte del público en general, como señala Homola (2006), y de la creación de cursos que D.D. Palmer impartía para enseñar las técnicas de manipulación espinal en 1897, ofrecidos en la primera universidad quiropráctica llamada Palmer School and Cure en Davenport, Iowa, la quiropráctica se encontró con resistencia por parte de la profesión médica, como señala la University of Minnesota (2016). Esto se debía a que, al tener un mayor tiempo desde su concepción y con la creación de organizaciones como la American Medical Association (s/f), esta no consideraba a la quiropráctica ni a otras profesiones recién emergentes como aptas para tratar a los pacientes.

Esto llevó a una persecución ideológica de los quiroprácticos, a lo que Simpson (2012) se refiere como la "era del enjuiciamiento", que abarcó desde 1900 hasta 1950. Durante este período, los quiroprácticos se vieron involucrados en las primeras batallas legales que finalmente dieron forma a la profesión tal como la conocemos hoy.

No obstante, antes de mencionar las situaciones legales que ocurrieron a lo largo de la historia de la profesión, es importante destacar las bases de la quiropráctica, conocidas en la profesión como los "3 pilares", como menciona Leibman (2012): la filosofía, el arte y la ciencia. El primer concepto abarca los 33 principios de la quiropráctica, donde se menciona el tratamiento sin fármacos y la recuperación de la homeostasis del cuerpo con el tiempo.

En cuanto al "arte", Leibman (2012) señala que se refiere a las técnicas utilizadas para alinear al paciente y restaurar su movilidad. Con el tiempo, se adoptó el término "ajuste". Por último, la "ciencia" se refiere al entendimiento de la anatomía, fisiología, fisiopatología, diagnóstico y pronóstico guiados por evidencia que informa la práctica clínica del quiropráctico.

Aquí es donde la medicina tradicional buscaba resaltar las limitaciones de la quiropráctica, ya que a fines del siglo XIX no había investigaciones sólidas que respaldaran su práctica. Aunque resultaba beneficiosa para los pacientes, como menciona Simpson (2012) al señalar que los pacientes mismos se preocupaban y lo demostraban al liberar a los quiroprácticos de encierros por "practicar medicina", es cierto que la profesión carecía de documentos que validaran su enfoque.

Este aspecto cambió gradualmente a medida que aumentaban los conocimientos sobre el ser humano y la percepción de los profesionales respecto a la dirección que debía tomar la quiropráctica. La evolución también se vio influenciada por cambios legales en el ámbito de la salud y la atención al paciente en todo el mundo.

### **III. Evolución y entorno legal en Estados Unidos y México**

Como se mencionó anteriormente, la quiropráctica tuvo sus inicios en Estados Unidos y, como tal, se vio en la necesidad de enfrentarse al contexto social de ese momento. Como señala Simpson (2012), este contexto no era el más propicio para la implantación de una nueva profesión de salud. De acuerdo con Kimbrough (1998), varios quiroprácticos enfrentaron encarcelamiento debido a su convicción sobre la efectividad de la profesión en el tratamiento de patologías musculares.

Un caso en particular que se considera un hito histórico en cuanto a la conceptualización de la quiropráctica es el caso legal de *Wisconsin v. Morikubo*. En este caso, Shegataro Morikubo, un profesional preparado en quiropráctica, filosofía y osteopatía, fue encarcelado debido a prejuicios previos a su llegada a La Crosse, Wisconsin, según Troyanovich & Keating (2005). Su juicio es célebre entre los profesionales de la quiropráctica, ya que marca el primer juicio ganado y establece la diferenciación entre la quiropráctica y la osteopatía, una confusión que previamente se había utilizado para encarcelar a varios quiroprácticos acusados de práctica y diagnóstico sin licencia.

Con este precedente delimitando el concepto de quiropráctica, surgió una fractura ideológica que llevó a la profesión a dividirse en dos facciones. Por un lado, estaban los "straights", que consideraban apropiada la noción inicial de D.D. Palmer de centrar el sistema nervioso como base de la filosofía quiropráctica. Esto llevó a un enfoque diagnóstico exclusivamente en la evaluación de la subluxación vertebral y, por lo tanto, limitó el alcance del quiropráctico al ajuste, como comenta Hassan (2017).

Por otro lado, estaban los "mixers", que como señala Senzon (2014), eran profesionales de la salud con una amplia gama de estudios además de la quiropráctica. Intentaron combinar diferentes disciplinas clínicas con la quiropráctica como núcleo. Aunque en un principio dependían de las leyes estatales y de las preferencias del paciente, estas herramientas no limitaban su alcance, sino que enriquecían el conjunto de servicios que un quiropráctico podía ofrecer.

A pesar de las brechas ideológicas que surgieron después de este precedente, externamente a la profesión no se hizo distinción entre las distintas facciones al enjuiciar a los quiroprácticos. Como menciona Weiant (1921), esto condujo al primer éxodo de profesionales de la quiropráctica hacia nuevos territorios, atraídos por la promesa de una mejor calidad de vida. Así fue como la quiropráctica llegó a México.

En los relatos de Weiant (1921), México era considerado la "Tierra Prometida", un lugar donde los quiroprácticos podrían ejercer su profesión sin los peligros de la persecución. Esta percepción se hizo realidad cuando José Vasconcelos Calderón, el rector de la Universidad Nacional (ahora conocida como la Universidad Nacional Autónoma de México - UNAM), permitió la práctica libre de la quiropráctica para quienes poseían certificados de estudios y licencias. Este acto se basaba en las licencias que ya se habían otorgado en 1913 en el estado de Kansas, según la Kansas Chiropractic Association (s/f).

En 1963, en Estados Unidos, se creó el Council of State Chiropractic Examining Boards, el cual, como menciona la Federal Chiropractic Licensing Board (FCLB, s/f), fue establecido para facilitar la comunicación, unificar los estándares, promover la cooperación y resolver conflictos. En 1974, este importante órgano fue renombrado como el Federation of Chiropractic Licensing Boards.

Mientras tanto, en México, la evolución de la quiropráctica y su aceptación por la sociedad mexicana llevaron a la expedición de cédulas profesionales en 1955 para quiroprácticos con amplia trayectoria, como los D.C. Francisco Montaña Luna y Francisco Montaña Pizarro, cuyos pacientes incluían a personalidades como Pascual Ortiz Rubio, ex presidente de México, Ángel Cenicero, ex secretario de educación, y Juan Manuel Terán Mata, director de profesiones, según la Federación Latino Americana de Quiropráctica (s/f).

En 1987, en Estados Unidos, se creó el National Board of Chiropractic Examiners (NBCE, s/f), cuyos principios fundadores hasta el día de hoy definen las evaluaciones que los profesionales de la quiropráctica deben acreditar. Nacido de la necesidad legal de establecer estándares uniformes para la evaluación de quiroprácticos, el primer examen se realizó dos años después de su creación, según la NBCE (s/f). Este examen constaba de dos partes: una prueba escrita general sobre anatomía, fisiología, química, patología y microbiología; y una segunda parte dedicada al diagnóstico del sistema neuromusculoesquelético utilizando imágenes relacionadas con los principios quiroprácticos y la práctica clínica.

Posteriormente, en 1987, la NBCE (s/f) añadió una tercera parte que evaluaba el entendimiento de la historia clínica, la examinación física, la interpretación diagnóstica de estudios y técnicas quiroprácticas diversas, y la administración de casos. En 1995, se incluyó una parte práctica en forma de simulación para completar la evaluación.

Desde el punto de vista legal, en 1972, en Estados Unidos, la quiropráctica se integró al sistema de salud con la firma por parte del presidente Nixon de la Public Law 92-603. Esta ley autorizó la inclusión de la quiropráctica en Medicare, lo cual se consideró una victoria para la profesión. Sin embargo, esta decisión fue criticada tanto por quiroprácticos como por médicos, ya que consideraban que las restricciones aplicadas a la profesión podrían ser desventajosas para su libre práctica, como recuenta Lyons (1972).

A pesar de la aceptación legal de la quiropráctica, la AMA (American Medical Association) organizó una campaña en contra de la profesión. Esto se conoció como el Iowa Plan, y consistía en un comité dedicado a acabar con profesiones que no cumplieran con las exigencias de la AMA. Su intención era erradicar estas profesiones, incluyendo la quiropráctica. Esta campaña generó confusión entre los pacientes y los quiroprácticos, y creó discordia entre médicos y quiroprácticos que habían encontrado áreas de cooperación en la atención a los pacientes.

En 1976, cuatro quiroprácticos, Michael Pedigo, James Bryden, Chester Wilk y Patricia Arthur, presentaron una demanda civil contra la AMA. Esta demanda alegó violaciones del Sherman Antitrust Act, una ley que prohíbe la conspiración para eliminar la competencia en el mercado. Este caso, conocido como Wilk v. American Medical Association, resultó en un fallo a favor de los quiroprácticos en 1987. La juez Susan Getzendanner determinó que la AMA había orquestado un esfuerzo organizado para coartar la profesión quiropráctica, lo que violaba la ley antimonopolio. Como resultado, la AMA tuvo que publicar una disculpa en el *Journal of the American Medical Association*.

Con el objetivo de organizar la profesión a nivel global, se creó la World Federation of Chiropractic en 1988. Esta organización supervisa el desarrollo de la profesión, administra la difusión de contenido valioso y crea pautas clínicas apropiadas para un actuar profesional adecuado. En México, se fundó el Colegio de

Profesionistas Científico Quiropráctico de México, A.C., gracias a los esfuerzos del D.C. Enrique Benet Canut y su esposa Patricia Gregg-Laurette.

La normalización de la quiropráctica continuó en Estados Unidos, y en 2003 se incluyó en el programa de provisiones para los Veteran's Affairs. Esta inclusión se observa en la Public Law 108-170. En México, la primera universidad que ofreció la licenciatura en quiropráctica fue la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. Con la ayuda del Colegio de Profesionistas Científico Quiropráctico de México, A.C., esta universidad abrió el camino para otras instituciones. La Universidad Estatal del Valle de Toluca se convirtió en la segunda institución en ofrecer la carrera en 2009, seguida por la Universidad Veracruzana en 2013.

Esta licenciatura, única en su clase a nivel nacional, tiene un enfoque más clínico y se basa en las evaluaciones de la NBCE. La evaluación incluye pruebas escritas y una parte práctica de simulación. En el ámbito profesional, existe el tema de la atención pública y privada en México. La quiropráctica no se encuentra dentro de la oferta de servicios públicos de salud, lo cual podría modificarse si se incluye explícitamente en la Ley General de Salud, como señala Tapia H (2020).

#### **IV. Globalización de la quiropráctica**

En el panorama mundial, se ha observado de manera progresiva la aceptación de la quiropráctica. Un ejemplo de esto es Australia, donde la profesión ha tomado medidas en la regulación de las actividades que los quiroprácticos realizan, especialmente en el caso de la atención a infantes, como menciona Woodly (2019). En estos casos, las decisiones deben precederse a través del Chiropractic Board of Australia (2019). Más recientemente, los quiroprácticos han dirigido mensajes al público en general, como señala Davey (2021).

En el caso de Canadá, según lo indicado por la World Federation of Chiropractic (2020), Alberta fue la primera provincia en expedir licencias en 1923. En ese año se estableció el Chiropractic Act, y desde entonces ha habido varios avances. Uno de los más relevantes es el Manga Report, que informa sobre la viabilidad económica de la quiropráctica como tratamiento para la lumbalgia. Manga et al. (1993) mencionan que es una alternativa muy beneficiosa en cuanto a costo-beneficio para el tratamiento de esta dolencia en particular.

Este enfoque se reflejó posteriormente en la integración de la atención quiropráctica en una clínica financiada por la provincia de Manitoba. Según Passmore et al. (2015), no solo se trató de manera satisfactoria a los pacientes, como lo evidencian las encuestas, sino que también los propios quiroprácticos manifestaron sentirse cómodos con el proceso laboral en esa clínica, citando la seguridad económica como uno de los factores primordiales.

La quiropráctica como profesión se ha expandido a diversos lugares del mundo, uno de ellos es Suiza. Obtuvieron la licencia para los quiroprácticos en 1939, convirtiéndose en el primer lugar fuera de Norteamérica en contar con licencias para practicar la quiropráctica, según la WFC (2020). Siguiendo la tradición del impulso de la quiropráctica a través de los pacientes, fueron ellos quienes impulsaron la aceptación de la quiropráctica en Suiza, y para 1962 ya se encontraba incluida en el catálogo de las aseguradoras.

Aunque la quiropráctica generalmente se encuentra en el ámbito primario de la salud, es decir, dentro de las profesiones a las cuales un paciente puede acudir sin la referencia de otro profesional, no todos los lugares en los que la quiropráctica se ha establecido siguen este patrón. Por ejemplo, en Sudáfrica, la quiropráctica se encuentra en el tercer nivel de atención, considerada como un tratamiento de rehabilitación, especialmente beneficioso después de cirugías, con una buena

aceptación, como menciona Davies (2018). Esto resalta la versatilidad de la profesión y su capacidad de adaptación al entorno social.

A nivel global, la quiropráctica ha creado propuestas en línea con protocolos integradores que apuntan al ámbito multidisciplinario. Côté et al (2019) hacen hincapié en la necesidad de abordar los objetivos de desarrollo sostenible de la agenda 2030, como lo menciona la Organización de las Naciones Unidas (2022), con una atención especial en la mejora global de la salud.

## **V. Conclusión**

A pesar de que la quiropráctica es una profesión que se desarrolla primordialmente en el ámbito de la salud, es importante recalcar a qué otros aspectos pueden atenerse para su desarrollo, tanto en materia de derecho, laboral e incluso social. Además, a lo largo de su historia, ha experimentado una evolución significativa desde sus humildes inicios, pasando por su reconocimiento y crecimiento de manera popular debido a presentarse como una forma alternativa de tratamiento no invasivo para diferentes padecimientos del sistema neuromusculoesquelético.

A medida que la quiropráctica ha ido demostrando su eficacia, comprobando el hecho de poder desarrollarse en un ambiente seguro y controlado, se le ha tomado en cuenta dentro de la comunidad médica y se le ha dado la oportunidad de integrarse en algunos sistemas de atención de salud en diferentes países. Dado que actualmente se considera una técnica complementaria a la medicina convencional, su ámbito multidisciplinario puede seguir moldeando las bases para llegar a una aceptación completa.

Conforme la profesión madura, su relación con otras disciplinas debe fortalecerse, siempre con el objetivo de proveer una atención digna y completa para el derechohabiente. Como se

mencionó en párrafos anteriores, la finalidad de la quiropráctica es mejorar el estado de la salud; sin embargo, también se deben considerar el trabajo arduo y los elementos que lo componen, ya que cada actor desempeña un papel importante. De ahí la necesidad de reconocer el derecho al trabajo, establecido en el Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917).

Este punto es sumamente importante, considerando los eventos legales que marcaron a la profesión y la animosidad hacia la misma, la cual nació no solo del proceder -correcto o incorrecto- de un quiropráctico, tratándolo como individuo, sino de la preconcepción sobre la validez de la profesión. Esto ponía en tela de juicio los principios de la quiropráctica y propiciaba enemistades entre colegas de distintas profesiones. Utilizando como pretexto un interés extremo en la protección de la salud del paciente y eliminando opciones de tratamiento que podrían ser beneficiosas no solo para el manejo de las dolencias del paciente, sino también para su economía. Esto resultó en una relación paternalista que pretendía "salvar" al paciente de sus propias decisiones y de lo que ellos veían como la amenaza de la quiropráctica.

Es importante además para la profesión contar con elementos conscientes que sepan reconocer cuando hay insuficiencias dentro de su propio sistema. Como con todo lo que requiere evidencia, habrá situaciones de éxito y de fracaso. Pero es precisamente de los errores de donde la quiropráctica ha aprendido más.

Y si bien las limitaciones legales podrían parecer en un primer vistazo como un cerco que intenta privar la libertad del trabajo o su creatividad, desde el punto de vista clínico, lo observamos como un colchón de seguridad. Aquí, tanto la integridad del paciente como la del tratante se ven protegidas.

## VI. Lista de referencias

- AGOCS, S. (2011). Chiropractic's fight for survival. *AMA Journal of Ethics*, 13(6), 384–388. <https://doi.org/10.1001/VIRTUALMENTOR.2011.13.6.MHST1-1106>
- AMERICAN CHIROPRACTIC ASSOCIATION (s/f). *History of Chiropractic*. American Chiropractic Association. Recuperado el 5 de enero de 2022, de <https://www.acatoday.org/about/history-of-chiropractic/>
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (s/f). *AMA history*. American Medical Association. Recuperado el 22 de febrero de 2023, de <https://www.ama-assn.org/about/ama-history/ama-history>
- ANDERSON, R. T. (1983). On doctors and bonesetters in the 16th and 17th centuries. *PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11611802/>
- CARDOSO, G. M. A., Pascual, A. R., Serrano, S. C., & Huicochea, G. L. (2008). MEDICINA TRADICIONAL Y LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA. EL CASO DE UN HUESERO DE DOS COMUNIDADES AFROMESTIZAS DE VERACRUZ, MÉXICO. *An. Antropocéntrica*, 65–85. [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/910346/medicina-tradicional-y-la-medicina-basada-en-la-evidencia-el-ca\\_2b7waxn.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/910346/medicina-tradicional-y-la-medicina-basada-en-la-evidencia-el-ca_2b7waxn.pdf)
- CHIROPRACTIC BOARD OF AUSTRALIA. (2013). *Guidelines - Clinical Record Keeping for Chiropractors*.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Reforma (1917).
- COTE, P., SUTTON, D., NICOL, R., BROWN, R., & MIOR, S. (2019). The development of a global chiropractic rehabilitation competency framework by the World Federation of Chiropractic. *Chiropractic and Manual Therapies*, 27(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12998-019-0249-8/TABLES/4>

- DAVEY, M. (2021, Julio 23). *Victorian chiropractor suspended for six months after linking childhood vaccination to poison*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/australia-news/2021/sep/23/victorian-chiropractor-suspended-for-six-months-after-linking-childhood-vaccination-to-poison>
- DAVIES, N. (2018). *PERCEPTIONS OF CHIROPRACTORS IN THE ETHEKWINI MUNICIPALITY ON THE INTEGRATION OF CHIROPRACTIC INTO THE PUBLIC HEALTHCARE SECTOR OF SOUTH AFRICA*. [https://openscholar.dut.ac.za/bitstream/10321/3065/1/DAVIESN\\_2018.pdf](https://openscholar.dut.ac.za/bitstream/10321/3065/1/DAVIESN_2018.pdf)
- ELDER, T. M., & Martinez, R. M. (2020). Manipulation. *Textbook of Natural Medicine*, 331-338.e2. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-43044-9.00041-8>
- FEDERACIÓN LATINO AMERICANA DE QUIROPRÁCTICA (s/f). *Francisco Montaña Luna D.C, Ph.C. FLAQ*. Recuperado el 27 de julio de 2022, de <https://flaq.org/francisco-montano-luna-d-c-ph-c/>
- FEDERAL CHIROPRACTIC LICENSING BOARD. (s/f). *Federal Chiropractic Licensing Board Info*. Federal Chiropractic Licensing Board. Recuperado el 3 de agosto de 2023, de <https://fclb.org/about-fclb.php>
- HASSAN, M. (2017, agosto 14). *LA CONTROVERSIA STRAIGHTS VS MIXERS: EN BUSCA DE OBJETIVOS EN COMÚN*. Evidencia Quiropráctica. <http://equiopractica.blogspot.com/2017/08/la-controversia-straight-vs-mixers-en.html>
- HOMOLA, S. (2006). Chiropractic: History and overview of theories and methods. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 444, 236–242. <https://doi.org/10.1097/01.BLO.0000200258.95865.87>
- JOHNSON, C. D., & Green, B. N. (2021). Looking back at the lawsuit that transformed the chiropractic profession part 7: Lawsuit and decisions. En *Journal of Chiropractic Education* (Vol. 35, Numeri S1, pp. 97–116). Allen Press. <https://doi.org/10.7899/JCE-21-28>

- KANSAS CHIROPRACTIC ASSOCIATION. (s/f). *History*. Kansas Chiropractic Association. Recuperado el 3 de agosto de 2023, de <https://kansaschiro.com/history/>
- KIMBROUGH, M. (1998). Jailed chiropractors: those who blazed the trail. *Chiropr Hist*, 18(1), 79–100. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11620299/>
- LEIBMAN, M. (2012, abril 6). *Pillars of Chiropractic*. Matthews Chiropractic Center. <https://mattheqwschiropracticcenter.com/in-the-office/pillars-of-chiropractic>
- LYONS, R. D. (1972, noviembre 19). 7 Years of Lobbying Finally Brings Chiropractic Under Umbrella of Medicare. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/1972/11/19/archives/7-years-of-lobbying-finally-brings-chiropractic-under-umbrella-of.html>
- MANGA, P., ANGUS, D., PAPADOPOULOS, C., & SWAN, W. (1993, agosto). *A Study to Examine the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Chiropractic Management of Low-Back Pain*. Chiro. Org. <https://chiro.org/chimages/chirepage/manga.html>
- NATIONAL BOARD OF CHIROPRACTIC EXAMINERS, N. (s/f). *Certification and Licensure - National Board of Chiropractic Examiners*. National Board of Chiropractic Examiners. Recuperado el 23 de abril de 2022, de <https://www.nbce.org/about-nbce/chiropractic-care/certification-and-licensure/>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2022). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo. <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>
- PASSMORE, S. R., TOTH, A., KANOVSKY, J., & OLIN, G. (2015). Initial integration of chiropractic services into a provincially funded inner city community health centre: A program description. *Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 59(4), 363–372. [/pmc/articles/PMC4711334/](https://pmc/articles/PMC4711334/)

- SENZON, S. A. (2014). Chiropractic Professionalization and Accreditation: An Exploration of the History of Conflict Between Worldviews Through the Lens of Developmental Structuralism. *Journal of Chiropractic Humanities*, 21(1), 25. <https://doi.org/10.1016/J.ECHU.2014.10.001>
- SIGERIST, H. E. (1955). A history of medicine / 1 Primitive and archaic medicine. En *A history of medicine*. Oxford University Press.
- SIMPSON, J. K. (2012). The Five Eras of Chiropractic & the future of chiropractic as seen through the eyes of a participant observer. En *Chiropractic and Manual Therapies* (Vol. 20, Número 1, pp. 1–8). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/2045-709X-20-1>
- TAPIA H, R. (2020). Iniciativa que reforma el Artículo 79 de la Ley General de Salud, a cargo del Diputado Arturo Roberto Hernández Tapia, del Grupo Parlamentario de Morena.
- TROYANOVICH, S. J., & KEATING, J. C. (2005). Wisconsin versus Chiropractic: The Trials at La Crosse and the Birth of a Chiropractic Champion. *Chiropractic History*, 25(1). <https://www.institutechiro.com/wp-content/uploads/2017/10/Troyanovich-Keating-2005-Wisc-vs-Chiro-AHC.pdf>
- UNIVERSIDAD ESTATAL DEL VALLE DE ECATEPEC, U. (s/f). *Universidad Estatal del Valle de Ecatepec*. UNEVE. Recuperado el 29 de julio de 2022, de [https://www.uneve.edu.mx/acercas\\_uneves/antecedentes.php](https://www.uneve.edu.mx/acercas_uneves/antecedentes.php)
- UNIVERSIDAD VERACRUZANA, (s/f). *Licenciatura en Quiropráctica*. UV. Recuperado el 29 de julio de 2022, de <https://www.uv.mx/veracruz/medicina/licenciatura-en-quiopracctica/>
- UNIVERSITY OF MINNESOTA, (2016). *What Is the History of Chiropractic? | Taking Charge of Your Health & Wellbeing*. <https://www.takingcharge.csh.umn.edu/what-history-chiropractic>

WEIANT, C. (1921, junio). *The Chiropractor and Chiropractic in México*. The chiropractor & clinical journal. [http://www.institutechiro.com/wp-content/uploads/2013/02/México\\_Chiro-in-chrono.pdf](http://www.institutechiro.com/wp-content/uploads/2013/02/México_Chiro-in-chrono.pdf)

WOODLY, M. (2019, febrero 22). *Banned chiropractor could be treating infants again by 2021*. New GP. <https://www1.racgp.org.au/newsgp/clinical/banned-chiropractor-could-be-treating-infants-again>

WORLD FEDERATION OF CHIROPRACTIC, (2001). *Definition of Chiropractic*. [https://www.wfc.org/website/index.php?option=com\\_content&view=article&id=90&Itemid=110&lang=en](https://www.wfc.org/website/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=110&lang=en)

WORLD FEDERATION OF CHIROPRACTIC, (2020). *History of Chiropractic*. WFC. [https://www.wfc.org/website/index.php?option=com\\_content&view=article&id=599&Itemid=109&lang=en](https://www.wfc.org/website/index.php?option=com_content&view=article&id=599&Itemid=109&lang=en)

## **CAPÍTULO II**

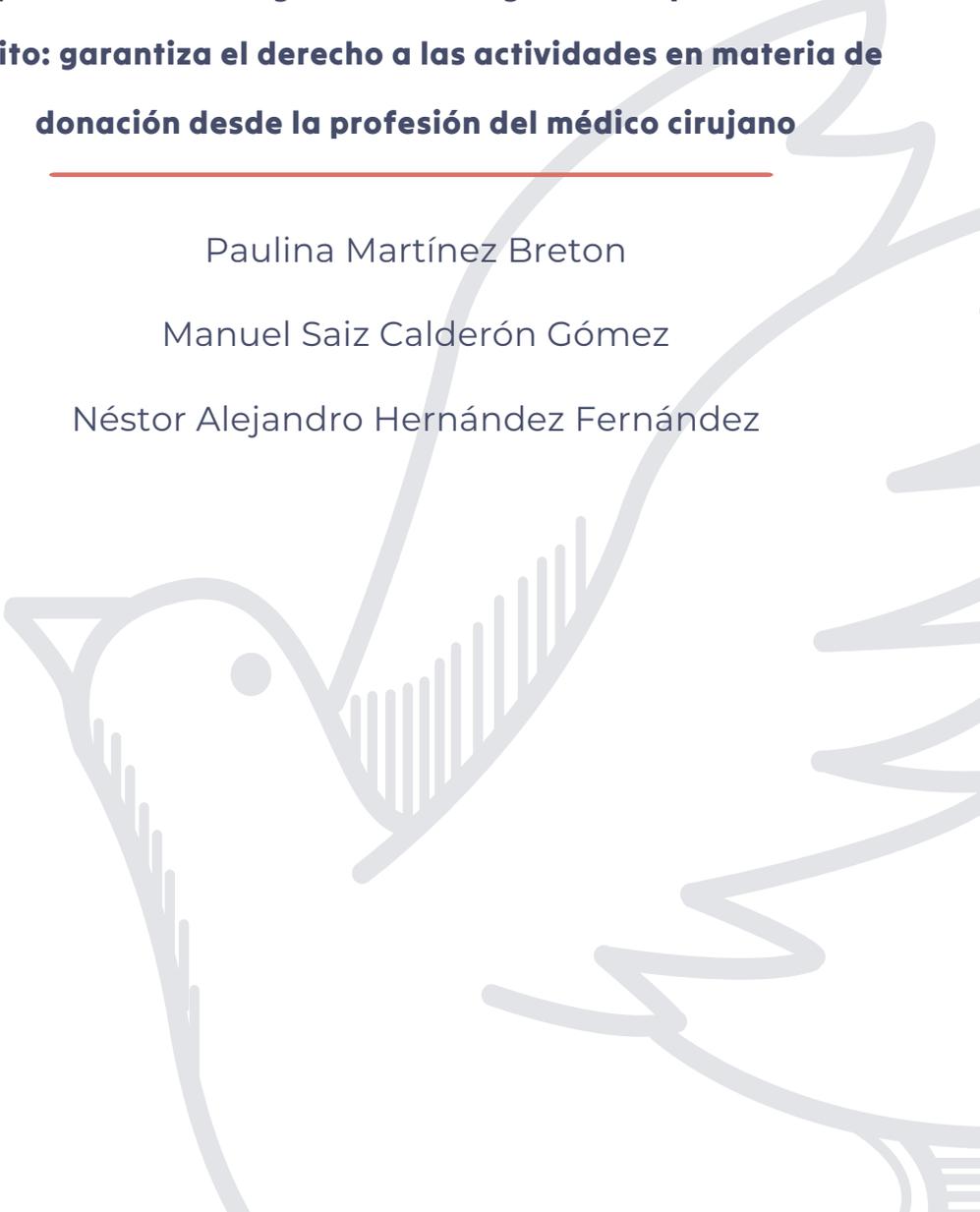
**La procuración de órganos en averiguaciones previas de un delito: garantiza el derecho a las actividades en materia de donación desde la profesión del médico cirujano**

---

Paulina Martínez Breton

Manuel Saiz Calderón Gómez

Néstor Alejandro Hernández Fernández



## CAPÍTULO II

### **La procuración de órganos en averiguaciones previas de un delito: garantiza el derecho a las actividades en materia de donación desde la profesión del médico cirujano**

Paulina Martínez Breton\*

Manuel Saiz Calderón Gómez\*\*

Néstor Alejandro Hernández Fernández\*\*\*

SUMARIO: I. Introducción; II. Derecho a la salud; 2.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible; 2.2 Salud y bienestar; III. Derecho a la donación de órganos y trasplantes; 3.1 Principios rectores de la salud de la Organización Mundial de la Salud; IV. Derecho a la procuración de órganos; 4.1 Casos médico-legales; 4.1.1 Donación de órganos en caso de presunto delito; 4.1.2 Procedimiento para la procuración de órganos en averiguaciones previas; V. Conclusiones; VI. Lista de referencias

#### **I. Introducción**

La donación de órganos es un procedimiento médico que implica la extracción de órganos o tejidos del cuerpo de una persona fallecida recientemente o de un donante vivo, con el objetivo de trasplantarlos en una persona que los necesite debido a una enfermedad o lesión grave.

Existen diferentes tipos de órganos internos que se pueden donar, incluyendo los riñones, el corazón, el hígado, el páncreas, los intestinos y los pulmones. Estos órganos son vitales para el funcionamiento del cuerpo y pueden salvar vidas al ser

---

\* Alumna de la Facultad de Medicina. Programa de Medicina. Región Veracruz; correo institucional: zS19009307@estudiantes.uv.mx

\*\* Docente de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina. Región Veracruz; correo institucional: msaizcalderon@uv.mx

\*\*\* Docente de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina. Región Veracruz; correo institucional: neshernandez@uv.mx

trasplantados en personas que los necesitan. También hay tejidos que se pueden donar, como la piel, los huesos, la médula ósea y la córnea. Estos tejidos se utilizan en trasplantes para ayudar a personas con quemaduras graves, lesiones óseas, trastornos sanguíneos y problemas de visión, respectivamente.

En la historia de los trasplantes de órganos, se han producido avances significativos en diferentes partes del mundo. Según relata Argüero (2020), en 1954 en Boston, Estados Unidos, se realizó el primer trasplante renal exitoso en humanos. En 1963, en ese mismo país, Hardy llevó a cabo el primer trasplante pulmonar y Starzl realizó el primer trasplante hepático. En nuestro país, en 1963, un equipo de médicos conformado por Manuel Quijano, Regino Ronces, Federico Ortiz Quezada y Francisco Gómez Mont llevó a cabo el primer trasplante renal a partir de un donante vivo en el Centro Médico Nacional (CMN) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), hoy conocido como CMN Siglo XXI. Este logro marcó un avance significativo en la historia de los trasplantes en el país. En 1976, en el Instituto Nacional de la Nutrición (actualmente Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán), el doctor Héctor Orozco realizó el primer trasplante auxiliar hepático. En este caso, se utilizó un injerto de donante pediátrico en una paciente adulta. Este procedimiento fue un hito importante en el campo de los trasplantes hepáticos en México y demostró la capacidad del país para realizar procedimientos complejos y exitosos. Además, en 1985, el doctor Orozco llevó a cabo el primer trasplante ortotópico de hígado en este mismo hospital. Este tipo de trasplante implica reemplazar el hígado enfermo del receptor por un hígado sano proveniente de un donante fallecido o vivo. El éxito de este procedimiento abrió nuevas posibilidades para el tratamiento de enfermedades hepáticas graves en México.

Estos avances en los trasplantes de órganos en México son testimonio del progreso y la dedicación de los profesionales médicos en el país. Gracias a los esfuerzos de estos pioneros y a

muchos otros especialistas en trasplantes, cada vez más personas en México tienen la oportunidad de recibir un trasplante de órgano que puede mejorar y salvar sus vidas. Sin embargo, los programas de trasplante de órganos siguen encontrando la mayor dificultad para su desarrollo en el insuficiente número de órganos disponibles para trasplantes. Para darnos una idea, basándonos en los datos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2019), en México hay más de 22 mil personas esperando que se les realice un trasplante.

Es importante tener en cuenta que, por cada donante, se pueden implantar órganos y tejidos en más de una persona, por lo que es de alta importancia el reconocimiento de los potenciales donantes y el mantenimiento de los mismos a fin de lograr la estabilidad de los órganos para que puedan ser donados y trasplantados. En los casos de donación postmortem, si una persona falleció debido a un paro cardiorrespiratorio, donde se detiene tanto la circulación como la respiración, la posibilidad de donación de órganos es limitada. En este caso, debido a la interrupción completa del flujo sanguíneo y la falta de oxigenación en todo el cuerpo, solo se pueden donar tejidos que no dependen tanto de un suministro sanguíneo activo, como las córneas. Sin embargo, en el caso de la muerte encefálica, la situación es diferente. La muerte encefálica ocurre cuando el cerebro deja de funcionar de manera irreversible, mientras que el resto del cuerpo mantiene su capacidad de circulación y oxigenación debido a la intervención de dispositivos de soporte vital. En este escenario, únicamente el tallo cerebral deja de recibir sangre y oxígeno, lo que brinda una oportunidad para la donación de órganos y tejidos vitales, como el corazón, el hígado, los pulmones y el páncreas.

Desde que, en 1967, en Sudáfrica, Barnard efectuó el primer trasplante de corazón, la obtención de un corazón que aún latía y que se podía utilizar para trasplantes cambió la forma en que se

percibía la muerte cerebral y tuvo un impacto significativo en la cultura relacionada, debido a que esta técnica impulsó el crecimiento de los programas de trasplante, no solo para el corazón, sino también para otros órganos y tejidos. A partir de ese momento, se pudo utilizar material biológico proveniente de donantes con muerte cerebral y se promovió la procuración de órganos y tejidos provenientes de personas con muerte encefálica. En nuestro país, esto se acompañó de sucesivas reformas y adecuaciones a la Ley General de Salud en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos, abriendo de esta manera una oportunidad en beneficio de numerosos pacientes, como menciona el Centro Estatal de Trasplantes del Estado de México (2017).

Debido a que el aprovisionamiento de órganos sigue realizándose mayoritariamente a partir de órganos provenientes de cadáveres en situación de muerte encefálica, el diagnóstico de esta es un elemento clave dentro del proceso de procuración de órganos para trasplantes. El objetivo de este capítulo es que todo médico cirujano conozca las modalidades en cuanto a la preservación de órganos y tejidos, así como los trámites que la normatividad indica en cuanto a los análisis que se deben realizar y la distribución que se realiza de los órganos y tejidos. Lo anterior, además de evitar responsabilidades penales, civiles, administrativas y laborales por no seguir el procedimiento establecido por la ley, será de utilidad para garantizar el derecho a las actividades en materia de donación, un proceso regulado y ético que involucra al donante y al receptor.

Así como cada persona tiene derecho a decidir si es donante o no, los médicos cirujanos deben estar comprometidos con garantizar el derecho a la salud realizando correctamente los procedimientos y respetando de esta manera el derecho de la persona que necesita el órgano o tejido de recibirlo, temas que se desarrollarán en este capítulo partiendo de la revisión y descripción de lo establecido por la normatividad mexicana.

## II. Derecho a la salud

El derecho a la salud es un principio fundamental que reconoce que todas las personas tienen el derecho inherente a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Este derecho, además de la atención médica, también abarca un conjunto amplio de factores que influyen en la salud y el bienestar de las personas. En este contexto, el derecho a la salud es inclusivo, y debe estar disponible para todas las personas, sin discriminación alguna. Todos los individuos, sin importar su origen étnico, género, religión, nivel socioeconómico u orientación sexual, deben tener igualdad de oportunidades para acceder a los recursos y servicios que promuevan una vida sana, como el agua potable salubre, el saneamiento adecuado, la alimentación segura y unas condiciones laborales saludables (ACNUDH, s/f).

La Organización Mundial de la Salud (2022) menciona que el derecho a la salud abarca tanto libertades como derechos que son fundamentales para asegurar el bienestar y la dignidad de todas las personas. Estos elementos son interdependientes y complementarios, y juntos conforman una visión integral del derecho a la salud. Al hablar de libertades en el derecho a la salud, se reconoce que las personas tienen el derecho de tomar decisiones informadas sobre su salud y su cuerpo. Esto incluye los derechos sexuales y reproductivos, como el derecho a acceder a información sobre salud sexual, anticoncepción y planificación familiar. Además, garantiza que las personas tengan autonomía sobre su cuerpo y puedan decidir libremente sobre cuestiones relacionadas con su salud reproductiva. También protege a las personas contra prácticas y tratamientos que impliquen tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes, así como contra tratamientos médicos y experimentos sin su consentimiento informado.

Al hablar de los derechos, se garantiza que todas las personas tengan igualdad de oportunidades para acceder a servicios de atención médica y a un sistema de salud que satisfaga sus

necesidades. Esto implica que los gobiernos y la sociedad en general deben esforzarse por crear condiciones favorables para que todas las personas puedan alcanzar su máximo potencial de salud, lo que incluye la implementación de políticas de salud pública, la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y la garantía de un entorno propicio para el bienestar (OMS, 2022).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2020) contempla el derecho a la salud en su Artículo 4º, párrafo cuarto:

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. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social (CPEUM, 2020).

En nuestro país, la atención médica se organiza de diferentes formas. Por un lado, existen servicios destinados a trabajadores asalariados y sus familias, quienes son beneficiarios de instituciones de seguridad social financiadas por el empleador, el trabajador y el Estado. Algunas de estas instituciones son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como las instituciones para empleados de Petróleos Mexicanos, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina. Por otro lado, existe una parte de la población llamada "población abierta", que recibe servicios de atención médica a través de la Secretaría de Salud, pero no tiene acceso a un sistema de pensiones y jubilaciones debido a que generalmente tienen empleos informales. Finalmente, hay otra parte de la población con capacidad de pago que opta por acudir a servicios privados de salud para recibir atención médica (Arellano, 2023).

Ahora que se mencionó de manera general cómo se organiza la atención médica en nuestro país, es importante hablar de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para terminar de entender cuál es la razón de ser de las instituciones, las metas en salud y las áreas de oportunidad.

### ***2.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible***

La definición de sostenibilidad se fundamenta en la idea de que debemos satisfacer nuestras necesidades presentes sin poner en riesgo la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer las suyas. Busca mantener un equilibrio entre tres dimensiones interdependientes: crecimiento económico, cuidado del medio ambiente y bienestar social (Responsabilidad Social Empresarial y Sustentabilidad, 2022).

Gómez (2020) menciona que la degradación progresiva del medio ambiente es, sin duda, uno de los mayores desafíos que enfrentamos en la preservación de nuestro planeta y en la búsqueda de un desarrollo sostenible. A lo largo de las últimas décadas, hemos sido testigos de cambios significativos en el medio físico de la Tierra, lo que ha llevado a diversas problemáticas ambientales de alcance global, además de problemáticas sociales y económicas debido a un crecimiento económico y desarrollo industrial sin un enfoque adecuado en la sostenibilidad.

Por este motivo, en 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible, un plan global que busca abordar los desafíos más apremiantes que enfrenta la humanidad y el planeta en el siglo XXI. Esto representa una oportunidad para que todos los países y sus sociedades trabajen juntos hacia un futuro más sostenible e inclusivo, donde se mejore la calidad de vida de todas las personas y se proteja el medio ambiente, sin dejar a nadie atrás. La Agenda 2030 consta de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como los Objetivos Mundiales, que abarcan diversas áreas cruciales para el desarrollo humano y la sostenibilidad (ONU, s.f.). Estos objetivos son los siguientes:

1. Fin de la pobreza: Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo, erradicando la pobreza extrema y reduciendo la pobreza multidimensional.
2. Hambre cero: Lograr la seguridad alimentaria, mejorar la nutrición y promover la agricultura sostenible.
3. Salud y bienestar: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
4. Educación de calidad: Asegurar una educación inclusiva, equitativa y de calidad, promoviendo oportunidades de aprendizaje para todos.
5. Igualdad de género: Alcanzar la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas.
6. Agua limpia y saneamiento: Garantizar la disponibilidad y gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.
7. Energía asequible y no contaminante: Garantizar el acceso a una energía asequible, confiable, sostenible y moderna para todos.
8. Trabajo decente y crecimiento económico: Promover un crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, y empleo pleno y productivo para todos.
9. Industria, innovación e infraestructura: Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación.
10. Reducción de las desigualdades: Reducir la desigualdad dentro y entre los países.
11. Ciudades y comunidades sostenibles: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Producción y consumo responsables: Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.
13. Acción por el clima: Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus impactos.
14. Vida submarina: Conservar y utilizar de manera sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos.
15. Vida de ecosistemas terrestres: Proteger, restaurar y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar los bosques de forma sostenible, luchar contra la

- desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y detener la pérdida de biodiversidad.
16. Paz, justicia e instituciones sólidas: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas.
  17. Alianzas para lograr los objetivos: Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible (ONU, s.f.).

No se debe olvidar que cada Objetivo tiene metas específicas que los países y actores involucrados se esfuerzan por alcanzar antes del año 2030. La Agenda 2030 es un recordatorio de que todos, desde los gobiernos hasta la sociedad civil y el sector privado, tienen un papel importante en la construcción de un futuro más sostenible y equitativo para las generaciones presentes y futuras.

## **2.2 Salud y bienestar**

Los ODS abarcan temas muy amplios e imprescindibles para el progreso de las sociedades. Profundicemos en lo que respecta al área de la salud. La salud es crucial para el desarrollo de las personas y las sociedades. Sin salud, no hay vida; por lo tanto, se considera un Derecho Humano básico para asegurar que todos tengan la oportunidad de llevar una vida saludable y plena. Su preservación y promoción son fundamentales para el bienestar general de la humanidad (Manzanarez, 2021).

El Objetivo 3 de los ODS se creó con la finalidad de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades y cuenta con 13 metas que expresan las aspiraciones hacia 2030. Para fines de este capítulo, nos interesa la meta 3.8: lograr la cobertura sanitaria universal; en particular, la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos. En otras

palabras, esta meta busca que toda la población pueda recibir la atención médica que necesita sin tener que preocuparse por el costo y sin que este acceso comprometa su bienestar económico (Gobierno de México, 2022).

Méndez (2022) menciona que el acceso a servicios de salud ha sido un problema en México, ya que la proporción de la población que no puede acceder a estos servicios ha aumentado del 16.2% en 2018 al 28.2% en 2020. Existe un porcentaje significativo (15.1%) de la población afiliada a sistemas de salud que debe pagar por los servicios médicos. Además, la distancia y la accesibilidad a los hospitales también representan un reto, ya que el 7.2% de la población tarda más de dos horas en llegar a un centro médico, lo que puede poner en riesgo la pronta atención y el tratamiento adecuado en casos de emergencia.

El país también enfrenta una escasez de trabajadores de la salud, lo que puede afectar la capacidad para brindar atención médica adecuada a toda la población. Además, ciertos indicadores relacionados con la salud presentan desafíos importantes para el desarrollo sostenible en México. La prevalencia de sobrepeso y obesidad, el embarazo en adolescentes y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva son áreas en las que se necesita un mayor enfoque y esfuerzo para mejorar la salud y el bienestar de la población. Un sistema de salud efectivo es clave para alcanzar las metas del ODS 3 (Méndez, 2022).

En respuesta a estas necesidades, en nuestro país se han creado diversos programas e instituciones (Secretaría de Gobernación, 2019: 15). Por ejemplo, se estableció en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, en su apartado segundo, cuyo título es “Política Social en el tema Salud para toda la población”, que una parte importante de los fenómenos que afectan el tema de la salud se debe al estrechamiento presupuestario del Seguro Popular. Además, se cuenta entre los motivos la no afiliación de la población de escasos recursos a alguna institución de seguridad social, lo que crea un plano desigual para el acceso y obtención de estos servicios.

El gobierno de México respondió a esta situación con la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), que tiene el expreso objetivo de brindar servicio en todo el territorio nacional a todas las personas que no se encuentren afiliadas a otras instituciones. En general, es necesario abordar estos problemas de manera efectiva para avanzar hacia el ODS 3 (Secretaría de Gobernación, 2019: 15).

Ahora que tenemos las bases de la gran cantidad de factores que comprenden el derecho a la salud, uno de los Derechos Humanos fundamentales, podemos empezar a analizar la normatividad relacionada con nuestro tema principal: la donación de órganos.

### **III. Derecho a la donación de órganos y trasplantes**

La Ley General de Salud (2023), en su Título Décimo Cuarto sobre donación, trasplantes y pérdida de la vida, establece diversos puntos a tener en cuenta durante un proceso de donación y trasplante.

Un donador es aquella persona que tácita o expresamente consiente la disposición de su cuerpo o componentes para su utilización en trasplantes. El trasplante se define como la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra o de un individuo a otro y que se integre a su organismo (LGS, 2023).

Cyunel (2019) señala que entender que sin la donación de órganos no es posible realizar trasplantes, y que el proceso de donación-trasplante requiere tanto de un donante como de un receptor, pone en relieve las actitudes éticas y culturales de una sociedad, personificadas en la persona que consiente el trasplante. El propósito principal de este proceso es el receptor, en el que se integran aspectos de justicia social y distribución equitativa de órganos.

Cuando se trata de tomar la decisión de convertirse en donante, existen dos tipos fundamentales: la donación tácita y la donación expresa. Cantillo (2019) explica que la donación tácita

es cuando un posible donador o donante no manifiesta en un documento la negativa para que, después de su fallecimiento, sus órganos sean utilizados para trasplantes. Este consentimiento debe ser obtenido de las siguientes personas presentes en el momento del fallecimiento: el cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante. Si están presentes más de una de las personas citadas, se aplicará la prelación correspondiente según el nivel de parentesco. Por otro lado, la donación expresa se refiere a manifestar por escrito o verbalmente la voluntad de donar órganos en vida o después de la muerte. Esta forma de donación puede ser amplia, si se refiere a la disposición total del cuerpo, o limitada, si solo se autoriza el uso de ciertos componentes.

Ambos tipos de donación son importantes y válidos, y cada individuo tiene el derecho de elegir la opción que mejor se ajuste a sus creencias y deseos. Al optar por la donación tácita, se confía en que los seres queridos tomarán la decisión adecuada en caso de fallecimiento. Mientras que la donación expresa brinda la oportunidad de dejar en claro los deseos con respecto a la donación de órganos, ya sea de forma general o específica.

En última instancia, lo más relevante es tomar una decisión informada y compartir estos deseos con los seres queridos, de manera que puedan respetar y cumplir con los deseos de donación del individuo. Cada donante potencial tiene el poder de marcar la diferencia y brindar una segunda oportunidad de vida a quienes más lo necesitan.

Para regular la donación expresa, el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) y la Ley General de Salud ofrecen dos opciones. La primera es la tarjeta de Donador Voluntario, un documento oficial de donación que manifiesta el consentimiento expreso de todas aquellas personas cuya voluntad, después de la vida, sea donar sus órganos y/o tejidos para fines terapéuticos.

Otra opción es no ser donante, ya que la ley reconoce el derecho de un ciudadano a no donar sus órganos. Cada individuo tiene derecho a elegir entre estas alternativas. Es importante mencionar que no todas las personas, tras su fallecimiento o en vida, pueden ser donantes, por lo que es fundamental realizar una evaluación minuciosa del organismo para determinar las condiciones en las que se encuentra el cuerpo y ciertos órganos en particular.

Además de estas normas y estrategias implementadas por el país, a nivel mundial existen iniciativas y diferentes principios creados a lo largo de los años con el propósito de servir como guía y estandarizar los procedimientos relacionados con la donación de órganos.

### **3.1 Principios rectores de la salud de la Organización Mundial de la Salud**

La escasez de órganos disponibles ha llevado a muchos países a implementar procedimientos y sistemas para aumentar la oferta de órganos. Sin embargo, también ha surgido el comercio ilegal de órganos humanos, especialmente de donantes vivos no emparentados con los receptores, como lo señala el Gobierno de Jalisco (s/f). En las últimas décadas, han surgido pruebas cada vez más evidentes de la existencia de este comercio y del tráfico de personas asociado a él. Además, la creciente facilidad de comunicaciones y viajes internacionales ha llevado a muchos pacientes a viajar al extranjero para acudir a centros médicos que promocionan su capacidad para realizar trasplantes y suministrar órganos por una tarifa única que incluye todo.

Ante esta preocupación, la Asamblea de la Salud ha abordado el tema del comercio de órganos y la necesidad de establecer normas globales para los trasplantes, lo cual quedó reflejado por primera vez en las resoluciones WHA40.13 y WHA42.5. En 1987, se aprobaron los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante

de Órganos Humanos en la resolución WHA44.25. A lo largo de los años, estos principios han influido en los códigos de ética, las prácticas profesionales y la legislación relacionada con los trasplantes en todo el mundo.

Dado los cambios en las prácticas y actitudes en torno a los trasplantes de órganos y tejidos, la Asamblea de la Salud ha instado al Director General de la OMS a seguir examinando y recopilando datos a nivel mundial sobre las prácticas, seguridad, calidad, eficacia y epidemiología de los trasplantes, así como sobre las cuestiones éticas relacionadas, en particular la donación de órganos entre vivos. El objetivo es actualizar los Principios Rectores sobre Trasplante de Órganos Humanos.

Los Principios Rectores de la OMS (2009) tienen como objetivo proporcionar un marco ético y aceptable para la adquisición y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos con fines terapéuticos. Cada jurisdicción es responsable de implementar estos principios de acuerdo con sus propias regulaciones. Si bien los Principios Rectores conservan los aspectos fundamentales de la versión de 1991, también incorporan nuevas disposiciones para abordar las tendencias actuales en el campo de los trasplantes, como el trasplante de órganos de donantes vivos y el uso creciente de células y tejidos humanos (OMS, 2009).

Es importante destacar que los Principios Rectores no se aplican al trasplante de gametos, tejido ovárico o testicular, ni embriones con fines reproductivos, ni tampoco a la sangre ni a sus componentes para fines de transfusión.

Con lo comentado anteriormente, se entiende que la extracción de células, tejidos y órganos de personas fallecidas o vivas para fines de trasplante solo podrá efectuarse de conformidad con los Principios Rectores. Por lo tanto, abordaremos de manera general lo establecido en cada uno. El principio rector número 1 indica que el consentimiento es el pilar ético fundamental en cualquier intervención médica. Corresponde a las autoridades nacionales definir, de acuerdo con

las normas éticas internacionales, el proceso de obtención y registro del consentimiento en relación con la donación de células, tejidos y órganos. Además, deben establecer cómo se organiza la obtención de órganos en su país y el papel práctico del consentimiento como salvaguardia contra abusos y violaciones de seguridad (OMS, 2009).

El Principio Rector número 2 busca prevenir conflictos de intereses que podrían surgir si los médicos encargados de determinar la muerte de un posible donante también atendieran a otros pacientes cuyo bienestar dependiera de las células, tejidos u órganos trasplantados de ese donante. Las autoridades nacionales serán responsables de establecer las normas legales para determinar la muerte y especificarán cómo se formularán y aplicarán los criterios y el proceso correspondiente (OMS, 2009).

El Principio Rector número 3 promueve el avance máximo de programas de trasplante que protejan a los donantes vivos de riesgos inherentes. Además, establece los requisitos fundamentales para la donación entre personas que están vivas. La presencia de un lazo genético entre el donante y el receptor puede tener beneficios terapéuticos y asegurar que el donante esté genuinamente preocupado por el bienestar del receptor, de manera similar a una relación legal, como la existente entre cónyuges (OMS, 2009).

En el Principio Rector número 4 se establece una prohibición general de extraer a menores de edad células, tejidos u órganos para fines de trasplante, con excepciones en casos de donación familiar de células regenerativas donde no se disponga de un donante adulto terapéuticamente comparable y los trasplantes renales entre gemelos idénticos (OMS, 2009).

El Principio Rector número 5, además de impedir el tráfico de material de origen humano, tiene como finalidad afirmar el especial reconocimiento que merece la donación de material humano para salvar vidas o mejorar su calidad (OMS, 2009).

El Principio Rector 6 permite la promoción de la donación altruista, pero prohíbe cualquier tipo de actividad que implique transacciones monetarias relacionadas con la donación de células, tejidos u órganos. En el Principio número 7 se menciona que los profesionales de la salud solo deben llevar a cabo extracciones, procedimientos intermedios o implantaciones de células, tejidos u órganos en casos en los que las donaciones no sean remuneradas y sean genuinamente voluntarias. Por lo tanto, es responsabilidad de estos profesionales asegurarse de que la persona que ha dado su consentimiento para la donación no ha recibido ningún tipo de compensación, no ha sido obligada ni explotada de ninguna manera; de lo contrario, se considerará una violación de sus obligaciones profesionales (OMS, 2009).

De acuerdo con el Principio número 8, los profesionales de la salud y los centros médicos deben recibir una remuneración justa y acorde con los servicios que prestan en los procedimientos de obtención y trasplante de células, tejidos u órganos, evitando cualquier forma de explotación económica o beneficio desproporcionado (OMS, 2009).

El Principio Rector número 9 busca asegurar que la asignación de órganos, células y tejidos se realice de manera justa, equitativa y transparente, basada en criterios clínicos y éticos, y sin considerar factores económicos u otros que no estén relacionados con la necesidad médica y la idoneidad del receptor (OMS, 2009).

Por su parte, el número 10 menciona que, bajo la supervisión de las autoridades sanitarias nacionales, los programas de trasplante deberán realizar un seguimiento tanto de los donantes como de los receptores para garantizar que ambos reciban los cuidados óptimos e información acerca del equipo de trasplante encargado de esos cuidados (OMS, 2009).

Por último, el Principio número 11 destaca la importancia de la transparencia en las actividades de donación y trasplante, así como la protección del anonimato personal y la privacidad de los

donantes y receptores. Es esencial que los procedimientos sean claros y accesibles, y que los resultados sean evaluados y supervisados externamente. Al mismo tiempo, se debe garantizar que la información confidencial se mantenga en secreto y que los derechos de privacidad de las personas sean respetados (OMS, 2009).

Después de revisar las disposiciones de la Ley General de Salud, CENATRA y la OMS, podemos decir que la donación de órganos es un proceso altamente regulado y supervisado por diferentes autoridades en muchos países. Cada individuo, además de tener derecho a la donación de órganos, tiene el derecho en caso de necesitarlo, a recibir un órgano, con seguridad y equidad en la asignación de estos y en todo lo implicado en el proceso.

#### **IV. Derecho a la procuración de órganos**

El Centro Estatal de Trasplantes del Estado de México (2017) hace hincapié en la necesidad de contar con un Manual de Procuración de Órganos y Tejidos para el Coordinador Hospitalario de Donación, con el fin de garantizar la seguridad y equidad en la asignación de órganos y tejidos.

Las leyes y regulaciones establecen requisitos específicos para llevar a cabo la extracción y trasplante de órganos, y existen diferentes etapas y personas involucradas en el proceso. En primer lugar, es importante destacar que la extracción de órganos solo está permitida en establecimientos que cuenten con una licencia sanitaria adecuada. Esto asegura que se cumplan los estándares de calidad y seguridad necesarios para realizar dichos procedimientos. En el caso de fallecimiento de una persona fuera de un hospital con licencia de procuración, como en la vía pública o en el domicilio particular, no se llevan a cabo donaciones de órganos, debido a que se requiere la infraestructura y el personal especializado para llevar a cabo la extracción de manera adecuada y segura (Vázquez, 2018).

En situaciones en las que la muerte esté sujeta a investigación judicial, es necesario obtener la autorización del Ministerio Público antes de proceder con la extracción de órganos o tejidos. En estos casos, se realiza un informe del médico forense que examina las circunstancias del fallecimiento. El agente del Ministerio Público otorgará la autorización siempre que no interfiera con la investigación penal en curso.

Vázquez (2018) menciona que el proceso de donación de órganos implica la participación de numerosos profesionales sanitarios y entidades, como hospitales, aeropuertos, ambulancias y la policía, entre otros. Más de 100 personas pueden estar involucradas en la procuración de órganos y tejidos donados por una persona. Cada hospital procurador tiene una cadena de distribución específica y asigna los órganos y tejidos a los equipos trasplantadores, que a veces se encuentran a varios kilómetros de distancia del lugar de donación. Es necesario coordinar todos los equipos para que coincidan en el hospital designado y realicen la extracción y preservación de los órganos. Esto implica una logística hospitalaria compleja en la que el coordinador de donación juega un papel fundamental.

En cuanto a la asignación de órganos y tejidos de donantes vivos, se tienen en cuenta diversos criterios médicos aceptados. Estos criterios incluyen la gravedad del receptor, la urgencia del trasplante, los beneficios esperados y la compatibilidad con el receptor. Cuando no exista una urgencia médica que requiera asignar preferentemente un órgano o tejido, se seguirán los registros que están a cargo del CENATRA, los cuales contienen información sobre los pacientes receptores y ayudan a garantizar una asignación justa y equitativa.

La procuración de órganos es un proceso complejo y largo que involucra la participación de un equipo multidisciplinario. Antes de abordar este proceso en casos de delito, que es el tema principal de este capítulo, vamos a tratar los casos médico-legales para comprender cuál es la responsabilidad médica y

cuáles son los preceptos éticos y morales que conlleva el ejercicio de la medicina.

#### *4.1 Casos médico- legales*

Desde el momento en que un médico recibe su cédula profesional para ejercer la medicina, se convierte en responsable directo de todos los actos relacionados con su práctica médica. No puede eludir esta responsabilidad y debe asumir las consecuencias de sus acciones profesionales. Deberá considerar todas las reglas y normativas impuestas para llevar a cabo su profesión. Su responsabilidad abarcará el diagnóstico y tratamiento de cada paciente bajo su cuidado, por lo que deberá ceñirse a todos los preceptos éticos y morales para ejercer su profesión con dignidad.

Respecto a los preceptos éticos mencionados anteriormente, la ética médica evalúa los actos médicos en base a cuatro principios fundamentales. La no maleficencia implica que el médico debe evitar causar daño a los pacientes y debe esforzarse al máximo por minimizar cualquier daño potencial durante el tratamiento. La beneficencia establece que el médico debe actuar en beneficio de los pacientes, siempre buscando su bienestar y promoviendo su salud. La autonomía se refiere al respeto por la capacidad de decisión de los pacientes; se deben respetar las decisiones informadas de los pacientes y brindarles información suficiente para que puedan tomar decisiones relacionadas con su atención médica. Por último, la justicia dicta que el médico debe ser imparcial en la asignación de recursos médicos y debe tratar a los pacientes de manera equitativa, sin discriminación.

Es importante hacer una distinción entre dos términos que pueden generar confusión: el error médico y la mala praxis. Alvarado (2009) define el error médico como cualquier fallo ocurrido durante la atención médica que haya causado algún tipo de daño al paciente, en el que no existe mala fe ni necesariamente se manifiesta incompetencia, imprudencia o negligencia que implique responsabilidad moral y legal. Por otro lado, Zendejas

(2017) indica que la mala praxis es un término utilizado para referirse a la responsabilidad profesional por actos realizados con negligencia.

La legislación mexicana no contempla la responsabilidad médica en sí misma; la incluye en el capítulo de responsabilidad profesional, en el título duodécimo del Código Penal Federal, que abarca a todas las profesiones y técnicos. Por lo tanto, es complicado definir un delito ocasionado directamente por un médico, ya que no está especificado en los códigos penales del país.

La forma más conocida de mala praxis es la negligencia médica, que ocurre cuando un médico cuenta con los conocimientos y recursos necesarios para atender a un paciente, pero no los utiliza debido a descuido u omisión, como diagnósticos incorrectos, tratamientos inadecuados, errores en la administración de medicamentos, falta de seguimiento adecuado, entre otros. Es importante resaltar que este delito no está tipificado en el código penal, solo existe la figura de responsabilidad profesional, pero no específicamente en el ámbito de la salud. Otro término para considerar en el contexto de la mala praxis es la iatrogenia, que se refiere a situaciones generadas por la acción errónea de un profesional de la medicina y otros, y cuyos efectos pueden ser involuntarios y no necesariamente atribuibles a negligencia, ya que algunos riesgos y complicaciones son inherentes a ciertos tratamientos y procedimientos. Por el contrario, la iatropatogenia se refiere a la lesión causada a un paciente como consecuencia de incompetencia, imprudencia, negligencia o mala intención por parte del personal de salud. Esto implica que la atención médica o el tratamiento en sí mismo pueden generar condiciones de salud negativas o agravar la condición existente del paciente (Zendejas, 2017).

Cuando la pérdida de vida de un donante está relacionada con una investigación penal y se busca realizar la procuración de

órganos para trasplante, surge un caso médico-legal. Para prevenir la mala praxis, todo médico cirujano debe conocer las modalidades para la preservación de órganos y tejidos, así como los procedimientos que la normativa indica en cada caso. Esto se vuelve crucial para evitar malas prácticas. Es esencial que los médicos estén al tanto de los procedimientos y trámites que deben realizarse en cada caso, dado que el proceso de procuración de órganos no es el mismo cuando la pérdida del donante potencial no está vinculada con la comisión de un delito, en comparación con cuando sí lo está.

#### ***4.1.1 Donación de órganos en caso de presunto delito***

En la guía del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante en México del CENATRA (2019), se plantea que en el país existe un alto índice de muertes violentas, lo cual se considera un problema epidemiológico de gran escala. Esta situación es resultado de las condiciones sociales y de inseguridad que han prevalecido en los últimos años. Debido a esta violencia, los hospitales reciben con frecuencia a personas heridas relacionadas con casos médico-legales, así como a lesionados provenientes de accidentes u otros actos violentos. Esta acumulación de lesionados en las unidades hospitalarias lleva a un gran número de personas que, según la gravedad de sus heridas, podrían convertirse en posibles donantes en algún momento. Es decir, si algunos de estos lesionados no sobreviven o su estado de salud se deteriora significativamente, podrían convertirse en candidatos para donar órganos o tejidos a pacientes que los necesiten.

La situación descrita plantea que el Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos se convierte en una pieza fundamental para crear la Carpeta de Investigación. Su papel es trabajar en colaboración con los Agentes del Ministerio Público o fiscales que estén a cargo del caso médico-legal en el que esté involucrado el potencial donante. La finalidad de esta colaboración es coordinar y facilitar el proceso de donación de órganos, asegurando que se

cumplan los requisitos legales y médicos pertinentes. Es crucial que el Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos esté debidamente capacitado y orientado en cuanto a su papel y responsabilidades al tratar con este tipo de casos (CENATRA, 2019).

Es importante enfatizar que el Fiscal o Ministerio Público no tiene la autoridad de dar permiso alguno para que se realice una donación cadavérica. Más bien, es un servidor público que tiene la función de actuar en pro de ayudar a concretar la noble acción de la Donación de órganos, un proceso regulado y ético donde siempre se debe respetar la voluntad del donante.

El Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos debe considerar a la autoridad ministerial como un igual una vez que se involucra en el proceso de investigación para esclarecer un posible hecho delictivo en el que está involucrado un potencial donante. Ambas figuras, el Coordinador Hospitalario y la autoridad ministerial, deben trabajar en equipo. Aunque en algunos estados existen acciones coordinadas entre la Procuraduría de Justicia y la Secretaría de Salud Estatal que brindan orientación tanto al Ministerio Público como a los Coordinadores Hospitalarios de Donación de Órganos sobre cómo proceder cuando están involucrados en el proceso de un potencial donante de órganos relacionado con un caso médico legal, son pocos los estados que cuentan con esta orientación, situación que plantea el Centro Estatal de Trasplantes del Estado de México (2017).

#### ***4.1.2 Procedimiento para la procuración de órganos en averiguaciones previas***

Con el fin de evitar responsabilidades penales, civiles, administrativas y laborales, todo médico cirujano debe estar familiarizado con el proceso en casos de averiguaciones previas relacionadas con delitos, según la normativa mexicana, ya que esto implica un escenario médico-legal, como se explicó anteriormente.

La Ley General de Salud (2023) establece en su Artículo 328 las Circunstancias en las cuales se requerirá la intervención del Ministerio Público.

Artículo 328°. Sólo en caso de que la pérdida de la vida del donante esté relacionada con la averiguación de un delito, o se desconozca su identidad o forma de localizar a sus parientes, se dará intervención al Ministerio Público y a la autoridad judicial, para la extracción de órganos y tejidos (LGS, 2023).

Así mismo, el Artículo 335° Bis del mismo ordenamiento legal establece lo siguiente:

Artículo 335° bis. Los coordinadores hospitalarios de la donación de órganos y tejidos para trasplantes en turno notificarán al Ministerio Público, de manera inmediata la identificación de un donante fallecido, en los casos en que la causa de la pérdida de la vida se presuma vinculada con la comisión de un delito (LGS, 2023).

Todas las autoridades involucradas, así como el personal sanitario, deben actuar con la debida diligencia y prontitud que el caso amerita.

Es importante reiterar que el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Trasplantes fue publicado en el Diario Oficial de la Federación. En su Capítulo Único del Título Sexto, titulado "Intervención del Ministerio Público y de la Autoridad Judicial en la Donación de Órganos, Tejidos o Células", se establece lo siguiente:

Artículo 65°. En los casos en que la pérdida de la vida del donador se encuentre relacionada con la investigación de un delito, se dará intervención al Ministerio Público, a efecto de que se pronuncie respecto de si la extracción de los órganos, tejidos y células de dicho donador interfiere con su investigación (RLGS, 2014).

La intervención a la que se refiere el párrafo anterior se dará a la autoridad judicial, en los casos en que ésta se encuentre conociendo del delito:

La extracción de órganos, tejidos y células que se realice sin dar la intervención al Ministerio Público o a la Autoridad Judicial, en términos del presente Artículo, se dará lugar a las responsabilidades administrativas y penales previstas en la legislación aplicable (RLGS, 2014).

Ante la premura del tiempo con que se cuenta para realizar la procuración de órganos y tejidos y a su vez tener un alto grado de efectividad, aunado a las consecuencias legales en las que se incurriría al no seguir lo establecido en la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Trasplantes, es de vital importancia que los coordinadores de la donación de cada uno de los establecimientos de salud que cuenten con licencia sanitaria para realizar la procuración de órganos y tejidos tengan una guía que les permita realizar las gestiones necesarias ante los Agentes del Ministerio Público de sus entidades federativas para que de forma expedita se emita el pronunciamiento en el cual manifieste que la extracción de órganos y tejidos no interfiera en la investigación de un probable delito que se esté realizando.

De igual forma, es importante destacar que a los Agentes del Ministerio Público de las Entidades Federativas se les deberá capacitar para que de forma precisa se realicen los trámites administrativos necesarios para que el documento por medio del cual emiten su pronunciamiento de no interferencia sea entregado de forma pronta.

A continuación, se presenta la descripción y análisis del Procedimiento propuesto por el CENATRA en la guía del coordinador hospitalario de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en México (CENATRA, 2019:51):

- I. El Coordinador Hospitalario detecta un Potencial Donador en el establecimiento de salud que cuenta con licencia sanitaria para realizar la procuración de órganos y tejidos.
- II. Si la pérdida de vida del potencial donador no está relacionada con la comisión de un delito, se termina el procedimiento.
- III. Si la pérdida de vida del potencial donador está relacionada con la comisión de un delito, el Coordinador Hospitalario de la Donación informa al Ministerio Público sobre la identificación de un posible donante cuya pérdida de la vida se presume vinculada con la comisión de un delito (CENATRA, 2019:51).

Estos puntos describen cómo se manejan los casos de potenciales donadores de órganos y tejidos en situaciones en las que el fallecimiento está o no relacionado con un delito; con esta identificación temprana y posterior notificación al Ministerio Público si se tiene la sospecha de comisión de un delito, se busca asegurar que la donación se realice de manera ética y legal, cumpliendo con los requisitos establecidos.

- I. El Coordinador Hospitalario de la Donación recaba el consentimiento expreso del disponente secundario para donar órganos y tejidos con fines de trasplante del potencial donador y recaba el certificado médico de pérdida de la vida firmado por el médico autorizado en el establecimiento de salud.
- II. El Coordinador Hospitalario de la Donación se traslada a la Agencia del Ministerio Público correspondiente.
- III. El Ministerio Público revisa que la documentación entregada por el Coordinador Hospitalario de la Donación esté completa y cumpla con los requisitos formales que señala la ley. Si no está completa o falta un requisito, se devuelve la misma y se le solicita al Coordinador Hospitalario de la Donación que la recabe de forma correcta.
- IV. Si está completa la documentación entregada por el Coordinador Hospitalario de la Donación y cumple con los requisitos formales, el Ministerio Público instruirá a su Coadyuvante para que asista al establecimiento de salud y realice el informe de valoración respectivo (CENATRA, 2019:51).

Se puede apreciar la importancia de la coordinación entre el Coordinador Hospitalario de la Donación y el Ministerio Público en estos casos que hay circunstancias específicas y requerimientos legales involucrados. En estos puntos se puede resaltar la necesidad de recabar el consentimiento expreso de la persona que ha sido designada o autorizada previamente por el potencial donador para tomar decisiones sobre la donación de órganos y tejidos en caso de su muerte. La documentación debe estar completa y cumplir con los requisitos para seguir con el proceso.

- I. El Coadyuvante del Ministerio Público se traslada al establecimiento de salud para realizar el informe de valoración en el que se manifestará si la procuración de órganos y tejidos interfiere o no en la investigación de un delito.
- II. El Coadyuvante del Ministerio Público realiza la inspección en el cuerpo del posible donador para obtener elementos médico-legales que sirvan de fundamento en su informe de valoración, en el que emitirá su opinión sobre si la procuración de órganos y tejidos interferirá o no en la investigación de un delito.
- III. El Coadyuvante del Ministerio Público envía su informe de valoración al Ministerio Público, en el que emite opinión sobre si la procuración de órganos y tejidos interfiere o no en la investigación de un delito.
- IV. El Ministerio Público recibe el informe de valoración de su Coadyuvante.
- V. Si el informe recibido por el Ministerio Público concluye que la procuración de órganos y tejidos interfiere en la investigación de un delito, este emitirá un aviso mediante el cual se hará del conocimiento al Coordinador Hospitalario de la Donación sobre esta circunstancia y se terminará el procedimiento debido a este impedimento.
- VI. Si el informe recibido por el Ministerio Público concluye que la procuración de órganos y tejidos no interfiere en la investigación de un delito, este emitirá un aviso mediante el cual se hará del conocimiento al Coordinador Hospitalario de la Donación sobre la viabilidad de la procuración de órganos y tejidos, al no interferir en la investigación de un delito (CENATRA, 2019:51).

En estos puntos se describe cómo se lleva a cabo la evaluación por parte del Ministerio Público para determinar si la donación de órganos y tejidos puede interferir con una investigación criminal en curso y cómo se toma una decisión basada en esa evaluación; es de suma importancia esperar al informe del Ministerio Público para saber si se puede proceder a realizar la procuración de órganos y tejidos o no.

- I. El Coordinador Hospitalario de la Donación recibe el aviso emitido por el Ministerio Público sobre la no interferencia en la procuración de órganos y tejidos.
- II. El Coordinador Hospitalario de la Donación informa esta resolución del Ministerio Público al Comité Hospitalario de la Donación y se procede a realizar la procuración de órganos y tejidos.
- III. Se lleva a cabo la procuración de órganos y tejidos por el médico designado por el Comité Hospitalario de la Donación.
- IV. Finaliza (CENATRA, 2019:51).

Una vez que se confirma que no hay interferencia con la investigación en curso y se obtiene la aprobación del Comité Hospitalario, se procede con la extracción de los órganos y tejidos por un médico especializado. De esta forma finaliza el procedimiento de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en averiguaciones previas de un delito, asegurando que la donación se realice de manera ética y legal.

## **V. Conclusiones**

En situaciones en las que la muerte de una persona está sujeta a investigación judicial, es necesario obtener la autorización del Ministerio Público antes de proceder con la extracción de órganos o tejidos. En estos casos, se realiza un informe del médico forense que examina las circunstancias del fallecimiento y el agente del Ministerio Público otorga la autorización siempre que no interfiera con la investigación penal en curso. Esta colaboración es esencial para garantizar que el proceso de donación de órganos se realice de manera ética y legal, respetando el derecho a la donación, al tiempo que se lleva a cabo una investigación adecuada sobre el caso médico-legal.

Aunque en algunos estados existen acciones coordinadas entre la Procuraduría de Justicia y la Secretaría de Salud Estatal que brindan orientación tanto al Ministerio Público como a los coordinadores hospitalarios de donación de órganos sobre cómo proceder cuando están involucrados en el proceso de un potencial donante de órganos relacionado con un caso médico-legal, son pocos los estados que cuentan con esta orientación. Por lo tanto, es responsabilidad exclusiva del médico cirujano encargado tener conocimiento de la sucesión cronológica y secuencial de las actividades de procuración, asignación y trasplante de órganos para evitar la mala praxis, que surge cuando se actúa con negligencia, iatrogenia y/o iatropatogenia. El desconocimiento por parte del médico y la falta de orientación por parte de las instituciones no eximen al profesional de la salud de las responsabilidades penales, civiles, administrativas y laborales

que se le adjudiquen en caso de no realizar correctamente el procedimiento para la procuración de órganos en averiguaciones previas de un delito.

La parte ética es igual de importante; el actuar del médico debe guiarse por la no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, promoviendo la donación y el acceso equitativo a órganos. Se puede ayudar a reducir las desigualdades en el acceso a la atención médica y mejorar la calidad de vida de las personas en situación de vulnerabilidad. Teniendo en consideración las implicaciones éticas, junto con los aspectos médico-legales que hemos mencionado antes, se garantiza el derecho a las actividades en materia de donación desde la profesión del médico cirujano.

Además del papel del médico cirujano, en el acto de la donación de órganos también se ven reflejadas diversas actitudes éticas y culturales de la sociedad, especialmente a través de la persona que decide ser donante. Este acto se basa en la generosidad, la solidaridad y el altruismo, y pone de manifiesto los valores y principios morales que guían a cada individuo. Promover la donación y la conciencia sobre este tema es fundamental para fortalecer la cultura de solidaridad y cuidado en la sociedad.

## VI. Lista de referencias

ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS. (s/f). *El derecho a la salud: aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions>

ALVARADO-GUEVARA, A. & FLORES-SANDÍ G. (2009). Errores Médicos. *Revista Acta Médica Costarricense*, 51 (1). Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n1/3941.pdf>

ARELLANO-GÁLVEZ, M., CASTRO-VÁSQUEZ, M., & ARANDA GALLEGOS, P. (2023). ¿Apoyos o derechos?: acceso a servicios de salud entre población jornalera del noroeste de México. *Iztapalapa, Revista de*

*Ciencias Sociales y Humanidades*, 44(94), 221-249. Recuperado de <https://doi.org/10.28928/ri/942023/aot5/arellanogalvezm/castrov asquezm/arandagallegosp>

ARGÜERO-SÁNCHEZ, R., SÁNCHEZ-RAMÍREZ, O., & Olivares-Durán, E. (2020). Donación de órganos y trasplantes en México, ¿todo está resuelto? *Gaceta Médica de México*, 156(3), 181-183. Recuperado de <https://doi.org/10.24875/gmm.20000070>

CANTILLO-FERREIRO, E., NOA-PÉREZ, D., CANTILLO-ARIAS, L., & CANTILLO-GONZÁLEZ E. (2019). Polémicas actuales sobre donación y el trasplante de órganos desde una perspectiva bioética. *Revista Información Científica*, 98(6), 815-827. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551762982014>

CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES DEL ESTADO DE MÉXICO. (2017). *Manual de coordinador hospitalario de donación*. Recuperado de [https://cetraem.edomex.gob.mx/sites/cetraem.edomex.gob.mx/files/files/docs/manual\\_chd.pdf](https://cetraem.edomex.gob.mx/sites/cetraem.edomex.gob.mx/files/files/docs/manual_chd.pdf)

CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES. (2019) *Guía del coordinador hospitalario de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en México*. Recuperado de [https://cenatra.salud.gob.mx/transparencia/Guxa\\_del\\_Coordinador\\_H.pdf](https://cenatra.salud.gob.mx/transparencia/Guxa_del_Coordinador_H.pdf)

COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. (2019). *26 de septiembre: Día Nacional de la Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/articulos/26-de-septiembre-dia-nacional-de-la-donacion-y-trasplante-de-organos>

CONGRESO DE LA UNIÓN (2020). DECRETO por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0)

CYUNEL, M., GAREA, M. & NEIRA, P. (2019). Procuración y trasplante de órganos y tejidos. *Revista del Hospital del Niño de Buenos Aires*, 61(273), 88-94. Recuperado de <http://revistapediatria.com.ar/edicion-273-procuracion-trasplante-organos-tejidos/>

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes*. Recuperado de [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MT.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MT.pdf)

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. (2023). *Ley General de Salud*. Recuperado de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

GOBIERNO DE JALISCO. (s/f). *Principios rectores de la OMS sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos*. Recuperado de <https://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/PRINCIPIOS%20RECTORES%20DE%20OMS.pdf>

GOBIERNO DE MÉXICO. (2022). *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. Recuperado de <https://www.gob.mx/agenda2030/articulos/objetivo-3-garantizar-una-vida-sana-y-promover-el-bienestar-para-todos-en-todas-las-edades#:~:text=Objetivo%203%3A%20Garantizar%20una%20vida,2030%20%7C%20Gobierno%20%7C%20gob.mx>

GÓMEZ, I. (2020). *Desarrollo sostenible*. Elearning.

JAIME-MANZANAREZ, B. (2021). Salud y Bienestar: Objetivos de Desarrollo Sostenible en Centroamérica. *Raíces: Revista Nicaragüense De Antropología*, 5(9), 172-184. Recuperado de <https://doi.org/10.5377/raices.v5i9.11990>

MÉNDEZ, J., & LLANOS, A. (2022). *Salud y bienestar: Presupuesto de salud hacia el desarrollo sostenible*. Recuperado de <https://ciep.mx/salud-y-bienestar-presupuesto-de-salud-hacia-el-desarrollo-sostenible/>

NACIONES UNIDAS. (s/f). *17 objetivos para transformar nuestro mundo*. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2009). Actualización de los principios rectores sobre trasplante. Recuperado de [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_15-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_15-sp.pdf)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2022). *Salud y Derechos Humanos*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL Y SUSTENTABILIDAD. (2022). *Sostenibilidad: qué es, definición, concepto, tipos y ejemplos*. Recuperado de <https://responsabilidadsocial.net/sostenibilidad-que-es-definicion-concepto-tipos-y-ejemplos/>

SECRETARIA DE GOBERNACIÓN (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. Recuperado de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019)

VÁZQUEZ-GÓMEZ, M. & MORENO-CONTRERAS S. (2018). Donación de órganos y tejidos con fines de trasplante, lo que un médico en formación debe conocer. *Revista Mexicana de Trasplantes*, 7(2), 59-64. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82432>

ZENDEJAS, J. (2017). *Mala praxis, distinción ético-legal*. *Cirujano general*, 39(2), 119-123. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992017000200119&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992017000200119&lng=es&tlng=es).

# CAPÍTULO III

## **Violencia obstétrica y su impacto en salud materna en el derecho reproductivo**

---

Zyanya Ximena Yuen Gómez

Cristina García Franco

Pedro Gutierrez Aguilar



## CAPÍTULO III

### Violencia obstétrica y su impacto en salud materna en el derecho reproductivo

Zyanya Ximena Yuen Gómez\*

Cristina García Franco\*\*

Pedro Gutierrez Aguilar\*\*\*

SUMARIO: I. Introducción; II. Derecho a la salud; 2.1. Objetivos de Desarrollo Sostenible; 2.2. Salud y bienestar; III. Derecho a la no violencia obstétrica; 3.1. Violencia obstétrica; 3.2. En diferentes estados de la República; 3.3. Normatividad; 3.4. Salud materna en el derecho reproductivo; IV. Impacto de la violencia obstétrica en las mujeres; 4.1 Patriarcado y su impacto en la Violencia Obstétrica; 4.2 Causas de la violencia obstétrica. 4.3 Consecuencias de la violencia obstétrica; 4.3.1 Consecuencias Físicas de la Violencia Obstétrica; 4.3.1.1 La episiotomía; 4.3.1.2 Cesárea injustificada; 4.3.2 Consecuencias Psicológicas de la Violencia Obstétrica; 4.3.3 Otras consecuencias de la Violencia Obstétrica en familiares; 4.4 Prevención; V. Conclusiones; VI. Lista de referencias.

#### I. Introducción

La violencia obstétrica es un problema de salud que sigue siendo invisibilizado, lo cual impide su inclusión en las políticas públicas de salud en México. Un gran número de mujeres que reciben atención durante el embarazo, el parto y el puerperio sufren violencia obstétrica, lo cual vulnera sus Derechos Humanos y representa un riesgo para la salud materna. Por este motivo, se han comenzado a desarrollar planes y programas para identificar, reducir o eliminar esta forma de violencia.

---

\* Alumna de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, región Coatzacoalcos-Minatitlán; correo institucional

\*\*\* Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, región Veracruz; correo institucional: cristgarcia@uv.mx

\*\* Docente de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, región Veracruz; correo institucional: pguierrez@uv.mx

Existe normatividad relacionada con los derechos reproductivos, sexuales y el derecho a vivir sin violencia. Sin embargo, lamentablemente, estas normativas no están implementadas a nivel estatal en todas las entidades federativas. Por esta razón, la violencia obstétrica no debe considerarse algo ajeno a la vulneración de los Derechos Humanos de las mujeres mexicanas.

En este capítulo del libro, se busca abordar y prevenir la violencia obstétrica por parte del personal de salud, entendiendo su impacto en los derechos reproductivos. La investigación realizada tiene un enfoque documental y descriptivo, basado en evidencia empírica.

## **II. Derecho a la salud**

La Organización Mundial de la Salud define el derecho a la salud como el grado máximo que puede alcanzarse en una serie de criterios de carácter social, que promueven la salud de las personas. Esto incluye aspectos como la disponibilidad de servicios de salud, alimentos nutritivos, vivienda adecuada y condiciones de trabajo seguras. A raíz de esto, se han establecido normativas que abarcan este derecho fundamental (Organización Mundial de la Salud, 2022).

El derecho a la salud es un Derecho Humano reconocido desde 1946 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Ha sido ratificado en múltiples tratados nacionales y regionales por diversos países, y en México se incorporó en 1983 en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estableciendo que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud” (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, pág. 12).

Gracias a esta integración constitucional el 3 de febrero de 1983, el derecho a la salud se convirtió en una garantía de igualdad respaldada por la Constitución. Un año después, el 7 de

febrero de 1984, se promulgó la Ley General de Salud, que sentó las bases para el acceso a los servicios de salud y la salubridad nacional (Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica, 2021).

En 1982, bajo la dirección del Dr. Guillermo Soberón Acevedo, se creó la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, con el propósito de extender la cobertura de los servicios públicos de salud para todos los mexicanos. Esto marcó el inicio de la segunda generación de reformas en el ámbito de la salud en México, conocida como "El cambio estructural de la salud", que abarcó los años 1982 a 1988 y dio lugar a una renovación legislativa (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020).

Los cambios en este siglo incluyen la creación del Sistema de Protección Social en Salud en 2003, el cual busca proteger financieramente a la población mediante un seguro de salud de carácter público y voluntario (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020). En 2019, la Ley General de Salud sufrió modificaciones en cuanto a la prestación de servicios de salud, la protección social en salud y el control sanitario de medicamentos (Diario Oficial de la Federación, 2019).

Es esencial reconocer conceptos fundamentales como el derecho a la salud y comprender su peso en la normativa mexicana. Este derecho es universal y está respaldado por diversas organizaciones con objetivos y metas a largo plazo, cuyo propósito es priorizar el respeto a este derecho en todas las personas del mundo.

### ***2.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible***

En 2015, los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas, en colaboración con organizaciones no gubernamentales y ciudadanos de todo el mundo, desarrollaron una propuesta para establecer 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que

abarcen aspectos económicos, sociales y ambientales. Estos objetivos fueron proyectados para 2023 y constan de 17 metas y 230 indicadores globales (Ministerio del Medio Ambiente, s.f.).

Estos ODS se fundamentan en una Agenda Universal que busca la corresponsabilidad de los Estados miembros de las Naciones Unidas. Los objetivos son universales, aplicables a todos los países y estados, y se centran en desafíos transformadores para el desarrollo sostenible, basados en los Derechos Humanos y la dignidad. Son una herramienta civilizatoria que promueve un mundo de respeto universal y no discriminatorio, basado en valores y principios que no hacen distinciones (ONU, 2020).

Estos ODS también se utilizan como herramientas para el seguimiento y la planificación a nivel nacional y local, contribuyendo al desarrollo sostenible, armónico y ambiental (ONU, 2020).

La Agenda 2030 requiere cooperación internacional para fortalecer la igualdad, la paz y la estabilidad entre los países vecinos. Sin embargo, existen tensiones geopolíticas y tendencias a la ayuda unilateral que obstaculizan el desarrollo sostenible. Se necesita un mayor esfuerzo para alcanzar la integralidad en América Latina y el Caribe, implementando y supervisando la Agenda 2030 y los ODS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, s.f.).

En reuniones como el Foro de los Países de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible, se buscan soluciones a los desafíos que enfrenta la región. A pesar de los avances en indicadores sociales como la reducción de desigualdades y pobreza, persisten desigualdades marcadas asociadas a una cultura de privilegio (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, s.f.).

México ha desempeñado un papel activo en esta área, liderando el proceso de negociaciones y desarrollando Informes

Locales Voluntarios (ILV) para compartir logros, experiencias y prácticas en el marco de la Agenda 2030. Estos informes fomentan la transparencia, la rendición de cuentas y la participación comunitaria en la formulación de políticas sostenibles (Agenda 2030, 2021).

Los informes nacionales voluntarios también reflejan la implementación de la Agenda 2030, incluyendo los aportes de los informes locales voluntarios y consultas amplias. En el tercer informe del 2021, el contexto estuvo marcado por la pandemia de COVID-19 (Secretaría de Economía, 2021).

Todo esto se respalda mediante el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, que se compromete a garantizar el acceso a derechos para el bienestar de todas las personas, especialmente aquellas históricamente marginadas u oprimidas, como los pueblos originarios y aquellos con bajos ingresos. Este plan enfatiza el avance de la Agenda 2030 (Secretaría de Economía, 2021, pág. 22).

Estos planes confirman y analizan los diferentes objetivos y metas del Gobierno de México, que priorizan los derechos y la salud de la población mexicana. A pesar de los desafíos que enfrenta la población, se busca resolverlos para garantizar la salud de todos los mexicanos.

## **2.2 Salud y bienestar (ODS)**

La Organización Mundial de la Salud reconoce que la salud sexual es fundamental para las parejas y las familias, contribuyendo también al desarrollo económico y social. Por esta razón, se necesita un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de disfrutar de experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia (ONU, s.f.).

En el año 2006, la OMS proporcionó una definición de salud sexual:

Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud (OMS, 2006).

Para mantener esta salud sexual, es necesario que los derechos sexuales de todas las personas sean respetados, protegidos y ejercidos plenamente. La salud sexual no puede lograrse sin el mantenimiento de la protección y el respeto de los derechos sexuales. Por lo tanto, es fundamental que, para disfrutar de los Derechos Humanos, se requiere que los demás respeten estos derechos sin discriminación alguna (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

En este sentido, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible incluye diversos objetivos, entre ellos el Objetivo número 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Para lograr este objetivo, se han establecido diferentes metas que deben cumplirse (ONU, 2020).

Un ejemplo de una de estas metas es la 3.7 de la Agenda 2030:

Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (Agenda 2030, s.f).

Esta meta está respaldada por varios instrumentos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDM) (Instituto Danés de Derechos Humanos, s.f.).

Además, esta meta está estrechamente relacionada con el derecho a la decisión de tener hijos, incluyendo el número y el espaciamiento de los mismos, así como el acceso a la información y los medios necesarios para ejercer este derecho. Por lo tanto, toda persona tiene el derecho a tomar decisiones sobre su salud reproductiva, y para acceder a este derecho, es fundamental considerar las condiciones que influyen en el bienestar. Entre estas condiciones, los servicios de salud sexual y reproductiva desempeñan un papel crucial, abordando cuestiones como anticoncepción, fertilidad, interrupción del embarazo y adopción (Instituto Danés de Derechos Humanos, s.f.).

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la salud sexual y reproductiva, así como los Derechos Humanos relacionados, pueden verse afectados por diversas situaciones que limitan el disfrute pleno de esta salud. Uno de los ejemplos más destacados es la violencia obstétrica, que impacta negativamente no solo en la salud de las mujeres, sino también en sus derechos maternos, sexuales y reproductivos. Esta forma de violencia impide que las mujeres puedan alcanzar un estado óptimo de salud y ejercer sus derechos de manera plena debido a las prácticas abusivas y negligentes durante el proceso de atención obstétrica.

### **III. Derecho a la no violencia obstétrica**

Para asegurar el derecho a la salud, es responsabilidad de las autoridades actuar con debida diligencia, considerando principios de no discriminación e igualdad de trato. Esto implica promover el derecho a la salud de las mujeres a lo largo de todas las etapas de sus vidas. Las autoridades tienen la obligación de proteger el derecho a la salud y prevenir abusos de Derechos Humanos contra las mujeres. Esto implica la adopción de leyes y políticas nacionales de salud que garanticen el acceso a servicios de calidad en atención a la salud materna y reproductiva.

En el contexto de México, existen varias deficiencias en la estructura de los derechos sexuales y reproductivos de las

mujeres mexicanas, lo que las coloca en situaciones de vulnerabilidad y violencia. La imposición de tareas domésticas y las condiciones múltiples de discriminación contribuyen a un ambiente que propicia diversas problemáticas de salud que afectan a las mujeres, y entre estas problemáticas destaca la Violencia Obstétrica.

La Violencia Obstétrica es una de las manifestaciones de violencia de género que afecta a las mujeres durante el proceso de atención obstétrica, especialmente durante el embarazo, parto y posparto. Esta forma de violencia incluye prácticas abusivas, negligentes y deshumanizantes por parte del personal de salud, lo que tiene un impacto negativo en la salud física y emocional de las mujeres. La falta de respeto a la autonomía de las mujeres, la falta de información adecuada y la toma de decisiones sin el consentimiento informado son algunas de las características de la Violencia Obstétrica.

Es esencial abordar estas problemáticas y garantizar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México. Esto implica no solo la adopción de leyes y políticas adecuadas, sino también la sensibilización y capacitación del personal de salud, la promoción de la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud, y la creación de entornos seguros y respetuosos en los servicios de salud.

### **3.1 Violencia obstétrica**

El término "violencia obstétrica" se enmarca dentro de la categoría de violencia institucional, la cual se refiere a los actos u omisiones de los funcionarios públicos de cualquier nivel gubernamental que discriminan, utilizan estereotipos de género o buscan dilatar, obstaculizar o impedir el ejercicio de los Derechos Humanos de las mujeres, así como su acceso a políticas públicas destinadas a prevenir, abordar, investigar, sancionar y erradicar diversas formas de violencia (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2019, pág. 26).

El concepto de violencia obstétrica describe una problemática frecuente en el contexto de los hospitales públicos en México, donde se ejerce un control por parte del personal de salud sobre el proceso de parto. En esta situación, las mujeres son objetivadas y silenciadas por los profesionales gineco-obstétricos. Las afectadas suelen ser mujeres indígenas y de bajos recursos, y enfrentan actitudes discriminatorias desde el momento de su ingreso hasta la sala de parto, caracterizadas por comportamientos irrespetuosos y autoritarios por parte del personal de salud (Instituto Nacional de Salud Pública, 2019).

La violencia obstétrica se puede categorizar en dos tipos principales: la violencia obstétrica física y la violencia obstétrica psicológica. La primera se refiere a prácticas invasivas y medicación injustificada aplicada a la madre, sin considerar su estado de salud ni el proceso natural del parto. La segunda se centra en un trato deshumanizado, grosero, discriminatorio y humillante hacia la mujer, ya sea durante el proceso obstétrico o cuando busca asesoramiento. El personal de salud también puede omitir información sobre la evolución del parto (Díaz García & Fernández M., 2018).

La conceptualización de la violencia obstétrica puede variar en diferentes contextos, y en México, organizaciones como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos se dedican a definir y delimitar estos conceptos. Estas definiciones también están incorporadas en la normativa de las distintas entidades federativas de México.

### ***3.2 En diferentes estados de la República Mexicana***

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos describe la violencia obstétrica como una intersección entre la violencia institucional y la violencia de género. Esta forma de violencia implica la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud. Se caracteriza por un trato deshumanizado, la patologización y medicalización de

procesos naturales. Sus consecuencias incluyen la pérdida de autonomía y la capacidad de tomar decisiones libres sobre el cuerpo y la sexualidad de la mujer, lo que impacta negativamente en su calidad de vida. Esta forma de violencia puede manifestarse durante el embarazo, el parto o el puerperio, y puede ocurrir tanto en hospitales públicos como privados (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2019).

En México, la inclusión de la violencia obstétrica en las leyes estatales como una forma específica de violencia de género ocurrió principalmente a partir de 2008, influenciada por casos como el de Venezuela que definía esta violencia como la deshumanización en el trato hacia las mujeres durante el trabajo de parto y la pérdida de su autonomía personal (Quattrocchi & Magnone, 2020). Desde entonces, diversas entidades federativas han incorporado el concepto de violencia obstétrica en su marco jurídico, como Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Tlaxcala, Nayarit, Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo, Tamaulipas, Campeche, Colima, Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí (Estrada, 2022).

Sin embargo, la tipificación de la violencia obstétrica como delito solo se encuentra en seis entidades federativas: Chiapas, Estado de México, Guerrero, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán. Además, en algunas entidades como Aguascalientes, aunque no se nombra explícitamente el término "violencia obstétrica", se han incorporado conductas relacionadas en el código penal. Otros estados, como Oaxaca, Puebla e Hidalgo, han comenzado a explorar la posibilidad de incluir la violencia obstétrica en sus códigos penales (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2018).

Las definiciones de violencia obstétrica pueden variar en amplitud. Por ejemplo, en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del estado de Veracruz, se proporciona una definición amplia del término (Congreso del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2008):

La violencia obstétrica se refiere a la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (Congreso del Estado de Veracruz, 2008).

Además, Chiapas y Guerrero hacen hincapié en que el delito se manifiesta a través de un trato deshumanizado, el uso indebido de medicación y la patologización de los procesos naturales del parto. Estas acciones resultan en la pérdida de autonomía y capacidad de la mujer para tomar decisiones libres sobre su cuerpo y sexualidad. Por su parte, en los estados de Veracruz, Estado de México y Yucatán, también se contempla un supuesto adicional: si, a pesar de contar con los medios necesarios para llevar a cabo un parto vertical, se obliga a la mujer a parir acostada o en una posición que no se ajuste a sus costumbres y tradiciones obstétricas. Existe una tendencia en las entidades federativas del sur de México a considerar esta conducta como delictiva (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2021).

Es relevante destacar que la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) proporciona información importante sobre la prevalencia de violencia que experimentan las mujeres mexicanas. En relación con la violencia obstétrica, se observó que a nivel nacional, el 31.4% de las mujeres de 15 a 49 años que habían tenido un parto o cesárea en los últimos 5 años habían experimentado algún tipo de maltrato en la atención obstétrica. Los estados con la mayor

prevalencia fueron San Luis Potosí (38.9%), Tlaxcala (38.5%) y Ciudad de México (38.5%), mientras que los estados con menor prevalencia fueron Tamaulipas (25.4%), Tabasco (24.4%) y Chiapas (18.8%) (INEGI, 2021).

La relevancia de estos porcentajes y de conocer la situación en distintos estados radica en la capacidad para reconocer la normativa relacionada con la violencia obstétrica en México. Gracias a tratados internacionales y a la influencia de movimientos en defensa de los Derechos Humanos, se lograron las modificaciones necesarias en la legislación mexicana para incorporar y garantizar los Derechos Humanos a nivel nacional.

### ***3.3 Normatividad***

En 2011 se realizó una modificación en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, incorporando los Derechos Humanos de los tratados internacionales como derechos constitucionales y asignando a las autoridades la tarea de garantizar y respetar los Derechos Humanos. Lo primordial es que, dentro de los marcos normativos, se respalden los derechos de las mujeres, reconocidos como componentes fundamentales del estado de derecho (CNDH, 2021).

En México, existen leyes que equiparan el marco jurídico internacional con instrumentos normativos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como el derecho a vivir una vida libre de violencia de género. Varios pactos tienen lugar a nivel internacional. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se llevó a cabo en 1976, estableciendo la necesidad de brindar protección especial a las madres después del parto, asegurando asistencia médica y reduciendo la mortalidad materna (CNDH, 2012).

La Convención Americana de Derechos Humanos, aprobada en 1969 y conocida también como Pacto de San José, entró en vigor en 1978. Posee dos Artículos clave: el Artículo 1º obliga a los

Estados a respetar los derechos y libertades de todas las personas sin discriminación, mientras que el Artículo 2° pide a los Estados establecer medidas legislativas para hacer valer esos derechos y libertades. Sin embargo, estos Artículos no reconocían ciertos problemas que afectaban directamente a las mujeres. Por ello, en 1994 se creó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, s.f.).

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, llevada a cabo en 1979, marcó un precedente importante al ser un instrumento internacional que aborda los derechos de las mujeres y cómo estos se vulneran en diferentes ámbitos, ya sean públicos, institucionales o familiares. El sistema regional americano abordó la relación entre Derechos Humanos y violencia contra las mujeres en la Convención Belém do Pará de 1994 (CNDH México, 2022).

En su preámbulo, la Convención Belém do Pará señala que "la violencia que enfrentan muchas mujeres en América es generalizada, sin distinción de raza, clase, religión, edad o cualquier otra condición". Reconoce que "la violencia contra la mujer atenta contra la dignidad humana y refleja las relaciones históricamente desiguales de poder entre mujeres y hombres" (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2004).

Esta Convención introduce mecanismos de defensa y protección de los derechos de las mujeres para prevenir, abordar y sancionar la violencia. Se trata de un tratado internacional que vincula y reconoce que la violencia debe prevenirse, abordarse y sancionarse por todas las autoridades de los Estados miembros (CNDH México, 2022).

A nivel nacional, sobresalen diversas leyes y la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Entre ellas se encuentran la Ley de Salud, la Ley General para la Igualdad entre

Mujeres y Hombres y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que entró en vigor en 2007. Esta última existe tanto a nivel federal como en cada entidad federativa que conforma México. Sin embargo, no todos los estados tipifican el delito de violencia obstétrica.

No obstante, la Cámara de Diputados aprobó reformas generales en leyes generales de Salud, reformando el Artículo 46 en sus fracciones I y XI, y agregando un capítulo Quáter titulado "De la Violencia Obstétrica". Este capítulo incluye el Artículo 20° Septies de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Establece que corresponde a la Secretaría de Salud capacitar al personal de salud con perspectiva de género y pertinencia cultural, para que puedan detectar todas las formas de violencia, incluyendo la institucional y la obstétrica, y darles un marco normativo dentro de la legislación mexicana (Cámara de Diputados, 2022).

A pesar de que ya existen iniciativas para reformar el código penal y tipificar la violencia obstétrica en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en diversas entidades, como Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas (Espinosa Morales, 2022).

Por esta razón, organizaciones como la Comisión Nacional de Derechos Humanos buscan que las autoridades de salud identifiquen y combatan los casos de violaciones a los derechos maternos y reproductivos, ya que también afectan la salud materna de las mujeres involucradas.

### **3.4 Salud materna en el derecho reproductivo**

La salud materna se refiere al bienestar de las mujeres durante el embarazo, el parto y el período posparto. Cada una de estas etapas debería ser una experiencia positiva que asegure el potencial de salud y bienestar tanto para las mujeres como para sus bebés. Es fundamental entender que el éxito en la atención materna no debe medirse únicamente por la supervivencia durante el embarazo y el parto (OMS, s.f.).

Por ende, es esencial realizar esfuerzos para reducir lesiones y agresiones hacia las madres, con el objetivo de promover su salud y bienestar. Aunque cada embarazo y parto sean únicos, es crucial abordar las desigualdades que afectan a la salud materna, buscando brindar atención respetuosa y de alta calidad. Esto implica considerar aspectos como la salud sexual y reproductiva, así como cuestiones de género (OMS, s.f.).

Organismos mundiales como la Organización Mundial de la Salud están comprometidos con la promoción de la salud materna bajo un enfoque de Derechos Humanos. Esto también se relaciona con la idea de una cobertura sanitaria universal. Para lograrlo, es necesario contar con una planificación de atención materna que involucre activamente a las mujeres, sus familias y el personal médico, con el fin de asegurar una mayor calidad en la atención (OMS, s.f.).

La calidad de la salud materna también se ve fortalecida mediante la promoción de la salud durante todo el proceso de embarazo, parto y posparto. Esto incluye aspectos como la adecuada nutrición, la detección y prevención de enfermedades, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como el apoyo a aquellas mujeres que enfrentan violencia por parte de sus parejas (OMS, s.f.).

La salud materna está intrínsecamente relacionada con el respeto a los Derechos Humanos de las mujeres. Por lo tanto, el Estado mexicano tiene la responsabilidad de asegurar que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos y alcanzar el más alto nivel de salud materna posible. Esto adquiere gran relevancia, ya que los Estados deben priorizar el máximo disfrute de la salud materna, brindando atención y asistencia a las madres durante un período amplio antes y después del parto (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, s.f.).

Asimismo, existe una interrelación entre la salud materna y el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia. Es por esto que se han establecido en las entidades federativas leyes de Vida Libre de Violencia. Estas leyes incluyen la aplicación legal del concepto de violencia obstétrica. Aunque este concepto puede variar entre estados debido a la falta de tipificación del delito, es importante reconocer su existencia y comprender el impacto real que la violencia obstétrica tiene en las mujeres. Recordemos siempre que esta forma de violencia también representa una violación a los Derechos Humanos, en especial los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

#### **IV. Impacto de la violencia obstétrica en las mujeres**

La violencia obstétrica no es un fenómeno reciente; es una situación que ha existido durante mucho tiempo debido a la relación de género en la que se menospreciaba el valor de la mujer, influenciada por el modelo patriarcal y autoritario predominante en el ámbito gineco-obstétrico. Esta dinámica ha llevado a una falta de una adecuada relación médico-paciente, influida por este modelo (Laínez Valiente y otros, 2023).

Para comprender la relación entre este modelo presente en el ámbito gineco-obstétrico y su vínculo con la violencia obstétrica, es esencial familiarizarse con ciertos conceptos fundamentales.

Esto permitirá entender cómo el patriarcado impacta en los sistemas de organización social, afectando la igualdad y la violencia de género en las mujeres.

#### ***4.1 Patriarcado y su impacto en la Violencia Obstétrica***

El término "patriarcado" se deriva de la palabra "patriarca" y fue empleado en la década de los setentas en los estudios de género para describir una estructura de dominación y organización basada en el sexo-género, en la cual el poder y la autoridad están predominantemente en manos de los hombres y en lo que se considera masculino. Esto lleva a que las mujeres sean privadas de poder económico, social, político, así como de libertades y derechos. Diversos estudios en ciencias sociales indican que esta dinámica patriarcal persiste en las relaciones entre hombres y mujeres en México en los espacios de interacción social y política (Instituto Nacional de las Mujeres, s.f.).

El patriarcado se entiende como una estructura de análisis presente en el Estado y las instituciones, lo que dificulta la eficacia de la normatividad relacionada con la violencia de género (Bedoya Ruiz y otros, 2023). En el ámbito de la salud, especialmente en la atención gineco-obstétrica, se establece un modelo biomédico con raíces en el sistema patriarcal. Este modelo implica una jerarquía de género que perpetúa diferencias entre hombres y mujeres, caracterizado por el control sobre los procesos reproductivos y la sexualidad de las mujeres. Además, este modelo interactúa con el sistema social y contribuye a la aparición de la Violencia Obstétrica (Jiménez, 2021, pág. 11).

Es importante destacar que la formación médica está jerarquizada y normaliza múltiples prácticas médicas, tanto por el personal de salud como por las propias mujeres, debido a que se consideran aspectos técnicos regulados por protocolos médicos. Estas prácticas no se reconocen como actos violentos, lo que a veces resulta en la reproducción de prácticas violentas en los servicios de salud, reflejando la degradación de valores y la violencia presentes en la sociedad (Bedoya Ruiz y otros, 2023).

Dentro del patriarcado, las mujeres son tratadas con pasividad y disciplina, lo que lleva a la negación de su capacidad para actuar o tomar decisiones activas en las experiencias subjetivas del embarazo y el parto. Esto resulta en la exclusión de las mujeres del control sobre su propia sexualidad y del proceso que les concierne, y donde tienen derecho a decidir (Diaz Juszkiewicz & Loiacono, 2020).

Las instituciones sociosanitarias reflejan jerarquías y roles diferenciados por el sexo-género, especialmente en las relaciones entre profesionales de la salud y las mujeres que buscan asistencia y cuidados. Esto a menudo se traduce en violencia, ya que implica intentos de control y dominación. Actitudes como la administración de medicamentos sin consentimiento, imposición del parto, restricción de movimientos, amenazas, insultos y negación de anestesia forman parte de prácticas violentas que buscan perpetuar el mandato patriarcal de controlar la sexualidad y reproducción de las mujeres (Florencia Linardelli & da Costa Marques, 2020).

La concepción de la maternidad como el destino fundamental de las mujeres, o como un elemento único que valora la femineidad, se origina en la cultura hebrea y se idealiza en la cultura greco-romana. En la Edad Media, el ejemplo de la virgen María establece un prototipo de comportamiento específico para las mujeres, donde la maternidad es vista como un sacrificio y se niega la posibilidad de placer sexual. Este enfoque en la maternidad como sacrificio o limitante del placer sexual influye en las prácticas de atención a las mujeres durante el embarazo y el parto (Orozco Galván & Rocha Sánchez, s.f.).

El enfoque de género permite ver que las prácticas cotidianas en la atención de las mujeres en los servicios de salud están impregnadas de prejuicios machistas, sexistas y misóginos. Esto dificulta la atención adecuada a las pacientes y las coloca en una posición de vulnerabilidad. Existen dos percepciones que refuerzan estas actitudes: la maternidad como sacrificio y como

impedimento del placer sexual. Estas percepciones se manifiestan en prácticas como episiotomías indiscriminadas y negación de anestesia (Orozco Galván & Rocha Sánchez, s.f.).

Es fundamental reconocer que la Violencia Obstétrica tiene raíces en el modelo biomédico, el cual a su vez está arraigado en el sistema patriarcal. Para abordar esta problemática, es necesario modificar las estructuras sociales y culturales que sustentan estas prácticas. Esto implica un enfoque de atención perinatal que permita a las personas gestantes tomar decisiones informadas sobre su embarazo y parto, garantizando así sus derechos sexuales y reproductivos (Díaz Juszkiewicz & Loiacono, 2020).

Las causas y consecuencias que rodean la violencia obstétrica son múltiples y afectan la salud materna. Aunque no es un problema nuevo, persiste debido a las instituciones sanitarias. La violencia obstétrica no distingue edad, religión, lugar de origen ni etnia en las mujeres que la experimentan. Sus impactos son físicos y psicológicos, teniendo un efecto negativo en la salud materna.

#### ***4.2 Causas de la violencia obstétrica***

¿Cómo es posible que la violencia obstétrica pase desapercibida en la actualidad? Se trata de una situación multifactorial en la que confluyen diversas cuestiones, principalmente causas sociales, como ciertos problemas en la relación entre médicos y pacientes, así como cuestiones institucionales. Los profesionales de la salud a menudo establecen una dinámica jerárquica que coloca a las pacientes en una posición de inferioridad, subyugándolas ante el personal médico. Otro factor relevante podría ser el síndrome de Burnout, que se manifiesta en los profesionales de la salud y suele deshumanizar la relación con las pacientes, afectando la interacción médico-paciente que debería prevalecer. Asimismo, se suma la falta de formación e información tanto en los profesionales de la salud como en las propias pacientes, lo que dificulta la identificación y gestión de la violencia obstétrica (Rodríguez Mir & Martínez Gandolfi, 2021).

En algunas ocasiones, la violencia obstétrica guarda relación con la violencia institucional, manifestándose como resultado de la falta de intervención por parte de las autoridades para garantizar el derecho a la salud reproductiva de la mujer, ya sea debido a la carencia de equipo médico o a la ausencia de médicos especializados en la atención exclusiva de la mujer (Gaceta del Senado, 2018).

En este sentido, el Estado mexicano tiene la obligación de garantizar, a través de medidas de progresiva implementación, el ejercicio de este derecho, tal como está contemplado en la legislación vigente. Además, debe adoptar ciertas acciones que los órganos de Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos han señalado como inmediatas, todo ello en busca de prevenir la Violencia Obstétrica y sus repercusiones directas en la salud materna, generando efectos a corto y largo plazo.

#### ***4.3 Consecuencias de la violencia obstétrica***

La violencia obstétrica puede acarrear numerosas consecuencias, tanto físicas como psicológicas, que se manifiestan después del parto y pueden persistir tanto a corto como a largo plazo. En algunos casos, estas consecuencias pueden llegar a ser irreversibles para las mujeres (Hernández Vargas, 2021).

##### ***4.3.1 Consecuencias Físicas de la Violencia Obstétrica***

Dentro del ámbito de las consecuencias físicas, es evidente que el desarrollo del parto desempeña un papel determinante en la lactancia materna. Se presentan problemas como el uso excesivo de antibióticos, los cuales afectan la microbiota y, en algunos casos, pueden causar obstrucciones en los conductos mamarios. Asimismo, un parto prematuro inducido puede dificultar la capacidad del recién nacido para succionar correctamente la leche materna (Martínez Pupiales, 2021).

#### *4.3.1.1 La episiotomía*

La episiotomía es definida por Stanford Medicine Children's Health (s.f.) como:

La episiotomía es una incisión en la pared vaginal y el perineo (el área entre los muslos, que se extiende desde el orificio vaginal hasta el ano) para agrandar la abertura vaginal y facilitar el parto (Stanford Medicine Children's Health, s.f.).

Sin embargo, incluso dentro de esta definición, hay organismos como la OMS que tienen precauciones para brindar una experiencia de parto positiva. No recomiendan el uso amplio o rutinario de la episiotomía en mujeres que experimentan un parto vaginal espontáneo (OMS, 2018, pág. 7). Según Marsden Wagner, quien fue el anterior Director del Departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS, las episiotomías han sido correctamente etiquetadas como una forma de mutilación genital femenina (Wagner, 2000).

Sin embargo, esta práctica se lleva a cabo de manera indiscriminada en las mujeres bajo la supuesta premisa de prevenir desgarros durante el parto vaginal. No obstante, muchas mujeres quedan con secuelas de por vida, como cicatrización anómala que ocasiona molestias o dolor durante la penetración, entre otros problemas (Clínica Buenavista, 2019).

Además, como consecuencia física, se presenta la incontinencia urinaria en mujeres, que puede manifestarse en diversos grados y por diferentes razones, como pujos dirigidos, episiotomía o el uso de instrumentación. Esto afecta y disminuye la calidad de vida de las mujeres que la padecen (Martínez Pupiales, 2021).

#### **4.3.1.2 Cesárea injustificada**

La cesárea injustificada también está relacionada con complicaciones que pueden afectar a las madres, lo que a su vez conlleva más consecuencias, como el aumento del riesgo de morbilidad para el recién nacido, el parto prematuro y un incremento en el riesgo de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) (Láinez Valiente y otros, 2023).

#### **4.3.2 Consecuencias Psicológicas de la Violencia Obstétrica**

Además, existen consecuencias psicológicas que impactan en las personas gestantes durante los distintos momentos del parto, lo cual no solo puede afectar la salud materna, sino también al recién nacido durante el período en el cual la madre se vea afectada por diversos trastornos mentales que pueden repercutir directamente en la maternidad y en la vida de estas pacientes.

La depresión posparto está relacionada con maltratos no deseados por parte del personal de salud, que utilizan frases y acciones denigrantes que afectan tanto durante la atención en el parto como en el período postparto. Las mujeres pueden presentar signos y síntomas de depresión que indican una falta de adaptación adecuada a la maternidad (Ucañay Dávila & Contreras Rivera, 2022).

Otra de las consecuencias psicológicas es la ansiedad, la cual es definida por la Clínica de Barcelona (2019) como:

La ansiedad es una reacción normal y saludable que se activa ante una amenaza o un peligro. La ansiedad se convierte en trastorno de ansiedad cuando esta reacción se activa en situaciones habitualmente no amenazantes/peligrosas o de manera persistente, hasta el punto de que interfiere de manera importante en la vida diaria (Clínica de Barcelona, 2019).

Existe una problemática evidente en los servicios Gineco-Obstétricos que demuestra la vulnerabilidad de las pacientes

durante el periodo de puerperio debido a los efectos hormonales. Debido a los cambios hormonales, las pacientes son más susceptibles a presentar trastornos de ansiedad. De manera similar, cuando la paciente se acerca a la fecha de parto, se encuentra en un estado de vulnerabilidad que también favorece el desarrollo de trastornos emocionales (Laínez Valiente y otros, 2023).

#### ***4.3.3 Otras consecuencias de la Violencia Obstétrica en familiares***

También se deben considerar las repercusiones para los familiares y el entorno, ya que son ellos quienes experimentan indirectamente las circunstancias. Esto puede incluir desinformación y la separación de la mujer durante el proceso de parto. A pesar de que estas situaciones afectan directamente a las mujeres, también se plantea como un problema de salud pública, ya que los daños impactan a un grupo más amplio de individuos (García, 2018).

La violencia obstétrica surge como resultado de la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las madres. Por esta razón, es crucial la implementación de leyes que puedan reducir o, en el mejor de los casos, prevenir la violencia obstétrica. Esta violencia conlleva consecuencias que afectan tanto la salud materna como la del recién nacido.

#### **4.4 Prevención**

Existen diversos puntos y recomendaciones presentados por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), que plantean la posibilidad de respuestas institucionales para prevenir y erradicar la violencia obstétrica en organismos de salud públicos, como el IMSS (Rodríguez, 2022). Esto se realiza a través del documento de Evaluación de las acciones para prevenir y erradicar la violencia obstétrica en los servicios gineco-obstétricos del IMSS, en el caso de la Estrategia de Fortalecimiento de Atención a la Mujer Embarazada (2022):

Informar a todos los involucrados en la cadena de atención, así como a las usuarias del servicio, acerca de los actos constitutivos de violencia obstétrica y las consecuencias legales tanto para la institución como para el personal de salud en caso de incurrir en tales actos (Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2022).

Actualizar las prácticas gineco-obstétricas relacionadas con el cuidado del embarazo, parto y puerperio, y ajustarlas a recomendaciones y estándares internacionales (Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2022).

Garantizar que el personal médico realice procedimientos quirúrgicos de cesárea únicamente en aquellos casos donde la salud de la madre y del feto lo requiera (Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2022).

Establecer mecanismos de supervisión para asegurar que las unidades médicas cuenten con suficiente personal capacitado y actualizado para brindar atención gineco-obstétrica de calidad, además de los recursos materiales necesarios para proporcionar un cuidado adecuado (Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2022).

Identificar las instancias responsables de recibir quejas o denuncias por actos constitutivos de violencia obstétrica en las unidades médicas, y comunicar a todo el personal de salud y a los pacientes la existencia de dicha instancia, su propósito y el procedimiento básico para proteger sus derechos (Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2022).

Ofrecer talleres al personal de salud acerca de los principios del modelo integral de atención al parto humanizado, así como cursos teórico-prácticos basados en la ley general y las leyes estatales de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, con un enfoque particular en el concepto de violencia obstétrica como una manifestación de la violencia de género (Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2022).

Atender la salud mental del personal médico que podría ser víctima de estructuras jerarquizadas y violentas, síndrome de burnout, estrés postraumático y condiciones laborales insatisfactorias, y analizar en qué medida estos factores de estrés laboral influyen en los índices de violencia obstétrica, como uno de los aspectos a abordar (Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2022).

Además, es necesario implementar diversas medidas en la normativa mexicana para establecer mecanismos de supervisión y sanciones adecuadas, con el fin de visibilizar y penalizar la Violencia Obstétrica. Es imperativo resaltar la problemática de la Violencia Obstétrica, sensibilizar al personal de salud sobre el proceso de parto y fortalecer los sistemas de quejas. También se requieren campañas informativas para que las usuarias puedan denunciar prácticas que constituyen violencia obstétrica. Esto implica la implementación del modelo de parto humanizado en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, y la integración de enfermeras y parteras en el proceso (GIRE, s.f.).

## **V. Conclusiones**

La violencia obstétrica es el resultado de la violencia de género, afectando específicamente los Derechos Humanos, en particular los derechos sexuales y reproductivos. Se manifiesta como un proceso de deshumanización de las pacientes, lo cual impacta directamente en la salud materna. Esta problemática se basa en una estructura patriarcal, donde el personal de salud se coloca jerárquicamente por encima de las pacientes, alterando la relación médico-paciente. El modelo patriarcal, arraigado en la sociedad y la cultura desde hace muchos años, perjudica directamente los derechos sexuales y reproductivos de las personas gestantes.

Es importante recordar que la violencia obstétrica afecta la salud materna, que se enfoca en los Derechos Humanos. Cuando se combina con la idea de una cobertura sanitaria universal, esta se ve interrumpida debido a que la violencia obstétrica no garantiza la participación de las mujeres ni la obligación del personal de salud de proporcionar una atención de calidad en la salud materna.

El documento "Evaluación de las acciones para prevenir y erradicar la violencia obstétrica de los servicios gineco obstétricos del IMSS. El caso de la Estrategia de Fortalecimiento de Atención a la Mujer Embarazada (2022)" establece pautas que ayudan a reconocer la violencia obstétrica tanto para el personal de salud como para las personas gestantes. Esto evitará que esta violencia surja debido a un trato jerárquico que coloca a las pacientes en una posición de inferioridad frente al personal de salud.

Este programa propone diversas estrategias para prevenir la violencia obstétrica, como la implementación de estudios para evitar el síndrome de Burnout en el personal de salud, identificar las unidades médicas encargadas de recibir quejas o denuncias por actos, y garantizar que las cesáreas sean realizadas solo cuando sean médicamente necesarias, entre otras acciones esenciales para evitar la violencia obstétrica. También busca prevenir consecuencias físicas como problemas en la lactancia, uso excesivo de episiotomías y cesáreas no justificadas, así como consecuencias psicológicas como la depresión posparto y la ansiedad.

Es crucial resaltar la importancia de prevenir la violencia obstétrica en las pacientes para erradicar el problema desde su raíz. Esto implica cuestionar y abordar los fundamentos que perpetúan esta violencia obstétrica, como el sistema jerárquico

que el personal de salud ejerce sobre las mujeres. Las pacientes deben comprender que esta situación no es normal y debe cambiarse para prevenir las causas y consecuencias mencionadas.

La falta de conocimiento sobre la normativa mexicana puede llevar a la aparición de estas problemáticas relacionadas con la violencia obstétrica. Por lo tanto, es fundamental que el personal de salud no solo identifique la violencia obstétrica, sino también comprenda que causar daño a la salud materna de las pacientes tiene consecuencias legales, que dependiendo de la entidad federativa, pueden llevar a acciones legales en contra del personal de salud involucrado.

## VI. Lista de referencias

AGENDA 2030. (2021). *Informes Locales Voluntarios 2021*. Gobierno de México. Recuperado de <https://www.gob.mx/agenda2030/documentos/informes-locales-voluntarios-2021>

AGENDA 2030. (s.f.). *Indicadores priorizados para el seguimiento de los ODS en América Latina y el Caribe*. Los ODS en América Latina y el Caribe. Centro de gestión del conocimiento estadístico. Recuperado de <https://agenda2030lac.org/estadisticas/indicadores-priorizados-seguimiento-ods.html#3>

ASOCIACIÓN MEXICANA DE INDUSTRIAS DE INVESTIGACIÓN FARMACÉUTICA. (2021). *Breve historia del Artículo constitucional que protege a la salud*. Recuperado de <https://amiif.org/>: <https://amiif.org/breve-historia-del-derecho-que-protege-la-salud/>

BEDOYA RUIZ, L., AGUDELO SUÁREZ, A., Y RESTREPO OCHOA, D. (2023). Mujeres en embarazo, parto, y posparto: una mirada desde el pensamiento feminista. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(1), 1726-4634. Recuperado de <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4981>

CÁMARA DE DIPUTADOS. (2022). *El dictamen, que modifica las leyes generales de Salud y de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, se envió al Senado. LXV Legislatura*. Recuperado de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2022/Marzo/15/1350-La-Camara-de-Diputados-aprobo-en-lo-general-y-en-lo-particular-reformas-en-materia-de-violencia-obstetrica>

CLÍNICA BUENAVISTA. (2019). *Cuando la episiotomía deja secuelas. Salud y ginecología Integral*. Recuperado de <https://clinicabuenavista.com/cirugia/cuando-la-episiotomia-deja-secuelas/>

CLÍNICA DE BARCELONA. (2019). *¿Qué es la Ansiedad? Portal Clínic*. Recuperado de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad>

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. (s.f.). *El Foro de los Países de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible y el Seguimiento Regional de la Agenda 2030*. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/temas/agenda-2030-desarrollo-sostenible/foro-paises-america-latina-caribe-desarrollo-sostenible-seguimiento-regional-la-agenda-2030>

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (2012). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y su Protocolo Facultativo*. Recuperado de [https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7\\_Cartilla\\_PIDE SCyPF.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDE SCyPF.pdf)

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. (2015). *El derecho a la salud en México problemas de su fundamentación*. En E. Garfias (Ed.). *El derecho a la salud en México problemas de su fundamentación*, p. 257. CNDH: Ciudad de México.

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. (2015). *Tipificación de la violencia obstétrica en los Códigos Penales. Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres*. Recuperado de [https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/6\\_MonitoreoLegislacion/6.0/11\\_DelitoViolenciaObstetrica\\_2015dic.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/6_MonitoreoLegislacion/6.0/11_DelitoViolenciaObstetrica_2015dic.pdf)

- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. (2019). *Reporte de monitoreo legislativo en torno a la igualdad, la no discriminación y la no violencia contra las mujeres. Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres*. Recuperado de <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Monitoreo/7-Veracruz.pdf>
- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. (2021). El panorama legislativo en torno al delito de violencia obstétrica. *Reporte de Monitoreo Legislativo*. Recuperado de [https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Observancia/RML\\_Violencia\\_Obstetrica.pdf](https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Observancia/RML_Violencia_Obstetrica.pdf)
- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. (2021). *Reforma Constitucional en materia de Derechos Humanos*. Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/index.php/noticia/reforma-constitucional-en-materia-de-derechos-humanos-10-de-junio>
- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. (2022). *Marco interamericano de los Derechos Humanos de las mujeres*. Recuperado de [https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Marco\\_internacional\\_ddhh\\_mujeres.pdf](https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Marco_internacional_ddhh_mujeres.pdf)
- COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER. (s.f.). *Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Recuperado de [https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/con\\_todo\\_al\\_aire\\_reporte.pdf](https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/con_todo_al_aire_reporte.pdf)
- CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL. (2022). *Evaluación de las acciones para prevenir y erradicar la violencia obstétrica de los servicios gineco obstétricos del IMSS. El caso de la Estrategia de Fortalecimiento de Atención a la Mujer Embarazada (EFAME)*. Recuperado de <https://ciss-bienestar.org/2022/03/31/evaluacion-de-las-acciones-para-prevenir-y-erradicar-la-violencia-obstetrica-de-los-servicios-gineco-obstetricos-del-imss/>
- CONGRESO DEL ESTADO DE VERACRUZ. (2008). *Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de*

Ignacio de la Llave. Recuperado de <https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/MUJVIOLT.O.pdf>

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. (2019). *Se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud*. Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019#gsc.tab=0)

DÍAZ GARCÍA, L. I., Y FERNÁNDEZ M., Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 2(51), 247. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>

DIAZ JUSZKIEWICZ, N. S., Y LOIACONO, R. S. (2020). Parir en el Patriarcado. *Revista Límbica*, 1(1). <https://doi.org/https://revistalimbica.com/wp-content/uploads/2020/11/Parir-en-el-Patriarcado.-Diaz-Juszkiewicz-N.-y-Loiacono-R.pdf>

ESPINOSA MORALES, O. L. (2022). Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y del Código Penal Federal, a cargo de la Diputada Olga Luz Espinosa Morales, del Grupo Parlamentario del PRD. Recuperado de [http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2022/03/asun\\_4332585\\_20220315\\_1647012844.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2022/03/asun_4332585_20220315_1647012844.pdf)

FLORENCIA LINARDELLI, M., Y DA COSTA MARQUES, S. (2020). Abordajes de la violencia patriarcal en instituciones sociosanitarias en Mendoza, Argentina. *Revista Reflexiones*, 99(2), 1021.1209. Recuperado de <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15517/rr.v99i2.40647>

GACETA DEL SENADO. (2018). *Iniciativa con Proyecto de Decreto que reforma diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y de la Ley General de Salud en materia de violencia obstétrica*. Recuperado de [https://www.senado.gob.mx/65/gaceta\\_del\\_senado/documento/87516](https://www.senado.gob.mx/65/gaceta_del_senado/documento/87516)

- GARCÍA, G. E. (2018). *Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. La violencia obstétrica como violencia de género*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=150511>
- GIRE. (s.f.). *Violencia Obstétrica. Grupo de Información en Reproducción Elegida*. Recuperado de <https://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA. (2018). *Entidades que penalizan la Violencia Obstétrica. Datos*. Recuperado de <https://gire.org.mx/plataforma/entidades-que-penalizan-la-violencia-obstetrica/>
- HERNÁNDEZ VARGAS, M. (2021). Pasar por la carnicería: relatos de mujeres costarricenses sobre violencia obstétrica. *Wimb Lu*, 2(16), 93-118. Recuperado de <https://doi.org/https://doi.org/10.15517/wl.v16i2.48101>
- INEGI (2021). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021. Principales Resultados*. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf)
- INSTITUTO DANÉS DE DERECHOS HUMANOS. (s.f.). *La guía de los Derechos Humanos a los ODS. Objetivo 3*. Recuperado de <https://sdg.humanrights.dk/es/targets2?target=3.7>
- INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. (2004). *El Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos y los derechos de poblaciones migrantes, las mujeres, los pueblos indígenas y los niños, niñas y adolescentes. Tomo I*. Recuperado de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1750/sistema-interamericano-2004.pdf>,
- INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES. (s.f.). *Patriarcado. Glosario para la Igualdad*. Recuperado de <https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos/patriarcado>
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. (2020). *Guillermo Soberón y la creación de la Ley General de Salud*. Recuperado de

<https://insp.mx/>: <https://insp.mx/avisos/guillermo-soberon-y-la-creacion-de-la-ley-general-de-salud>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. (25 de 11 de 2019). *La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer*. Secretaría de Salud. Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>

JIMÉNEZ, P. M. (2021). Impacto psicológico de la violencia obstétrica. Una revisión bibliográfica. Recuperado de <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/25116/Jiménez%20Pacheco%2C%20M.%20%281%29.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

LAÍNEZ VALIENTE, N. G., MARTÍNEZ GUERRA, G. D., PORTILLO NAJARRO, D. A., ALVARENGA MENÉNDEZ, A. F., Y VÉLIZ FLORES, A. M. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta*. 2023, 6(1), 70-77. Recuperado de <https://doi.org/10.5377/alerta.v6i1.15231>

MARTÍNEZ PUPIALES, A. L. (2021). Violencia obstétrica y cuidado de enfermería durante el proceso de parto en pacientes atendidas en el hospital San Luis de Otavalo - 2021. *Repositorio Digital Universidad Técnica del Norte*. Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/11759>

MECANISMO DE SEGUIMIENTO DE LA CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ. (s.f.). *Convención do Belém do Pará*. OEA. Recuperado de <https://www.oas.org/es/mesecvi/convencion.asp#:~:text=La%20Convenci%C3%B3n%20Interamericana%20para%20Prevenir,a%20la%20violencia%20como%20una>

MINISTERIO DEL MEDIO AMBIENTE. (s.f.). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. Comité de Consumo y producción sustentables*. Recuperado de <https://ods.mma.gob.cl/que-son-los-ods/>

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS. (s.f.). *Guía para la aplicación del enfoque de Derechos Humanos a la salud materna*. Recuperado de [https://hchr.org.mx/wp/wp-content/themes/hchr/images/doc\\_pub/GuiaSaludMaterna.pdf](https://hchr.org.mx/wp/wp-content/themes/hchr/images/doc_pub/GuiaSaludMaterna.pdf)

- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2020). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. Impacto Académico*. Recuperado de <https://www.un.org/es/impacto-acad%C3%A9mico/page/objetivos-de-desarrollo-sostenible>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2023). *Acerca de nuestro trabajo para los Objetivos de Desarrollo Sostenible en México*. Naciones Unidas. Recuperado de <https://México.un.org/es/sdgs>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (s.f.). *Salud Sexual. Temas de salud*. Recuperado de [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006). *Salud Sexual. Definiciones*. Recuperado de [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (10 de 12 de 2022). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=Introducci%C3%B3n,vivienda%20adecuada%20y%20alimentos%20nutritivos>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (s.f.). *Salud Materna. Actividades de la OMS*: Recuperado de [https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab\\_3](https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab_3)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (s.f.). *Salud Materna. Temas de Salud*. Recuperado de [https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab_1)
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (s.f.). *Salud Sexual y Reproductiva. Salud y derechos sexuales en el curso de vida*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>

- Orozco Galván, A., & Rocha Sánchez, T. (s.f.). *Violencia obstétrica. Una revisión crítica y feminista*. Recuperado de [https://www.uaeh.edu.mx/xiii\\_congreso\\_empoderamiento\\_fem/documentos/pdf/COO4.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/xiii_congreso_empoderamiento_fem/documentos/pdf/COO4.pdf)
- QUATTROCCHI, P., & MAGNONE, N. (2020). *Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: Remedios de Escalada.
- RODRÍGUEZ MIR, J., & MARTÍNEZ GANDOLFI, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3). Recuperado de <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- RODRÍGUEZ, N. (01 de 03 de 2022). *Cómo prevenir la violencia obstétrica en el IMSS*. Recuperado de <https://idconline.mx/seguridad-social/2022/02/28/como-prevenir-la-violencia-obstetrica-en-el-imss>
- SECRETARÍA DE ECONOMÍA. (2021). *Informe Nacional Voluntario 2021. Agenda 2030 en México*. Recuperado de [https://agenda2030.mx/docs/doctos/InfNaVol\\_FPAN\\_DS\\_2021\\_es.pdf](https://agenda2030.mx/docs/doctos/InfNaVol_FPAN_DS_2021_es.pdf)
- STANFORD MEDICINE CHILDREN'S HEALTH. (s.f.). *Episiotomía. Descripción general del procedimiento*. Recuperado de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289>
- UCAÑAY DÁVILA, L. E., & CONTRERAS RIVERA, R. J. (2022). Violencia obstétrica y síndrome de depresión post parto en centros. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 6639. Recuperado de [https://doi.org/DOI: https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.3911](https://doi.org/DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3911)
- WAGNER, M. (2000). *El nacimiento en el nuevo milenio. El Congreso Internacional de Parto en Casa*. Recuperado de [https://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partomedicalizado/0.%20El%20nacimiento%20en%20el%20nuevo%20milenio\\_Marsden%20Wagner.pdf](https://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partomedicalizado/0.%20El%20nacimiento%20en%20el%20nuevo%20milenio_Marsden%20Wagner.pdf)

# CAPÍTULO IV

## La salud pública como un Derecho Humano en México

---

Benjamín Pazos Rincón

Luis Lorenzo Salazar Martínez

Hilda Guadalupe Preciado



## CAPÍTULO IV

### La salud pública como un Derecho Humano en México

Benjamín Pazos Rincón\*

Luis Lorenzo Salazar Martínez\*\*

Hilda Guadalupe Preciado\*\*\*

SUMARIO: I. Introducción; II. Los servicios de salud pública en México; III. Política social (2000-2023); IV. Programas sociales; V. El Seguro Popular; VI. Declaración Universal de los Derechos Humanos; VII. Derechos sociales; VIII. La importancia del derecho a la salud en México; IX. Avances significativos en el acceso a la salud en los últimos años; X. La Salud como un Derecho; XI. El impacto de la política social sobre el derecho a la salud (del Seguro Popular al IMSS-Bienestar); XII. Evolución de la carencia de acceso a servicios de salud pública a nivel federal (2000-2020); XIII. Evolución del porcentaje de personas en carencia por acceso a servicios de salud en Veracruz. 2000-2020; XIV. Conclusiones; XV. Lista de referencias.

#### I. Introducción

Los Derechos Humanos desempeñan un papel esencial en México, al igual que en cualquier otra nación. La importancia de los Derechos Humanos radica en su capacidad para salvaguardar derechos esenciales para el desarrollo de la dignidad, la igualdad y el bienestar de todos los individuos. En el caso de México, los Derechos Humanos son particularmente relevantes debido a los desafíos históricos y actuales que el Estado mexicano ha

---

\* Licenciado en Derecho por la Universidad Veracruzana, Maestro en Política y Gestión Pública por la Universidad de Xalapa y doctorante por el Instituto de Investigaciones y Estudios Superiores Económicos y Sociales de la Universidad Veracruzana.

\*\* Docente de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, región Veracruz; correo institucional: lusalazar@uv.mx

\*\*\* Técnico Académico de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, región Veracruz; correo institucional: hguadalupe@uv.mx

enfrentado en materia de Derechos Humanos y justicia. Durante décadas, México ha experimentado violaciones sistemáticas de los Derechos Humanos, como los casos de Tlatelolco en 1968, los asesinatos de defensores campesinos como Rosendo Radilla Pacheco, el movimiento Zapatista de 1994, entre otros. Esto incluye también la impunidad en casos de violencia y discriminación hacia grupos vulnerables y la falta de acceso a la justicia para muchas personas.

La protección y promoción de los Derechos Humanos en México son esenciales para garantizar Derechos Humanos fundamentales y construir una sociedad más justa, equitativa y pacífica. Los Derechos Humanos sirven como marco de referencia para garantizar la igualdad de oportunidades, la protección contra la discriminación, la erradicación de la tortura y los tratos inhumanos, y el fortalecimiento de la participación ciudadana necesaria para el desarrollo social, político, económico y cultural. Además, los Derechos Humanos son un instrumento para abordar desafíos específicos que el gobierno de México debe afrontar, como la violencia de género, la inseguridad, la pobreza y la exclusión social.

La garantía y protección de los Derechos Humanos implican la implementación de políticas públicas inclusivas, la creación de mecanismos de rendición de cuentas, la lucha contra la corrupción y el fortalecimiento de las instituciones encargadas de proteger y promover el estado de derecho. En otras palabras, los Derechos Humanos son de vital importancia para México, ya que a través de ellos se garantiza la igualdad, la justicia y el respeto a la dignidad humana. Su promoción y protección son fundamentales para evitar las violaciones históricas por las que México ha pasado, así como para prevenir transgresiones y construir una sociedad más equitativa y justa, respetuosa de los derechos de todos los ciudadanos (CNDH México, 2023).

Los Derechos Humanos en México resguardan elementos esenciales para el libre desarrollo de las personas. A través de

ellos, se desempeña un papel crucial en la protección y promoción de la justicia, la dignidad, la igualdad y la libertad de todas las personas. A continuación, se destacan algunas razones por las cuales los Derechos Humanos son importantes:

- a) Dignidad humana: Los Derechos Humanos reconocen la dignidad intrínseca de cada individuo, sin importar su origen, raza, género, orientación sexual, religión u otras características. Establecen que todas las personas merecen ser tratadas con respeto y dignidad.
- b) Igualdad: Los Derechos Humanos buscan garantizar la igualdad de todas las personas ante la ley y en la sociedad. Protegen contra la discriminación y promueven la igualdad de oportunidades para todos, sin importar su condición social, económica o cultural.
- c) Libertad y autonomía: Los Derechos Humanos protegen la libertad de pensamiento, expresión, asociación y religión. También garantizan el derecho a la participación política, la privacidad personal y la autonomía individual, permitiendo que las personas tomen decisiones sobre sus propias vidas.
- d) Protección frente a abusos: Los Derechos Humanos brindan protección contra el abuso y la opresión por parte de individuos, grupos o gobiernos. Establecen límites y salvaguardias para prevenir la tortura, los tratos inhumanos, la esclavitud, la detención arbitraria y otras violaciones graves de los Derechos Humanos.
- e) Justicia y rendición de cuentas: Los Derechos Humanos buscan garantizar el acceso a la justicia y la rendición de cuentas por violaciones de derechos. Esto implica que las personas tengan la oportunidad de presentar reclamaciones legales, obtener reparación por daños y asegurarse de que los responsables sean llevados ante la justicia.

- f) Desarrollo y bienestar: Los Derechos Humanos están estrechamente vinculados al desarrollo humano y al bienestar de las personas. Promueven el acceso a la educación, la salud, la vivienda digna, el empleo justo y otros aspectos esenciales para una vida plena y digna.

En consecuencia, los Derechos Humanos son importantes, ya que protegen la dignidad, la igualdad y la libertad de todas las personas. Contribuyen a una sociedad más justa, inclusiva y respetuosa, promoviendo la igualdad de oportunidades. Los Derechos Humanos son la base para construir una sociedad donde todas las personas puedan vivir con dignidad y ejercer sus libertades y derechos fundamentales.

Por otro lado, el derecho a la salud es reconocido como un Derecho Humano en nuestra constitución y radica en el reconocimiento de que todas las personas tienen el derecho fundamental a disfrutar de los servicios médicos mínimos que aseguren una condición de seguridad social garantizada por el Estado mexicano. A continuación, se presentan algunas razones por las cuales la salud es necesaria para el desarrollo del bienestar de las personas:

- a) Dignidad y valor intrínseco: La salud es esencial para el bienestar y la calidad de vida de las personas. Reconocer la salud como un Derecho Humano implica que cada individuo tiene un valor intrínseco y merece ser tratado con dignidad, independientemente de su condición económica o política.
- b) Igualdad y no discriminación: El derecho a la salud implica que todas las personas deben tener igual acceso a los servicios de salud pública, sin discriminación alguna. Esto incluye garantizar que los grupos vulnerables, como las personas de bajos recursos, las minorías indígenas, las personas con discapacidad y de cualquier orientación sexual, no sean excluidos del acceso a la atención médica y los servicios necesarios para mantener su salud.

- c) Bienestar individual y colectivo: La salud es fundamental para el desarrollo individual y colectivo de las sociedades. Una población sana y bien atendida tiene un mayor potencial para contribuir al progreso social, económico y cultural, lo que beneficia a toda la sociedad.
- d) Protección frente a abusos y violencia: El derecho a la salud implica garantizar la protección de las personas frente a abusos y violencia en el ámbito de la salud. Esto incluye prevenir la tortura, los tratos inhumanos o degradantes, y asegurar el acceso a servicios de salud adecuados y de calidad.
- e) Acceso a servicios de salud: Reconocer la salud como un Derecho Humano implica el deber de los Estados y las instituciones públicas de garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud pública, accesibles y de calidad. Esto incluye atención médica preventiva, tratamientos, medicamentos, servicios de emergencia y atención médica especializada.
- f) Enfoque en la prevención y promoción: El derecho a la salud también implica la promoción de los servicios de salud a través de políticas públicas enfocadas en la prevención de enfermedades. Esto implica fomentar estilos de vida saludables, acceso a agua potable, saneamiento básico, alimentación adecuada, educación en salud y otros factores que contribuyen a mantener y mejorar la salud.

Para comprender cómo interactúan diversos factores en el panorama de la salud pública en México, es necesario analizar varios aspectos. Uno de ellos es el gasto público en programas de salud pública, ya que puede influir en la capacidad del gobierno para expandir la cobertura y mejorar la atención médica.

Además, es importante tener en cuenta los objetivos generales de la política de salud pública del gobierno, como el incremento

de la calidad y esperanza de vida de la población. Con esta información, se pueden optimizar los programas de salud pública para garantizar un acceso adecuado y equitativo a los servicios de salud.

## **II. Los servicios de salud pública en México.**

La salud como un Derecho Humano reconoce la importancia fundamental del bienestar en la vida de las personas. Esto implica garantizar el acceso a los servicios de salud pública, lo cual implica prevenir abusos de autoridad, discriminación y violencia, así como promover el bienestar individual y colectivo. El reconocimiento de la salud como un Derecho Humano es esencial para construir sociedades más justas, saludables y equitativas.

En México, el derecho a la salud está consagrado en la Constitución y se reconoce como un Derecho Humano fundamental. El derecho a la salud en México representa el compromiso del Estado de garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad, sin discriminación y de manera equitativa. Esto se refleja en el párrafo cuarto del Artículo 4º de nuestra carta magna, el cual establece:

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. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social (Constitucion Politica de los Estado Unidos Mexicanos, 2019).

El sistema de salud en México se rige por el principio ético de la universalidad (Hernández Ávila, 2013). Esto significa que todos los ciudadanos mexicanos tienen derecho a recibir atención médica y servicios de salud, ya sea a través de instituciones públicas de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los

Trabajadores del Estado (ISSSTE) o el Sistema Nacional de Salud, o mediante seguros privados. El derecho a la salud en México implica el acceso a servicios de atención médica preventiva, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Además, se busca asegurar el acceso a medicamentos y tratamientos necesarios para mantener y mejorar la salud de las personas (Gómez Dante, 2011).

En la práctica, sin embargo, el acceso a servicios de salud en México puede presentar desafíos. Existen disparidades en la calidad y disponibilidad de los servicios de salud, especialmente entre áreas urbanas y rurales, así como entre diferentes grupos socioeconómicos. Además, la falta de recursos, infraestructura y personal médico puede afectar la atención médica adecuada y oportuna. El derecho a la salud en México también involucra la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y la educación en salud. Se busca fomentar la participación activa de la población en su propio cuidado personal de la salud, así como el fortalecimiento de la prevención y atención de enfermedades crónicas y enfermedades transmisibles.

Por lo tanto, el derecho a la salud en México representa el compromiso del Estado de garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad para todos los ciudadanos. Aunque existen desafíos en la implementación efectiva de este derecho, se busca promover el bienestar y la igualdad de oportunidades para la población mexicana en el ámbito de la salud.

### **III. Política social (2000-2023)**

Los antecedentes de la política social en México se remontan a diferentes momentos históricos y procesos de transformación social. A continuación, se mencionan algunos de los principales antecedentes. Para ello es necesario remontarse a la Revolución Mexicana, que tuvo lugar en 1917, la cual sentó las bases para la inclusión de aspectos sociales en la política del país. La lucha por

la justicia social y la redistribución de la tierra llevaron a la promulgación de los Artículos 3º, 4º, 27 y 123 que incluyeron elementos de protección laboral y derechos sociales (Womack Jr., 2012).

Otro elemento que significó la demanda de carencias sociales y que permitió una coordinación entre los nuevos esquemas políticos y las grandes confederaciones y agrupaciones sociales, lo que representó el movimiento obrero y sindicatos: a partir de la década de 1930, se fortaleció el movimiento obrero y sindical en México. Se promovió la formación de sindicatos, la negociación colectiva y la protección de los derechos laborales, lo que sentó las bases para políticas sociales relacionadas con el trabajo y la seguridad social (Torres Guillén, 2011).

Sin duda, el periodo llamado "Desarrollo estabilizador" (1958-1970), en el cual se implementaron políticas de industrialización y modernización económica en México. Se crearon instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto Nacional de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que brindaban servicios de seguridad social a los trabajadores. Varios movimientos populares y demandas sociales durante las décadas de 1960 y 1970, de los cuales surgieron diversos movimientos sociales en México, incluyendo el movimiento estudiantil de 1968. Estos movimientos pusieron de manifiesto las demandas por justicia social, libertad democrática y la igualdad de oportunidades, contribuyeron a la atención de las necesidades sociales en la agenda política (Ortiz Mena, 2019).

Varias décadas después, y posterior a los cambios en la dinámica económica del Estado y derivado de la crisis fiscal de finales de los años setenta, se implementó un esquema denominado "Neoliberalismo" o ajustes estructurales: a partir de la década de 1980, México experimentó un proceso de apertura económica y liberalización, impulsado por políticas neoliberales y programas de ajuste estructural. Estas políticas tuvieron un

impacto significativo en las políticas sociales, con reducciones en el gasto público y cambios en la orientación de los programas sociales.

A lo largo de estos procesos históricos, la política social en México ha evolucionado para abordar diversas problemáticas y desafíos, incluyendo la pobreza, la desigualdad, la salud, la educación, el empleo, la vivienda y la seguridad social. La política social en México busca promover la equidad, el bienestar y el desarrollo integral de la población, aunque persisten desafíos en su implementación efectiva y en la garantía de derechos sociales para todos los mexicanos.

La política social en México a partir del año 2000 ha experimentado cambios significativos en respuesta a los desafíos sociales y las demandas de la población. Durante este período, se han implementado diversas políticas y programas con el objetivo de promover la equidad, reducir la pobreza y mejorar el bienestar de los sectores más vulnerables de la sociedad (Acosta, 2010).

Uno de los avances más importantes en la política social fue la creación de programas como Oportunidades (mejor conocido como Prospera) en 2002. Este programa se enfocó en brindar apoyos económicos y servicios básicos a familias en condición de pobreza, con especial atención a la educación, la salud y la nutrición. A través de Prospera, se buscó romper el ciclo de pobreza y mejorar las condiciones de vida de las familias más necesitadas. Otro programa emblemático es el Seguro Popular, creado en 2004, con el propósito de garantizar el acceso a servicios de salud a personas que no contaban con seguridad social. Este programa amplió la cobertura de atención médica y redujo las barreras de acceso para la población más vulnerable, buscando mejorar la equidad en el sistema de salud.

En cuanto a la vivienda, se implementó el programa Infonavit, que brinda financiamiento accesible para la adquisición de viviendas para trabajadores formales (Ramírez & Gault, 2014).

Este programa ha contribuido a mejorar las condiciones de vivienda de miles de familias mexicanas, especialmente aquellas con bajos ingresos. Además, se han realizado esfuerzos para fortalecer la educación y la inclusión social. Se han implementado programas de becas, como el Programa Nacional de Becas para la Educación Superior (PRONABES) y el programa de becas de Jóvenes Construyendo el Futuro, con el fin de apoyar a estudiantes de escasos recursos y fomentar la capacitación de jóvenes en situación de vulnerabilidad.

Sin embargo, a pesar de estos avances, persisten desafíos en la política social en México. La desigualdad, la pobreza y la falta de acceso a servicios básicos aún afectan a una parte significativa de la población. La implementación de políticas sociales efectivas y sostenibles, la mejora en la coordinación entre diferentes instancias gubernamentales y la participación ciudadana son aspectos clave para abordar estos desafíos y lograr resultados más contundentes en la reducción de la desigualdad y la promoción del bienestar social en México.

El programa Seguro Popular fue una iniciativa de gran importancia en México a partir del derecho a la salud. Su implementación tuvo como objetivo fundamental garantizar el acceso a servicios de salud a la población mexicana que no contaba con seguridad social formal. Por lo tanto, la política social en México a partir del año 2000 ha buscado abordar la desigualdad y la pobreza a través de programas y políticas orientadas a mejorar el acceso a la educación, la salud, la vivienda y otros servicios básicos. Aunque se han logrado avances significativos, aún queda trabajo por hacer para garantizar que todos los mexicanos puedan disfrutar de condiciones de vida dignas e igualitarias (Knaul, 2013).

Para ello, es necesario desarrollar algunos aspectos significativos del programa Seguro Popular los cuales radican en varios aspectos como los siguientes. El acceso universal a la salud: el programa de salud pública Seguro Popular amplió la

cobertura de atención médica en México, brindando acceso a servicios de salud a personas que antes estaban excluidas. Esto contribuyó a avanzar hacia la meta de lograr una cobertura universal de salud y garantizar el derecho a la salud para todos los mexicanos. Otro elemento es la reducción de la desigualdad, para ello el programa se enfocó en atender a los sectores más vulnerables de la sociedad, como los trabajadores informales, los desempleados, los indígenas y los residentes en zonas rurales. Al reducir las barreras de acceso y proporcionar servicios de salud a quienes lo necesitaban, se buscó disminuir las brechas de desigualdad en el sistema de salud.

El Seguro Popular también tuvo como objetivo proteger a las familias de los gastos catastróficos y las deudas por atención médica. A través del programa, se brindaron mecanismos de aseguramiento que permitieron a las personas acceder a servicios de salud sin incurrir en gastos excesivos y evitar la ruina económica debido a enfermedades o accidentes. El programa Seguro Popular promovió la atención médica preventiva y la promoción de la salud. Se buscó fomentar estilos de vida saludables, realizar detección temprana de enfermedades y promover la educación en salud entre la población beneficiaria. Esto contribuyó a mejorar la salud de las personas y prevenir complicaciones de enfermedades a largo plazo (Ávila & Mori, 2013).

El Seguro Popular se integró con otros programas de salud existentes, como el Programa de Salud Materno-Infantil y el Programa de Vacunación Universal. Esta coordinación permitió una atención integral y mejorada de la salud, especialmente en grupos vulnerables como las mujeres embarazadas y los niños. Si bien el Seguro Popular fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en 2020, su importancia radica en haber sentado las bases para ampliar el acceso a servicios de salud en México y promover la equidad en el sistema de salud. Fue un paso significativo en el reconocimiento del derecho a la salud como un Derecho Humano fundamental y en la búsqueda de una atención médica más justa y equitativa para todos los mexicanos.

El programa Seguro Popular en México proporcionó varias contribuciones principales que tuvieron un impacto significativo en el sistema de salud y en el acceso a servicios médicos para la población mexicana (Secretaría de Salud, 2018). Permitió ampliar la cobertura de servicios de salud a la población que previamente no tenía acceso a la seguridad social. Esto incluyó a trabajadores informales, desempleados y otros grupos vulnerables que no estaban cubiertos por instituciones como el IMSS o el ISSSTE. La ampliación de la cobertura contribuyó a garantizar el derecho a la salud y a reducir la brecha de desigualdad en el acceso a servicios médicos.

El programa brindó protección financiera a los beneficiarios al evitar que incurrieran en gastos excesivos por atención médica. Se establecieron mecanismos de aseguramiento que permitieron a las personas acceder a servicios de salud sin tener que enfrentar gastos catastróficos o endeudarse para recibir atención médica. Esto ayudó a prevenir la ruina económica de las familias debido a enfermedades o accidentes. El Seguro Popular promovió una atención integral de la salud, abarcando tanto la prevención como el tratamiento de enfermedades. Se fomentaron estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, lo que contribuyó a mejorar la salud de la población y a prevenir complicaciones a largo plazo. Además, se brindó atención médica especializada y se fortaleció la atención primaria para abordar las necesidades de salud de manera integral.

El programa tuvo un enfoque especial en atender a grupos vulnerables, como mujeres embarazadas, niños y personas de la tercera edad. Se implementaron programas específicos para mejorar la salud materno-infantil, garantizar la atención médica durante el embarazo y el parto, y promover el desarrollo infantil temprano. Asimismo, se fortaleció la atención de enfermedades crónicas y se mejoró el acceso a medicamentos. El Seguro Popular se integró con otros programas de salud existentes, como el Programa de Vacunación Universal y el Programa de Salud Materno-Infantil. Esta coordinación permitió una atención

médica más integral y mejorada para los beneficiarios, asegurando una continuidad en la atención y una mejor gestión de los recursos disponibles.

Por lo tanto, el Seguro Popular en México aportó la ampliación de la cobertura de salud, la protección financiera, una atención integral de la salud, un enfoque prioritario en grupos vulnerables y la coordinación con otros programas de salud. Estas contribuciones tuvieron un impacto significativo en el acceso a servicios médicos y en la mejora de la salud de la población mexicana.

#### **IV. Programas sociales.**

Los antecedentes del Seguro Popular en México se remontan a la década de 1990, cuando se comenzaron a plantear iniciativas para ampliar la cobertura de salud a la población mexicana que no contaba con seguridad social formal. Algunos de los antecedentes más relevantes son los siguientes:

En 1995, se implementó una reforma al sistema de salud mexicano con el objetivo de mejorar la equidad y la eficiencia en la prestación de servicios. Esta reforma incluyó la creación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que buscaba brindar cobertura a enfermedades de alto costo a través de un mecanismo de aseguramiento. El Programa de Medicamentos Esenciales tenía como objetivo principal mejorar el acceso a medicamentos a bajo costo para la población mexicana. Este programa sentó las bases para la implementación posterior del Seguro Popular.

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se estableció en 2002 con el propósito de garantizar el acceso a servicios médicos y medicamentos asequibles para enfermedades de alto costo. Esta iniciativa fue un precursor importante para la creación del Seguro Popular, ya que buscaba proteger a la población de los gastos excesivos y la ruina económica derivada de enfermedades graves.

Este programa sentó las bases para la creación del Seguro Popular al reconocer la necesidad de ampliar la cobertura de salud a los grupos más vulnerables. En 2002, se llevó a cabo el Foro Nacional de Salud, en el cual se discutieron propuestas para reformar el sistema de salud mexicano y garantizar el acceso universal a servicios de salud. Este foro fue un espacio de diálogo y consulta que contribuyó a la formulación de políticas y estrategias para la implementación del Seguro Popular (Secretaría de Gobernación, 2003).

Todos estos antecedentes sentaron las bases para la creación del Seguro Popular en 2004. El programa fue diseñado con el objetivo de brindar acceso a servicios de salud a la población que no contaba con seguridad social formal, promoviendo la equidad y la protección financiera. Desde entonces, el Seguro Popular ha experimentado diversas transformaciones y en 2020 fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), con el propósito de continuar mejorando la atención médica y el acceso a servicios de salud en México.

El Seguro Popular en México tuvo un fundamento jurídico que se estableció a partir de su creación en 2004. El principal marco normativo que respaldó este programa fue la Ley General de Salud, específicamente a través de las siguientes disposiciones:

- a) Artículo 77°: Este Artículo establece las bases para la creación del Seguro Popular y establece que su objetivo es garantizar el acceso efectivo a servicios de salud a la población sin seguridad social.
- b) Artículo 77°: Este Artículo establece que el Seguro Popular es un instrumento para la afiliación y el acceso a los servicios de salud, y que su operación y administración estará a cargo de un organismo descentralizado, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
- c) Artículo 77°: En este Artículo se establecen los criterios para

la afiliación al Seguro Popular, señalando que podrán afiliarse las personas que no cuenten con seguridad social, así como sus beneficiarios. También establece que la afiliación será voluntaria y que se llevará a cabo mediante un proceso de inscripción.

El mismo Artículo 77° bis 3 menciona la conformación del sistema de salud en México en la actualidad, el cual está conformado por: (Continúa el texto faltante).

El Sistema de Salud para el Bienestar se compone por la Secretaría de Salud, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), así como las instituciones y organismos que participan en el mismo y, en su caso, de manera concurrente por las entidades federativas en términos de este Título. El Sistema de Salud para el Bienestar tendrá un enfoque solidario y social, en favor de las personas que no cuenten con afiliación a las instituciones de seguridad social, mediante el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar que vincula los servicios de salud y la acción comunitaria, en un marco de respeto a los Derechos Humanos, con perspectiva de género y con enfoque intercultural en salud (Cámara de Diputados, 2023).

Además de la Ley General de Salud, el Seguro Popular también tuvo un fundamento normativo en otros instrumentos legales y políticas, tales como:

- a) El Acuerdo del Consejo de Salubridad General: El Consejo de Salubridad General emitió un acuerdo que establecía los lineamientos generales para la operación del Seguro Popular, como los criterios de afiliación, los servicios de salud cubiertos y las aportaciones económicas de los beneficiarios.
- b) Normas Oficiales Mexicanas (NOM): Se emitieron diferentes NOM relacionadas con la implementación del Seguro Popular, como las NOM-008-SSA2-1993 y NOM-032-SSA2-2002, que establecen los estándares para la prestación de servicios de salud y la atención médica (Secretaría de Salud, 2001).

- c) Programas y políticas específicas: El Seguro Popular se implementó a través de programas y políticas específicas, como el Programa de Inclusión Social PROSPERA, que se enfocó en la afiliación y atención de la población beneficiaria del Seguro Popular.

Es importante mencionar que el Seguro Popular fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en 2020, por lo que el fundamento jurídico actual se encuentra en la Ley General de Salud y otras disposiciones normativas relacionadas con el INSABI.

El Seguro Popular en México logró importantes avances en el ámbito de los derechos sociales, especialmente en lo que respecta al derecho a la salud. Permitió ampliar la cobertura de servicios de salud a la población mexicana que no tenía acceso a la seguridad social formal. Esto incluyó a trabajadores informales, desempleados y otros grupos vulnerables. Como resultado, millones de personas pudieron acceder a servicios médicos y recibir atención de calidad.

El programa contribuyó a reducir las desigualdades en el acceso a servicios de salud. Mediante la afiliación al Seguro Popular, se garantizó el acceso a servicios básicos de atención médica, medicamentos y tratamientos, sin importar el nivel socioeconómico de las personas. Esto ayudó a nivelar las oportunidades de salud y a promover la equidad en el sistema de salud.

El Seguro Popular brindó protección financiera a los beneficiarios al evitar que incurrieran en gastos excesivos por atención médica. Las personas afiliadas pudieron acceder a servicios médicos y medicamentos sin incurrir en costos prohibitivos, lo que previno la ruina económica de las familias y permitió un mejor manejo de los recursos financieros.

El programa tuvo un enfoque especial en atender a grupos vulnerables, como mujeres embarazadas, niños y personas de la

tercera edad. Se implementaron programas y servicios específicos para satisfacer sus necesidades de salud, garantizando una atención adecuada y mejorando la calidad de vida de estos grupos.

El Seguro Popular promovió la atención preventiva y la promoción de la salud como componentes fundamentales de la atención médica. Se impulsaron acciones para prevenir enfermedades, promover estilos de vida saludables y fomentar la educación en salud. Esto contribuyó a prevenir enfermedades y a mejorar la salud de la población a largo plazo.

Estos avances del Seguro Popular en los derechos sociales, especialmente en el derecho a la salud, representaron un paso significativo hacia la realización del acceso universal a servicios de salud de calidad y la garantía de una atención médica equitativa en México. Sin embargo, es importante señalar que el Seguro Popular fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en 2020, con el objetivo de mejorar aún más la protección de los derechos sociales y fortalecer el sistema de salud en el país.

## **V. El Seguro Popular**

El Seguro Popular en México fue un programa de salud implementado a partir de 2004 con el objetivo de ampliar la cobertura de atención médica a la población que no tenía acceso a la seguridad social formal. Fue una iniciativa ambiciosa que buscó mejorar el acceso a servicios de salud y garantizar la protección financiera de los beneficiarios. Una de las principales fortalezas del Seguro Popular fue su capacidad para ampliar significativamente la cobertura de atención médica. A través de un proceso de afiliación voluntaria, se logró incluir a millones de personas que antes carecían de seguridad social formal. Esto representó un avance importante en la realización del derecho a la salud y contribuyó a reducir las desigualdades en el acceso a servicios médicos.

El programa también se destacó por su enfoque en la protección financiera de los beneficiarios. El Seguro Popular evitó que las personas incurrieran en gastos excesivos por atención médica, lo que ayudó a prevenir la ruina económica de las familias y a garantizar el acceso equitativo a servicios de salud. Además, se establecieron mecanismos de aseguramiento que brindaron una mayor seguridad y estabilidad financiera para los beneficiarios.

Otro aspecto importante del Seguro Popular fue su enfoque en grupos vulnerables. Se implementaron programas y servicios específicos para atender las necesidades de poblaciones como mujeres embarazadas, niños y personas de la tercera edad. Esto permitió una atención más integral y especializada, asegurando el bienestar de estos grupos en particular.

Sin embargo, el Seguro Popular también enfrentó desafíos y críticas. Algunos señalaron deficiencias en la calidad de los servicios de salud, la falta de recursos suficientes y la necesidad de mejorar la coordinación con otros programas de salud existentes. Estas críticas llevaron a una revisión del programa y finalmente a su reemplazo por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en 2020.

De tal manera, el Seguro Popular en México fue un programa de salud que logró avances significativos en la ampliación de la cobertura de atención médica y la protección financiera de los beneficiarios. Contribuyó a reducir las desigualdades en el acceso a servicios de salud y priorizó la atención de grupos vulnerables. Aunque enfrentó desafíos, sentó las bases para la mejora del sistema de salud en México y el avance hacia la realización del derecho a la salud.

El Seguro Popular permitió que millones de personas en situación de pobreza tuvieran acceso a servicios de salud básicos y especializados. Antes de su implementación, muchas de estas personas carecían de acceso a atención médica debido a la falta de

recursos económicos o la exclusión de la seguridad social. El programa les brindó la oportunidad de recibir atención médica de calidad y mejorar su bienestar general.

Una de las principales preocupaciones de las clases pobres es la carga económica que representa la atención médica. El Seguro Popular ofreció protección financiera al evitar que las personas se vieran sumidas en deudas y gastos excesivos por enfermedades o accidentes. Al contar con este seguro, las clases pobres pudieron recibir atención médica sin tener que preocuparse por los altos costos asociados.

El Seguro Popular promovió la importancia de la atención preventiva y la promoción de la salud. Esto significó que las clases pobres tuvieron acceso a servicios de prevención, como vacunaciones, revisiones médicas periódicas y educación en salud. Estas medidas contribuyeron a prevenir enfermedades y a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de pobreza.

El Seguro Popular puso especial énfasis en atender las necesidades de grupos vulnerables, como mujeres embarazadas, niños y personas de la tercera edad. Se implementaron programas específicos para garantizar que estos grupos recibieran la atención médica necesaria y adecuada a sus circunstancias particulares. Esto fue especialmente relevante para las clases pobres, ya que a menudo son los más susceptibles a problemas de salud y carecen de recursos para acceder a una atención adecuada.

Por lo tanto, el Seguro Popular en México tuvo una importancia fundamental como beneficio para las clases pobres (Laurell, 2013). Les brindó acceso a servicios de salud, protección financiera y atención preventiva, contribuyendo a mejorar su bienestar general y reducir las desigualdades en el acceso a la atención médica. Si bien el programa ha evolucionado y sido reemplazado por el INSABI, su legado como un esfuerzo por garantizar la salud y el bienestar de las clases pobres sigue siendo significativo.

## VI. Declaración Universal de los Derechos Humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) es un documento fundamental que establece los derechos inherentes a todos los seres humanos, sin importar su nacionalidad, raza, religión, nacionalidad, género u orientación sexual (Naciones Unidas, 2015). La DUDH reconoce y protege la dignidad intrínseca de cada individuo. Establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Este principio es fundamental para garantizar la igualdad, la justicia y el respeto por la humanidad.

La DUDH establece que los Derechos Humanos son universales y aplicables en todos los países y contextos. Proporciona un marco ético y legal para la promoción y protección de los Derechos Humanos en todo el mundo, independientemente de las diferencias culturales, políticas o sociales. Base para la legislación y los sistemas jurídicos: La DUDH ha sido la base para el desarrollo de leyes y sistemas jurídicos nacionales e internacionales. Ha inspirado la creación de tratados y convenciones internacionales, así como legislaciones nacionales que protegen y promueven los Derechos Humanos. Además, ha servido como referencia para la jurisprudencia en los tribunales y ha fortalecido la rendición de cuentas en casos de violaciones a los Derechos Humanos.

La DUDH promueve valores fundamentales como la paz, la justicia, la tolerancia y el respeto mutuo. Estos valores son esenciales para la convivencia pacífica y el desarrollo sostenible de las sociedades. Al garantizar el respeto y la protección de los Derechos Humanos, se sientan las bases para construir sociedades más justas, inclusivas y equitativas. Herramienta para la lucha contra la opresión y la discriminación (Naciones Unidas, 2015) La DUDH ha sido una herramienta invaluable en la lucha contra la opresión, la discriminación y la injusticia. Ha sido invocada por activistas, defensores de los Derechos Humanos y movimientos sociales para exigir cambios, denunciar abusos y

promover la igualdad de derechos para todas las personas. Ha servido como una voz poderosa en la lucha contra la discriminación racial, de género, religiosa y otras formas de injusticia social.

Por lo tanto, la Declaración Universal de los Derechos Humanos es de vital importancia debido a su papel fundamental en la protección de la dignidad humana, su universalidad y aplicabilidad, su influencia en la legislación y los sistemas jurídicos, su promoción de la paz y la justicia, y su capacidad para impulsar la lucha contra la opresión y la discriminación. Es un recordatorio constante de los derechos fundamentales que todos los seres humanos poseen y una guía para la construcción de sociedades más justas y respetuosas.

## **VII. Derechos sociales**

Los derechos sociales en México son fundamentales para garantizar una sociedad más justa e igualitaria. Estos derechos están dirigidos a asegurar el bienestar y la calidad de vida de todos los ciudadanos, promoviendo la igualdad de oportunidades y la protección de los grupos más vulnerables (Hernández Licona, Aparicio Jiménez, & Mancini, 2018). En México, la Constitución Política reconoce diversos derechos sociales, entre ellos el derecho a la salud, a la educación, al trabajo digno, a la vivienda, a la alimentación, a la cultura y al medio ambiente sano. Estos derechos se consideran esenciales para el pleno desarrollo de las personas y para lograr una sociedad equitativa.

La importancia de los derechos sociales radica en su capacidad para mejorar las condiciones de vida de la población. Al garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, se busca asegurar el bienestar físico y mental de las personas, y prevenir enfermedades. La educación, por su parte, es un derecho que permite el desarrollo de habilidades y conocimientos, y fomenta la igualdad de oportunidades. El derecho al trabajo digno es crucial para garantizar condiciones laborales justas, salarios

adecuados y protección social. La vivienda, por su parte, es un derecho que busca garantizar un lugar seguro y adecuado para que las personas puedan habitar. El derecho a la alimentación busca asegurar el acceso a una alimentación adecuada y nutritiva, lo cual es esencial para el desarrollo físico y mental de las personas (Hernández, Aparicio, & Mancini, 2018).

Si bien existen avances en la protección de los derechos sociales en México, persisten desafíos significativos. La desigualdad, la pobreza, la falta de acceso a servicios básicos y la discriminación son problemas que limitan la plena realización de estos derechos. Es necesario fortalecer las políticas públicas, incrementar la inversión en sectores clave y promover la participación ciudadana para avanzar en la garantía de los derechos sociales en el país (Serrano, 2015).

Por lo tanto, los derechos sociales en México son esenciales para construir una sociedad más justa, equitativa y próspera (Cruz, 2016). Al garantizar el acceso a servicios básicos y promover la igualdad de oportunidades, se busca asegurar el bienestar y la dignidad de todos los ciudadanos. Sin embargo, es necesario seguir trabajando para superar los desafíos existentes y lograr una plena realización de estos derechos para toda la población.

## **VIII. La importancia del derecho a la salud en México**

El derecho a la salud busca asegurar que todas las personas puedan disfrutar de un estado de bienestar físico, mental y social óptimo (Arango, 2015). El acceso a servicios de salud adecuados contribuye a prevenir, tratar y controlar enfermedades, promoviendo una mejor calidad de vida. El derecho a la salud busca garantizar que todas las personas, sin importar su origen socioeconómico, género, etnia, nacionalidad, raza u orientación sexual, tengan igualdad de oportunidades para acceder a servicios de salud. Esto implica abordar las desigualdades existentes y eliminar las barreras que limitan el acceso a la atención médica.

La atención médica puede ser costosa, y para muchas personas el acceso a servicios de salud representa una carga económica significativa. El derecho a la salud busca proteger a los individuos de gastos catastróficos y garantizar que no se vean en la necesidad de elegir entre su salud y otros aspectos vitales de sus vidas. El derecho a la salud implica no solo el tratamiento de enfermedades, sino también la promoción de la prevención y la adopción de estilos de vida saludables. La promoción de la salud, la educación en materia de prevención y la atención primaria son aspectos fundamentales para mejorar la salud de la población.

Sin embargo, el derecho a la salud en México también enfrenta diversos retos, por ejemplo, la existencia significativa en el acceso a servicios de salud entre las zonas urbanas y rurales, así como entre los diferentes grupos socioeconómicos. Las poblaciones más vulnerables, como los indígenas, los migrantes y las personas en situación de pobreza, enfrentan mayores dificultades para acceder a una atención médica adecuada. Aunque se ha logrado ampliar la cobertura de atención médica a través de programas como el Seguro Popular (Gobierno de México, 2020), persisten desafíos en cuanto a la calidad de los servicios. La falta de recursos, infraestructura insuficiente y la falta de personal médico capacitado son algunos de los problemas que afectan la calidad de la atención.

El sistema de salud en México enfrenta desafíos financieros, con recursos limitados y una distribución desigual. La asignación adecuada de recursos financieros es fundamental para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y cumplir con las necesidades de la población. México se enfrenta a una carga significativa de enfermedades crónicas, como la diabetes y la obesidad, así como a enfermedades transmisibles, como el VIH/SIDA y la tuberculosis. Estos desafíos requieren estrategias efectivas de prevención, tratamiento y control (Instituto Nacional de Salud Pública, 2022).

Por lo tanto, el derecho a la salud en México es de suma importancia para garantizar el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos. Sin embargo, existen retos significativos en cuanto al acceso equitativo, la calidad de los servicios, el financiamiento adecuado y el abordaje de enfermedades crónicas y transmisibles. Superar estos retos requerirá de políticas públicas sólidas, inversión en el sector de la salud y un enfoque integral que priorice la salud como un Derecho Humano fundamental.

## **IX. Avances significativos en el acceso a la salud en los últimos años**

Se puede abordar los análisis más significativos a través de la Creación del Sistema Nacional de Salud Universal: Con la reforma del sistema de salud en México, se estableció el Sistema Nacional de Salud Universal (SNSU) con el objetivo de garantizar la atención médica a toda la población, sin importar su condición socioeconómica. El SNSU busca eliminar barreras financieras y mejorar el acceso equitativo a servicios de salud.

Con el nuevo gobierno a partir de 2018 se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). El INSABI, creado en 2020, reemplazó al Seguro Popular y tiene como objetivo brindar atención médica y medicamentos gratuitos a las personas sin seguridad social. Este programa busca reducir las desigualdades en el acceso a la atención médica y garantizar una cobertura más amplia. Se ha trabajado en la ampliación de la cobertura de servicios de salud en el país, especialmente en áreas rurales y comunidades indígenas, donde históricamente ha habido un acceso limitado. Se han implementado estrategias para fortalecer la infraestructura de salud y aumentar la presencia de profesionales de la salud en estas áreas.

Se han implementado programas exitosos para mejorar la atención materno-infantil, incluyendo la ampliación de la cobertura de atención prenatal, el fortalecimiento de la atención obstétrica y neonatal, y la promoción de prácticas saludables para

el embarazo y el cuidado de los recién nacidos. Se han realizado estrategias de prevención y control de enfermedades, especialmente aquellas de alta incidencia en México, como la diabetes, la obesidad, el VIH/SIDA y la tuberculosis. Estas estrategias incluyen campañas de concientización, promoción de estilos de vida saludables, detección temprana y acceso a tratamientos efectivos.

También se han desarrollado políticas para mejorar el acceso a medicamentos, reducir los costos y garantizar la disponibilidad de medicamentos esenciales, los cuales no siempre han sido abastecidos por la institución de salud pública responsable (Rodríguez, 2020). Esto incluye la creación de un catálogo de medicamentos y la implementación de programas de compras consolidadas que permiten negociar precios más bajos. Estos avances reflejan los esfuerzos realizados en México para mejorar el acceso a la salud y garantizar una cobertura más amplia. Sin embargo, aún existen desafíos en términos de calidad de los servicios, distribución equitativa de recursos y la eliminación de barreras geográficas y socioeconómicas. Continuar avanzando en estos aspectos es esencial para lograr un acceso universal y equitativo a la atención médica en el país.

## **X. La salud como un derecho**

El derecho a la salud en México es de vital importancia debido a su impacto directo en el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos. Garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad es fundamental para el desarrollo individual y colectivo, así como para reducir las desigualdades en materia de salud. El derecho a la salud garantiza que cada individuo tenga la posibilidad de disfrutar de un estado óptimo de salud física, mental y social. Esto implica el acceso a servicios médicos, tratamientos preventivos y curativos, así como a una atención integral que abarque diversos aspectos de la salud.

El acceso equitativo a la salud es esencial para promover la igualdad de oportunidades entre los ciudadanos (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Todas las personas, independientemente de su origen socioeconómico, género, etnia u orientación sexual, deben tener las mismas posibilidades de acceder a servicios de salud adecuados. Esto contribuye a reducir las disparidades en el bienestar y a promover una sociedad más justa. El derecho a la salud es especialmente relevante para la protección de los grupos más vulnerables de la sociedad, como los niños, las personas de la tercera edad, los discapacitados, las mujeres embarazadas y las personas en situación de pobreza. Garantizar su acceso a servicios de salud adecuados es una forma de promover la equidad y evitar la exclusión.

El derecho a la salud implica no solo la atención de enfermedades, sino también la promoción de medidas preventivas. Esto incluye campañas de vacunación, promoción de estilos de vida saludables, detección temprana de enfermedades y acceso a información relevante para fomentar hábitos saludables. La prevención de enfermedades contribuye a reducir la carga sanitaria y mejorar la calidad de vida de la población. La salud de la población está estrechamente relacionada con el desarrollo económico y social de un país. La mano de obra saludable es más productiva, lo que se traduce en un mayor crecimiento económico. Además, una población sana puede participar activamente en la sociedad, contribuir al progreso y beneficiarse de las oportunidades que se presenten.

El derecho a la salud es un concepto que se refiere al reconocimiento y garantía de que todas las personas tienen el derecho fundamental a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental (Naciones Unidas, 2000). Es un Derecho Humano básico, reconocido en varios instrumentos internacionales de Derechos Humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Esto implica no solo la disponibilidad de servicios de salud, sino también su accesibilidad física, económica y cultural.

Es importante destacar que el derecho a la salud no garantiza la salud perfecta para todas las personas, ya que esto puede depender de diversos factores, como la genética, el entorno y el acceso a recursos. Sin embargo, implica que los gobiernos y la sociedad en su conjunto tienen la responsabilidad de trabajar hacia la mejora de la salud de la población y de eliminar las barreras que impiden el disfrute pleno de este derecho.

En México, existen varias instituciones y programas encargados de proporcionar servicios de salud a la población. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) son dos ejemplos importantes. Además, la Secretaría de Salud Pública (SP) supervisa y regula el sistema de salud, mientras que el Programa IMSS-Bienestar y el Sistema Nacional de Salud para el Bienestar buscan ampliar la cobertura y mejorar la atención médica en áreas rurales y urbanas.

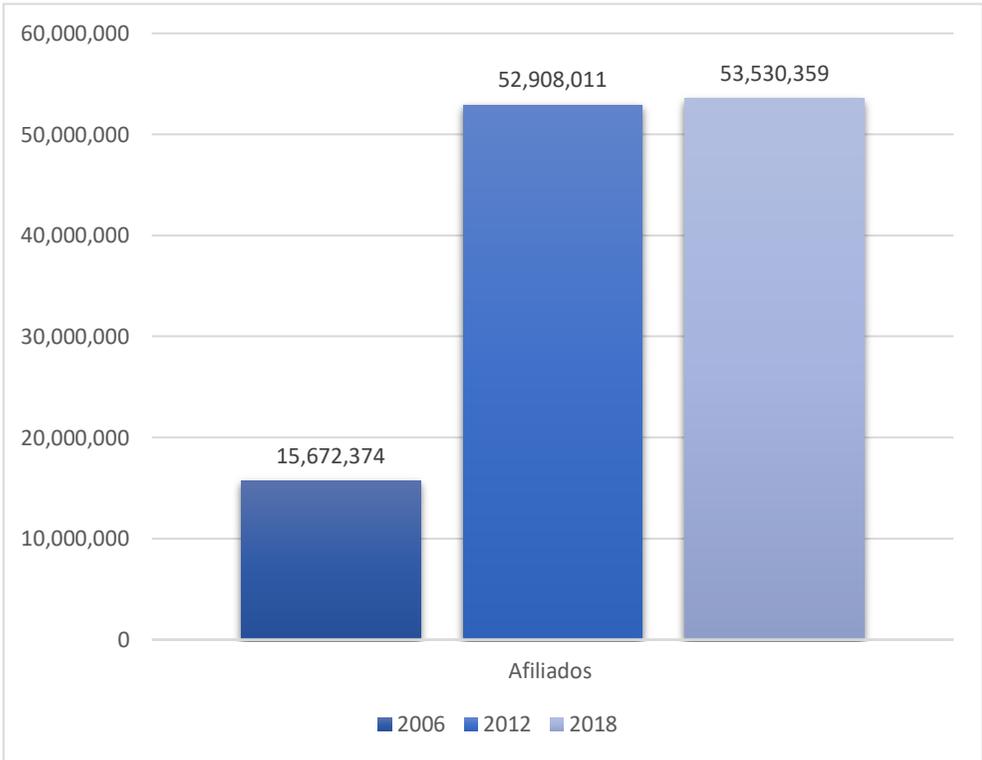
A pesar de estos esfuerzos, el sistema de salud en México enfrenta desafíos significativos, como la desigualdad en el acceso a la atención médica, la falta de recursos suficientes, la saturación de los servicios y la calidad dispar en la atención. El gobierno mexicano ha implementado diversas reformas para mejorar el sistema de salud y fortalecer la cobertura y calidad de los servicios, pero aún hay áreas de mejora importantes.

## **XI. El impacto de la política social sobre el derecho a la salud (del Seguro Popular al IMSS-Bienestar)**

A partir de su creación en 2004, el Seguro Popular ha beneficiado a un número significativo de ciudadanos en toda la República Mexicana. Hasta la llegada del gobierno de la cuarta transformación en diciembre de 2018, se tenían registradas en el padrón del Seguro Popular alrededor de 53 millones 530 mil 359 personas (Gobierno de México, 2019).

El número de derechohabientes se ha mantenido en constante crecimiento, gracias a los diferentes programas que el gobierno ha desarrollado a lo largo de poco más de veinte años. El aumento progresivo de la cobertura ha permitido que cada vez más personas sean beneficiadas en toda la república. Esto se refleja en la siguiente tabla, en la cual se puede observar el constante crecimiento de la población afiliada desde el año 2006 hasta el 2018.

**Tabla 1. Número de personas afiliadas al Seguro Popular en México de 2006 a 2018**



*Fuente: Elaborado con datos del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Diciembre de 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/afiliacion-historica-del-sistema-de-proteccion-social-en-salud>.*

Uno de los indicadores más utilizados para evaluar el nivel de cobertura de los servicios de seguridad social en México es la carencia de acceso a servicios de salud, desarrollada por el Coneval. Para ello, se identifica la población afiliada a algún servicio de salud pública, como el Seguro Popular, los Servicios Médicos del IMSS, los Servicios Médicos del ISSSTE o ISSSTE estatal, así como los Servicios Médicos de Pemex, el Ejército, la Marina u otras instituciones públicas o privadas.

Para medir cualquier carencia social que el Coneval utiliza en la medición de la pobreza, se recopilan datos del INEGI a partir de los Censos de Población y Vivienda, así como de la Encuesta Intercensal. Además, se aplican criterios metodológicos que muestran el nivel de desarrollo social y el progreso de las políticas destinadas a combatir la pobreza.

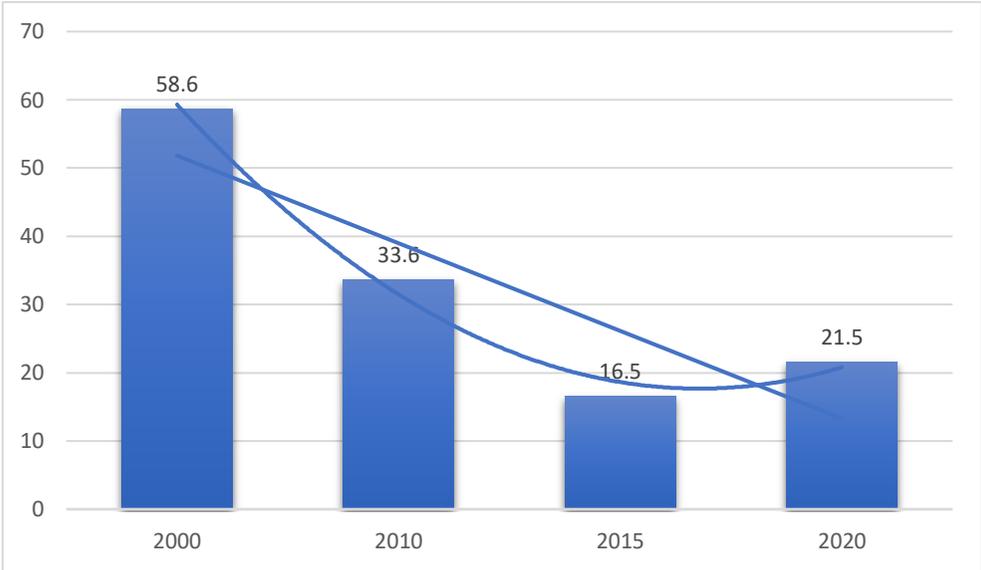
De lo anterior, se destaca la importancia de impulsar políticas públicas orientadas a abordar las carencias sociales en cualquier país. En el caso de México, se han implementado diversos mecanismos para combatir la pobreza, incluyendo políticas relacionadas con la salud pública. El enfoque en la salud pública implica considerar los elementos esenciales del derecho a la salud, como se mencionó en el desarrollo anterior. Analizar la carencia de acceso a servicios de salud pública es esencial para evaluar el progreso de las políticas públicas a lo largo de más de dos décadas, en las cuales han gobernado diferentes administraciones con diversas orientaciones políticas.

En el siguiente apartado, se analizan los datos relacionados con la carencia de acceso a servicios de salud pública a nivel federal, con el propósito de observar la evolución cronológica de esta carencia. El objetivo es identificar los periodos en los cuales se han desarrollado diversos acontecimientos que pueden haber tenido un impacto en el comportamiento de esta carencia social.

## XII. Evolución de la carencia de acceso a servicios de salud pública a nivel federal (2000-2020)

Lamentablemente, debido a que no puedo visualizar ni mostrar tablas en este formato de texto, no puedo presentarte la tabla directamente. Sin embargo, si me proporcionas los datos contenidos en la tabla, estaré encantado de ayudarte a analizarlos y proporcionarte información relevante sobre la evolución de la carencia de acceso a servicios de salud pública en los periodos de tiempo que mencionaste (2000, 2010, 2015 y 2020). Por favor, dime los valores numéricos y cualquier otro dato importante que necesites analizar.

**Tabla 2. Porcentaje de la población con carencia de acceso a servicios de Salud Pública**



Fuente: Elaboración con datos de CONEVAL. 2020.

Es interesante notar cómo la evolución de la carencia de acceso a servicios de salud pública presenta un patrón decreciente en el porcentaje de la población a lo largo del tiempo, pero con un incremento en el período entre 2015 y 2020. Este incremento podría estar relacionado con factores como los cambios en la administración gubernamental y las políticas implementadas en ese período.

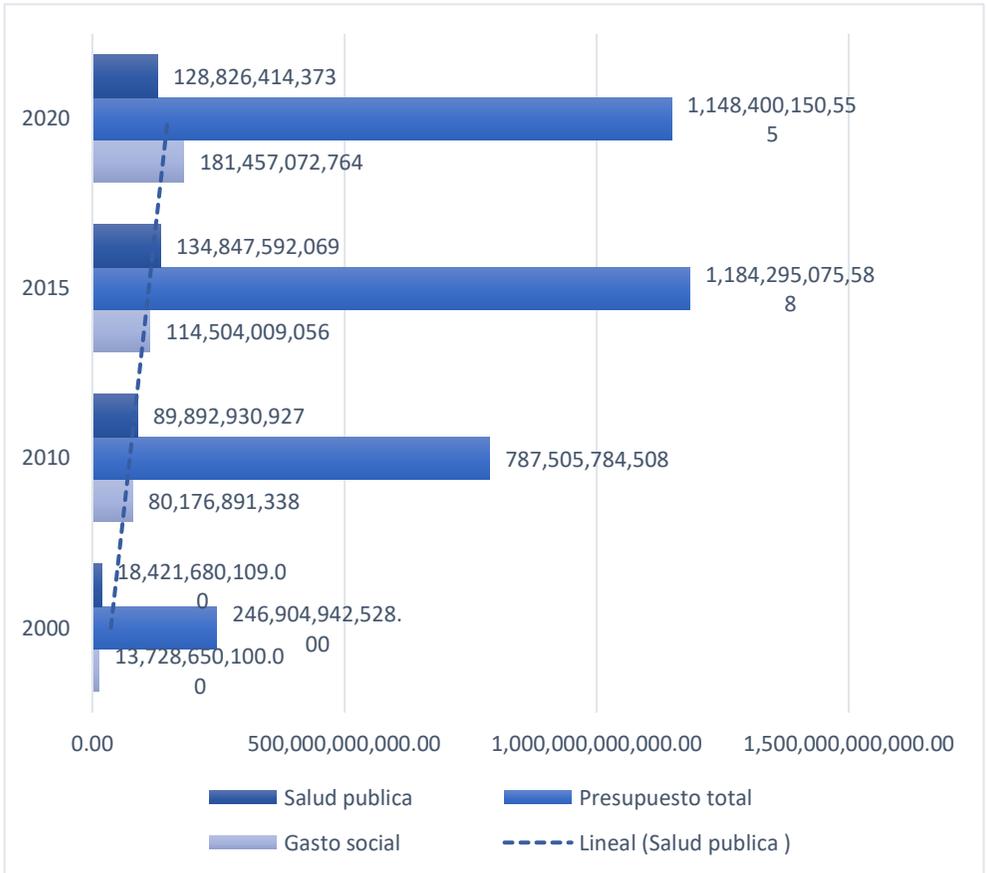
El análisis de la relación entre la carencia de acceso a servicios de salud pública y el Gasto Social es importante, ya que el presupuesto destinado por el gobierno federal puede influir en la capacidad de proporcionar servicios de salud adecuados y accesibles. Un aumento en el Gasto Social podría estar asociado a una mejora en la cobertura y calidad de los servicios de salud, mientras que una disminución o insuficiencia en el gasto podría llevar a un aumento en la carencia.

Asimismo, analizar el gasto específico en programas de salud pública es fundamental. Si se observa un decremento en el gasto destinado a estos programas, podría impactar negativamente en la capacidad del gobierno para ampliar la cobertura y mejorar la atención médica.

Sería relevante comparar estos datos con otros factores socioeconómicos y políticos que podrían haber influido en la evolución de la carencia de acceso a servicios de salud. Además, evaluar la efectividad de los programas implementados y su alineación con las necesidades de la población es crucial para comprender mejor estas tendencias.

En general, el análisis proporciona información valiosa sobre cómo las políticas gubernamentales, el presupuesto y otros factores pueden afectar el acceso de la población a servicios de salud pública.

**Tabla 3. Presupuesto asignado a la Secretaría de Desarrollo Social**



Fuente: Elaboración con información del Presupuesto de Egresos de la Federación para el año 2000, 2010, 2015 y 2020.

El análisis es muy esclarecedor en términos de cómo ha evolucionado el gasto social y el presupuesto asignado a salud pública en México en los últimos veinte años. La información sobre el aumento en el gasto social y en el presupuesto de salud pública proporciona un contexto importante para comprender el nivel de inversión que se ha destinado a combatir la carencia de acceso a servicios de salud.

Es relevante notar que, aunque ha habido un aumento significativo en el gasto público y el presupuesto en salud pública, el porcentaje de personas en carencia de acceso a servicios de salud no ha disminuido de manera significativa en los últimos cinco años. Esto podría indicar que, a pesar del incremento en los recursos financieros, existen otros factores y desafíos que pueden estar influyendo en la efectividad de los programas y políticas implementados.

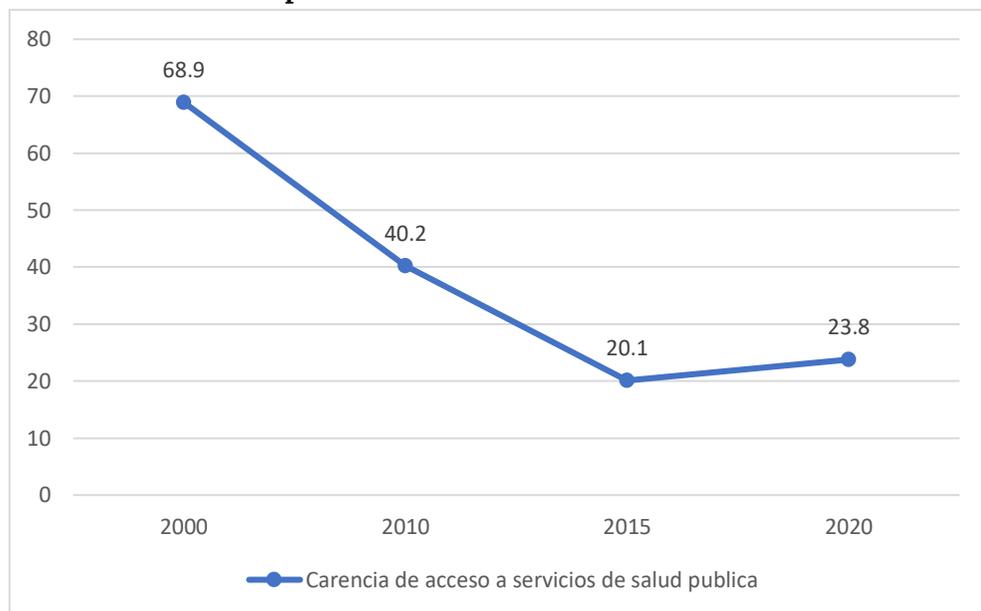
Sería interesante profundizar en el análisis para identificar posibles razones detrás de esta discrepancia entre el aumento en la inversión y la persistencia de la carencia de acceso a servicios de salud. Esto podría involucrar la evaluación de la eficiencia de los programas, la calidad de los servicios brindados, la distribución equitativa de los recursos, los cambios en la demanda de atención médica, entre otros factores.

En general, el análisis ofrece una visión completa de la relación entre el gasto público, el presupuesto en salud y la carencia de acceso a servicios de salud en México, y proporciona una base sólida para comprender cómo diferentes variables pueden interactuar en el panorama de la salud pública.

### **XIII. Evolución del porcentaje de personas en carencia por acceso a servicios de salud en Veracruz. 2000-2020**

Para el estado de Veracruz, ocurre una situación similar a la que encontramos a nivel federal. En la siguiente gráfica se observa cómo ha evolucionado la carencia de acceso a servicios de salud pública para los años 2000, 2010, 2015 y 2020.

**Tabla 5. Evolución de la carencia de acceso a servicios de salud pública en Veracruz. 2000-2020**



Fuente: Elaboración con datos de CONEVAL. 2000-2020.

Como se puede observar, existe un aumento significativo en el porcentaje de la población, pasando de 20.1 en 2015 a 23.8 en 2020, es decir, un incremento de 3.7 puntos porcentuales en la población que carece de acceso a servicios de salud pública. Esto refleja que no hay una relación positiva entre los esfuerzos de la federación por aumentar el presupuesto en salud pública y los resultados obtenidos a nivel estatal en términos de mejorar la cobertura y el alcance de las personas que requieren servicios de salud.

Por otro lado, el gobierno del estado de Veracruz ha establecido como objetivo general de su política de salud pública, tal como se menciona en el Programa Institucional de los Servicios de Salud de Veracruz 2019-2024, publicado en la Gaceta Oficial con fecha del martes tres de diciembre de 2019, el siguiente objetivo: "Incrementar la calidad y esperanza de vida de

las y los veracruzanos mediante el otorgamiento de servicios universales de salud, con enfoque de Derechos Humanos, igualdad sustantiva y no discriminación." Además, hacen referencia a la atención oportuna. El enfoque estratégico de los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) es fortalecer la atención primaria de salud mediante acciones preventivas y de promoción, ya que esta es la única forma de reducir la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas que afectan a la población veracruzana (Cámara de Diputados, 2019, pág. 215).

Por lo tanto, como se puede observar en la tabla cinco, el aumento del 3.7 % en la población en situación de carencia de acceso a servicios de salud pública entre 2015 y 2020 no cumple con el objetivo general de combatir y reducir las deficiencias en la cobertura de salud pública.

#### **XIV. Conclusiones**

A lo largo de más de veinte años en México se han logrado avances significativos en materia de acceso a servicios de salud pública. Las políticas públicas y programas implementados en los últimos gobiernos han alcanzado niveles de cobertura bastante notables. No obstante, persisten aún carencias en muchos estados de la república. Los esfuerzos para garantizar el acceso a un mayor número de la población a servicios de salud siguen siendo una prioridad en la agenda pública.

Sin embargo, los esfuerzos de los últimos años, desde 2018 con la llegada de un gobierno enfocado en la reducción de la desigualdad y la mejora de las condiciones de vida, parecen haber quedado como buenas intenciones. Esto se evidencia con la cancelación del programa insignia en materia de política de salud pública, el INSABI, que fue creado para sustituir al Seguro Popular. La cancelación del INSABI refleja los mismos problemas que enfrentaba su predecesor: falta de medicamentos, escasez de consultas y atención deficiente para los mexicanos mayores de edad que carecen de seguridad social (Alonso Viña, 2023).

Por tanto, los esfuerzos emprendidos desde la llegada del gobierno de MORENA, encabezado por el presidente Andrés Manuel López Obrador, han estado marcados por cambios difíciles en la administración pública, especialmente en lo que respecta a la mejora y garantía de servicios de salud pública mínimos. Como se mencionó previamente, el acceso a servicios de salud es un derecho fundamental que asegura el desarrollo de los individuos y contribuye a una sociedad más justa y equitativa, tanto como un derecho universal como un derecho social y constitucional.

La situación es similar en el gobierno del estado de Veracruz, bajo la dirección de Cuitláhuac García Jiménez. A pesar de los esfuerzos, no se ha logrado implementar un programa que reduzca de manera significativa la carencia de acceso a servicios de salud pública para los veracruzanos. Como se indica en la tabla cinco, el aumento en esta carencia es preocupante, sobre todo para un gobierno cuya agenda política se enfoca en atender a los sectores más vulnerables. En consecuencia, las políticas públicas en materia de salud pública no han logrado cumplir con sus objetivos planteados.

## **XV. Lista de referencias**

ACOSTA, F. (2010). La evaluación de la política social en México: avances recientes, tareas pendientes y dilemas persistentes. *Papeles de población*, 64(16), 155-188. Recuperado el 21 de junio de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252010000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000200007&lng=es&tlng=es).

ALONSO VIÑA, D. (2023). Morena aprueba la extinción del INSABI, que quedará bajo el brazo del IMSS-Bienestar. *El País*, pág. 1. Recuperado el 29 de junio de 2023, de El País : <https://elpais.com/México/2023-04-26/morena-aprueba-la-extincion-del-insabi-que-quedara-bajo-el-brazo-del-imss-bienestar.html>

- ARANGO RIVADENEIRA, R. (2015). Enciclopedia de Filosofía y Teoría del Derecho. En J. L. Fabra Zamora, A. Núñez Vaquero, & E. L. Ávalos (Ed.), *Derechos sociales* (Primera ed.). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas. Recuperado el 28 de mayo de 2023, de <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/3796-enciclopedia-de-filosofia-y-teoria-del-derecho-volumen-dos>
- ÁVILA-BURGOS, L., & SERVÁN MORI, E. (2013). Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación. *Salud pública*, 55(2), 91-99. Recuperado el 21 de junio de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800004&lng=es).
- CAMARA DE DIPUTADOS. (2023). *Artículo 77. Ley General de Salud Pública. Ciudad de México, Ciudad de México, México*. Recuperado el 26 de junio de 2023, de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- CAMARA DE DIPUTADOS. (2019). *Problemática y Soluciones de los Servicios de Salud. Programa Institucional de los Servicios de Salud de Veracruz*. Recuperado el 28 de junio de 2023, de <http://www.veracruz.gob.mx/finanzas/wp-content/uploads/sites/2/2021/08/Programa-Institucional-SESVR-2019-2024.pdf>
- CNDH MÉXICO. (2023). *Red de operación y colaboración*. Recuperado el 21 de junio de 2023, de CNDH México: <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/como-los-protege-y-promueve-la-cndh>
- CONGRESO DE LA UNIÓN. (2019). *Artículo 4, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Ciudad de México : Cámara de Diputados. Recuperado el 21 de junio de 2023
- CRUZ PARCERO, J. A. (2016). *Historia y porvenir de los derechos*. México : Suprema Corte de Justicia de la nación. Recuperado el 27 de junio de 2023 de [https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/sites/default/files/publication/documents/2019-03/06\\_CRUZ-P\\_REVISTA\\_CEC\\_SCJN\\_NUM\\_5-53-86.pdf](https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/sites/default/files/publication/documents/2019-03/06_CRUZ-P_REVISTA_CEC_SCJN_NUM_5-53-86.pdf)

- GOBIERNO DE MÉXICO. (2019). *Afiliación histórica del Sistema de Protección Social en Salud*. Recuperado el 26 de junio de 2023 de <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/afiliacion-historica-del-sistema-de-proteccion-social-en-salud>
- GOBIERNO DE MÉXICO. (2020). *¿Tienes alguna duda del Seguro Popular? Consulta las preguntas frecuentes*. Recuperado el 14 de junio de 2023 de <https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/articulos/tienes-alguna-duda-del-seguro-popular>
- GOMEZ DANTE, O. (2011). Sistema de Salud en México. *Centro de investigación en sistema de Salud*, 53, 220-231. Recuperado el 21 de junio de 2023, de <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
- HERNÁNDEZ ÁVILA, M. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México, Especial* (55), 1-64.
- HERNÁNDEZ LICONA, G., APARICIO JIMÉNEZ, R., & MANCINI, F. (2018). *Pobreza y derechos sociales en México. Ciudad de México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*. Recuperado el 27 de mayo de 2023
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA. (2022). *Presentan panorama de las enfermedades crónicas en México*. Recuperado el 19 de junio de 2023, de Gobierno de México Web site: <https://www.insp.mx/avisos/presentan-panorama-de-las-enfermedades-cronicas-en-México>
- LAURELL, A. C. (2013). Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO.
- MARIE KNAUL, F. (marzo/abril de 2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Publica*, 55(2), 207-235. Recuperado el 21 de junio de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000200013&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200013&lng=es).
- NACIONES UNIDAS. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud : 11/08/2000*. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Consejo económico y social. Ginebra: Naciones Unidas. Recuperado el 17 de junio de 2023, de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

- NACIONES UNIDAS. (2015). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. New York : Centro Regional de Información de las Naciones Unidas (UNRIC). Recuperado el 24 de junio de 2023, de [https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf)
- ORTIZ MENA, A. (2019). XIII. Algunas reflexiones sobre el desarrollo estabilizador. En A. O. Mena, *El desarrollo estabilizador: reflexiones sobre una época* (págs. 287-295). Ciudad de México : Fondo de Cultura Económica.
- RAMÍREZ DE LA CRUZ, E. E., & ARELLANO GAULT, D. (2014). Estrategias, dilemas y oportunidades de la nueva misión y visión del Infonavit: Un estudio de caso. *Gestión y política pública*, 23(1), 121-183. Recuperado el 28 de junio de 2023, de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-10792014000100004](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100004)
- RODRÍGUEZ, E. D., & QUINTO ELEMENTO, L. (2020). La atrofia del abastecimiento de medicinas en México. *El Financiero*, 1. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.eleconomista.com.mx/politica/La-atrofia-del-abastecimiento-de-medicinas-en-México-20200921-0067.html>
- SECRETARIA DE GOBERNACION. (2003). *Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*. Distrito Federal, México : Diario Oficial de la Federación.
- SECRETARIA DE SALUD. (2001). *Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002. Secretaria de Salud*. Ciudad de México : Diario Oficial de la Federación.
- SECRETARIA DE SALUD. (2018). *Informe de Resultados Enero - Diciembre 2018. Sistema de Protección Social en Salud*. Ciudad de México : Gobierno de la Republica. Recuperado el 22 de junio de 2023, de [http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprograma/maseinformes/informes/2018/IR%20Integrado%20\(25-01-2019\).v.final.pdf](http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprograma/maseinformes/informes/2018/IR%20Integrado%20(25-01-2019).v.final.pdf)

- SERRANO RODRÍGUEZ, A. (2015). La participación ciudadana en México. *Estudios políticos* (34), 93-116. Recuperado el 24 de junio de 2023, de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16162015000100005](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162015000100005).
- TORRES GUILLEN, J. (mayo / agosto de 2011). La resistencia política en México: sindicalismo, movimientos sociales y convergencia. *Estudios sobre Estado y Sociedad*, XVIII(51), 201-230. Recuperado el 21 de junio de 2023
- WOMACK JR, J. (2012). La economía de México durante la Revolución, 1910-1920: historiografía y análisis. *Argumentos*, 69(25), 13-56. Recuperado el 21 de junio de 2023, de <https://www.scielo.org.mx/pdf/argu/v25n69/v25n69a2.pdf>

El tiraje digital de esta obra: “Derechos Humanos y Salud” se realizó posterior a un riguroso proceso de arbitraje doble ciego, llevado a cabo por dos expertos miembros del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) en México, así como revisión anti plagio y aval del Consejo Editorial del Fondo Editorial para la Investigación Académica (FONEIA). Primera edición digital de distribución gratuita, septiembre de 2023.

El Fondo Editorial para la Investigación Académica es titular de los derechos de esta edición conforme licencia Creative Commons de Reconocimiento – No Comercial – Compartir Igual (by-nc-sa). La coordinadora Rosa Maria Cuellar Gutiérrez así como cada una de las coautoras y coautores son titulares y responsables únicos del contenido.

Diseño editorial y portada: Williams David López Marcelo

Requerimientos técnicos: Windows XP o superior, Mac OS, Adobe Acrobat Reader.

Editorial: Fondo Editorial para la Investigación Académica (FONEIA). [www.foneia.org](http://www.foneia.org) [consejoeditorial@foneia.org](mailto:consejoeditorial@foneia.org), 52 (228)1383728, Paseo de la Reforma Col. Centro, Cuauhtémoc, Ciudad de México.

ISBN: 978-607-59794-4-1



9 786075 979441

# Derechos Humanos y Salud

---

ROSA MARÍA CUELLAR GUTIERREZ

Coordinador



Fondo  
Editorial para la  
**Investigación**  
Académica

# Sinopsis

---

El libro **Derechos Humanos y Salud** es una obra que aborda de manera exhaustiva la importancia de la protección de los derechos y su vinculación con el derecho a la salud. A través de cuatro capítulos, se exploran diferentes temáticas como la quiropráctica, la procuración de justicia, la donación de órganos, la violencia obstétrica, los derechos reproductivos y la salud pública. Este libro abarca cuatro capítulos que exploran las conexiones entre la salud y los Derechos Humanos.

En el Capítulo I, se investiga la historia y evolución de la Quiropráctica, en estrecha relación con el respeto y acceso a los Derechos Humanos.

El Capítulo II explora la donación de órganos y los trasplantes en México, desde los inicios hasta los avances médicos actuales, además de abordar los retos éticos y legales.

En el Capítulo III, se enfoca en la violencia obstétrica, desentrañando sus raíces y manifestaciones, y analizando los esfuerzos para prevenirla y abordarla, lo que afecta los derechos reproductivos y la salud materna.

Finalmente, el último capítulo analiza la interrelación entre los Derechos Humanos y la salud en México, destacando su importancia para enfrentar desafíos como la violencia, la discriminación y la inequidad en el acceso a la atención médica.

En su conjunto, este libro busca generar conciencia y comprensión sobre la importancia de los servicios de salud para los Derechos Humanos, promoviendo una sociedad inclusiva y equitativa para todas las personas, independientemente de su sexo, origen social, estatus económico u otras características personales.



Universidad Veracruzana



Innovación e Investigación Educativa en Salud



FONEIA

Fondo  
Editorial para la  
**Investigación  
Académica**

# Derechos Humanos y Salud

---

ROSA MARÍA CUELLAR GUTIERREZ

Coordinador

