



Respuesta de México.

Relatora Especial sobre el derecho el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de posible de salud física y mental,

Sra. Tlaleng Mofokeng.

Informe: "El Racismo y el Derecho a la Salud".

- 1. ¿Cuáles son las principales manifestaciones actuales de racismo y las formas conexas de discriminación creadas por el racismo que puedan prevalecer en su país en el ámbito del derecho a la salud, incluyendo en general en los factores determinantes básicos de la salud, resultados de salud y el acceso a la atención de la salud?**

Las principales manifestaciones de racismo en México son por color de piel, origen nacional o étnico, preferencias sexuales, por género, por discapacidad y por la edad que se pueden ver agravadas por motivos conexos como homofobia, xenofobia e intolerancia por las opiniones políticas o de índole social, la diversidad lingüística y la situación económica.

Los pueblos indígenas, poblaciones afrodescendientes, población lésbico gay, mujeres y personas adultas mayores, son víctimas de prejuicios y estereotipos, que impide que gocen plenamente de los servicios de salud por la pobreza, la edad, el género las preferencias sexuales, entre otros.

Los factores determinantes básicos de la salud, como son los sociales, económicos y ambientales fijan el estado de salud de las personas o poblaciones e inciden en la oferta de servicios y condiciones de salud que prevalecen, aunque éstas han sido heterogéneas, tienen grandes variaciones en las diversas entidades del país, que por las condiciones socioeconómicas provocan la desigualdad de oportunidades a la hora de reivindicar y ejercer los derechos humanos de estos grupos y personas.

- 2. ¿Quiénes son las personas más afectadas y por qué? Por favor, describa las disparidades existentes en la prestación y el acceso a los servicios de salud que afectan a las personas de diferente origen racial y étnico, ascendencia, así como a otros grupos, como los inmigrantes. También puede reflejarse la falta de datos, análisis o indicadores de salud al respecto.**

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) estima que de 2016 a 2020, en México, el número de personas con carencia por acceso a los servicios de salud pasó de 18.8 a 35.7 millones.





Las personas afectadas son las mujeres, personas adultas mayores, población indígena y los migrantes.

Mujeres

En el caso de las mujeres, los sistemas de salud siguen fallando a la mujer en momentos clave de su vida, particularmente en la adolescencia y la vejez. La falta de derechohabiencia es más grave para las mujeres en edad reproductiva. La razón de la mortalidad materna, de acuerdo con estimaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud Pública a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y las proyecciones de nacimientos vivos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) es mucho más baja en mujeres derechohabientes de la seguridad social que en aquellas que no lo son. Ello sugiere que el acceso a las instituciones de seguridad social disminuye las brechas sociales existentes en materia de salud de forma relevante.

Adicionalmente, en 2016 la brecha en el porcentaje de mujeres con acceso directo a los servicios de salud, según la pertenencia étnica, se situó en -15.1 puntos porcentuales (pp), mientras que en el año 2020 se ubicó en -16.1 pp, debido a que, en este periodo, el porcentaje de mujeres indígenas se mantuvo sin cambio (10.0%), mientras que el porcentaje de mujeres no indígenas incrementó de 25.0% a 26.0%.

Asimismo, la brecha en el porcentaje de hogares con jefatura femenina sin acceso oportuno a los servicios de salud en caso de una emergencia, según la pertenencia étnica de la jefa del hogar, situó en 4.9 pp, mientras que en 2020 se ubicó en 4.7 pp. Esto debido a que, de 2016 a 2020, el porcentaje de hogares indígenas con esta problemática disminuyó de 6.3% a 6.0% mientras que el de los hogares no indígenas también lo hizo al pasar de 1.4% a 1.3%.

Las personas adultas mayores

La falta de derechohabiencia aumenta con el incremento de la edad. La presencia de enfermedades o de discapacidad entre las personas mayores de 60 años es causa de incertidumbre en las familias. En la mayoría de los casos, son personas enfermas con más de un padecimiento, por lo que la atención médica significa egresos altos en la economía familiar. Las personas adultas mayores se enfrentan a un servicio deficiente tanto en términos de cantidad como de calidad.

Existen pocos hospitales y aún menos médicos especializados en atención geriátrica, la asesoría y apoyo que reciben no proviene de personal especializado en geriatría, ni hay suficientes medicamentos para sus padecimientos más comunes, tales como tumores malignos, enfermedades cardiovasculares,





osteoporosis, hipertensión arterial, incontinencia urinaria o diabetes, algunas de las cuales son también las principales causas de mortalidad en esa población.

Población Indígena

Las personas indígenas padecen diversos obstáculos de acceso a los centros de salud, sobre todo por la limitada cobertura en las zonas donde habitan, así como las barreras lingüísticas que implican la comunicación entre paciente y prestador de servicios de salud.

El Censo 2020 muestra que el 23.1% de las personas hablantes de lenguas indígenas no tiene afiliación a servicios de salud; 47.5% son mujeres y 52.5% hombres. Del total de personas que sí cuentan con afiliación, el 83.7% están afiliadas a una institución que presta servicios de salud del sector público y únicamente el 0.4% tiene derecho a un seguro privado (INEGI, 2020a). El 75.8% (77.6% de las mujeres y 73.7% de los hombres) de la población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena está afiliada al Seguro Popular o para una Nueva Generación (siglo XXI) o el Instituto de Salud para el Bienestar; 14.7% (13.1% de las mujeres y 16.5% de los hombres) es atendido en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 3.9% (3.8% de las mujeres y 3.9% de los hombres) en el IMSS-PROSPERA o IMSS-BIENESTAR; 3.7% 3 Población indígena (3.6% de las mujeres y 3.7% de los hombres) en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entre otras instituciones (INEGI, 2020a). De la población hablante de lengua indígena ocupada, 73.6% (75.5% de las mujeres y 72.5% de los hombres) tienen derecho a servicios de salud. De la población hablante de lengua indígena monolingüe ocupada, 79.5% (81.9% de las mujeres y 77.0% de los hombres) cuenta con esta prestación (INEGI, 2020a).

- 3. En virtud del derecho a la salud, los Estados tienen la obligación especial de abstenerse de denegar o limitar la igualdad de acceso de todas las persona, incluyendo miembros de minorías, solicitantes de asilo e inmigrantes, incluidos los inmigrantes indocumentados, a los servicios de salud que proporcionan cuidados preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de aplicar prácticas discriminatorias en las políticas de Estado, así como de garantizar el acceso igualitario a los cuidados y servicios sanitarios suministrados por terceros. Por favor, explique cómo se aplica el punto anterior en su país, qué funciona bien y qué no tanto, y, si es posible, ilústrelolo con datos desglosados.**

La Ley General de Desarrollo Social establece en su artículo 6° que el derecho a la salud forma parte de los derechos para el desarrollo social; de esta manera, el Estado mexicano está obligado a garantizarlo a través de políticas gubernamentales o programas sociales con el objeto de que pueda ejercerse plenamente en los términos del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM).



La imagen que se muestra a continuación, es un reflejo de lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4o. párrafo cuarto, el cual establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud:

El IMSS (1940) y el ISSSTE (1959) adoptaron el modelo de seguridad social, que excluyó a los no asalariados. Desde 1983 la salud es un derecho constitucional, no vinculado al trabajo de las personas. La brecha del acceso aumentó por la baja inversión, el alto gasto de bolsillo y la inequidad en los recursos para la población y el aporte a los estados.

En 2003 se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que reestructuró financieramente al SNS a fin de lograr la cobertura universal. El SPSS abarcó al Seguro Popular (SP) para no derechohabientes con un seguro de salud público y voluntario; el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) que atendería enfermedades de alto costo; el Seguro Médico Siglo XXI con atención médica y preventiva a menores de cinco años y el programa IMSS Bienestar. En su primera etapa el SPSS redujo el porcentaje de población sin seguro de salud en cerca del 60%, en el año 2000, y en 18% en 2012.¹⁴ El gobierno actual sustituyó el SP por el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) desde el 1 de enero de 2020.⁷ Su fin es el mismo que el del SP, con diferencias sustanciales de administración, operación, financiamiento y organización interna.

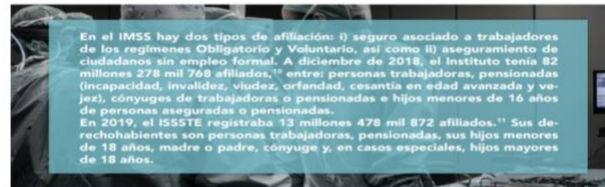
3. Las tres dimensiones de la CUS en el SNS de México

Personas

Afiliación y cobertura no son sinónimos. La afiliación universal implica que todas las personas puedan acceder a un paquete de servicios homogéneo. De acuerdo con el INEGI, el 82.2% de la población es derechohabiente de algún sistema de salud.



La población afiliada al SPSS no es beneficiaria de instituciones de seguridad social. Tras quince años de operar el SP, la afiliación, pasó de 5.3 millones de personas en 2004 a 51.9 millones a fines de 2019 y el programa IMSS-Bienestar cubrió en 2018 a 13.1 millones de personas sin seguridad social.⁸ Pese a que el 17.3% de la población no está afiliada a ningún servicio de salud,⁹ la afiliación al SP llegó a un nivel considerado como total. Para usar los servicios del INSABI no hay afiliación; basta con presentar una identificación oficial. Los servicios operarán con criterios de universalidad, igualdad, inclusión y gratuidad.



Servicios

La cobertura del SP abarcaba 294 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), 633 claves de medicamentos y 37 insumos médicos¹² agrupados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y los procedimientos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica (CIE-9MC). Se incluyen además 66 intervenciones complejas y de alto costo financiadas por el FPGC, así como 151 patologías cubiertas por el Seguro Médico Siglo XXI. La atención del Programa IMSS Bienestar se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) con tres componentes y dos ejes transversales.

Asimismo, 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, la Ley General de Salud, reglamenta el derecho a la protección de salud y establece las bases y modalidades para el acceso a dichos servicios y la concurrencia entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

El 17 de agosto del año 2020, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Programa Sectorial de Salud 2020-2024. En dicho documento se establecen cinco objetivos prioritarios, a saber:

1. Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.
2. Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del Sistema Nacional de Salud (SNS) para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.
3. Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta





marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.

4. Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.
5. Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.

La relevancia del quinto objetivo corresponde a las iniciativas orientadas a contrarrestar enfermedades con mayor impacto en la salud de la población, a brindar atención prioritaria a mujeres, niñas, niños y adolescentes y al fortalecimiento en la atención integral de la salud mental y adicciones.

La Normatividad Internacional que también rige el actuar de México en materia de salud es:

- Pacto Internacional de -derechos Económicos, sociales y Cultural, artículo 12, I. Los Estados parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25, "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica..."
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; artículo XI, "Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias..."
- Protocolo adicional a la convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, sociales y Culturales; 1. "Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social"
- 82 Normas Mexicanas expedidas por la Secretaría de Salud relacionadas con la atención médica.

5. **Por favor, comparta ejemplos de marcos legales y políticos adecuados que aborden el racismo pasado o actual y las formas de discriminación racial y conexas, específicamente en relación con el acceso a los factores determinantes básicos de la salud, así como el acceso a la atención de salud y los, bienes, servicios e instalaciones de salud de calidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva.**





El marco legal que sustenta el derecho a la no discriminación en México es el siguiente:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual establece expresamente el principio antidiscriminatorio, en el año 2001 fue reformado el artículo 1º. Prohibiendo toda forma de discriminación que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.
- Decreto por el que se aprueba la convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas conexas de Intolerancia, adoptada en la Antigua, Guatemala el cinco de junio de dos mil trece.
- La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED), reformada el 20 de marzo de 2014 para prevenir la Discriminación de mejores y más amplias atribuciones en la materia y brindar una efectiva protección del derecho a la no discriminación de las personas que viven y transitan por el territorio nacional, con mayor apego a los instrumentos internacionales en la materia, ratificados por el estado Mexicano
- Plan Nacional de Desarrollo 2020-2024
- Programa Sectorial de Salud 2020-2024

6. Por favor, comparta ejemplos de financiación de la sanidad pública, prácticas de financiación del sector no gubernamental, soluciones financieras interinstitucionales, productos de seguros médicos que muestren manifestaciones de racismo actual o pasado y discriminación conexas, a nivel local y global, que afecten a personas racializadas, así como otros factores como la pobreza, o la discriminación basada en edad, sexo, identidad de género, expresión, orientación sexual, discapacidad, estatus migratorio, estado de salud, por ejemplo, VIH, albinismo, etc., y las disparidades entre las zonas rurales y urbanas.

El Presupuesto de egresos para el año 2022 para el Sector Salud es de \$8, 019, 909, 735 que se desglosa de la forma siguiente:

Rectoría en Salud	9,800,000
Prevención y control de enfermedades	43,055,162
Salud materna, sexual y reproductiva	17,343,978
Fortalecimiento a la atención médica	306,635,770
Seguridad social laboral	7,643,074,825

En este último punto están contempladas todas las personas que habitan en la República Mexicana, con esto se evidencia los esfuerzo que el país está realizando para erradicar todo tipo de discriminación.

7. Por favor, comparta buenas prácticas y ejemplos de intervenciones en salud pública que faciliten un acceso adecuado (dentro y fuera del sector





de la salud), apoyen la producción de conocimientos o la implementación de programas que aborden con éxito las desigualdades, en particular el impacto del racismo y la discriminación racial conexas, así como otros factores como la pobreza, o la discriminación basada en el sexo, identidad de género, expresión, orientación sexual, discapacidad y estatus migratorio.

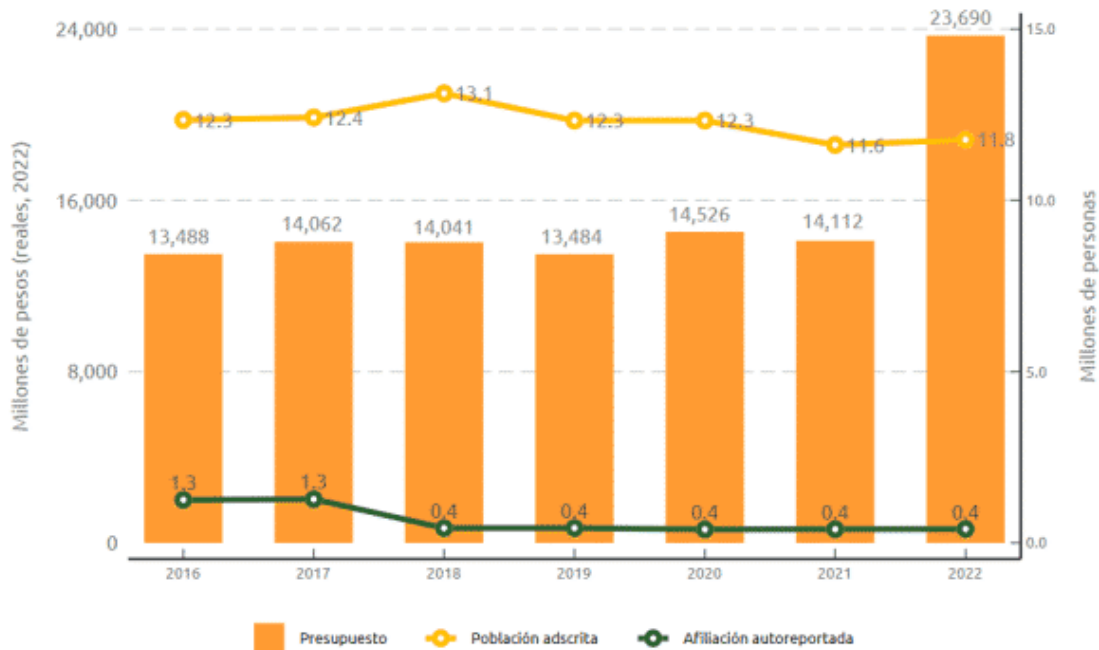
Un programa que aborda con éxito estas prácticas en México es el IMSS– Bienestar, el cual surgió en 1979 como IMSS– Coplamar, mediante la firma de un convenio entre el IMSS y la Coplamar para extender los servicios de salud a grupos de población en condición de pobreza y marginación extrema. A lo largo de su historia, se ha conocido como IMSS– Solidaridad, IMSS– Oportunidades, IMSS– Prospera y finalmente IMSS– Bienestar (IMSS 2019).

Cobertura Universal.

Beneficiarios. Este programa otorga servicios médico-preventivos y de promoción a la salud a más de 11.8 millones de personas de comunidades rurales en 19 entidades (Figura 1). Sin embargo, solamente 3.4% de esta población se auto reporta afiliada en la ENIGH 2020, de la cual 40.5% se ubica en el primer decil de ingresos.



Figura 1: Presupuesto IMSS - Bienestar vs población



Nota 1: La población autoreportada se obtiene de la ENIGH con proyecciones de crecimiento de la población.

Fuente: Elaboración por el CIEP, con información de: IMSS (2021a); INEGI (2021); SHCP (2021a).

Así como la atención que se brinda a estos grupos por parte del Instituto de Salud para el Bienestar -INSABI- basado en el Modelo de Salud para el Bienestar que va dirigido a otorgar servicios de salud para aquella población que no cuenta con los mismos, con un enfoque de aumentar la cobertura de los programas nacionales de salud que permitan generar como una línea de trabajo transversal el principio de igualdad y no discriminación.

8. Por favor, comparta buenos ejemplos y prácticas que permitan la rendición de cuentas en el sector público y privado que faciliten el acceso a la justicia y la reparación a víctimas de racismo y discriminación por motivos como el color, ascendencia, origen nacional o étnico o condición de inmigrante o refugiado en la prestación de la atención de la salud, y en la medida en que se combina con factores como la pobreza, o la discriminación basada en la edad, sexo, identidad de género, expresión, orientación sexual, discapacidad, situación migratoria, estado de salud, por ejemplo, VIH, albinismo, etc. y las disparidades entre las zonas rurales y urbanas.





La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED) establece en el artículo 43¹ que el Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) es competente para conocer actos u omisiones que sucedan dentro del territorio mexicano, que puedan configurar conductas que se presuman discriminatorias en términos del artículo 1, párrafo segundo, fracción III de la Ley Federal en comento y que son atribuidos a personas particulares o a personas servidoras públicas federales o de los poderes públicos federales.

Así, el Consejo conoce de los procedimientos de queja² por presuntos actos, omisiones o prácticas sociales presuntamente discriminatorias imputables a personas servidoras públicas federales en el ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, personas físicas o morales, así como a particulares.

Para ello, el CONAPRED podrá someter a un procedimiento de conciliación entre las partes, sin embargo; en caso de acreditarse el acto, la omisión o la práctica social discriminatoria imputable a personas servidoras públicas federales, poderes públicos federales o particulares el Consejo se encuentra facultado para emitir una Resolución por disposición³ estableciendo medidas administrativas y de reparación⁴.

El procedimiento de queja del CONAPRED es administrativo y busca de manera prioritaria la conciliación entre las partes por presuntos actos de discriminación. En relación con los mecanismos de reparación, el CONAPRED puede aplicar las siguientes medidas administrativas:⁵

- a. Restitución del derecho conculcado: medida de reparación consistente en el conjunto de acciones encaminadas al restablecimiento del goce de sus derechos a la víctima, pues buscan restablecer la situación previa a la violación al derecho a la no discriminación.
- b. Compensación por el daño ocasionado: medida de reparación que se presenta cuando la restitución del derecho conculcado no es posible o existe un acuerdo entre las partes. Consiste en el resarcimiento, que puede

¹ LFPED. Artículo 43. - El Consejo conocerá de las quejas por presuntos actos, omisiones o prácticas sociales discriminatorias a que se refiere esta ley, atribuidas a particulares, personas físicas o morales, así como a personas servidoras públicas federales, y a los poderes públicos federales, e impondrá en su caso medidas administrativas y de reparación que esta Ley previene.

Toda persona podrá presentar quejas por presuntos actos, omisiones, o prácticas sociales discriminatorias ante el Consejo, ya sea directamente o por medio de un representante.

² Una queja es el procedimiento que se sigue ante el Consejo por presuntos actos, omisiones o prácticas sociales discriminatorias cometidos por particulares, personas físicas o morales, así como personas servidoras públicas federales o por poderes públicos federales.

³ Resolución por disposición: Resolución emitida por el Consejo con carácter vinculante por medio de la cual se declara que se acreditó una conducta o una práctica social discriminatoria, y, por tanto, de manera fundada o motivada se imponen medidas administrativas y de reparación a quien resulte responsable de dichas conductas o prácticas. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, artículo 1, fracción X

⁴ Artículo 20, fracción XLVI, LFPED

⁵ Ídem. Artículo 83.





- ser pecuniario, por el daño sufrido derivado de una violación al derecho a la no discriminación.
- c. Amonestación pública: medida de reparación, consistente en la advertencia que se hace a los agentes discriminadores, haciéndoles ver las consecuencias de la falta que cometieron, con la finalidad de encauzar su conducta en el correcto desempeño de sus acciones y funciones, conminándolos a no repetir las acciones, omisiones o prácticas que dieron origen a la violación del derecho a la no discriminación.
 - d. Disculpa pública o privada: medida de reparación consistente en un pronunciamiento que realiza el agente discriminador, mediante el cual expresa el reconocimiento de su responsabilidad cometida por la violación al derecho a la no discriminación, la cual va dirigida a las víctimas. Puede ser pública o privada, atendiendo a la naturaleza del caso y al impacto causado.
 - e. Garantía de no repetición del acto o práctica social discriminatoria: medida de carácter positivo conformada por un conjunto de acciones encaminadas a evitar violaciones futuras al derecho a la no discriminación por motivos y ámbitos similares a los investigados en la queja y a corregir estructuralmente los factores que las originaron, las cuales podrán contener, entre otras, reformas institucionales y legales que promuevan el respeto y protección del derecho a la no discriminación⁶.

Para la reparación la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha emitido 341 Recomendaciones en materia de salud, las cuales pueden ser consultadas en la página de la CNDH <https://www.cndh.org.mx/>.

9. Por favor, comparta información sobre las fuentes de financiación sanitaria de su país, la cantidad y calidad de dicha financiación, así como cualquier condición de la ayuda o financiación, políticas económicas globales y medidas de austeridad o de otro tipo solicitadas o fomentadas por las instituciones financieras internacionales, organismos multilaterales o donantes, que afecten negativamente a los sistemas sanitarios y al acceso a la salud de las personas en su país.

Las fuentes y fondos de financiamiento en el sistema público de salud en México se rigen por medio del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El SPSS, como fuente de financiamiento actúa a través de un sistema tripartito (cuota social, aportación solidaria federal y aportación solidaria estatal) por medio de estas acciones se da la homologación de la estructura financiera del IMSS, ISSSTE y SSA, con la participación de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). En México, los sistemas públicos de salud son: 1) dirigido a la población abierta, 2) seguro social laboral público y 3) privado; los servicios que cuenta el seguro para el bienestar (dirigido a población abierta).

⁶ Secretaría de Gobernación, Lineamientos que regulan la aplicación de las medidas administrativas y de reparación del daño en casos de discriminación





El Presupuesto de egresos para el año 2022 para el Sector Salud es de \$8, 019, 909, 735 que se desglosa de la forma siguiente:

Rectoría en salud	9,800,000
Prevención y control de enfermedades	43,055,162
Salud materna, sexual y reproductiva	17,343,978
Fortalecimiento a la atención médica	306,635,770
Seguridad social laboral	7,643,074,825

En este último punto están contempladas todas las personas que habitan en la República Mexicana, con esto se evidencia los esfuerzo que el país está realizando para erradicar todo tipo de discriminación.

11. Por favor, comparta también buenas prácticas y ejemplos de reparaciones por discriminación racial relacionadas con violaciones y abusos del derecho a la salud.

Las recomendaciones emitidas en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos relacionadas por violaciones del derecho a la protección de la salud tienen como fin primordial la reparación de los daños causados por violaciones.

Para la reparación esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha emitido 341 Recomendaciones en materia de salud, algunas de las cuales son las siguientes:

R 91/2022 - Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada atención médica, a una vida libre de violencia obstétrica y acceso de información en materia de salud en el hospital general del ISSSTE la Paz, B.C.

R92/2022.- Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos, a la protección a la vida y a la información en materia de salud cometidas en el Hospital No. 1 del IMSS.

R93/2022.- Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos, a la protección de la salud, a la integridad personal, a una vida libre de violencia obstétrica a la libertad y autonomía reproductiva, cometidas en Querétaro por el ISSSTE.

R94/2022.- Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos, a la protección de la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud en agravio de una persona adulta mayor por el IMSS en Ciudad Acuña, Coahuila.





R100/2022.- Sobre el caso de violación al derecho humano a la protección de la salud, por la omisión de cuidado de persona adulta mayor, por el IMSS en la ciudad de México.

