



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
**UNIDAD XOCHIMILCO**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**  
**MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL**

***“Derecho a la Salud en la Ciudad de México”***

Tesis que, para obtener el grado de  
**Maestras en Medicina Social**

Presentan  
**Karina Carrasco Nájera**  
**Lucero Soledad Rivera Romano**

Directores  
**Dr. Sergio López Moreno**  
**Dra. Oliva López Arellano**

Asesores  
**Dr. Juan Manuel Esteban Castro Albarrán**  
**Dr. Marco Ricardo Téllez Cabrera**

1 de marzo de 2024

***Es mi aspiración que la salud no sea vista finalmente como una bendición a desear, sino como un derecho humano por el que luchar.***

*(Kofi Annan)*

## **Agradecimientos:**

*A Sergio López Moreno y a Oliva López Arellano el agradecimiento más sincero por ser nuestros mentores, un faro de luz en nuestro camino y compartirnos sus conocimientos.*

*A nuestras familias por ser un aliciente para perseguir nuestras metas y por ser nuestra inspiración cada día.*

*A nuestras y nuestros profesores de Medicina Social por todas sus enseñanzas.*

*A la Universidad Autónoma Metropolitana por permitirnos estudiar en ella y por el apoyo para Titulación de Posgrado.*

*Al Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por la beca recibida durante los estudios de maestría.*

*A nuestras amigas, amigos y compañeros de la Generación 33 por el acompañamiento en el análisis crítico colectivo.*

*Al jurado por la disposición de revisar nuestro trabajo y por lo que aprendimos con todas sus observaciones.*

# Índice

Antecedentes .....	6
Antecedentes Históricos sobre el Derecho a la Salud .....	8
Marco Teórico .....	13
Derecho a la Salud y Derecho a la Protección de la Salud.....	13
Justiciabilidad del Derecho a la Salud.....	18
Conocimientos y Actitudes .....	20
Planteamiento del Problema .....	22
Justificación del estudio .....	23
Objetivo general .....	24
Objetivos específicos .....	24
Pregunta de Investigación .....	24
Metodología.....	25
Sujetos de estudio .....	26
Aspectos éticos .....	31
Limitaciones del estudio .....	32
Resultados .....	33
1. Concepto del DS descrito en la Observación General 14.....	34
a) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes favorables, concepto de DS de la OG-14 (SF).....	36
b) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables , concepto de DS de la OG-14 (SD).....	38
c) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes favorables, concepto de DS de la OG-14 (IF).....	38
d) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables, concepto de DS de la OG-14 (ID) .....	41
2. Marco jurídico del DS en México .....	42
a) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes favorables, marco jurídico (SF) .....	43
b) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables, marco jurídico (SD) .....	43
c) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes favorables, marco jurídico (IF).....	44
d) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables, marco jurídico (ID).....	44
3. Sujetos de derecho del DS.....	44
a) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes favorables, sujetos de derecho (SF) .....	45
b) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables, sujetos de derecho (SD) .....	47
c) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos	

insuficientes y actitudes favorables, sujetos de derecho (IF) .....	47
d) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables, sujetos de derecho (ID) .....	47
4. Ratificación del PF-PIDESC por México .....	48
a) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes favorables, ratificación del PF-PIDESC por México (SF).....	48
b) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables, ratificación del PF-PIDESC por México (SD). 49	
c) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes favorables, ratificación del PF-PIDESC por México (IF) .....	49
d) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables, ratificación del PF-PIDESC por México (ID)	50
5. Justiciabilidad del DS .....	51
a) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes favorables, justiciabilidad del DS (SF).....	51
b) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables, justiciabilidad del DS (SD).....	54
c) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes favorables, justiciabilidad del DS (IF) .....	55
d) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables, justiciabilidad del DS (ID) .....	56
6. Capacitación en Derecho a la Salud .....	57
Capacitación en Derecho a la Salud entre el personal de salud .....	58
Capacitación en Derecho a la Salud en el plan de estudios de licenciatura de Medicina .....	59
Discusión.....	61
SF: Con conocimientos suficientes y actitudes favorables.....	62
SD: Con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables .....	62
IF: Con conocimientos insuficientes y actitudes favorables .....	64
ID: Con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables .....	66
Capacitación en Derecho a la Salud durante la formación de personal de salud.....	68
Consideraciones finales .....	70
Referencias .....	74
Anexos .....	78
Guía de entrevista piloto por categorías.....	78
Guía de entrevista (final) .....	79
Ejemplo de Acuse de solicitud de entrevista .....	81
Formato de carta de consentimiento informado .....	82

## Antecedentes

El derecho a la salud (DS) es un derecho humano fundamental establecido desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), reconocido por múltiples tratados regionales y por numerosas constituciones nacionales. En México el derecho a la protección de la salud (DPS) se estableció como derecho constitucional en 1983 en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Lugo Garfias, 2015). El cuarto párrafo del artículo 4º constitucional 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”.<sup>1</sup> (El subrayado es nuestro).

Por esta razón, cuando en México se habla de derecho a la salud, en realidad se hace referencia al acceso a los servicios de salud, particularmente a los servicios médicos. A pesar de ello, para la mayoría de los mexicanos ni las condiciones de salud ni el acceso a los servicios se encuentran satisfechas. Existen alrededor de 10 millones de mexicanos sin acceso a los servicios de salud; en el campo casi la tercera parte de los menores de cinco años tiene talla baja para su edad; la mortalidad materna de México es la más alta en el grupo de la OCDE; somos el país con la prevalencia de obesidad femenina más alta del mundo y la mortalidad por algunos tipos de cáncer, diabetes mellitus, problemas cardiovasculares e hipertensión no han disminuido. Muchas parasitosis, enfermedades infecciosas y transmitidas por vector son todavía endémicas, a pesar de que hace décadas que existen medios efectivos de control. A pesar de lo anterior, el principal problema

---

<sup>1</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, consultada disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1\\_280521.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_280521.pdf)

radica en el hecho de que todos estos datos son todavía más graves entre las personas con menos recursos sociales y económicos (López A & López M, 2015).

Todo indica que las malas condiciones económicas y la desigualdad social profundizan las desigualdades sanitarias y de acceso a los servicios. Como sucede en prácticamente todos los países, en México el mayor costo de la desigualdad lo pagarán las clases y grupos sociales más vulnerados como son: las mujeres, los indígenas, los niños y las personas en extrema pobreza. Y en este contexto se debate el derecho a la salud.

No obstante, entre 2018 y 2022, en la Ciudad de México se observó un ligero incremento en el ingreso per cápita real de los hogares, que benefició a seis de los deciles. De acuerdo con el Consejo de Evaluación de la Ciudad de México en su Informe de actividades (2022-2023). La población en situación de pobreza multidimensional en la Ciudad de México ha disminuido entre 2018 y 2022. Uno de los avances más importantes se observa en la pobreza extrema, que pasó de 18.7% a 14.7%; 350 mil personas rebasaron esta situación en el periodo referido. Asimismo, se registran mejoras significativas en materia de pobreza por ingresos (de 47.7% a 42.9%); en materia de vivienda (de 49% a 42.7%); o en la carencia por adecuación sanitaria (40.5% a 35%). También hay que subrayar la importante caída en la pobreza por telecomunicaciones (incluye teléfono e internet), que pasó de tener una incidencia de 35% en 2018 a 19.7% en 2022. Lo anterior refleja no sólo una recuperación del impacto adverso de la pandemia, sino mejoras reconocibles en el nivel de vida de la población capitalina también en comparación con 2018. La Ciudad de México es la tercera entidad con menor nivel de pobreza, y no la duodécima como reporta CONEVAL (Consejo de Evaluación de la Ciudad de México, 2023).

Para contribuir a brindar servicios de salud universales, gratuitos y de calidad a la población de la Ciudad de México, el 9 de agosto de 2021 el Congreso local aprobó el dictamen que abroga la Ley de Salud del Distrito Federal y expide la Ley de Salud de la Ciudad de México.

El artículo 3° establece que el derecho a la salud se regirá por los principios siguientes:

1. **Universalidad:** La cobertura de los servicios de salud que responda a las necesidades de salud de toda persona para hacer efectivo su derecho a la protección a la salud.
2. **Equidad:** La obligación de las autoridades sanitarias locales de garantizar acceso igual a los habitantes del Distrito Federal a los servicios de salud disponibles ante las necesidades que se presenten en la materia.
3. **Gratuidad:** El acceso sin costo a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal y a los medicamentos asociados a estos servicios, a los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral.”<sup>2</sup>

### ***Antecedentes Históricos sobre el Derecho a la Salud***

Los primeros acuerdos europeos establecieron regulaciones de la autoridad, entre los que se suelen destacar la Carta Magna inglesa (1215) y la Carta de Derechos británica (1688) que limitaban el poder del monarca, para repartirlo con la nobleza. A su vez, el Acta de Habeas Corpus (1679), también acordado en Inglaterra, obligó a las autoridades a dar cuenta de las personas privadas de libertad. A finales del siglo XVIII, las burguesías emergentes de Francia y las colonias británicas en América se alzaron contra el poder absoluto de los monarcas, dando lugar a las primeras declaraciones de “derechos del hombre”:

1. La *Declaración de Independencia* de los Estados Unidos de América del Norte (1776) afirma que “todos los hombres han sido creados iguales” y que son provistos por Dios “de ciertos derechos inalienables”.
2. La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789), aprobada por la Asamblea Nacional Constituyente francesa, establece en su primer artículo que los hombres “nacen y permanecen libres e iguales en derechos” (Fundación Juan Vives Suriá, 2010).



Las primeras leyes conocidas incluían elementos de la “ley del talión”, incorporando un criterio de proporcionalidad entre el daño provocado y la sanción aplicada. Un elemento tal vez más importante en la evolución del derecho fue la incorporación de un individuo en medio de las partes en conflicto —que al mismo tiempo los separa y los vincula— destinado a jugar el papel de juzgador neutral. Esto evita que las partes en conflicto se enfrenten cara a cara y abre la posibilidad de que los juicios sean imparciales. Paulatinamente, las normas jurídicas fueron adquiriendo su naturaleza actual.

El Derecho Natural o iusnaturalismo es una doctrina ética y jurídica que propone que la existencia de derechos deriva de la naturaleza humana. Para esta doctrina el derecho vale y, consecuentemente, obliga, no porque lo haya hecho un legislador humano o tenga su origen en cualquiera de las fuentes formales, sino por la bondad o justicia intrínsecas de su contenido. El iusnaturalismo no acepta que la validez de las normas jurídicas dependa del proceso a través del cual son creadas y en cambio, propone sus normas como anteriores, superiores e independientes del derecho positivo.

Otra corriente es el iuspositivismo, según esta corriente, el derecho vale, debido a que ha sido construido de acuerdo con ciertos requisitos de orden formal, y el hecho de que su contenido no concuerde con determinados anhelos de justicia jamás podría invocarse para negar su fuerza obligatoria. Como puede apreciarse, los criterios de validez jurídica de cada escuela se excluyen mutuamente. Para el iuspositivismo sólo existe una forma válida de derecho, y ésta es la que los seres humanos han creado a lo largo de la historia: siguiendo las reglas formales necesarias para construirlo (López & López, 2015).

En el siglo XX, el teórico alemán Hans Kelsen elaboró un esquema para indicar la jerarquía de las normas en un determinado sistema jurídico. Dibuja una pirámide que contiene los ordenamientos jurídicos que conforman cualquier sistema legal, en la punta de la pirámide se encuentra la Constitución seguida de las leyes orgánicas, las leyes ordinarias, las leyes reglamentarias y los códigos administrativos.

Las normas de mayor jerarquía del sistema legal son las normas constitucionales, de las que existen por lo menos dos tipos: las relacionadas con los derechos humanos y su garantía, y las que establecen la estructura del estado y la forma de gobierno.

Toda norma recibe su valor de una norma superior. Las normas constitucionales y orgánicas son la fuente de las normas reglamentarias, y estas últimas la fuente de las normas administrativas. En los sistemas legales tradicionales, los tratados y convenios internacionales poseen fuerza de ley sólo en la medida en que no contradigan la Constitución (López & López, 2015).

Se denomina ley al conjunto de normas jurídicas positivas elaboradas por la sociedad con el propósito de regular la convivencia entre los individuos, los grupos sociales y el Estado. Aunque existen diversas formas de crear leyes, los parlamentos son las principales instituciones responsables de esta función. Para los países cuyos sistemas legales se basan en ordenamientos jurídicos codificados, formados por normas contenidas en cuerpos legales unitarios, ordenados y sistematizados, la principal fuente de derecho es la ley y sólo excepcionalmente aceptan la jurisprudencia como fuente legítima.

El presidente de la República —jefe del Poder Ejecutivo y representante de los poderes de la Federación— es quien tiene a su cargo esta función. En el caso de México, las normas deben ser publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF), es el órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, que tiene la función de publicar en el territorio nacional: leyes, reglamentos, acuerdos, circulares, órdenes y demás actos expedidos por los poderes de la Federación, a fin de que éstos sean observados y aplicados debidamente en sus respectivos ámbitos de competencia (Secretaría de Gobernación, s.f.).

Como mencionamos previamente, la primera Carta Internacional firmada para hacer cumplir el derecho a la salud fue la Declaración Universal de los Derechos Humanos

en 1948, mencionado en su artículo 25<sup>3</sup>, y de ella han derivado gran cantidad de instrumentos internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC<sup>4</sup>), ambos con protocolos facultativos desde 1966. Desde 1981 México es parte tanto del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos como del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Sin embargo, México ha ratificado sólo los Protocolos Facultativos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, pero no ha ratificado el del PIDESC.

El PF-PIDESC fue aprobado por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 2008, entró en vigor el 5 de mayo de 2013 y a la fecha ha sido ratificado por 21 Estados. Este Protocolo permite al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales examinar quejas o comunicaciones de personas que aleguen una violación de los derechos consagrados en el PIDESC, entre otras importantes atribuciones. La ONU-DH ha exhortado sistemáticamente al Estado mexicano a ratificar el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Desde la reforma de 2011 la Constitución Política Federal incorporó los Derechos Humanos en su artículo primero. Sin embargo, en su artículo 4º sigue haciendo referencia exclusivamente al derecho a la protección de la salud, a diferencia de la Constitución Política local que ya se refiere al derecho a la salud. También en el artículo 1 (apartado I), de la Ley General de Salud de la Ciudad de México, señala:

---

<sup>3</sup> El artículo 25 de la DDHH señala que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial a la alimentación, el vestido y la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

<sup>4</sup> El artículo 12 del PIDESC de 1966 señala: “Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho a toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes del Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para; a) la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

*La presente Ley es de orden público e interés social y tiene por objeto: Hacer efectivo el derecho a la salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Constitución Política de la Ciudad de México. (El subrayado es nuestro).*

La misma Ley de Salud de la Ciudad de México, en su artículo 2, decreta:

*Las personas habitantes en la Ciudad de México, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquier otra característica tienen **derecho a la salud**. El Gobierno de la Ciudad de México, a través de sus Dependencias, Órganos y Entidades, en coordinación con el Instituto de Salud para el Bienestar, en el ámbito de sus respectivas competencias y de acuerdo con la capacidad técnica, recursos humanos y financieros disponibles, tienen **la obligación de cumplir este derecho**<sup>5</sup>, por lo que se deberá garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de servicios de salud gratuitos, particularmente para la atención integral de la población que no cuenta con seguridad social. La prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados será financiada de manera solidaria por la federación, el Instituto de Salud para el Bienestar y el Gobierno de la Ciudad de México en términos de la Ley General de Salud, la presente Ley y sus disposiciones reglamentarias. Para cumplir con este mandato, el Gobierno de la Ciudad de México deberá realizar las acciones conducentes para que se modifiquen gradualmente las condicionantes sociales de la salud-enfermedad, con el objetivo de crear las condiciones para mejorar la calidad de la vida humana, reducir los riesgos a la salud, propiciar el disfrute de todas las capacidades humanas para contribuir al bienestar y proteger el derecho a la salud". (el subrayado es nuestro).*

---

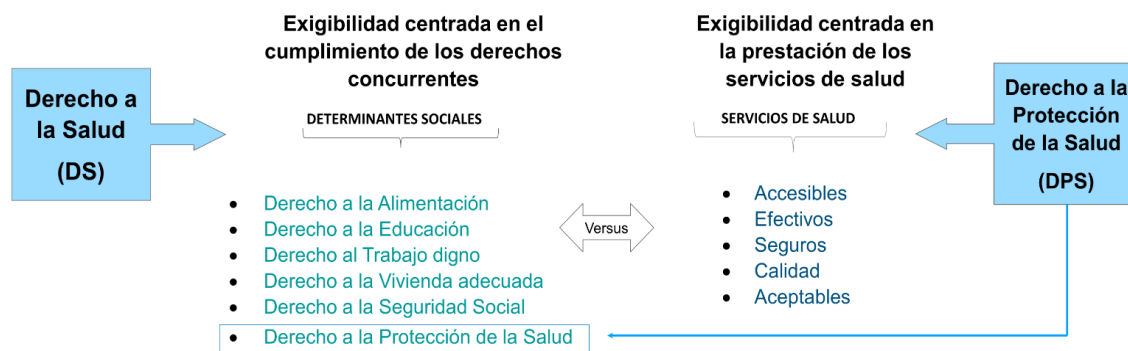
<sup>5</sup> Así mismo en su artículo 3, se estipula que el DS se regirá por los siguientes principios: Equidad, gratuidad, interés superior de las niñas, niños y adolescentes, interculturalidad, perspectiva de género, progresividad, no discriminación, solidaridad y universalidad. (Puede consultar todos los artículos de la Ley General de Salud de la Ciudad de México en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México Número 657 publicada el 9 de agosto de 2021).

# Marco Teórico

## ***Derecho a la Salud y Derecho a la Protección de la Salud***

Es de vital importancia definir teóricamente los conceptos que se abordaron a lo largo de este trabajo de investigación, lo que permite tener una visión precisa de hacia dónde se dirige el trabajo y, aún más importante, hacia dónde se quiere llegar. En primera instancia se define el concepto de derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud, así como la diferencia y relación que existe entre ambos (figura 1).

### Diferencia y relación entre Derecho a la Salud y Derecho a la Protección de la Salud



**Figura 1.** Derecho a la Salud y Derecho a la Protección de la Salud, de acuerdo con la Observación General 14 del PIDESC. (Tomado y modificado de López *et al* 2019).

El derecho a la protección de la salud se refiere a los aspectos prestacionales que pueden definirse de manera precisa en términos de disponibilidad, acceso, calidad y aceptabilidad de los servicios. El derecho a la salud abarca tanto la atención de salud oportuna y apropiada como otros factores considerados determinantes de salud, dentro del contexto económico y social de las colectividades (CDESC, 2000).

En otras palabras, el derecho a la salud implica una exigibilidad centrada, sobre todo, en el cumplimiento de los derechos sociales concurrentes involucrados en la producción de la salud. El derecho a la protección de la salud, en cambio, puede ser entendido como un derecho anidado dentro del derecho a la salud, que centra

su exigibilidad fundamentalmente en la prestación de servicios de salud (López & López, 2019). (Figura 2).

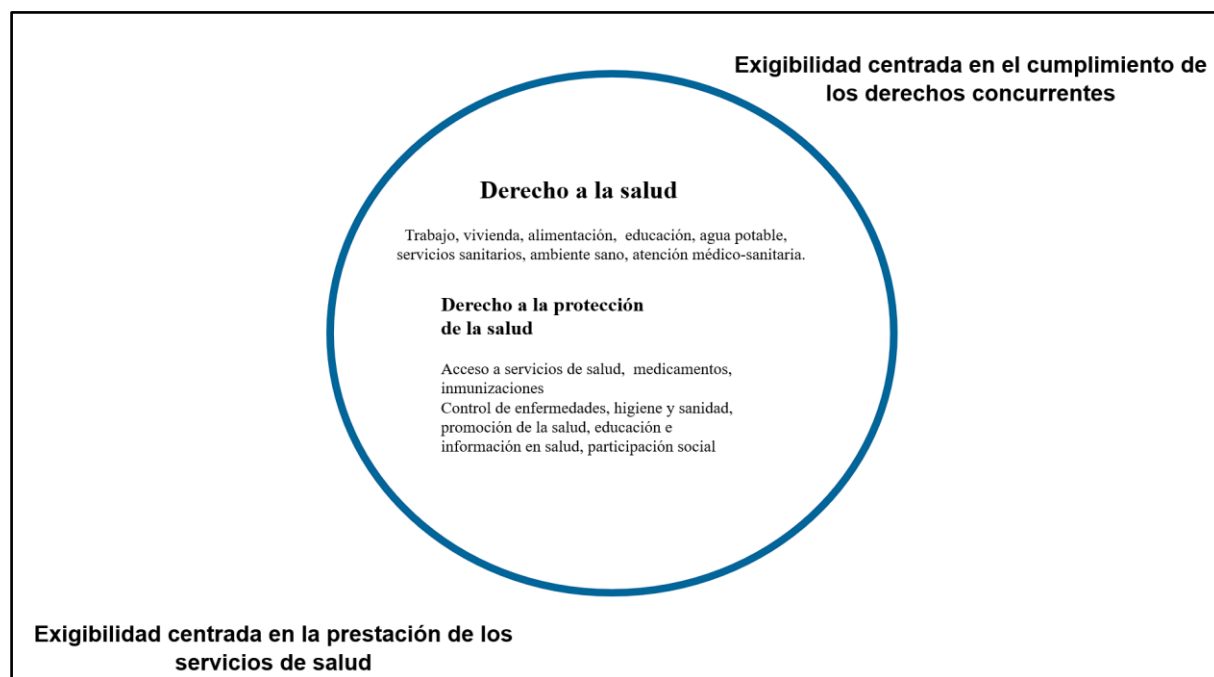


Figura 2. Tomado y modificado de López Arellano. UNISA, 2024.

El derecho a la salud es considerado un Derecho Humano desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y que corresponde a todas las personas por el sólo hecho de ser Humanos (enfoque *iusnaturalista*<sup>6</sup>); para garantizarse debe estar estrechamente vinculado con otros derechos sociales, de necesaria protección y satisfacción, tales como el derecho a la vivienda, a la educación, al

<sup>6</sup> La doctrina *iusnaturalista* sostiene que los derechos son innatos al hombre, ya que la naturaleza de la que se han hecho derivar los principios universales ha sido la naturaleza del cosmos, o bien la naturaleza de Dios o de la sociedad, o de la historia, pero más frecuente ha sido la naturaleza del hombre, en particular como ser racional (Orozco, J. 1987).

agua potable, a la alimentación, al trabajo digno, a la seguridad social, etc. (enfoque iuspositivista<sup>7</sup>).

Karel Vasak<sup>8</sup> refiere que el derecho a la salud, al vincularse con otros derechos que implican obligaciones de acción por parte del Estado, forma parte de los llamados derechos de segunda generación y que además requiere una satisfacción progresiva (López, A. López, M. 2015). En ese sentido se considera parte de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU establece lo siguiente:

*El derecho a la salud entraña libertades y derechos y debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades bienes y servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud.*

López Arellano y López Moreno establecen, con respecto del derecho a la salud:

*...se trata de un derecho complejo, que se alcanza sólo cuando se conjuntan las condiciones que permiten a los seres humanos el disfrute de una vida plena, elegida libremente de entre múltiples opciones... (López A & López M, 2015).*

La intención de quienes nos conducimos bajo el manto de la Medicina Social es justamente mostrar la relevancia de la creación de la Ley de Salud de la Ciudad de México —con el reconocimiento del derecho a la salud en su artículo primero— ya que en la extinta Ley de Salud del Distrito Federal sólo se establecía el derecho a

---

<sup>7</sup> Para el *iuspositivismo* sólo se puede hablar de derechos humanos cuando los mismos hayan sido establecidos por determinadas normas jurídicas (positivas) ya sea que pertenezcan a alguno de los diversos ordenamientos jurídicos nacionales o aquel que constituye la comunidad internacional (Orozco, J. 1987)

<sup>8</sup> Jurista Checo que en su trabajo *Las dimensiones internacionales de los derechos humanos*, de 1979, los clasificó en tres generaciones: Primera generación implica obligaciones de omisión por parte del Estado y son de satisfacción inmediata como por ejemplo la libertad de expresión y la libertad de conciencia; los derechos de segunda generación implican obligaciones de acción por parte del Estado y son de satisfacción progresiva, es aquí donde se encuentra el derecho a la salud así como el resto de los derechos sociales, económicos y culturales. Los derechos de tercera generación se denominan también derechos de los pueblos o de soberanía y solidaridad y son derechos de usufructo colectivo como el derecho a la paz y al medio ambiente.

la protección de la salud; desde la reforma de 2011 en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4° postula que:

*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...*

Por lo anterior, la Ley de Salud de la Ciudad de México representa un cambio significativo en el paradigma normativo, ya que en términos teóricos el *derecho a la protección de la salud* se enfoca casi exclusivamente al acceso a los servicios de salud, mientras que el *derecho a la salud* se encuentra vinculado con otros derechos llamados fundamentales. El cambio en la Ley de Salud de la Ciudad de México puede suponer un paso benéfico para positivizar el discurso de nuestra carta magna federal.

Establecer que toda persona tiene derecho a la protección de la salud —ahora entendida como el acceso a los servicios de salud, y en particular al acceso a los servicios médicos— es sólo visualizar la punta del iceberg; es querer seguir ese “canto de sirenas” que menciona Juan Alfonso Samaja destinado a cubrir las necesidades fenoménicas<sup>9</sup>.

La mirada del derecho a la salud, en consonancia con la Epidemiología Crítica, incluye a todo el iceberg y no sólo la punta, en un contexto que invita a visualizar más allá del horizonte, entendiendo que se debe atender el todo y no solamente algunas de sus partes. Restringir la salud al acceso a los servicios es engañarnos, simplificando algo que es mucho más complejo. Equiparar el *derecho a la salud* con el *derecho a la protección de la salud* significa un reduccionismo biologicista donde la salud y la enfermedad se explican como antinomia, cuando se trata de un proceso dinámico al que Eduardo Menéndez refiere como *salud-enfermedad-atención*— que resulta de la combinación compleja de problemas reales, representados y afrontados (Menéndez, 1988).

---

<sup>9</sup> Coloquio de Enfermería en Buenos Aires Argentina, véase la conferencia completa en página electrónica: <https://www.youtube.com/watch?v=HUEqkBBOB9s>



Desde el enfoque reduccionista, la salud se entiende esencialmente como la atención de enfermedades, limitándose a uno de los distintos momentos de la salud. La *salud-enfermedad-atención*, en cambio, se define como el conjunto de actividades destinadas a preservar los procesos auto-reproductores del ser humano en todos sus niveles de integración: como cuerpo, ciudadano, comunidad y sociedad (Samaja, 2004).

En la perspectiva limitada al derecho a la protección a la salud impera la visión de la epidemiología tradicional, llamada “positivista” por Menéndez, estrechamente enlazada al Modelo Médico Hegemónico<sup>10</sup> y sus submodelos (individual Privado, Corporativo Público y Corporativo Privado) que coloca el eje de la multicausalidad en lo biológico y sus funciones preventivas y curativas dentro de un sistema capitalista (Menéndez, 2009; Margulis, 1980). Este modelo está orientado a la aceleración de la ganancia a partir de la prestación de servicios de salud, generalmente ocultando la relación capital-trabajo (Juanes, 1982).

Por esta razón el alcance de una salud completa implica eliminar la desigualdad, la inequidad, la discriminación, la violencia, la corrupción y el capitalismo, entre otros males. Esto implica finalmente la aspiración de democracia, paz y una sociedad más justa y armoniosa. De eso se trata el método de pensamiento de ascenso de lo abstracto a lo concreto, que Karel Kosik invita a analizar en todos sus planos y dimensiones:

*De la parte al todo y del todo a la parte, del fenómeno a la esencia y de la esencia al fenómeno, de la totalidad a la contradicción y de la contradicción a la totalidad, del objeto al sujeto y del sujeto al objeto (Kosik, 1967).*

---

<sup>10</sup> Entiéndase como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464.

## ***Justiciabilidad del Derecho a la Salud***

El derecho a la salud es un Derecho Humano, y en ese sentido debe ser y hacerse valer en cuanto a su estatus de:

- Universal
- Imprescriptible
- Innegociable
- Irrenunciable
- Intransferible
- Inalienable
- Indivisible
- Interdependiente

Los Estados deben cumplir las obligaciones básicas de:

- Respetar
- Proteger
- Satisfacer

Es muy pronto para evaluar si el cambio en la Constitución Política de la Ciudad de México está permitiendo el pleno ejercicio del derecho a la salud de manera práctica y no sólo formal, pero coincidimos con Edmundo Granda al afirmar que lo que importa al crear reformas (en este caso al sustituir la Ley de Salud del Distrito Federal por la Ley de Salud de la Ciudad de México), no es sólo construir propuestas de simple mejoramiento del quehacer, sino posicionar los fines y Derechos Humanos para ordenar y dinamizar los medios de ejercer una acción guiada por principios ético-políticos con intervenciones técnicas, económicas y administrativas (Granda, 2004). También coincidimos con Ferrajoli en que este derecho se debe garantizar a todos los seres humanos en cuanto dotados del estatus de personas, incorporándolo en las constituciones políticas de todas las naciones en una especie de cláusula de “eternidad” que no debería ser modificada por gobiernos posteriores —a no ser que sea para ampliar el propio derecho y profundizarlo, tal como señala la teoría del Constitucionalismo Rígido (Ferrajoli, 2010).

Para Ferrajoli, este constitucionalismo impacta en la calidad de vida de las personas, así como en la productividad y riqueza colectivas. Por esta razón, los

gastos que implica garantizar “eternamente” los derechos sociales no deben entenderse como un pasivo en las finanzas públicas, sino como una inversión pública socialmente muy productiva (Molina Hernández, 2020).

La justiciabilidad<sup>11</sup> del derecho a la salud requiere delimitar con precisión qué bien jurídico protege a los sujetos obligados y sus titulares, a fin de construir las leyes necesarias para garantizarlo, desarrollar las instituciones destinadas a tutelarlos, y crear medios de monitoreo permanente de su cumplimiento (López & López, 2019). En este sentido:

*...el Estado tiene la obligación de proveer una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud; es decir, las capacidades, y no limitarse tan sólo a la Protección de la Salud. Esto es lo que se convierte en el bien jurídico y el sujeto de derecho es el Estado (González, 2020).*

Queremos abrir un breve paréntesis para hacer un llamado a no confundir la **justiciabilidad** del derecho a la salud con su **judicialización**. La judicialización de la salud es un fenómeno que consiste en la resolución de las controversias generadas durante los procesos de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud directamente en los tribunales, con la participación de jueces especializados que escuchan a las partes como si se tratara de una oposición de intereses (Gastón Morales, 2009). Desde hace por lo menos cuatro décadas la mayor parte de los países ha experimentado un notable incremento —generalmente artificial— en el volumen de conflictos entre prestadores y usuarios de los servicios de salud que deben ser resueltos a través de la vía jurídica. La justiciabilidad del derecho a la salud, en cambio, implica la existencia de vías, instrumentos y condiciones jurídicas

---

<sup>11</sup> La exigibilidad jurídica o justiciabilidad implica la posibilidad de defensa —por la vía legal— de los derechos humanos ante instancias jurisdiccionales nacionales e internacionales y, por lo tanto, la creación de instrumentos de exigencia legal a partir de la inclusión de mecanismos de justiciabilidad directa en la normatividad ordinaria nacional y local. Adicionalmente, requiere la dotación de recursos físicos, financieros y profesionales adecuados, suficientes y oportunos, disponibles para la población general. Para que un derecho sea justiciable es necesario crear vías procesales dotadas de recursos físicos, jueces y sistemas jurisdiccionales que puedan saber de los casos, así como de medios para que los sujetos de derecho los puedan presentar.

que dotan a los titulares de tal derecho de la capacidad para reclamar al Estado su respeto, protección y satisfacción (López & López, 2019).

Se finaliza este apartado con una de las ideas de Miguel Carbonell, jurista mexicano cuyo trabajo se centra en la exigibilidad jurídica o justiciabilidad de los derechos humanos, y plantea que en la medida en la que éstos sean justiciables y se respeten, protejan y satisfagan entonces, se positivarán y se elevará la calidad de vida de las personas; en especial los derechos sociales pues, al garantizarse, cada persona contará con una esfera de protección que le permitirá tomar las mejores decisiones sobre el sentido y significado de su vida (Carbonell & Ferrer Mac-Gregor, 2014). Con ello se alcanzará la paz y la dignidad humana.

### ***Conocimientos y Actitudes***

En el lenguaje coloquial se recurre al término “actitud” para señalar que una persona puede tener pensamientos o sentimientos hacia objetos o personas que le agradan o le desagradan, le atraen o le repelen, le producen confianza o desconfianza. Las actitudes de las personas tienden a reflejarse en su forma de hablar, actuar y comportarse, así como en sus relaciones con los demás.

El estudio formal de las actitudes resulta muy relevante para la comprensión de la conducta social humana, las actitudes son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que las personas asimilan y relacionan la información que reciben del mundo en torno a dimensiones evaluativas, permiten conectar el contexto social en el que vivimos con la conducta individual o, dicho de otro modo, nuestras actitudes reflejan la interiorización de los valores, normas y preferencias que rigen en los grupos y organizaciones a los que pertenecemos. De hecho, distintos grupos sociales pueden ser distinguidos entre sí por las actitudes diferenciales. De una manera más concreta, al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con el que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad (Morales, 2007).

Las actitudes por lo general permanecen estables a lo largo del tiempo a menos que exista una razón para cambiarlas como serían cambios en conductas originados por

nuevas experiencias. Por su parte, estas características estables de la persona dan retroalimentación a las conductas, fortaleciendo la probabilidad de ir involucrándose en tener nuevas experiencias de vida. Al ir aumentando la agencia y las normas y actitudes personales, se va fortaleciendo la confianza para involucrarse en áreas que no le son hasta ese momento familiares al individuo. Es decir, la agencia y las normas y actitudes personales representan disposiciones o motivaciones para actuar y para involucrarse en nuevas conductas y a la vez son consecuencia de estas (Pick & Poortinga, 2005).

Gargallo López refiere que las actitudes tienen un carácter multidimensional que integra diversos componentes como son:

1. Cognitivo: las actitudes implican un conocimiento de la realidad, y por lo tanto se fundamentan en los conocimientos, las creencias y la valoración concreta, objeto de la actitud, que se hace de la misma. No se puede valorar sin conocer de una u otra forma, el objeto de la valoración.
2. Afectivo-evaluativo: muestra la dimensión del sentimiento de agrado o desagrado respecto a los objetos de las actitudes.
3. Conductual: hace referencia a la tendencia o disposición a actuar respecto a las personas, objetos o situaciones objeto de la actitud. Esta tendencia a actuar es una consecuencia de la conjunción de los dos componentes anteriores, y que junto con ellos configuran las actitudes (Gargallo López et al., 2007).

Las actitudes e ideologías entonces se asocian con el conocimiento socialmente compartido, sin embargo, no es finalidad de esta tesis describir los tipos de conocimiento ni las múltiples clasificaciones, por otra parte, al formar una categoría importante del objeto de estudio es importante mencionar algunas consideraciones conceptuales de lo que se interpreta en el análisis del discurso como: “conocimiento”.

Para la epistemología justificacionista el conocimiento equivale a conocimiento probado; en otras palabras, a una creencia justificada por criterios socialmente aceptados, los cuales definen las fuentes de validación (percepción, razonamiento

y discurso) que son confiables o suficientes para una comunidad epistémica dada (Van Dijk, 2016).

El conocimiento, entendido como certeza, implica definir y diferenciar un “saber” de un “conocimiento”. Los supuestos sobre el saber se refieren básicamente a la ciencia propuesta por el positivismo lógico, para cuyos representantes lo que debe guiar el método científico es el análisis lógico, formal, eliminando todo aquello que no es susceptible de ser tratado lógicamente y empíricamente. La diferencia entre “saber” y “conocimiento” radica en que la característica propia de este último es el lenguaje humano. El conocimiento entonces es definido como “un saber expresado en palabras” (Manrique Tisnés, 2008).

Cuando se emprende un trabajo de investigación cualitativa, como menciona Carolina Martínez Salgado, no podemos menos que acercarnos a las personas con quienes dialogamos, con la expectativa de que nos encontraremos ante la versión del otro surgida de sus propios marcos interpretativos, tradiciones y convicciones (Martínez Salgado, 2015).

## **Planteamiento del Problema**

Es importante realizar un mapeo en torno a la promulgación de la Ley de Salud de la Ciudad de México, en la que se redacta explícitamente por primera vez hacer efectivo el derecho a la salud y no solamente el derecho a la protección de la salud, entendiendo que se deben plantear acciones tanto para la satisfacción de la prestación de servicios de salud, así como la necesidad de hacer visible la importancia de los determinantes sociales. Dicho mapeo del Conocimiento y Actitudes que se tienen sobre este derecho dará un diagnóstico basal para identificar si los diferentes actores sociales clave en el arranque de esta etapa política conocen la diferencia entre derecho a la salud y derecho a la protección de la salud.

## ***Justificación del estudio***

El derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud no significan lo mismo. Por lo general, cuando se hace referencia al derecho a la protección de la salud existe un bien jurídico que **protege el acceso a los servicios de salud**, con la finalidad de que sean universales, efectivos, seguros, de calidad y aceptables (López y López, 2015). En el caso de México, este derecho se encuentra protegido por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Cabe resaltar que, cuando se hace referencia al “derecho a la salud,” generalmente no se sabe cuál es el bien jurídico que protege este derecho.

Identificar el nivel de conocimiento y la actitud sobre el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud adquiere relevancia en la vida de la Ciudad de México, pues si no se conoce su significado y diferencias, las personas no pueden exigirlos y hacerlos valer, ya que no puede exigirse un derecho que no se conoce. Tampoco se puede solicitar una mejor atención por parte del personal de salud si no se tiene conocimiento de su naturaleza, y de las consecuencias de su falta de garantía. Esas consecuencias no se limitan a la falta de acceso a la atención y la presencia de daños a la salud, pues pueden incluir el incremento de gastos catastróficos, la experiencia de discriminación y la estigmatización oculta o explícita. La atención de salud universal, integral, oportuna, gratuita y segura no es caridad, es un derecho que debe ser garantizado. El tema tiene una gran relevancia en el diseño y la operación de las políticas públicas, pero también en muchos otros espacios.

Es importante saber cuánto se conoce y cómo se concibe el derecho a la salud debido a que —por lo menos en México— este derecho está ligado exclusivamente a la prestación de servicios de salud, percibido muchas veces como un favor otorgado por el Estado o incluso por los prestadores de los servicios.

Cabe mencionar que en la recopilación y revisión bibliográfica no se encontraron investigaciones relacionadas con conocimientos y actitudes sobre la visión amplia del derecho a la salud en el país ni en la Ciudad de México.

## **Objetivo general**

Analizar el nivel de conocimientos y actitudes sobre el derecho a la salud que tienen los diferentes actores sociales responsables de diseñar, operar y evaluar las políticas y programas de salud de la Ciudad de México, en el marco de la promulgación de la Ley de salud de la Ciudad de México.

## **Objetivos específicos**

- Describir las posturas de los informantes clave e identificar el grado de conocimiento suficiente e insuficiente, así como las actitudes favorables o desfavorables en torno al derecho a la salud en la ciudad de México.
- Organizar y analizar la relación o contradicción entre conocimientos y actitudes del derecho a la salud de los actores clave.

## **Pregunta de Investigación**

¿Qué nivel de conocimientos poseen y qué actitudes sostienen los diferentes actores sociales en la Ciudad de México con respecto al derecho a la salud?



## Metodología

Se realizó un estudio cualitativo para identificar cuáles son los conocimientos y actitudes de los diferentes actores sociales respecto al derecho a la salud en la Ciudad de México.

La búsqueda del conocimiento a través de la investigación cualitativa se centró en estudiar los fenómenos en su contexto, desde la vivencia, sentido o interpretación de la persona y las complejidades de los fenómenos que percibe (Noreña et al., 2022). En la investigación cualitativa se exhibe una conversación con el sujeto de estudio, lo cual se ajusta a las características de lo que se pretende estudiar y responde al qué, por qué o cómo ocurren determinados sucesos (Troncoso, C. & Amaya, A. 2016). La entrevista, una de las herramientas para la recolección de datos más utilizadas en la investigación cualitativa, permite la obtención de datos o información del sujeto de estudio mediante la interacción oral con el investigador (Vargas, 2012).

En el presente estudio se describe a la actitud como una propensión aprendida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a un objeto, persona, grupo, suceso o situación, desde las creencias disponibles en torno a los mismos, y que nos lleva a actuar, de manera favorable o desfavorable hacia ese objeto, persona, grupo, suceso o situación.

La delimitación del estudio incluyó los años 2022 y 2023 y algunos de los actores sociales más importantes involucrados en el respeto, protección y satisfacción del derecho humano a la salud en la Ciudad de México.

En este trabajo se realizaron entrevistas semiestructuradas debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz Bravo et al., 2013). Las preguntas de las entrevistas se acotaron con categorías y variables, lo cual permitió realizar una guía de entrevista que se aplicó previamente con entrevistas piloto. (véase guía de entrevista en anexos).

## ***Sujetos de estudio***

Los actores sociales son esenciales para el análisis de políticas públicas ya que representan y expresan los distintos intereses presentes en un espacio específico de lucha de poder. Manuel Garretón señala que los actores sociales apelan a la conservación o el cambio social, y se ubican en lo que él denomina “matriz constitutiva de actores sociales”, específica para cada sociedad, Estado y sociedad civil (Garretón 1985, citado en Tetelboin, 1992).

En esta investigación se consideró como sujetos de estudio a los actores sociales que operan como **tomadores de decisiones y diseñadores de programas en materia de salud en la Ciudad de México**. De acuerdo con el siguiente listado, las entrevistas se realizaron a:

- Cinco legisladores y legisladoras representantes de la Comisión de Salud de la segunda legislatura del Congreso de la Ciudad de México (CCM)<sup>12</sup> de diferentes grupos parlamentarios.
- La persona titular de la Subsecretaría de Prestación de Servicios Médicos e Insumos.
- La persona titular de la Dirección General de Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.
- Cinco directores y directoras Jurisdiccionales de las alcaldías de la Ciudad de México de la Secretaría de Salud.
- Dos directoras de hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

La Comisión de Salud del Congreso de la Ciudad de México se conforma de nueve integrantes, sin embargo, cuatro forman parte de la misma fracción parlamentaria, por lo que se decidió seleccionar a un integrante de cada fracción política con la

---

<sup>12</sup> Con la Promulgación y Publicación de la Constitución Política de la Ciudad de México, el 5 de febrero del 2017 posteriormente concluyó la Asamblea Legislativa del Distrito Federal para dar paso al Congreso de la Ciudad de México que se Instaló, tomando protesta las diputadas y los diputados de la I Legislatura el 17 de septiembre del 2018. La segunda legislatura del Congreso de la Ciudad de México inicia en el año 2021 y concluirá en 2024. <https://www.congresocdmx.gob.mx/historia-101-1.html>

finalidad de tener una mayor perspectiva desde los diferentes puntos de vista (véase cuadro 1).

**Cuadro 1. Tomadores de decisiones en políticas de salud**

<b>CUADRO 1. LEGISLADORES DE LA COMISIÓN DE SALUD DEL CCM (TOMADORES DE DECISIONES)</b>		
<b>LEGISLADOR (A)</b>	<b>GRUPO PARLAMENTARIO</b>	<b>NOMENCLATURA DE ENTREVISTA</b>
Martha Soledad Ávila Ventura	Movimiento de Regeneración Nacional	CCM-MORENA
Ricardo Rubio Torres	Partido Acción Nacional	CCM-PAN
Polimnia Romana Sierra Bárcena	Partido de la Revolución Democrática	CCM-PRD
Circe Camacho Bastida	Partido del Trabajo	CCM-PT
Ernesto Alarcón Jiménez	Partido Revolucionario Institucional	CCM-PRI

En el caso de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) se decidió entrevistar a dos altos funcionarios y dos directoras de hospitales, y de las dieciséis Jurisdicciones Sanitarias de las Alcaldías de la Ciudad de México fueron incluidos cinco direcciones jurisdiccionales según su zona geográfica: sur (Milpa Alta), poniente (Cuajimalpa), oriente (Iztapalapa) y centro (Cuauhtémoc y Benito Juárez) (véase cuadro 2 al 4 respectivamente).

**Cuadro 2. Diseñadores de Programas de la Secretaría de Salud**

<b>CUADRO 3. DIRECTORAS DE HOSPITALES DE LA SEDESA</b>		
<b>FUNCIONARIO</b>	<b>CARGO</b>	<b>NOMENCLATURA DE ENTREVISTA</b>
Ricardo Arturo Barreiro Perera	Subsecretario de Prestación de Servicios Médicos e Insumos	SEDESA-SS
Jorge Alfredo Ochoa Moreno	Director General de Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México (Organismo Público Descentralizado)	SEDESA-DOPD

**Cuadro 3. Directoras de Hospitales de la Secretaría de Salud**

CUADRO 3. DIRECTORAS DE HOSPITALES DE LA SEDESA		
DIRECTORA	ADSCRIPCIÓN	NOMENCLATURA DE ENTREVISTA
Miriam Trinidad Macías Heredia	Hospital Pediátrico de Azcapotzalco	DH-HPA
María de Jesús Herver Cabrera	Hospital General Rubén Leñero de Miguel Hidalgo	DH-HRL

**Cuadro 4. Direcciones Jurisdiccionales de la Secretaría de Salud**

CUADRO 4. DIRECCIONES JURISDICCIONALES DE LA SEDESA		
DIRECTOR (A)	CARGO	NOMENCLATURA DE ENTREVISTA
Mónica Ramírez Vargas	Directora de la Jurisdicción Sanitaria de Benito Juárez (Zona Centro)	JS-BJ
Ricardo Fascinetto Constantini	Director de Jurisdicción Sanitaria de Milpa Alta (Zona Sur)	JS-MA
Francisco Serna Alvarado	Director de Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa (Zona Oriente)	JS-IZT
Guadalupe Sarahí Urbina Granados	Directora de Jurisdicción Sanitaria de Cuajimalpa (Zona Poniente)	JS-CU
Sandrin Rivera Hernández	Directora de Jurisdicción Sanitaria de Cuauhtémoc (Zona Centro)	JS-CT

Se realizó la transcripción completa de las entrevistas y se obtuvieron las *nubes de conceptos* principales, así como *redes* con los principales códigos y categorías en el Software ATLAS. ti 2023.

Se elaboraron: a) una tabla tetracórica como instrumento de organización de información (véase esquema 1), y b) tablas derivadas (una por categoría) para el análisis del contenido semántico de cada una de las entrevistas, utilizando las macrorreglas textuales descritas por Teun A. Van Dijk.

Estas reglas son, a saber:

- 1.- Omisión de información que no es relevante para el objeto de estudio.
- 2.- Selección de información relevante.
- 3.- Generalización, extrayendo lo que es común entre el discurso de los informantes.
- 4.- Construcción de categorías a fin de obtener la información clave sobre los conocimientos y actitudes. (Van Dijk, 2016).

**Esquema 1. Tabla de organización de resultados en materia de conocimientos y actitudes sobre el Derecho a la Salud en la Ciudad de México**

		CONOCIMIENTOS	
		SUFICIENTES (S)	INSUFICIENTES (I)
ACTITUDES	FAVORABLES (F)	SF	IF
	DESFAVORABLES (D)	SD	ID

### ***Cronograma y recorrido metodológico***

En el primer año de la Maestría en Medicina Social se llevó a cabo la recopilación bibliográfica para la elaboración del protocolo.

En el segundo año de la maestría se realizaron las entrevistas, se procedió al análisis de la información y se elaboró el informe (véase figura 3).



Figura 3. Recorrido metodológico. Elaboración propia.

## Aspectos éticos

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los *Criterios para la Ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos*, la presente investigación se ha diseñado de manera que durante su ejecución se garantice la dignidad de las personas que participen en ella.<sup>13</sup>

Como se ha señalado, la investigación se realizó en las 16 Demarcaciones Territoriales de la Ciudad de México, y se llevó a cabo realizando entrevistas semiestructuradas a una muestra de los actores sociales que participan en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas, programas y acciones de salud dirigidas a la población sin seguridad social residente en la Ciudad de México.

Debido a que durante la investigación no se tomaron muestras biológicas, ni se realizaron procedimientos diagnósticos o terapéuticos de ningún tipo, de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud según el apartado I, se trata de una investigación sin riesgo<sup>14</sup>. Para cumplir con los criterios establecidos por el reglamento señalado —y a pesar de que los temas de los que tratan las entrevistas no abordan aspectos sensibles o relacionados con la vida personal o íntima de las y los entrevistados— invariablemente las entrevistas fueron precedidas por una solicitud verbal y escrita así como firma de consentimiento informado cuya aprobación fue otorgada por el propio sujeto entrevistado (ver en anexos el ejemplo de acuse de solicitud de entrevista y el formato de carta de consentimiento informado). Durante esta solicitud las investigadoras aseguraron a las y los informantes su participación anónima y la

---

<sup>13</sup> [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0) (consultada el 8 de diciembre de 2022).

<sup>14</sup> Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta; disponible en: [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)

confidencialidad de la información obtenida (si así lo preferían), y la garantía de que la información proporcionada será utilizada para fines académicos.

En todos los casos las investigadoras solicitaron al informante autorización para grabar audiovisualmente la entrevista y utilizar su nombre y cargo público que ocupan en los informes parciales y finales de investigación. De las 14 entrevistas, sólo se negó la grabación en la Jurisdicción Sanitaria de Milpa Alta, no obstante, el informante autorizó tomar nota para incluir su cargo, nombre completo, así como sus respuestas para esta actividad académica.

### **Limitaciones del estudio**

Las investigadoras de este trabajo reconocen la importancia que tiene conocer la postura de la titular de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, la Dra. Oliva López Arellano; sin embargo, consideramos inconveniente entrevistarla debido a que participa en esta investigación como directora del proyecto. Sus posiciones están citadas en el marco teórico, pero no forman parte de los hallazgos de investigación.<sup>15</sup>

Inicialmente, este trabajo de investigación se planteó como una investigación mixta —que incluía abordajes cualitativo y cuantitativo—, no obstante, por razones ajenas a la voluntad de las autoras en este momento se presenta solamente la parte cualitativa.

---

<sup>15</sup> La postura de la titular de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México se puede conocer a detalle en la siguiente liga: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39646.pdf>



## Resultados

Del total de informantes clave (14), ocho fueron mujeres y seis fueron hombres. Nueve estudiaron medicina. Ninguno de los legisladores entrevistados estudió medicina. Sus licenciaturas fueron: psicología (PT), derecho (PAN), pedagogía (MORENA), veterinaria (PRD) y contaduría (PRI).

Se observaron posturas con conocimientos suficientes e insuficientes y actitudes favorables y desfavorables hacia el derecho a la salud. Los encuentros se organizaron de acuerdo a la tabla tetracórica mencionada previamente, en 4 subgrupos:

**SF:** Con conocimientos suficientes y actitudes favorables

**SD:** Con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables

**IF:** Con conocimientos insuficientes y actitudes favorables

**ID:** Con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables

### **Se consideraron las siguientes categorías:**

1. Concepto de Derecho a la Salud (DS) descrito en la Observación General 14
2. Marco Jurídico del DS en México
3. Sujetos de derecho del DS
4. Ratificación del PF-PIDESC por México
5. Justiciabilidad del DS

Se elaboró una tabla organizativa para cada categoría, en la que se marcó de mayor a menor intensidad de color cada subgrupo de acuerdo a la cantidad de citas encontradas en el análisis del contenido (en el caso en donde no se encontraron testimonios se dejó la casilla en blanco) recalcamos que es sólo a manera de ilustración y como forma de organizar el pensamiento antes de iniciar la discusión y análisis.

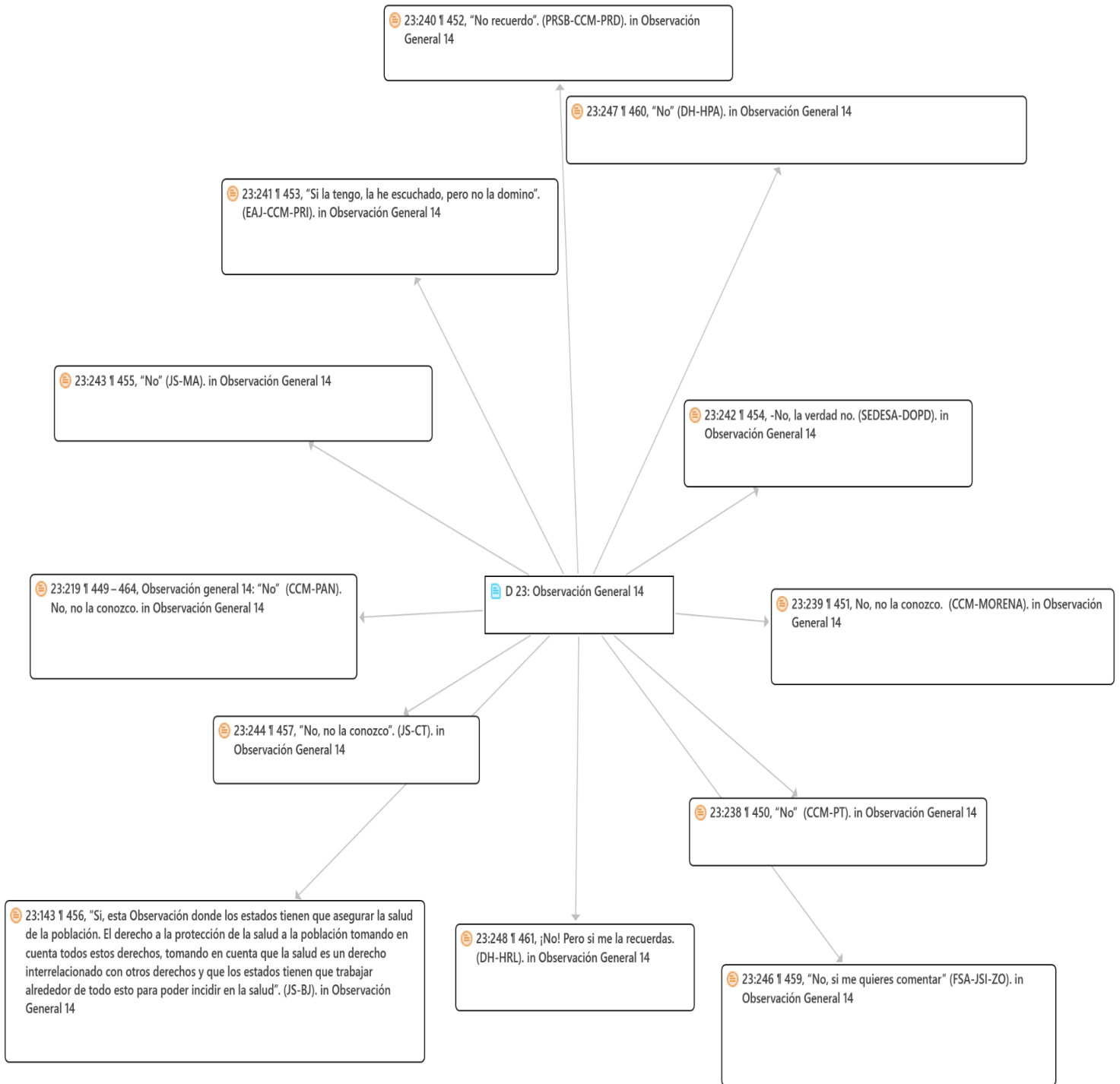
## 1. Concepto del DS descrito en la Observación General 14

Al preguntar directamente a los informantes sobre si conocen o tienen alguna información sobre la Observación general 14, la mayoría menciona que no conoce esta Observación, pero muestran actitud favorable hacia el concepto amplio del derecho a la salud, hay pocos informantes que tienen conocimientos suficientes y actitud favorable, en menor medida se encuentran los entrevistados que tienen conocimientos insuficientes y actitud desfavorable, y son minoría el subgrupo de conocimientos suficientes y actitud desfavorable.

**Tabla de organización. Relación Conocimientos y Actitudes sobre el Concepto de DS de la OG-14**

Concepto de Derecho a la Salud	
SF	IF
SD	ID

En la figura 4 se aprecia la red semántica obtenida en el software de ATLAS.ti 2023 con esta categoría, sin embargo se decidió sólo presentar la red a modo de ejemplo y ya que se obtuvieron respuestas cortas afirmando o negando el conocimiento de la observación general 14, por el contrario, se decidió no presentar la red en las demás categorías por obtener respuestas más extensas, y resultaría difícil su lectura física por lo que se optó por presentar las citas en prosa.



**Figura 4.** Ejemplo de red semántica en ATLAS.ti 2023 de citas relacionadas con el conocimiento del concepto del DS descrito en la Observación General 14.

Es importante mencionar que no se pregunta de forma directa si creen que la salud es un derecho ante la probable obvia afirmación, sin embargo, en sus respuestas a otras preguntas todos los informantes nos transmiten que reconocen la salud como un derecho humano fundamental.

Una de las preguntas gatillo para identificar cuánto se conoce sobre la visión amplia del derecho a la salud es cuando se pregunta sobre si se garantiza este derecho en la Ciudad de México. Si bien hay actores que identifican la perspectiva amplia del derecho a la salud, la mayoría de informantes clave interpreta el derecho a la salud como sinónimo del derecho a la protección de la salud.

Para identificar sus actitudes, al explicar el concepto del derecho a la salud, como lo describe la Observación General 14, así como la diferencia y relación con el derecho a la protección de la salud a los informantes se les preguntó lo siguiente: ¿Usted cree que se pueda lograr un derecho a la salud con esta visión amplia o cree que es muy utópico lo que declara esta Observación?

**a) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes favorables, concepto de DS de la OG-14 (SF)**

*El derecho a la salud tiene que ver con otros factores que determinan el estado de salud de una persona, que son los determinantes sociales de la salud, para que yo pueda ejercer o cualquier persona pueda ejercer el derecho a la salud tienen que asegurarse otros elementos que están fuera del sector salud como tal; como puede ser: una alimentación adecuada, el acceso a agua potable, el que también tenga yo derecho a la educación. El derecho de la salud es algo más complejo, el derecho a la salud no es únicamente asegurar el acceso, que sí es muy importante y que el acceso además, digamos en todos sus niveles que tiene que ver con; acceso geográfico, con el acceso económico, el acceso cultural de los servicios, la calidad que se debe prestar en el servicio, no sólo la calidad que es técnica, sino la calidad interpersonal de trato digno al paciente todo eso; sí es parte del derecho a la salud, pero hay otras cuestiones alrededor que se dejan de lado para que realmente se pueda ejercer el derecho a la salud (JS-BJ).*

*Yo creo que el problema es cómo definimos la salud, cómo entendemos el concepto de la salud porque a partir de eso es cómo podemos evaluar qué tan cerca o qué tan lejos estamos y yo creo que hay un error, hay un error conceptual, yo lo he dicho hasta el cansancio en confundir lo que es la atención de la enfermedad que es en este sentido lo que hacemos en las instituciones públicas y lo que es el concepto de la salud como un concepto mucho más complejo, mucho más integral como eso que definimos como una meta-cualidad que nos permite garantizar una vida plena y esto tiene que ver en buena medida porque ha habido intereses políticos, no de ahora, sino de hace muchísimos años en que esta conceptualización de la salud no avance (SEDESA-SS).*

*El concepto de salud es una expresión de cómo vivo, cómo me vinculo a la actividad laboral, es decir, no es lo mismo ser obrero que ser funcionario o ser banquero y cómo eso en la reproducción social determina los bienes y servicios a los que puedo tener acceso (SEDESA-SS).*

*Cada jurisdicción tiene sus características bien particulares, de acuerdo con los perfiles que tiene Cuauhtémoc, pues nuestra forma de garantizar la salud tiene sus bemoles, o sea, ¿qué es salud? En cuanto a acceso a servicios a prestación de servicios como consultas, detecciones las damos y es gratuito, hay cero rechazo y es una atención gratuita. Tenemos ferias, jornadas, miércoles de la salud, distintas intervenciones que ha estado diseñando la ciudad para que nosotros nos acerquemos cada vez más a la población (JS-CT).*

*Yo creo que no es imposible porque no podemos decir imposible, digamos: poco probable, es posible, pero poco probable por no decir imposible, pero sí, la salud tiene que ver con muchos otros temas que tienen que ver con el bienestar. Es complicado que tú me digas que me vas a garantizar la salud... el derecho a la salud, si no me estás garantizando el derecho a una vivienda digna; por ejemplo, sin una vivienda digna es complicado que tengas salud o el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, no me puedes decir que me garantizas el derecho a la salud si vivo violentada, vivo golpeada, violada, encerrada o en una situación de trata, de secuestro, de explotación (CCM-PRD).*

*Es un problema que tiene que resolver muchos temas estructurales donde la gente tenga recursos para sobrevivir, para vivir bien, para tener estilos de vida saludables. Si hay una mala distribución de la riqueza, pues obviamente le pega los vaivenes de la economía, la inflación y todo... pues lo vemos. En la pandemia los más perjudicados fueron la gente más pobre. Entonces, ¿cómo vamos a resolver si una persona se enferma? Pues sí, a lo mejor*

hacemos una intervención y resolvemos una cosa inmediata, pero no podemos resolver muchísimas cosas que se tienen que resolver si no hay un gobierno que está teniendo una visión social que considere fomentar el empleo, la inversión (JS-IZT).

**b) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables, concepto de DS de la OG-14 (SD)**

Bueno, eso es individual, si tú me dices que el garantizar el derecho a la salud tiene que estar con otras garantías no tendría que ser así. El derecho a la salud te repito es universal y es individual, o sea, tú vives aquí, aquí creces, te desarrollas, laboras y yo te atiendo a ti como persona, en base de atenderte como persona te atiendo como comunidad. Pero nosotros como sector salud no te puedo garantizar la seguridad pública, eso no me corresponde, más es un derecho de la gente, eso es un derecho, pero yo no puedo incidir en ellos como salud, yo puedo incidir en la población para que modifique sus determinantes sociales, pero no puedo yo incidir en ellas, por eso es que te digo que esto es individual y la salud no es nada más que le garantices los determinantes, es que tengas bienestar en todos los ámbitos, lo que hace falta es que cada quien haga lo que le corresponde. Seguridad a seguridad, educación a educación, salud a salud. Si a salud le correspondería enfocarse a todo eso, pues no podríamos. Nosotros hacemos actividades en escuelas, hacemos actividades en comunidad en el centro de salud etc. Incidimos, pero no es el que nosotros tengamos como salud que debemos de cambiar todos esos determinantes sociales. A quien le toca ver los tratados internacionales que lo haga. Dale a Dios lo que es de Dios y al César lo que es del César (JS-MA).

**c) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes favorables, concepto de DS de la OG-14 (IF)**

Se intenta, y creo que es el esfuerzo más loable en todo el país, no siempre puedes cubrir todo, absolutamente todo, no puedes dar una atención tan ágil cómo pretendes, tan sólo los médicos atienden a demasiadas personas al día, pero creo que aún así sigue siendo de muy buena calidad la atención que se da en la ciudad de México (CCM-PT).

No, no es utópico, el tema es que los proyectos se desarrollan a largo plazo, o sea, tú no puedes exigir que haya una visión integral de la salud cuando durante 30 años o más de 30 años tuviste un sistema que priorizó la mano de obra pese a las condiciones deplorables por encima de la gente entonces, una vez que se inicia un proyecto con una perspectiva política distinta ¡sí, claro! Tiene cambios, pero no en lo mediano, la mayoría no en lo mediano porque ya hay consecuencias que vienes arrastrando de décadas atrás entonces, esto se va a poder consolidar conforme se avance, conforme se profundice, conforme se siga teniendo la perspectiva del ser humano, no por encima del capital, pero sí no es así, no va a haber forma (CCM-PT).

Creo que la Dra. Oliva y la Dra. Claudia y nosotros también a través del presupuesto que aprobamos en el congreso pues le estamos apostando a que en algunos años más estemos plenamente con la mayoría que tiene acceso a la salud en nuestro país y en nuestra ciudad de México (CCM-MORENA).

[...] protección se entiende como de proteger a alguien y creo que el derecho a la salud tiene otra forma más amplia, o sea, para mí no es lo mismo y creo que en el asunto del gobierno, de este gobierno que plantea la Dra. De innovación y de derechos, pues tiene que ver con que la gente tenga el derecho a la salud y no nada más una protección, sino es como hoy que estamos elevando a rango constitucional la beca para empezar, que se eleve a rango constitucional ¿no? [...] y que se convierta en un derecho, entonces creo que eso es lo que nosotros empujamos en estos gobiernos de la cuarta transformación y hoy que lo dices, yo no lo sabía, pero, pues creo que es importante esto de que... la importancia que tiene el derecho a la salud ¿no? (CCM-MORENA).

Es una pregunta que no te puedo responder con un sí o un no, porque justo no es como las matemáticas... Yo estudié veterinaria entonces, también por eso, a mí se me hace mucho más fácil entender todos los temas de salud y, pues trato de explicarle a los compañeros diputados que no tienen ningún estudio en ciencias biológicas por ejemplo, pero el derecho a la salud en esta ciudad, no te puedo decir que no se garantiza, tiene muchas áreas de oportunidad. Se garantiza mucho más que en otros estados de la república, por ejemplo, los índices de muerte perinatal o muerte gestacional en la Ciudad de México son muy elevados, pero porque aquí tenemos a los hospitales más grandes del país y con especialidad, o sea, tenemos Siglo XXI, tenemos 20 de Noviembre, tenemos Perinatología, Nutrición, Cancerología, bueno, entonces, claro que todos esos números de fallecimientos nos cuentan como Ciudad de México, aunque su origen estuvo en otros estados (CCM-PRD).

Es de las entidades en donde más se garantiza el servicio a la salud porque son muchos años en que en la Ciudad de México se estableció la gratuidad de los servicios que es algo fundamental. La salud es un derecho, no es una mercancía, entonces, no hay que cobrar. Está establecido como derecho desde 1983 para acá y la Ciudad de México, pues ha sido vanguardia en cuanto a garantizar que la atención sea gratuita y que además tenga una cobertura amplia, que sea accesible, que los servicios estén disponibles etc. Entonces creo que la Ciudad de México es una de las entidades donde más avances hay en cuanto a la garantía del derecho a la salud (SEDESA-DOPD).

Yo sin conocer esa Observación 14 pero, pues es lo que he estado manifestando, que para poder tener un mayor acceso a la salud o una garantía de derecho pleno a la salud, pues es necesario impulsar los otros derechos para que se garanticen, de eso estoy convencido de que se necesita tener un buen nivel de vida para tener un buen nivel de salud. Se necesita tener acceso a determinantes sociales de la salud (SEDESA-DOPD).

Pues muchos retos, yo creo que es un poco complejo. Del interior del hospital; recurso humano, procesos, insumos y equipo biomédico y de alta tecnología. Garantizar que contemos con todo eso para que podamos brindar atención de calidad a nuestros usuarios (DH-HPA).

Yo creo que, lo podemos lograr, depende mucho también de la voluntad política y ahorita hay mucha voluntad política y como efectivamente lo decimos; “no nada más es estar sano físicamente, libre de patologías”. Yo creo que también algo que se nos está olvidando mucho, es la salud mental, debemos de reforzar y el Hospital Pediátrico Azcapotzalco también tiene psicólogos, muy buenos psicólogos, entonces, es como una parte en donde integramos, hacemos como un todo para ese pacientito, si el paciente viene porque está obeso pasa a endocrino, pero también lo ve pediatría y tengo nutrición y pasa a nutrición para que le den atención, pero también va a psicología para ver qué está pasando. (DH-HPA).

“Yo creo que ha habido muchas mejoras, partimos de que hay un programa o había un programa que se llamaba, de Atención médica y medicamentos gratuitos y entonces, toda la población de la Ciudad de México tiene derecho a la salud de manera gratuita”. Yo creo que no es una utopía porque partimos de que, si no tenemos adecuados servicios, pues obviamente no vamos a tener salud (DH-HRL).



**d) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables, concepto de DS de la OG-14 (ID)**

*Hay rezago, hay falta de condiciones, usted lo podrá haber visto sin tener que haber estado en el Congreso, cómo se batalla en el Sistema de Salud, eso deriva desde una dirección de carácter federal, donde hubo muchas divergencias por ejemplo, para el abasto de medicamentos que es una condición federal, pero repercute en la Ciudad de México porque si bien es cierto que hay un grado de independencia, hay un órgano rector a nivel federal que determina las circunstancias de cómo se hace esto y bueno, al haber rezago en el abasto de medicamento obviamente hay crisis en el sistema de salud mexicano a nivel federal y a nivel Ciudad de México (CCM-PRI).*

*El derecho a la salud es constitucional todo mundo lo tiene, la diferencia es las instituciones que otorgan los servicios, si no los hay ¿quién los atiende? Eso es un reto para nosotros porque tenemos que atender a la población abierta y a la población derechohabiente (JS-MA).*

*Es un tema complejo, como sabes desde nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4° establece... consagra este derecho, el derecho a la salud... quiero decirte que el derecho a la salud puede verse mermado o menoscabo en el momento en el que se le niega a alguien la atención médica o una aspirina, o sea, desde el momento en que a alguien se le niega la atención médica o un medicamento, este derecho se ve violado, se ve vulnerado. A mí me parece que en la Ciudad de México todavía hay grandes pendientes sobre esta materia... desde la bancada de Acción Nacional, la visión que tiene el PAN... estamos en contra de las prácticas que terminen con la vida, la eutanasia, el aborto, todas estas prácticas que vayan en contra de la vida del ser humano, nosotros no las podemos acompañar porque creemos que violan la dignidad de la persona humana, que atentan contra el normal desarrollo de la sociedad y porque son prácticas “exterministas”.*

*Desgraciadamente si uno se quiere atender en un Instituto Nacional, pues es muy caro, te cobran como si estuvieras, pues ahora sí, como si estuvieras yéndote al Ángeles o a Médica Sur, y la verdad es que eso está mal, debe de haber... hay un tabulador en dónde a la gente la clasifican, pero a mí me parece que ese tabulador no atiende una realidad social del desempleo, del problema del ingreso, del problema de la inflación de los precios, yo entiendo que las cosas y los insumos cuestan, pero somos ciento treinta millones de mexicanos,*

nueve millones nada más en la zona conurbada, creo que pagamos lo suficiente, para que el servicio de salud fuera, además, no solamente gratuito, sino de excelencia. Yo soy un filósofo pensador de que como en Estados Unidos debiera de ser, las instituciones privadas las que atiendan a la gente, el tener tu número de seguridad social. ¡Te enfermas!; ¿Te sientes mal? Vas a la clínica que te quede más cercana de tu casa privada, que te atiendan y que sea el gobierno el que se haga responsable. Si pudiéramos avanzar hacia eso, no habría hacinamiento, no habría esto de que te dan las citas a los seis meses. ¿Cuánta gente con cáncer muere porque le detectan un cáncer muy agresivo, pero le dan cita en cuatro meses? (CCM-PAN)

## 2. Marco jurídico del DS en México

En esta categoría se realizaron preguntas específicas en torno a si los informantes conocían el marco jurídico en el que se encuentra reconocido el derecho a la salud, en concreto se indaga sobre la DDHH y sus instrumentos jurídicos adyacentes internacionales como el PIDESC y su protocolo facultativo, así mismo nuevamente sobre el conocimiento de la Observación General 14. En cuanto a los instrumentos jurídicos nacionales, la Constitución Política Federal, la Constitución de la Ciudad de México, así como la Ley de Salud de la Ciudad de México.

**Tabla de organización. Relación Conocimientos y Actitudes sobre el Marco Jurídico del DS**

Marco Jurídico del DS	
SF	IF
SD	ID

La mayoría de los informantes refirió conocer que existen leyes o normas nacionales e internacionales que amparan el derecho a la salud, sin embargo, no tienen certeza del apartado específico en el que se encuentra en cada marco legal. Algunos de los informantes como se puede ver en las citas de categoría de concepto de derecho a la salud, incluso mencionan que el derecho a la salud se encuentra en el 4to constitucional. Posterior a comentar la visión amplia del derecho a la salud, se

pregunta a los informantes si el cambio en la Ley de Salud de la CDMX constituye un cambio significativo (decir explícitamente derecho a la salud y no derecho a la protección de la salud) y si se debe realizar el cambio también en la constitución política federal.

**a) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes favorables, marco jurídico (SF)**

*Es que esa redacción es justamente bien tramposa en el cuarto, o sea, no es el derecho a la salud, es la protección a la salud entonces, eso es otra cosa. La Protección a la Salud, así está en la Constitución artículo cuarto. Y el reconocimiento a la diversidad está en el artículo 2 y está el 189 algo así de la OIT en donde tenemos que dar atención a población indígena y el marco legal. Está la Ley General de Salud y está incluso en Derechos Humanos, están igual contemplados que tenemos el acceso a la salud y cómo se exigen los derechos tanto del paciente como del personal médico. El marco legal existe, la forma existe y yo creo que se tiene que seguir fortaleciendo (JS-CT).*

*Una de las características que tiene la Constitución de la Ciudad de México y que es yo creo una de las constituciones más audaces en el país, es que está sustentada en los Derechos Humanos, cada una de las acciones que define la Constitución está sustentada en Derechos Humanos (SEDESA-SS).*

**b) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables, marco jurídico (SD)**

*Yo te soy sincero, la verdad es que no, yo veo que es una ley que sirve para que los legos del derecho puedan hacer valer ante los tribunales algunos derechos que ya están consagrados, que sí son innovadores, pero que no se cumplimentan porque la autoridad se resiste a hacerlo, pero no veo que sea una ley como que primero esté socializado y que todo el mundo la conozca, dos, no veo que alguien esté diciendo: "mira es que en la ley de salud de la Ciudad de México se establece el derecho por ejemplo, de la diversión". O sea, no lo veo. El derecho a la interrupción legal del embarazo está reiterado como un derecho, pues sí, pero es como etéreo ¿sabes? Hay una estadística que dice que de otros estados vienen más aquí a abortar que la propia gente de la Ciudad de México, o sea, la gente de la Ciudad de México, hagan de cuenta que es el 15% y el otro porcentaje que llega del 100% del total,*

*hagan de cuenta creo que van como recuerdo yo haber leído una estadística que iban cerca de cinco mil abortos desde 2008 a la fecha, y de esos el 70, 80% eran de personas de otros estados que venían aquí, pero no eran de gente de aquí entonces, dices ¡bueno!; ¿qué tanto estás legislando para la ciudadanía? (CCM-PAN).*

**c) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes favorables, marco jurídico (IF)**

*Es conveniente considerar cómo está organizada la atención médica, la prestación de los servicios, el marco de la Ley General de Salud, recordar que el derecho a la salud está considerado en la Constitución en el artículo 4° Constitucional (JS-IZT).*

**d) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables, marco jurídico (ID)**

*La Constitución es un conjunto de principios y de meta principios filosóficos que encuentran su materialización en las normas, entonces, las normas deben de hablar de cosas muy específicas, si en la Ley de Salud regresas a lo que dice en la Constitución, pues sigues en la parte dogmática, sigues sin materializar este derecho, entonces en la Ley de Salud sí debe de hablarse de la protección a la salud en materia de; cataratas, respecto de diabetes, hipertensión, enfermedades crónico degenerativas, si tiene que ser muy específica, para eso son las leyes y los reglamentos para darle especificidad a lo que los meta principios generales establecidos en convenios, Constitución establecen ¿Sí me explico? Debe de establecer... por eso a mí me parece que es un retroceso lo que usted dice, deberíamos ser muy específicos en la ley (CCM-PAN).*

### **3. Sujetos de derecho del DS**

La mayoría coincide en que el derecho a la salud se debe garantizar a todas las personas independientemente de su ciudadanía, cabe resaltar que la mayoría hacía referencia al derecho a la protección de la salud, aunque posterior a explicar lo amplio del derecho a la salud también mencionaron que todas las personas son sujetos de derecho y mostraron actitud favorable. Como puede apreciarse en la

tabla de organización, no hubo subgrupo con conocimientos insuficientes y actitud desfavorable.

**Tabla de organización. Relación Conocimientos y Actitudes de Sujetos de Derecho del DS**

Sujetos de Derecho del DS	
SF	IF
SD	ID

**a) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes favorables, sujetos de derecho (SF)**

*A los que pisen el territorio de la Ciudad de México se les debe de garantizar el derecho, ya sean de la ciudad, sean capitalinos, sean de otros estados o sean extranjeros, simplemente por el hecho de pisar territorio de la Ciudad de México se les debe garantizar el derecho a la salud. Lo mismo es para el territorio, el derecho a la salud es en todo el país y siempre hemos peleado por eso y manifestado que migrantes extranjeros, en el momento que entran por Guatemala etc. En ese momento adquieren el derecho a la salud (SEDESA-DOPD).*

*La Constitución Política Nacional dice que todo ciudadano tiene derecho a tener un sistema de salud, no importa que sea foráneo o sea transitorio en algún momento. La parte que a nosotros nos ocupa está en la Constitución de la Ciudad de México que es la parte que nos estaría de alguna manera ocupando para poder atender. Sin embargo, cualquier persona que transite o que esté en la ciudad es mexicano y por lo tanto debe tener atención en el sistema de salud, no importa que venga de cualquier parte del exterior de país, la Constitución le garantiza el derecho (CCM-PRI).*

*El Gobierno de la Ciudad de México encabezado por la doctora Claudia Sheinbaum intenta garantizar el servicio a toda persona que transita por la Ciudad de México, es decir, no solamente estamos enfocados en las personas que viven en la Ciudad de México, mucha gente viene de otros estados a atenderse y los atendemos les damos los servicios médicos gratuitos también. Sabemos, por ejemplo, que los grupos migratorios que vienen desde el*

sur del país ahora, por ejemplo, ecuatorianos y venezolanos que han sido el enfoque, pero hemos tenido diferentes oleadas. La responsabilidad del Gobierno de la Ciudad es garantizarles también a esos grupos la atención no solamente en términos de los servicios de atención médica, sino que las condiciones de vida durante el tiempo que estén aquí en la ciudad sean las más adecuadas posibles y desde luego, los servicios de atención médica gratuita. Ahí hemos resuelto problemas de embarazo, problemas de interrupción legal del embarazo, de enfermedad de diferentes tipos, en fin, está abierto a todo aquel que transita por la ciudad (SEDESA-SS).

Hay un principio de acuerdo con el derecho a la salud de toda la población y bueno, debe de haber cero rechazo, de hecho, así debe de ser entonces, la gente que requiere el servicio, pues se le debe de atender y en la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa, pues se le atiende a todos no importa que sean incluso de otro estado, pero bueno, los antecedentes también dicen que esto no siempre fue así, había unas cuotas que aunque eran simbólicas, estoy hablando de la administración antes del gobierno de Andrés Manuel López Obrador. A mí me tocó ser diputado por un distrito de aquí de Iztapalapa, el veintisiete local y me tocó ser presidente de la Comisión de Salud y justamente me tocó reformar la Ley de Salud de la Ciudad de México (JS-IZT).

Todos nuestros servicios son gratuitos y la atención se pretende que sea universal, no rechazamos a ningún paciente aun cuando este tenga derechohabencia que la mayoría de los pacientes en Benito Juárez la tienen, pero también atendemos muchos pacientes que son de otras alcaldías incluso de otros estados o migrantes internacionales. Desde que inició esta administración, esa es la política, cero rechazo. Antes se cobraba una cuota de recuperación en los centros de salud, ahora son totalmente gratuitos los servicios, los medicamentos, estudios de laboratorio etc. (JS-BJ).

Aquí en Cuajimalpa, contamos nosotros con pueblos originarios y que obviamente es gente nativa de los pueblos y que tiene costumbres muy arraigadas y nosotros tenemos que sacar una fortaleza de ello y, por otro lado, tenemos esta otra parte de Cuajimalpa que incluye: Santa Fe, que incluye las Lomas en donde en su mayoría son corporativos o son empresas, que si bien, es gente que no vive aquí en Cuajimalpa, en muchas de las ocasiones utilizan los servicios de salud de aquí de Cuajimalpa y ,pues obviamente nosotros no podemos negar el servicio. Tenemos una política de cero rechazo (JS-CU).

*Tenemos una gran población flotante y además somos un centro turístico, entonces muchas de las personas que acuden a solicitar servicios muchas veces también pueden ser extranjeros que están de paso por una visita entonces, es un contexto en el que nosotros tenemos que ir viendo qué perfiles tiene nuestra población y que además se van a ir modificando dependiendo de estos movimientos sociales y se vio mucho en pandemia. En cuanto a acceso a servicios, a prestación de servicios como consultas, detecciones las damos y es gratuito, hay cero rechazo y es una atención gratuita (JS-CT).*

**b) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables, sujetos de derecho (SD)**

*El derecho a la salud es constitucional todo mundo lo tiene, la diferencia es las instituciones que otorgan los servicios, si no los hay ¿quién los atiende? Eso es un reto para nosotros porque tenemos que atender a la población abierta y a la población derechohabiente. Si son derechohabientes de alguna institución de salud, como IMSS, ISSSTE, SEDENA etc. Nosotros le damos la consulta, pero su institución le tiene que dar el tratamiento y si es población abierta, nosotros le damos la consulta y el tratamiento* (JS-MA).

**c) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes favorables, sujetos de derecho (IF)**

*Del derecho a la salud se le debe de garantizar solamente a los habitantes de la Ciudad de México, pero hay excepciones como los niños, por ejemplo, los niños migrantes, tú a un niño, aunque no viva en la Ciudad de México, aunque esté de paso, lo tienes que atender, si nos basamos en el Interés Superior del Niño que deja afuera nacionalidad, situación económica etc. A los niños los tienes que atender. Pero es una interpretación, no lo dice, tendríamos que legislar* (CCM-PRD).

**d) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables, sujetos de derecho (ID)**

Para la categoría de Sujetos de Derecho no hubo informantes que tuviesen conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables.

#### 4. Ratificación del PF-PIDESC por México

Al preguntarle a los informantes clave acerca de cuál es el motivo por el cual la ONU- DH ha exhortado al Estado mexicano a ratificar el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se observó que la mayoría no conoce el Protocolo Facultativo del PIDESC y tampoco saben cuál es el motivo por el cual no se ha ratificado, pero coinciden en que los Pactos Internacionales deben ser firmados y ratificados por el Estado mexicano.

**Tabla de organización. Relación Conocimientos y Actitudes del PF- PIDESC por México**

Ratificación del PF- PIDESC por México	
SF	IF
SD	ID

##### **a) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes favorables, ratificación del PF- PIDESC por México (SF)**

*Pues, desde luego que sí, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos aparte de establecer lo que eran las garantías individuales ahora transformados en derechos humanos también establece que en México aplica en el mismo nivel que en la Constitución los convenios que México firma a nivel internacional y yo creo que eso es lo que está limitando. Está claro que estos derechos económicos, sociales y culturales exigen transformaciones de fondo muy importantes en una sociedad tan polarizada entre pobreza y riqueza, tan polarizada en acceso a servicios, tan polarizada en acceso a educación etc. Y bueno, la firma de esos convenios obliga a tomar decisiones que seguramente van a generar conflictos internos y polarización social y yo creo que también es parte de lo que se está visualizando (SEDESA-SS).*

*Por supuesto, pero es limitativo el que la Constitución... perdón que lo diga de esa forma, la Constitución manda en México, pero no manda en otras entidades y los pactos internacionales son justamente esto (CCM-PRI).*



Sí, es apremiante por la cuestión de que la misma Constitución dice que México debe respetar los acuerdos internacionales y debe de estar en la línea de protección de derechos que se marcan en los diferentes tratados, también debe de estar pendiente y en el marco de poderlos atender, pero entonces, este Tratado que mencionas es importante que nos acojamos a él porque está tomando otros derechos de los cuales mencionamos (JS-BJ).

**b) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables, ratificación del PF-PIDESC por México (SD)**

Para la categoría de ratificación del PIDESC, no hubo informantes que tuviesen conocimientos suficientes y actitudes desfavorables.

**c) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes favorables, ratificación del PF-PIDESC por México (IF)**

La ratificación es fundamental. Sin la ratificación no es un instrumento de carácter vinculante, es decir, no es obligatorio para el Estado mexicano. El Protocolo del que me hablas, habría que revisarlo, no lo conozco a profundidad, habría que revisar, más bien ¡no lo conozco! Ni siquiera a profundidad, no conozco por qué razón el Estado mexicano no lo ha ratificado, habría que ver cuál es la situación (CCM-PAN).

Yo creo que es importante que se ratifiquen, vamos a revisarlos para tener la idea clara de lo que se plantea y, pues ojalá y podamos empujar a que se puedan ratificar (CCM-MORENA).

Yo creo que sí, si no lo ha firmado, que no estoy bien enterado de esa situación de que no lo hayan firmado, pero de ser así, por supuesto que es necesario porque hablábamos de que la salud, pues tiene que ver con otros derechos no nada más es en sí mismo el derecho a la salud, sino la cuestión económica, la cuestión social, todos estos determinantes sociales que contribuyen, que inciden sobre la salud, pues también es importante garantizarlos (SEDESA-DOPD).

Pues yo creo que siempre el hecho de tener reafirmadas las cosas, de dejarlo por escrito, de tener un precedente para como se hagan las cosas, creo que eso siempre es muy importante, si bien el hecho de que esté escrito es importante, pero si no tenemos... o si no lo ejercemos o lo llevamos a cabo, creo que es lo más importante todavía. Más que el hecho

de que esté escrito esté firmado o no esté firmado. El tema es que lo llevemos a cabo, que haya esa información que sea igual para todos, que podamos unificar y que tengamos una visión general todos de lo mismo, creo que eso es lo más importante (JS-CU).

El gobierno tiene que implementar políticas públicas de carácter social, amplias, masivas de beneficio para la gente. Pero que realicen pactos, reuniones, todo eso y que eso se concrete abajo, pues a veces cuesta porque en el caminito, toda la burocracia a veces no ayuda, pero la gente también está despierta, la gente también tiene conciencia social, la gente también reclama si las cosas no van bien entonces, creo que eso se puede ratificar desde mi punto de vista (JS-IZT).

Sí (la ratificación del PIDESC) aunque, te repito, no sé mucho de leyes (DH-HPA).

Pero tienes que ser cuidadoso, porque hay organizaciones que lo único que intentan es imponer propuestas con fines capitales, si tú me dices- ¿estás de acuerdo con que el banco internacional...? Yo te digo no, porque entonces me va a imponer el sistema económico hegemónico que viene de los gobiernos imperialistas y no va a velar por los intereses de tu población entonces no, no se tiene que firmar, no por ser internacional quiere decir que sea bueno, tienes que hacer un análisis concreto, la realidad concreta sobre todo en contraste con tu población para ver si eso va a beneficiar y fortalecer la vida de la gente o simplemente te van a estar golpeteando, imponiendo y tratando de ahorcar para que cumplas los intereses económicos de otro país (CCM-PT).

#### **d) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables, ratificación del PF-PIDESC por México (ID)**

¡Claro! Pero hay muchas cosas que tenemos en el cajón, incluso también los acuerdos del 20-30 y muchos acuerdos de la ONU, en este sexenio no se han ni ratificado ni firmado muchos que tenemos pendientes y en estos dos años nada va a cambiar y si cambia algo es para peor (CCM-PRD).

Bueno, eso a quien le corresponda, yo en esos aspectos me alinee y tienen que hacerlo. A quien le toca ver los tratados internacionales que lo hagan. Dale a Dios lo que es de Dios y al César lo que es del César (JS-MA).

## 5. Justiciabilidad del DS

Se solicitó a los informantes que compartieran desde su experiencia qué retos existen para hacer exigible (justiciable) el DS, en sus distintos ámbitos.

**Tabla de organización. Relación Conocimientos y Actitudes de Justiciabilidad del DS**

Justiciabilidad del DS	
SF	IF
SD	ID

### **a) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes favorables, justiciabilidad del DS (SF)**

*Las cosas y los cambios reales se dan cuando la gente está organizada, aprende a ser sujeto de la historia y no que los demás escriban su propia historia y se empodera, y cuando el pueblo está empoderado entonces, las cosas cambian en beneficio para ellos (CCM-PT).*

*Yo les diría que es un derecho que se debe de exigir, que no es una dádiva graciosa que el estado les da, y están invirtiendo cada vez más recursos para el Sistema Nacional de Salud, pero de todas maneras tenemos un rezago importante en donde la participación de la ciudadanía en la exigencia de este derecho, pues es muy saludable (SEDESA-DOPD).*

*La sociedad tiene que entender y quienes prestamos los servicios tenemos que entender que a diferencia de cómo se visualizaron los servicios públicos durante muchos años como una dádiva, como: "¡hombre, gracias que me das una consulta o me atienden en urgencias!" Es un derecho y los derechos son exigibles y lo que tenemos que impulsar es este empoderamiento de la sociedad. Para que la sociedad esté en condiciones de poder exigir lo que es su derecho. Cuando no tienes clara tu función como servidor público, cuando alguien llega y te exige un derecho y lo sientes como una agresión, hay una parte de conciencia y de cultura que tenemos que transformar para que ambos, quien recibe el servicio y quien lo presta tengan esta capacidad de acercamiento porque, uno, es su*

derecho, y dos, porque es una responsabilidad como servidor público y este acercamiento implica también otra cuestión... no tenemos o nos cuesta mucho trabajo a los profesionales bajar nuestro nivel de lenguaje, para que la gente lo entienda y ese es otro derecho, por eso hablo yo de interculturalidad, son dos grupos interculturales y estos dos grupos culturales tienen que mejorar su comunicación a través de bajar este nivel y mejorar este nivel educativo. Nuestra obligación como prestadores de servicios es también mejorar el nivel educativo de la gente a través de una adecuada comunicación, todo esto forma parte de ese enorme proyecto (SEDESA-SS).

Uno de los elementos centrales que está redefiniendo el modelo de atención que tiene la secretaría es que visualizando esto de las determinantes sociales se ha desarrollado una política que ha vinculado no solamente a la secretaría en el terreno de la prevención, sino que está vinculando a diferentes secretarías, con objeto de mejorar la calidad de vida de las personas y esto es una política pública o una serie de políticas públicas determinadas desde la Jefa de Gobierno Claudia Sheinbaum, ir a los barrios, meterse, mejorar la calidad de vida, ofertar recursos económicos a las personas más desprotegidas, favorecer el desarrollo de activación física, por ejemplo, de condiciones sociales diferentes que permitan que la gente encuentre mejores condiciones de vida, a eso le llamamos "Salud en tu Vida", ese es el concepto de Salud en tu Vida, no es lo que hace la Secretaría de Salud, es lo que hace el Gobierno de la Ciudad a través de todas sus dependencias para meterse en esas colonias que han sido históricamente las más pobres, las más marginadas (SEDESA-SS).

Considero que se ha hecho un gran esfuerzo para que ese derecho a la salud se ejerza y, sobre todo, pues se garantice. Tenemos muchos programas que nos acercan a la gente, invitan también a que la gente se acerque con nosotros y son programas para diferentes edades. Tenemos programas desde los recién nacidos, niños adolescentes, adultos, adultos mayores, embarazadas. Para grupos vulnerables tenemos programas, por ejemplo, de interculturalidad (JS-CU).

Tenemos en los Comités de Salud de la alcaldía, ahí se acercaron los profesores de Bachilleres y del CONALEP a solicitarnos que tuviéramos una intervención más puntual en debido al alto índice de embarazo en adolescentes, lo cual obviamente repercute en ellos por la deserción, entonces, de esa manera fue que acordamos el tener un calendario de intervenciones en los Bachilleres y en los CONALEP (JS-CU).

Yo creo que es una cosa mucho más compleja, o sea, no es así de fácil: “¡ya, es el derecho a la salud!”. La gente como tal lo tiene plasmado en la Constitución, en la Ley General de Salud de la Ciudad de México también está, pero hay muchas aristas económicas, políticas etc. Yo creo que este gobierno tiene la visión de voltear a ver a la gente, sobre todo, a la gente más pobre y eso va a permitir... pues que se concreten ambas cosas, digo, siempre y cuando tengan continuidad (JS-IZT).

El estado de marginación para la gente es que desconoce muchas cosas entonces, llevarle mecanismos de información de tal manera que ellos puedan saber qué es lo que existe, pero sobre todo que tienen derecho a gozarlos sin ninguna condición económica más que un trámite de control. Entonces, hay que buscar sectorizar por regiones la idiosincrasia de la gente para poderle hacer saber cómo puede hacer valer sus derechos, comenzaríamos con una campaña de difusión, pero primero comenzando por el personal, insisto, yo puedo hablar muy bien de IMSS o del ISSSTE, pero la mayoría de la gente no tiene esa percepción, así como, de la Ciudad de México, yo puedo hablar muy bien de los centros de salud que tenemos aquí en cuanto a atención, a veces no está en las manos de los directores tener las condiciones que ellos merecen, pero hacen su mejor esfuerzo (CCM-PRI).

Cuando hablábamos de los servicios, que tienen que ser culturalmente pertinentes también tiene que ver con toda la cosmovisión que en salud tienen las personas, eso también tiene que ser respetado por el personal de salud como un derecho que la persona tiene al tener su cosmovisión particular y que mientras no dañe digamos a la persona por ejemplo, cuando traen su pulserita roja los niños en algunas comunidades les ponen algunas cuestiones incluso hasta en su orejita o traen amarradito un ojito de venado, alguna cuestión así porque para ellos es una protección y a veces cuando no tenemos esta conciencia de que la salud debe ser también una cuestión intercultural muchos médicos lo menosprecian, se lo quitan, incluso los agreden por tener algunas creencias distintas, de que no les va a servir de nada o de que esto no funciona, etc. Que lo que funciona es la medicina sin ver que sabemos en forma distinta, o sea, no es que sepa uno mejor que el otro, sabemos diferente (JS-BJ).

Estos grupos que están en condiciones de vulnerabilidad precisamente para tratar de dar una atención más equitativa no de darle a todos por igual, sino darle a cada quien lo que necesita y los grupos que se encuentran en más desventaja como te mencionaba son los niños, específicamente las niñas, las mujeres, los adultos mayores sobre todo cuando han sido abandonados, los migrantes, los grupos que están en migración y que van de paso en este caso a través de nuestro país, las personas que viven en situación de calle también son

grupos vulnerables y bueno, en algún momento se encuentran en cierta vulnerabilidad las personas que tienen preferencias sexuales distintas a la mayoría y que sufren alguna forma de discriminación entonces, todos estos grupos también deberían de tener una atención especial porque requieren actividades específicas para el cuidado de su salud reproductiva (JS-BJ).

Es un conjunto y lo sabemos, tan es así que me llega un pequeñito aquí en el hospital porque ingirió pastillas por intento suicida y entra todo el equipo, o sea, entra psicología para ahondar en este pequeñito ¿qué lo motivó a esto? Hemos encontrado muchas sorpresas ya sea disfunción familiar o bullying en la escuela entonces, es un ambiente que nos rodeamos de todo; ambiente familiar, ambiente escolar en torno de los amigos, embarazos en adolescentes, embarazos no deseados, muchísimos, y es lo que debemos de trabajar, prevenir en ellos. A lo mejor esta parte importante del deporte, o sea, entretenerlos en el deporte para que saquen todas esas energías todas esas hormonas que tienen en el deporte y así evitamos que estén pensando de más, por así decirlo (DH-HPA).

Te voy a decir lo que les decimos en cada reunión del comité y en cada evento. Los centros de salud están para atenderlos ¡úsenlos! Insisto no es que tengan que llegar a exigir porque eso ya lo tienen abierto, más bien es: ¡Aprovéchennos!; ¡Aquí estamos! Y sobre todo, se les hace muchas veces la invitación: “¡No vayan nada más cuando están enfermos, vayan cuando están sanos también!”. Vayan a hacerse su detección. Un ex secretario lo dijo una vez, no hace mucho “vamos a mantener sanos a los sanos y curar a los enfermos para mantenerlos sanos”. O sea, eso es lo que les transmitimos, que vayan cuando están sanos también y no nada más cuando están enfermos (JS-MA).

## **b) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables, justiciabilidad del DS (SD)**

No, nunca ha sido necesario y no es necesario que los pacientes exijan su derecho a los servicios porque ya los tienen (JS-MA).

### **c) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes favorables, justiciabilidad del DS (IF)**

*Creo que tiene sentido la diferencia que hacen, aunque habría que socializarla mejor, traducirla al español común porque la gente sabe que tiene derechos, pero no sabe específicamente a qué y no saben que pueden exigir esas medicinas y por supuesto que la figura del amparo, es casi imposible para cualquier mexicana y mexicano. Primero, pues no es común que las personas tengamos un abogado de cabecera o de información suficiente para saber que puedo recurrir a otra instancia, el director del hospital no es el último, puedo recurrir a alguien más, creo que justo, parte de la garantía del derecho a la salud o la protección, tiene que ser la información, o sea yo estoy convencida además de que nos sale más barato definitivamente al corto plazo y al largo plazo la prevención debe de ser el estandarte de la Secretaría de Salud, de la Comisión de Salud y de la Suprema Corte cuando habla de temas de salud. Tener conocimiento de las diferentes dependencias del gobierno de la Ciudad de México, por ejemplo, saber que las alcaldías no tienen la obligación de garantizarnos el derecho a la salud, aunque hay muchos dispensarios que dependen de la salud en las alcaldías. A quien tienen que recurrir es a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México o a la Jefa de Gobierno directamente. Todos tenemos derecho a tener una consulta en cualquiera de las clínicas de la Ciudad de México, tener una consulta obviamente sin costo y las medicinas del cuadro básico también sin costo, tenemos derecho a seguimiento y tenemos derecho a ser canalizados a una clínica de especialidad si el caso lo amerita, pero creo que si hace falta exigir más y conformarnos menos. Si no les atiende el diputado de su distrito, pueden buscar a otro diputado, pueden buscar a las Comisiones en el Congreso de la Ciudad de México... cuidar la alimentación, la mitad de los problemas que tenemos se pueden arreglar con una dieta suficiente, yo entiendo que es difícil en esta crisis y en recesión (CCM-PRD).*

*La cobertura de atención de los servicios, no solamente de lunes a viernes, sino también sábados, domingos y días festivos, eso permite acercar los servicios, facilitar el acceso a los servicios y hay esa garantía. Todavía hay limitaciones, la gente acude y todavía tenemos ahí el surtimiento de medicamentos de manera restringida todavía no la tenemos al cien, sin embargo, se trata de garantizar al máximo (JS-IZT).*

*Es algo que no se resuelve en una sola Legislatura, pero se ha ido avanzando y usted podrá dar cuenta de que hablan de una ciudad progresista en donde se han ido conquistando*

diferentes derechos que antes no se tenían, por ejemplo, en el derecho a los mismos pueblos originarios donde vive gente indígena, el mismo derecho a la educación sexual, al derecho de las mujeres y ahí conlleva a una serie... se ha ido avanzando con los años entonces, yo creo que se puede (CCM-PRI).

Habitualmente exigen a través de derechos humanos que es la vía por la que más, pensando que a veces la gente no entiende la capacidad resolutoria del hospital, la cual es alta. Nosotros tenemos 118 camas y lo más que se ocupa es cirugía plástica por las lesiones que tienen los pacientes. Ahora los accidentes en moto se han incrementado muchísimo entonces, lo que es trauma, ortopedia, cirugía general y cirugía plástica son los servicios que son más socorridos. Entonces, pues a veces tenemos un poquito de dilación en el tiempo de la entrega del material de osteosíntesis en estos pacientes, hablando de cirugía plástica y ortopedia, porque pues tienen algunas características especiales, pero los pacientes consideran que llegan y deberían de ser operados al siguiente día y reconstruidos, entonces, eso sí complica un poquito esta situación y, pues ponen sus quejas a derechos humanos, pero nosotros siempre al momento en que llega el paciente se le hace el diagnóstico, se le da su tratamiento y a veces no necesitan más que estar con analgésicos, antiinflamatorios, pero la gente se desespera y piensan que necesitan algo más (DH-HRL).

Acercarse a los hospitales. Todos los hospitales, al menos en la Secretaría de Salud, le puedo decir que tenemos la política de cero rechazo y no es de ahorita, es de años atrás; “cero rechazo”, pero ahora está como muy marcada porque hay voluntad política para que toda esa población tenga el derecho a la salud y se pueda ejercer el derecho a la salud y tan es así que nuestra secretaria de salud no deja las primarias y ahora entiendo yo el por qué. Yo antes decía; “¿por qué está en las primarias y por qué no está en los hospitales?” Y ahora se lo aplaudo porque desde la primaria, desde el kínder, nosotros tenemos que estar, tenemos que hacer conciencia en ellos y no nada más en ellos, sino tratar de cambiar en el interior de la familia hábitos, malos hábitos que tenemos desde ahí tenemos que estar (DH-HPA).

#### **d) Testimonios de informantes clave ubicados en el grupo con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables, justiciabilidad del DS (ID)**

*Muchas veces atendemos nuestra salud hasta que nos sentimos mal entonces, ahí es como la seguridad, aplicar la preventiva de estarnos cuidando, checando y en el momento en que*



*nosotros vayamos a chearnos, no esperarnos a sentirnos mal, chearnos e invitarlos a que se revisen y en el momento en el que derivado de una revisión surja algo, se traten de atender en una institución privada. Si en la institución privada o pública, no les atienden, no duden en recurrir a las vías legales; ministerio público, ir a denunciar: “¡oye, no me atendieron!” Y que tenga que justificar por qué no lo atendieron o bien, que tenga que recurrir a un juicio de tutela de derechos humanos, para que reclamen por qué no les dieron el medicamento del tratamiento que ellos tienen derecho... te dan una tableta y te dicen: “pues es la receta, usted consígala porque aquí no hay”, ¡bueno! Si te dicen eso, suficiente para que tú vayas a un juicio de amparo, a un juicio de tutela de derechos humanos o hasta el ministerio público, para reclamar a esa institución que te tienen que dar la medicina, porque se está violando tu derecho a la salud. En la medida en que nosotros no exijamos nuestros derechos, la estadística nunca va a crecer, ahí se va a mantener. El gobierno va a seguir con sus cifras alegres, los legisladores vamos a pensar que todo está bien. Qué mejor que tener el respaldo de la estadística en el Poder Judicial con el que podamos decir: ¡miren a cuánta gente le negaron el derecho a la salud!; ¡aquí está la estadística!; ¿Cuántas sentencias van? Aunque sean a favor o en contra, a lo mejor habrá quienes pierdan su juicio porque no siempre habrá abogados que sean expertos en materia de salud, pero poderlo reclamar de manera legal. Para que también nosotros nos sensibilicemos y busquemos construir desde el andamiaje jurídico políticas públicas que favorezcan que el gobierno cada vez tenga menos obstáculos o menos posibilidades de negarnos estos derechos, especialmente el derecho a la salud del que hoy estamos hablando (CCM-PAN).*

## **6. Capacitación en Derecho a la Salud**

Aunque se plantearon cinco categorías para la discusión y análisis de los conocimientos y actitudes respecto al derecho a la salud en la Ciudad de México, se puede recuperar que la mayoría de informantes clave coinciden en la capacitación de derechos humanos y en especial del derecho a la salud; por un lado al personal de salud y por otro desde la currícula de la licenciatura de medicina. Por lo anterior, se consideró la Capacitación en derecho a la salud como una categoría emergente y a continuación se muestran algunos testimonios que hacen referencia a la capacitación entre el personal de salud y en el plan de estudios de licenciatura.

## **Capacitación en Derecho a la Salud entre el personal de salud**

Está permeando cada vez más, o sea, es lo que se ha denominado “la revolución de las conciencias” (SEDESA-DOPD).

*Siempre estar enfatizando que el objetivo principal es satisfacer las necesidades de salud de la población, garantizar el derecho que tiene la población a la salud, y que los servicios de salud son financiados con el dinero de la propia población, el dinero de los impuestos, que la salud no es una mercancía, o sea, es estar repitiendo y explicando muchas veces este tipo de conceptos claves para que los trabajadores de la salud también tengan ese grado de conciencia, porque han sido muchísimos años, de que era otro el modelo en donde, pues la prestación de los servicios se veía como una dádiva, y anteriormente se daba uno el lujo de rechazar, la población derechohabiente, hay un grado de conciencia de que existe ese derecho. Los derechohabientes del Seguro Social o los del ISSSTE son más exigentes, están más conscientes que les descuentan un dinero y que con eso está financiada la estructura de los servicios. En cambio, la población abierta tiene menos conciencia en ese sentido, y los prestadores de esa atención a población abierta, también tienen menos conciencia de ese derecho y se daban el lujo de rechazarlos (SEDESA-DOPD).*

*Llega una persona a mi consulta y yo a mi consulta le digo; “tienes que dejar de comer esto y tienes que dejar de tomar refrescos... la diabetes y la presión”. Y salgo de ahí a lo mejor convencido de que eso es lo que tengo que hacer, pero luego y saliendo lo primero que enfrento es toda una campaña de Coca-Cola, de Sabritas, que me clavan la información mañana, tarde y de noche, no importa en dónde esté y no importa lo que esté haciendo ¿cuál es el resultado?; ¿qué efecto tiene lo que yo pueda decirle a la persona en la consulta en 15 minutos en relación con el bombardeo de esta persona las 24 horas del día, el resto del mes a la siguiente consulta? Obviamente es que no va a modificar sus condiciones, pareciera como decimos; es que son hábitos personales, y bueno, pareciera que la gente tiene malos hábitos porque es mala persona o porque quién sabe, no le interesa su salud ¡no! O sea, vivimos en una sociedad que está bombardeando, bombardeando y bombardeando y es muy difícil sustraerse a esa realidad. Tenemos que generar políticas que van a implicar una confrontación con las grandes transnacionales y el chantaje eterno... entonces, te metes en una dinámica verdaderamente horrorosa, en donde las políticas públicas se ven frenadas también por otras cuestiones de carácter social y económicas que algunas tienen validez, pero otras no ¿cómo le entramos a eso? Ahí está la dificultad (SEDESA-SS).*

*Mira, nosotros tenemos nuestras unidades acreditadas en cuestión de calidad y para ello las personas tuvieron que haber tomado un curso de interculturalidad. Sin embargo, la cultura de machismo que tenemos todavía en la población y que tiene que ver con este cambio de chip en las personas, a veces todavía puede fluir en la cuestión de la atención. Es un trabajo que no solamente tiene que ver con un curso que tenga que ver con la acreditación de las unidades y que a través de esta cuestión ya podamos decir que todos estamos con un enfoque intercultural y lo hacemos ya de facto, tiene que ver con un trabajo diario con el personal, estar haciendo campañas de sensibilización, cursos (JS-BJ).*

*Hay mucha resistencia sobre todo en los trabajadores que ya llevan muchos años aquí, pues tienen un poco de resistencia al cambio... es como: ¿ahora por qué lo vamos a ver así? Si nosotros solamente curamos enfermedades ¿por qué me está pidiendo que vaya a una jornada en donde yo les oriente para que hagan detecciones? O sea, como que cuesta un poquito, hay un poquito de resistencia, pero creo que la mayoría de los trabajadores funciona así (JS-CU).*

### **Capacitación en Derecho a la Salud en los planes de estudios en licenciatura**

*Yo no entiendo... ¿Cómo podemos tener una constitución que elevó a derechos humanos todos las garantías individuales?; ¡Y las universidades no se han enterado! y entonces, en la Facultad de Derecho, en la Facultad de Economía, en la Facultad de Medicina y en la Facultad de Odontología no se habla de derechos humanos. La pregunta es; ¿Para cuándo les va a caer el veinte? Tenemos que transformar nuestros modelos educativos y adaptarlos a la realidad que la propia Constitución está demandando, lo que la Constitución nos pide que hagamos, no lo estamos haciendo (SEDESA-SS).*

*Bueno, yo estudié en la UNAM, y yo sé; o sea, en la UNAM nos enseñan a ser hiper especializados y entonces, es así... (realiza mímica de reducción con las manos), nuestra visión del mundo es de este tamaño, si es muy buena, pero es de este tamaño (misma mímica de reducción) y no tenemos una educación transdisciplinaria. Hay muchos que estudian medicina, pues estudian porque es también redituable ¿no? O sea, no todo es por amor al arte, y por eso muchos quieren especializarse en medicina estética, y es que es la mejor pagada yo creo, entonces... ¡Ya no es garantizar la salud!; ¿me explico? Y entonces, ¿desde qué perspectiva están educando a nuestros médicos? Un teórico muy importante, que se llama Antonio Gramsci hablaba de las instituciones que construyen hegemonía y que*

*permiten mantenerla, los medios de comunicación, las escuelas y la primera institución a la que te ves enfrentado en tu vida es, la familia, que también reproduce este tipo de ...o sea, los esquemas de vida (CCM-PT).*

*Creo que si... la mayoría de los médicos especialistas quieren estar en las grandes ciudades porque yo como médico especialista... Voy a poner el ejemplo mío; si yo pretendía regresar en aquellos tiempos a mi ciudad natal, pues no iba a contar con el recurso ni la infraestructura, no había quién hiciera un ultrasonido o un estudio de tomografía que, en aquellos tiempos, era lo máximo. Entonces, te quedas, y además la necesidad de tener médicos especialistas en las grandes ciudades está la oportunidad y dice: bueno, aquí hay más oportunidad de seguir creciendo si tienes a tus hijos, pues aquí van a tener una mejor educación porque desafortunadamente pues también uno ve eso. Aquí tus hijos van a tener una mejor educación que si te vas a Chiapas o Veracruz (DH-HRL).*

## Discusión

Carolina Martínez refiere que la capacidad del investigador para escuchar, comprender y respetar esa diversidad de perspectivas y de caminos posibles es uno más de los desafíos epistemológicos, éticos y políticos a los que su labor lo enfrenta (Martínez Salgado, 2015), en ese sentido, se llevó a cabo este trabajo cualitativo referente al derecho a la salud en la Ciudad de México, en el entendido que no se pretende hablar del derecho a la salud como una preocupación estrictamente académica, sino en busca de materializar la teoría y llevar a la praxis la acción transformadora de este derecho.

Durante la selección de los informantes clave, se buscó que estuvieran representados todos los grupos parlamentarios de la Comisión de Salud del CCM, las jefaturas de las distintas jurisdicciones sanitarias, los funcionarios de la SEDESA y los directores de hospital de la misma Secretaría.

El primer propósito fue conocer el nivel de conocimiento sobre el derecho a la salud y la actitud hacia su satisfacción por parte de los responsables de diseñar, operar y evaluar las políticas y programas de salud de la Ciudad de México. En un primer momento creímos que era posible identificar un buen nivel de conocimiento y una aceptación más o menos alta de este derecho entre el grupo de informantes, y que este conocimiento y aceptación sería relativamente homogéneo entre los diversos tipos de informante. Se esperaba que en este gran grupo todos, o al menos la mayoría, tuviera Conocimientos suficientes y Actitudes favorables del derecho a la salud en torno a las distintas categorías investigadas (concepto de derecho a la salud, marco jurídico, sujetos de derecho, ratificación del PF-PIDESC y justiciabilidad), no obstante, conforme la investigación avanzaba los resultados fueron diferentes.

No se puede decir que se encontraron reflexiones negativas; pero se puede recuperar que existen enormes áreas de oportunidad en cada una de las grandes posturas, por más que esto signifique cosas muy diferentes para cada uno. Como

estudiantes de la medicina social aplaudimos la posibilidad de iniciar un debate crítico y mantener la esperanza de crear realidades mejores.

### **SF: Con conocimientos suficientes y actitudes favorables**

Es el grupo en el que se creía que estaría la mayoría de los informantes clave, es decir, con conocimientos suficientes y actitudes favorables, además de reconocer que el derecho a la salud tiene partes y que son distintas, que la salud se genera en algunos espacios y se repara en otros. Sin embargo, coincidimos en la relevancia de que esta postura pueda permear al personal de salud, en construir profesionales con ese perfil, que no se limite en pensar en un sistema de salud de consulta y medicamentos gratis, sino que es un derecho mucho más complejo.

### **SD: Con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables**

Encontrarse ante posturas con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables fue algo que por supuesto no se esperaba. Aunque se menciona en el apartado previo, la importancia de la capacitación y formación en materia de derecho a la salud, esta actitud desfavorable puede tener relación con esa construcción teórica, académica y social que durante años estuvo a favor de un modelo médico-hegemónico que por supuesto responde a intereses particulares.

Si bien el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), formalmente organismos del sistema de las Naciones Unidas, deberían garantizar la estabilidad y el desarrollo de la economía para el logro de las metas del bienestar, en la realidad han operado de acuerdo con los intereses económicos de los grandes grupos financieros y empresas transnacionales (Villafáñez Sagardoy, 2015). En 1993, el BM publicó su decimosexto reporte anual con el tema Invertir en Salud, analizaba la relación entre salud, sistemas nacionales de salud, políticas públicas de salud y desarrollo económico. A partir de la carga global de enfermedad, muerte y discapacidad, y de la relación costo beneficio de las intervenciones para su atención, el reporte establecía las prioridades para direccionamiento del gasto en salud. El documento señalaba estimular la diversificación de la oferta de proveedores de servicios de salud, mediante la descentralización de los servicios

gubernamentales y la participación del sector privado, incluidas las aseguradoras, con el fin de promover la competitividad (Banco Mundial, 1993). Se imponía como necesidad apremiante, la apertura del sector salud a la inversión privada, tanto en el financiamiento como en la operación de sus servicios. Los servicios de salud no deben ser considerados una mercancía, una dádiva otorgada por el Estado o un privilegio, el derecho a la salud es un derecho social y como derecho humano universal, el Estado mexicano debe de garantizar el acceso a todas las personas independientemente de su edad, género, condición económica (capacidad de pago), condición social, identidad étnica o cualquier otra característica que tengan las personas. La población más vulnerable podría ser excluida del acceso a los servicios de salud al conferir al sector privado la prestación de estos servicios debido a que operan con una lógica de máxima utilidad de mercado.

La propuesta del llamado pluralismo estructurado no sólo reforzó la racionalidad mercantil en los sistemas sanitarios (la atención a la salud no es un derecho, sino una mercancía que tiene precio en los mercados donde los ciudadanos la deben adquirir), sino que también se centró en la curación de la enfermedad (Organización Panamericana de la Salud, 2019). En México esto es un escenario complejo para las instituciones formadoras porque es imprescindible considerar a la Atención Primaria de la Salud (APS-I) como una de las estrategias más importantes para reducir las brechas de desigualdad en salud, lo cual significa priorizar las acciones de prevención, educación y promoción de la salud, es fundamental formar al personal de salud con ese perfil. Se trata de transitar de un modelo de formación basado en la curación a uno que incorpore una visión integral de la atención a la salud: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación. Tanto el abordaje de los determinantes sociales de la salud como la promoción de la salud son fundamentales para la reorientación de los servicios de salud en México y representan un reto fundamental que implica además un cambio de paradigma en la formación (Jarillo & Mendoza, 2021).

## **IF: Con conocimientos insuficientes y actitudes favorables**

Si se tuvieran que resumir los hallazgos de esta investigación como si éstos pudieran representar los conocimientos y actitudes del universo de estudio, se tendría que decir que quienes diseñan y operan las políticas de salud en la Ciudad de México no tienen conocimientos suficientes, pero muestran actitudes favorables hacia el derecho a la salud.

Este no es el caso, y se puede decir que en todos los espacios investigados se presentan posiciones que combinan reflexiones relativamente complejas con aseveraciones simplistas que repiten.

Se tiene que hacer una análisis colectivo y empezar a construir prácticas transformadoras, pasar a una etapa de radicalización de la medicina social en donde no baste sólo la buena voluntad política de incluir en un libro que la salud es un derecho, sino que es necesario hacer abordajes integrales donde el discurso sobre el derecho a la salud corresponda con la práctica respecto al derecho y además una conciencia de las personas; que las personas estén informadas y que se conozcan las vías de justiciabilidad, que haya enseñanza-aprendizaje de este derecho en todas las profesiones (no solamente en el ámbito de la medicina), que se enseñe en las escuelas desde niveles básicos, que se reconozca que hay un sujeto de derecho y que hay un responsable del derecho.

En ese sentido, conscientes de los años de lucha de varios derechos sociales para que se pudiera garantizar su respeto, protección y satisfacción se debe persistir en la lucha por el derecho a la salud, aunque tal vez sean otras generaciones quienes puedan disfrutar de este derecho en plenitud. Ya lo decía un activista por los derechos civiles, Martin Luther King: *“No tienes que ver toda la escalera, basta con que subas el primer peldaño”*, y por supuesto que tenemos la convicción de que esta visión amplia del derecho a la salud plasmada en la Ley de Salud de la Ciudad de México constituye el compromiso de avanzar un paso más en este camino por la lucha de este derecho social.



El conocimiento es un sistema mental a la base del discurso<sup>16</sup>, y ese conocimiento se transforma en ideología, y esa ideología genera también discurso entonces, es una relación doble entre discurso y conocimiento: se necesita conocimiento para comprender un discurso y a la vez el conocimiento se genera con el discurso. La importancia del discurso del derecho a la salud, de insistir en su implementación en el marco jurídico como con la delimitación explícita de quienes son los sujetos de derecho, los sujetos obligados y el bien jurídico que se debe tutelar (en el apartado de justiciabilidad se presenta la postura de teóricos que refieren que el bien jurídico, son las capacidades en salud) para apostar a la conciencia de las palabras, pues refiere Elías Canetti que el uso de las palabras implica tener una conciencia de que cuando usamos un término no sólo es en el sentido semántico (véase figura 5), sino también en el semiótico para la construcción social del proceso comunicativo y de las prácticas sociales concretas y de la reivindicación de un modelo de sociedad, de humanidad (Canetti,1990).



**Figura 5.** Nube semántica de conceptos principales del total de entrevistas de los informantes clave. Obtenida en ATLAS.ti 2023

<sup>16</sup> Conferencia Teun Van Dijk, realizada en la Universidad Autónoma de Bucaramanga, UNAB. véase en: [Conferencia Teun Van Dijk \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=...)

## **ID: Con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables**

En este trabajo se encontraron informantes con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables, era hasta cierto punto un encuentro previsto, pues parece lógico que a menor conocimiento del marco jurídico de un derecho sea esperable una menor aceptación de dicho derecho, ya sea porque no es más consciente de su relevancia o porque ese conocimiento insuficiente es resultado del convencimiento previo de posturas diferentes. Adicionalmente, no es común que las personas —incluidos los profesionales— conozcan los aspectos jurídicos de un derecho, lo que es especialmente cierto en el caso de los derechos sociales.

En términos del conocimiento del marco jurídico, Ferrajoli afirma que para la mayor parte de los derechos sociales la tradición jurídica no ha elaborado técnicas de garantía tan eficaces como en el caso de los derechos civiles y políticos, y que esto deriva de un retraso de las ciencias jurídicas y políticas, que no han teorizado ni diseñado un *Estado social de derecho* equiparable al viejo *Estado de derecho liberal*, permitiendo que el Estado social se desarrolle a través de la simple ampliación de los aparatos administrativos, el juego de los grupos de presión y las clientelas y la proliferación de los privilegios (Ferrajoli, 2010).

Como se mencionó en el marco teórico, el primer paso para la precisión jurídica del derecho a la salud fue señalado por el comité DESC de la ONU por medio de la Observación General 14 respecto al artículo 12 del PIDESC, donde se detallan 65 puntos y se define lo siguiente: toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. El artículo 12 del Pacto no adoptó la definición de la salud que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que concibe la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades". En el párrafo 1 del artículo mencionado, se hace referencia al "más alto nivel posible de salud física y mental", pero no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 reconoce que el derecho a la salud abarca una

amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud (Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 2000).

Aunque el derecho a la salud ha sido reconocido por 171 países los cuales son Estados Parte del PIDESC, otros cuatro lo han firmado, pero no lo han ratificado y otros 22 están totalmente al margen del mismo (Cortés & Davis, 2020). El proceso de construcción del sistema jurídico para su exigibilidad y justiciabilidad presenta todavía muchas limitaciones para concretar su exigencia, es indispensable que no se deje sólo en manos de funcionarios y autoridades, sino establecer mecanismos que involucren la participación ciudadana.

México fue un activo promotor de la aprobación del PF-PIDESC; corresponde ahora que lo ratifique y forme parte del selecto grupo de países comprometidos plenamente con la salvaguarda internacional de los derechos económicos, sociales y culturales.

Adherirse al PF-PIDESC sería una clara muestra del compromiso por robustecer la cooperación con los organismos internacionales de derechos humanos y por reforzar el régimen de protección internacional de los derechos económicos, sociales y culturales frente a los retos que se enfrentan para garantizar de forma igualitaria, el pleno goce de estos derechos en el país. La ratificación de este protocolo por parte del Estado mexicano permitirá atender las recomendaciones que sobre este tema le han formulado al país, el Consejo de Derechos Humanos de la ONU, el Comité de Derechos del Niño y el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial. Asimismo, permitirá responder positivamente a la petición de varias organizaciones de la sociedad civil articuladas en la “Campaña mexicana por la ratificación del PF-PIDESC”. Pero, sobre todo, la ratificación daría a las víctimas la posibilidad de denunciar las violaciones a sus derechos económicos, sociales y culturales frente al organismo de Naciones Unidas especializado en la materia (ONU-DH Oficina del Alto Comisionado México, 2021).

En general, ha sido fácil asumir el discurso de reconocimiento de los derechos humanos y negarlo en la práctica aduciendo la imposibilidad de llevarlo a cabo por falta de recursos y por la necesidad de un gradualismo que termina por convertirse en una proposición infinita de la obligación de construir de inmediato las estructuras y los mecanismos requeridos para su realización. Las políticas neoliberales de protección social de salud en los países periféricos, han podido asumir el discurso de derechos humanos a la vez que los utilizan para legitimar la privatización y mercantilización, como la única vía para garantizar este derecho (Ávila Curiel, 2023).

### **Capacitación en Derecho a la Salud durante la formación del personal de salud**

Al respecto de esta última opinión, se puede señalar que Heinze Martin refiere que la distribución geográfica de médicos especialistas (ME) es poco equitativa, esto podría estar relacionado con los siguientes aspectos: la falta de ofertas de trabajo, reconocimiento y estímulos a ME egresados para lograr su retención en instituciones públicas de ciudades de pequeña y mediana población. La concentración del desarrollo económico y social, es decir, en algunas entidades federativas del país se tiene un mejor ingreso per cápita, escaso o nulo acceso a educación básica de calidad (pensando en las familias de los médicos especialistas egresados), poca disponibilidad de servicios básicos, carencia de infraestructura física para el ejercicio de la profesión y escasa o nula posibilidad de ejercer la práctica privada, y que pueden encontrarse en entidades federativas con altos índices de violencia (Heinze Martin et al., 2018). Este tema adquiere relevancia, pues es importante también hacer un mapeo con las y los profesionales de la salud (no sólo con ME) en torno a los conocimientos y actitudes respecto al derecho a la salud no sólo en la Ciudad de México, sino a nivel federal.

Se puede agregar a la discusión que la mayor concentración de los servicios de salud y del personal médico en las ciudades y en algunos estados del país, dificulta lograr la universalización de los servicios de salud en México. El problema es que

no existe una adecuada distribución de personal de salud para atender las necesidades de los sectores más desfavorecidos. La formación de profesionales médicos debe ajustarse a los cambios del contexto nacional, como son, los cambios políticos, la economía, la situación actual del sistema de salud, así como al contexto sociodemográfico y epidemiológico (Fajardo-Dolci et al., 2019).

Pero, sin duda, el actor más importante en el derecho a la salud, tal vez sea el sujeto de derecho, por lo que se insiste en que la justiciabilidad de este derecho se podrá alcanzar cuando las personas puedan exigir al Estado el cumplimiento de sus responsabilidades. Y habría que analizar si la capacitación en materia de Derechos Humanos, con énfasis en los DESC y dentro de ellos, por supuesto el derecho a la salud, deben formar parte en todos los programas de estudio no sólo en la licenciatura de medicina sino en todas las disciplinas, así como en los diferentes niveles académicos (básico, medio superior, superior y posgrados). En caso de existir ya en el diseño curricular, se debe hacer una revisión minuciosa del proceso de formación de los estudiantes dentro de las aulas para garantizar procesos de enseñanza-aprendizaje significativos.

Considerar que en los últimos años los estudiosos de la educación atienden una demanda de las políticas para este sector: trabajar por competencias, resultado de la concepción “eficientista” que comparten políticos nacionales e internacionales. Se aprende para la escuela, pero no para la vida. La idea de preparar para la vida se expresa de manera contradictoria en las políticas educativas: por una parte se declara que los planes de estudio responden a una visión de aprendizaje como un proceso, y por la otra se miden sólo productos a través de los exámenes (Díaz Barriga, 2014).

## Consideraciones finales

Si bien, actualmente hay un gobierno nacional y local que le apuesta al derecho a la salud, se reconoce que la modificación a la Ley de Salud de la Ciudad de México es apenas un parteaguas que tiene que traducirse en reformas de la normativa más concreta, en reglamentos en forma de funcionamiento, así como de implementación y la comprensión de los actores que son sujetos obligados y sobre todo de quienes son sujetos de derecho.

En ese sentido, vale la pena reflexionar sobre la contradicción entre conocimiento y actitud, por un lado, se puede recuperar de esta investigación cualitativa, que el conocimiento que tienen los actores sociales del derecho, está reflejado desde cómo piensan la salud, pues solamente una persona de las que participaron en esta investigación reconoce la salud como una meta capacidad y la mayoría como antónimo de enfermedad y/o necesidad de servicio, incluso se puede apreciar claramente si las actitudes son favorables hacia el derecho o hacia la producción de servicios y del mercado, y el posicionamiento frente al derecho a la salud en una lógica de judicialización y menos de justiciabilidad. Aunque también hay que reconocer que la mayoría de las personas entrevistadas, si bien tienen confusión teórica en cuanto al mismo concepto de salud, tienen una actitud favorable sobre su garantía, pues interpretan a la salud más como derecho que como mercancía.

Se requiere de un mayor activismo en materia de derechos sociales, pues ratificar el PF-PIDESC permitiría alcanzar una perspectiva más amplia de justicia en el país. Por esta razón es necesario exigir al Estado mexicano el cumplimiento de sus responsabilidades para firmar y ratificar los mecanismos internacionales que pueden garantizar la justiciabilidad del derecho a la salud. Esto puede servir como herramienta para los titulares del derecho y para quienes lo defienden, por un lado, y ser una guía para las autoridades en la implementación del derecho, por el otro.

Por supuesto, esta investigación no propone demeritar la importancia de satisfacer el derecho a la protección a la salud. Al contrario, se sostiene que el derecho a la protección de la salud se encuentra anidado en el derecho a la salud y sigue siendo

indispensable exigir al Estado el total cumplimiento de los atributos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, y no restringir su uso a la capacidad de la población para pagar la atención médica. La atención de salud universal, integral, oportuna, gratuita y segura no es caridad, es un derecho que debe ser garantizado.

La propuesta de superar esta dicotomía y exigir que el derecho a la protección de la salud se amplíe hasta convertirse en un verdadero derecho a la salud —que sea claramente exigible y justiciable— puede tener una gran relevancia en el diseño y operación de las políticas públicas en salud del futuro próximo. No obstante, lo más relevante es que las propuestas no queden en simples declaraciones conceptuales, abstractas, que no se acompañan de cambios concretos en las políticas públicas de salud e incluya a todos los sectores gubernamentales responsables de diseñar, operar y evaluar este tipo de políticas. Si esto último no ocurre es posible entonces que los supuestos avances sean menos relevantes para la población que luchar por que se garantice verdaderamente y para todas las personas el derecho a la protección de su salud a través de los servicios médicos. Por eso se espera que la firma del Protocolo Facultativo del PIDESC por parte de nuestro país no demore más.

Es indudable que la reforma de salud basada en el DS puede conducir a mejores resultados en salud y respeto a la dignidad de las personas. Avanzar hacia un ideal social de justicia que busca eliminar disparidades, alcanzar la equidad y promover un vínculo con los titulares de un derecho —y no con pacientes, beneficiarios y, mucho menos, clientes— es un propósito totalmente alcanzable. Pero se requiere que los medios para garantizarlo, sean apropiados desde el punto de vista científico y médico, además de ser de buena calidad, integrales y respetuosos de la dignidad de las personas. Ello requiere no sólo buenos servicios de salud, sino condiciones sanitarias que permitan el cabal florecimiento de la salud en los espacios en donde ésta se produce, como menciona la OG-14.

Tenemos la esperanza de que las reformas de salud que seguramente serán implementadas a escala federal en los siguientes años incorporen también una

visión amplia sobre el derecho a la salud y permitan al país caminar hacia la promoción de la salud entendida en su sentido más amplio; que considere a los recursos aplicados para garantizar los DESC no como pasivos en las finanzas públicas sino como inversiones públicas sociales capaces de lograr el más alto nivel de salud potencialmente alcanzable, entendido como aquella meta-capacidad de los individuos y los colectivos para controlar su proceso vital humano con calidad, autonomía, plenitud, longevidad y dignidad.

Aun cuando existe reglamentación oficial, es indispensable proveer a las instituciones de salud de infraestructura para poder capacitar a los profesionales de la salud en materia de derechos humanos, en donde se les brinde información sobre los principios para su protección, pues de lo contrario se limitará el ejercicio y la materialización del derecho a la salud.

Aunque el gobierno local actual ha iniciado capacitación en derechos humanos desde el 2019, en el momento de realizar este trabajo se observó que este esfuerzo no ha sido suficiente, y que aún existen actores en posiciones clave que no tienen claro el derecho ni reconocen el sentido amplio del derecho a la salud; que no conocen la OG-14; que no conocen el marco jurídico, y que no identifican al sujeto obligado. Es posible que este encuentro sirva como sustento para vigorizar la ruta del gobierno actual hacia el fortalecimiento de la perspectiva de derechos, no únicamente a partir de la modificación a la ley, sino multiplicando los esfuerzos destinados a la capacitación no sólo de los responsables de las políticas de salud, sino de todo el personal de salud y de los propios sujetos de derecho.

No hay duda de que todavía existen grandes desafíos teóricos, prácticos y metodológicos en la búsqueda de articular las funciones de la salud pública y la medicina social en el alcance del pleno derecho a la salud, que reduzca las desigualdades sociales y sanitarias y garantice una mejor salud a todas y todos los mexicanos. Pero los encuentros de este trabajo indican que esta meta es cada vez más clara y factible de alcanzar.



Finalmente, debemos añadir que sólo es posible saber a cabalidad cómo se encuentra el nivel de conocimientos y actitudes sobre el derecho a la salud en la Ciudad de México hasta contar con esta misma información entre el personal que trabaja en sus servicios de salud y los usuarios y familiares atendidos en dichos servicios.

## Referencias

- Ávila Curiel, A. (2023). La construcción social del sistema nacional de salud en México. Editorial Ítaca.
- Banco Mundial. (1993). Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en Salud.
- Belmartino, S. (1992) Políticas de salud. ¿Formulación de una teoría o construcción de un problema a investigar? En: Texeira, S. (org.) Estado y políticas sociales en América Latina, México: FIOCRUZ/UAM-X, págs. 121-156.
- Canetti, E. (1990). A consciência das palavras: ensaios. Editorial Companhia das Letras.
- Carbonell, M., & Ferrer Mac-Gregor, E. (2014). Los derechos sociales y su justiciabilidad directa. Flores Editor y Distribuidor, S.A. de C.V.
- CDESC (2000). Observación General 14.El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra: Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, ONU. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Cortés, J.I, Davis, A. (2020). Derechos Económicos, Sociales y Culturales: la hoja de ruta hacia una vida digna. Amnistía Internacional, España. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/derechos-economicos-sociales-y-culturales-la-hoja-de-ruta-hacia-una-vida-digna/>
- Díaz Barriga, Á. (2014). Construcción de programas de estudio en la perspectiva del enfoque de desarrollo de competencias. Perfiles educativos, 36(143), 142-162. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v36n143/v36n143a9.pdf>
- Díaz Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela- Ruiz., M. (2013, mayo 13). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en Educación Médica, 2(7), 162-67.
- Consejo de Evaluación de la Ciudad de México. (2023). Informe de actividades sobre la evaluación de las políticas públicas y programas de la Ciudad de México 2022-2023." Evalúa CDMX. Disponible en: <https://evalua.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/657/c93/863/657c9386301ec579846774.pdf>.
- Fajardo-Dolci, G. E., Santacruz, J., Lara, E., García, E., Zermeño, A., & Gómez, J. C. (2019). Características generales de la educación médica en México. Una mirada desde las escuelas de medicina. Salud Pública de México, 61(5), 648-656. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v61n5/0036-3634-spm-61-05-648.pdf>
- Ferrajoli, L. (2010). Derechos y garantías: La ley del más débil. Editorial Trotta, S.A.
- Fundación Juan Vives Suriá. (2010). Derechos humanos, historia y conceptos básicos. Fundación Editorial El perro y la rana, Fundación Juan Vives Suriá. Defensoría del Pueblo. Disponible En:

[http://biblioteca.clacso.edu.ar/Venezuela/fundavives/20170102055815/pdf\\_132.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Venezuela/fundavives/20170102055815/pdf_132.pdf)

Gargallo López, B., Pérez Pérez, C., Fernández March, A., & Jiménez Rodríguez, M. Á. (2007, octubre). La evaluación de las actitudes ante el aprendizaje de los estudiantes universitarios. El cuestionario CEVAPU. *Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 8(2), 238-256.

Gastón Morales, G. (2009). Conflictos entre política y derecho: Un análisis de la doctrina de las cuestiones políticas no justiciables y su incompatibilidad con el control judicial de constitucionalidad (Trabajo Final de Grado). Universidad Empresarial Siglo XXI.

González, D.A. (2020). Capacidades en Salud como Bien Jurídico del Derecho a la Salud (Tesis para obtener el grado de Doctora en Ciencias de la Salud Colectiva). Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Granda, E. (2004). "ALAMES: veinte años. Balance y perspectiva de la Medicina social en América Latina". IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social la Salud: un derecho a conquistar. Perú.

Heinze Martin, G., Olmedo Canchola, V. H., Bazán Miranda, G., Bernard Fuentes, N. A., & Guízar Sánchez, D. P. (2018). Los médicos especialistas en México. *Gaceta Médica de México*, 154, 342-351. Disponible en:  
[https://www.anmm.org.mx/GMM/2018/n3/GMM\\_154\\_3\\_342-351.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2018/n3/GMM_154_3_342-351.pdf)

Jarillo, E., & Mendoza, J. M. (2021). Necesidad de profesionales médicos para la universalización de servicios de salud en México. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 23(9), 1-11 Disponible en:  
<https://www.scielo.org.mx/pdf/edsc/v9n23/2007-8064-edsc-9-23-e2377109.pdf>

Juanes, J. (1982). Historia y naturaleza en Marx y el marxismo. En *Marx o la Crítica de la Economía Política como Fundamento*. (pp. 511-556). Universidad Autónoma de Puebla: Biblioteca Francisco Javier Clavijero.

Kosik, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto*. Grijalbo.

López Arellano, O., & López Moreno, S. (Eds.). (2015). *Derecho a la Salud en México* (Primera ed.). Universidad Autónoma Metropolitana.

López Moreno, S., & López Arellano, O. (2019). El derecho a la salud como derecho humano fundamental. In *La Salud y su Atención, Investigación y Experiencias* (Primera ed., pp. 17-41). Universidad Autónoma Metropolitana.

Lugo Garfias, M. E. (2015). *El derecho a la salud*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Manrique Tisnés, H. (2008, diciembre 2). Saber y Conocimiento: una aproximación plural. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 89-100.

Margulis, M. (1980). Reproducción Social de la Vida y Reproducción del Capital. *Revista Nueva Antropología*, IV(14), 47-64. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/159/15901404.pdf>

- Martínez S, C. (2015, octubre 20). El compromiso interpretativo: un aspecto ineludible en la investigación cualitativa. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33(1), S55-S63.
- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril de 1988. Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, E.L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.
- Molina Hernández, M. (2020). Ferrajoli, Luigi, *Constitucionalismo más allá del Estado*, Madrid, Trotta, 2018, 96 pp. *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, 42, 523-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cconst/n42/1405-9193-cconst-42-523.pdf>
- Morales, J. F. (2007). *Psicología social*. McGraw-Hill Interamericana de España.
- Noreña, A. L., Alcaraz Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo Malpica, D. (2022). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-74. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000300006&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000300006&script=sci_abstract&tlng=es)
- ONU-DH Oficina del Alto Comisionado México. (2021). La ONU-DH exhorta al Estado mexicano a ratificar el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ONU-DH. Mayo 13, 2022. Disponible en: <https://hchr.org.mx/comunicados/la-onu-dh-exhorta-al-estado-mexicano-a-ratificar-el-protocolo-facultativo-del-pacto-internacional-de-derechos-economicos-sociales-y-culturales/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019, April 24). *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*. IRIS PAHO. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Troncoso, C. & Amaya, A. (2016). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Fac. Med.*, 65(2), 329-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
- Pick, S., & Poortinga, Y. H. (2005). Marco conceptual y estrategia para el diseño e instrumentación de programas para el desarrollo: una visión científica, política y psicosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 445-459. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80537301.pdf>
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud*. Lugar Editorial.
- Secretaría de Gobernación. (s.f.). *Diario Oficial de la Federación*. DOF - Diario Oficial de la Federación. Retrieved 2024. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx/historia.php#gsc.tab=0>

Tetelboin, C. (1992). Actores sociales para el análisis de políticas públicas. En: Eibenschutz, C. (comp.) Estado y políticas sociales en América Latina, México: FIOCRUZ/UAM-X, 1992, págs. 233-253.

Van Dijk, Teun A. (2005). Ideología y análisis del discurso. Utopía y Praxis Latinoamericana, 10(29), 9-36.

Van Dijk, T. (2016). Discurso y conocimiento: una aproximación sociocognitiva. Ed. Gedisa.

Vargas Jiménez, I. (2012, mayo 4). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. Revista Electrónica Calidad En La Educación, 119-39. Disponible en: <https://doi.org/10.22458/caes.v3i1.436>

Villafáñez Sagardoy, D. (2015, abril 01). Voces críticas con el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, Derecho y Cambio Social. Disponible en: <file:///D:/Descargas/Dialnet-VocesCriticasConElFondoMonetarioInternacionalYEIba-5460347.pdf>

# Anexos

## Guía de entrevista piloto por categorías

GUÍA DE ENTREVISTA PILOTO	
CATEGORÍAS	EJEMPLOS DE PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA
<b>Conocimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Para usted qué es el derecho a la salud?</li> <li>• ¿A qué población se le tiene que garantizar el derecho a la salud en la Ciudad de México?</li> </ul>
<b>Fuente de información (Marco jurídico)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué protocolos o convenciones conoce con respecto a otros países que se hayan firmado con respecto al derecho a la salud?</li> <li>• ¿Qué declaraciones o pactos conoce?</li> <li>• ¿Qué dice la Constitución Política de la Ciudad de México con respecto al derecho a la salud?</li> <li>• ¿Cuál cree que sea la mejor fuente de información para saber acerca del derecho a la salud?</li> <li>• ¿Qué documentos recomendaría revisar acerca del derecho a la salud?</li> </ul>
<b>Experiencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo puede la población ejercer su derecho a la salud?</li> <li>• ¿Usted sabe de algún organismo o de alguna asociación que exija el ejercicio de este derecho?</li> <li>• ¿Alguna vez han acudido con usted como un intermediario para que las personas puedan exigir su derecho a la salud?</li> </ul>
<b>Opiniones y Actitudes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que actualmente el derecho a la salud en la Ciudad de México está garantizado?</li> <li>• ¿Qué se debe de hacer para garantizar el derecho a la salud?</li> <li>• ¿Usted sabe que nuestro país no ha ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales? ¿Conoce usted las razones por las cuales no se ha ratificado? ¿Desde su punto de vista, el Estado debería ratificarlo?</li> </ul>

# Guía de entrevista (final)



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
Unidad Xochimilco

Karina Carrasco Nájera  
Lucero Soledad Rivera Romano  
Maestría en Medicina Social  
Derecho a la Salud en la Ciudad de México

## GUIA DE ENTREVISTA A DIRECTORES JURISDICCIONALES

Agradecemos su tiempo y su espacio, solicitamos su permiso para grabar y aprovechamos para preguntarle si está de acuerdo en que su nombre aparezca o si solo desea que se mencione la fracción parlamentaria a la que representa.

El objetivo de esta entrevista es hacerle preguntas acerca de su experiencia como director (a) jurisdiccional de esta alcaldía en nuestra ciudad. La primera pregunta es relacionada a este aspecto al respecto.

1.- **¿Desde hace que tiempo ocupa este cargo?**

2.- **¿Durante este trayecto que retos ha encontrado para que en su jurisdicción se garantice el derecho a la salud?**

3.- ***¿Usted cree que en las demás alcaldías de la Ciudad de México este Derecho es efectivo?, ¿existe alguna diferencia entre su jurisdicción y las demás? Le suplicamos sustente la afirmativa o negativa***

4.- De esta respuesta que usted nos da, aprovechamos para preguntarle: ***¿Quiénes son o deberían ser sujetos de este Derecho?*** (Si nos dice que todas las personas, pasamos a la pregunta 4, si nos dice que los ciudadanos, profundizamos: ¿Los ciudadanos que han nacido en la ciudad de México? ¿Los ciudadanos que viven en la Ciudad de México? ¿Los que transitan por la ciudad de México? ¿Y todos los servicios o solo accidentes o emergencias?)

5.- Bien, entonces ***¿usted cree que los servicios de salud deberían ser para las personas en general o para aquellos que cumplen con el mérito de la ciudadanía?***

6.- ***¿Cree que el gasto público asignado para el sector salud es el óptimo para satisfacer el Derecho de la población?***

7.- ***¿Hay alguna acción que usted haya hecho y que crea que conduce a un mayor nivel de salud en la población?***

8.- En su experiencia en el cargo, ***¿alguna vez una persona o grupo de personas han venido para exigir su derecho a la salud?***



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
Unidad Xochimilco

Karina Carrasco Nájera  
Lucero Soledad Rivera Romano  
Maestría en Medicina Social

Derecho a la Salud en la Ciudad de México

**9.- ¿Qué acciones concretas deben hacer las personas o como las invitaría para ejercer su Derecho a la Salud?**

10.- Para que las personas puedan exigir su derecho **¿existe alguna ley que lo proteja?**

11.- **¿Usted cree que existan tratados o pactos internacionales que deban firmarse y que tengan que ver con el derecho a la salud?**

12.- Hay quienes creen que el Derecho a la Salud se cumple al satisfacer otros derechos sociales, económicos y culturales. O para usted, **¿El derecho a la Salud se satisface con los servicios de salud? ¿Cree que es demasiado amplio lo que propone la observación general 14 del PIDESC? ¿Cree que eso no se pueda lograr en la ciudad de México? (Si contesta que si se puede) ¿cree que se pueda lograr pronto? ¿Hay que cambiar todo para que se logre?**

(Si conoce la diferencia entre D.S. y D.P.S.) **¿Cree que es demasiado amplio lo que propone la observación general 14 del PIDESC o cree que eso si se pueda lograr en la ciudad de México? (Si contesta que si se puede) ¿cree que se pueda lograr pronto? ¿Hay que cambiar todo para que se logre?**

13.- **¿Qué opina de que la Constitución Política Federal no hable del Derecho a la Salud sino del Derecho a la Protección de la Salud?**

Ahora que, en la Ley de Salud de la Ciudad de México a diferencia de la Carta Magna se habla por primera vez de hacer cumplir el Derecho a la Salud y no el Derecho a la protección de la Salud y entendiendo ahora el primero como la satisfacción de otros derechos y al segundo solo como la prestación de servicios de salud.

14.- **¿Usted considera que eso significa un cambio importante?**

Suponiendo que sean solo los servicios de salud y que se les brinden a todas las personas

15.- **¿existen programas o acciones que mencionen quienes deben ser grupos prioritarios de atención?**

Agradecemos cada una de sus respuestas y solicitamos nos indique si desea que pongamos sus respuestas completas o si desea hacer excepciones.

Para finalizar reiteramos su decisión de poner su nombre o solo su representación.

Nuevamente, Gracias.



# Ejemplo de Acuse de solicitud de entrevista



Ciudad de México a 4 de noviembre de 2022

**Dr. Jorge Alfredo Ochoa Moreno**  
**Director General de los Servicios de Salud Pública en la CDMX**  
Presente

Por este conducto me permito enviarle un cordial saludo y hacer de su conocimiento que, como parte de los proyectos de investigación de la Maestría en Medicina Social que imparte la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana, se lleva a cabo el trabajo "**Derecho a la Salud en la Ciudad de México**" a cargo de las alumnas **Karina Carrasco Nájera** y **Lucero Soledad Rivera Romano**, quienes cursan este programa de posgrado.

Debido a su experiencia y trayectoria en este campo, sería un honor que aceptara concedernos una entrevista. Conociendo la carga de trabajo que tiene, el tiempo para la realización de la misma no sería mayor a 45 min, en el día y horario que usted nos indique. Para la Maestría en Medicina Social sería muy importante su participación para llevar con éxito esta propuesta académica.

Esperando que nuestra solicitud se vea favorecida, me despido reiterándole mi mayor consideración y aprecio.

Atentamente  
Casa abierta al tiempo.

  
**Dr. Sergio López Moreno**

Director de la Tesis y Coordinador de la MMS



SERVICIOS  
DE SALUD PÚBLICA  
DE LA CIUDAD DE MÉXICO

c.c.p. Archivo de la Maestría en Medicina Social. División de Ciencias de la Salud, UAM-Xochimilco

- 4 NOV. 2022

**RECIBIDO**

DIRECCIÓN GENERAL

HORA: 13:00 POR: Elizabeth

Maestría en Medicina Social. Calzada Del Hueso 1100. Edif. Central 2° piso, Col. Villa Quietud,  
Alcaldía de Coyoacán. C.P. 04960, Ciudad de México.

Tel. 5483 7204 y 5483 7118. Email: [mmedsoc@correo.xoc.uam.mx](mailto:mmedsoc@correo.xoc.uam.mx)

## Formato de carta de consentimiento informado



**Carta de consentimiento informado de acuerdo con el punto 6.3.2.10 Modelo de carta de consentimiento informado en materia de investigación de la NOM-012-SSA3-2012., para quienes deseen participar en dicha investigación, la cual se les hará llegar con anticipación.**

**Consentimiento informado de entrevista semiestructurada para participantes.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Título:** *Derecho a la Salud en la Ciudad de México.*

**Investigadoras:** Karina Carrasco Nájera, Lucero Soledad Rivera Romano

**Institución educativa:** Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

**Nombre del participante:**

Introducción:

Se solicita su participación y aceptación a participar en esta investigación con finalidad meramente académica, le pedimos leer con atención cada uno de los siguientes apartados, mediante los cuales hacemos de su conocimiento los datos relevantes. Asimismo, lo exhortamos a aclarar todas sus dudas. Una vez que haya comprendido en su totalidad el procedimiento, lo invitamos a firmar la autorización del mismo.

Esta investigación tiene como objetivo general analizar el nivel de conocimientos y actitudes sobre el Derecho a la Salud que tienen los diferentes actores sociales en el marco de la promulgación de la nueva Ley de Salud de la Ciudad de México.

Para poder cumplir con el objetivo propuesto, en el abordaje cualitativo se utilizará como principal técnica la entrevista, aplicada a informantes clave que participan en el campo de la salud en la Ciudad de México, el instrumento utilizado será una entrevista semiestructurada a cada uno de los participantes, la cual no tiene ningún interés político o económico y los resultados de la discusión final le serán compartidos a los participantes de manera escrita, ya sea impresa de manera física o vía correo electrónico.

Como parte del procedimiento se le solicitará:

- Responder a manera de conversación algunas preguntas que corresponden a una entrevista semiestructurada y que están planteadas bajo una guía de preguntas, con las cuales se recabará información desde su experiencia, percepción y realidad.



Cabe resaltar que cualquiera que sea su respuesta en cualquier pregunta no existe un juicio moral sobre ella.

- Disponer de un tiempo estimado de 40-50 minutos, en el espacio que sea de su agrado y se sienta cómoda (o).
- Que nos permita grabar la conversación en forma de audio o video.
- Poder transcribir algunas de sus respuestas para su análisis.

Los datos se manejarán utilizando su nombre completo, cargo público y su profesión según nos lo permita.

No existe el riesgo de presentar algún tipo de lesión física o psicológica durante la fase de entrevista y después de está.

La participación en esta investigación no implica recibir alguna remuneración económica de ningún tipo, y quien acepte los términos y el procedimiento, lo hará libre y voluntariamente. Sin embargo, tendrá derecho y acceso a la información que se obtenga durante el estudio y como parte de la investigación.

En caso de aceptar los términos y el procedimiento, lo hará libre y voluntariamente, sabiendo que puede retirarse y negarse a seguir participando, en el momento en el que lo desee, aun cuando no sea por indicación del investigador responsable.

Yo, \_\_\_\_\_, manifiesto haber leído y comprendido con claridad la información presentada anteriormente. Asimismo, hago constar que todas mis dudas fueron resueltas satisfactoriamente. Entiendo que la información obtenida de esta investigación podrá ser difundida con fines científicos y académicos. Por todo lo anterior, acepto participar de manera libre y voluntaria en la realización de esta investigación.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador responsable