



**Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales  
Sede Académica de México**

**Maestría de Derechos Humanos y Democracia  
2008-2010**

# **La reparación del daño por violaciones al derecho a la salud**

**Análisis de las recomendaciones emitidas  
por la Comisión de Derechos Humanos  
del Distrito Federal durante 2002 a 2009\***

**Tesis para obtener el grado de maestra en Política Pública  
con Perspectiva de Derechos Humanos**

**Presenta: Araceli Mejía Escobar**

**Directora de tesis: Sandra Serrano,  
profesora investigadora de la  
Flacso sede México**

**México, D. F., junio de 2011**

\* Agradezco a la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal por la beca otorgada para estudiar este posgrado.

# Índice

<b>Introducción</b> .....	13
<b>Capítulo 1. Obligaciones generales del Estado y el deber de reparar violaciones al derecho a la salud.</b> .....	17
1. La responsabilidad y el deber de reparar por violaciones a los derechos humanos .....	19
1.1 La obligación .....	20
1.2 Alcances para el Estado de contraer obligaciones en materia de derechos humanos .....	22
1.2.1 Obligaciones del Estado respecto al derecho humano a la salud .....	23
1.2.1.1 Contenido del artículo 12, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales .....	24
1.2.1.2 Obligaciones legales de un Estado Parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en materia de salud .....	27
1.3 Consecuencias ante el incumplimiento de las obligaciones del Estado .....	32
1.4 Determinación de la responsabilidad por violación de derechos humanos .....	34
1.5 Concreción de la responsabilidad en la forma y medidas de reparación .....	35
2. Marco jurídico de la responsabilidad de reparar el daño en materia de derechos humanos en el Distrito Federal .....	38
3. Reflexiones del capítulo .....	45

<b>Capítulo II. El derecho a la salud y la reparación del daño</b> .....	49
1. Reparación del daño en el derecho humano a la salud .....	51
1.1 Atención a la salud. ....	52
1.2 Reparación económica. ....	56
1.3 Medidas simbólicas .....	58
2. Sentencias vinculatorias para reparar el daño en violaciones al derecho humano a la salud. ....	62
2.1 Sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos .....	62
2.1.1 Masacre Plan de Sánchez vs. Guatemala .....	64
2.1.2 Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS) (Caso Almonacid Arellano y otros vs. Chile) .....	65
2.1.3 Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay .....	67
2.2 Resoluciones del ombudsman del Distrito Federal .....	70
2.2.1 Temáticas de las disposiciones contenidas en las resoluciones emitidas por la CDHDF a la SSDF al respecto de la garantía de no repetición .....	74
2.2.2 Temáticas de las disposiciones contenidas en las resoluciones emitidas por la CDHDF a la SSDF en torno a la reparación del daño .....	77
2.2.3 Reflexiones respecto de las recomendaciones emitidas por la CDHDF a la SSDF .....	80
3. Reflexiones del capítulo .....	81
 <b>Capítulo III. Diagnóstico de las recomendaciones emitidas por la CDHDF en materia de salud y reparación del daño</b> .....	83
1 Emisión, aceptación y cumplimiento .....	89
2. Criterios en materia de reparación .....	90
3. Cumplimiento de las recomendaciones .....	99
3.1 Recomendación 6/2006 .....	99
3.2 Recomendación 10/2006 .....	101
3.3 Recomendación 18/2007 .....	102
3.4 Recomendación 15/2008 .....	103
3.5 Recomendación 19/2008 .....	104
3.6 Recomendación 2/2009 .....	105

3.7 Recomendación 20/2009 .....	107
3.8 Recomendación 21/2009 .....	108
4. Aplicación de estándares internacionales en las recomendaciones de la CDHDF .....	109
5. Propuestas para la CDHDF .....	115
6. Propuestas de reforma en materia de reparación del daño en el Distrito Federal .....	117
6.1 Instrumentalidad jurídica .....	117
7. Reflexiones del capítulo .....	121
Conclusión final .....	125
Bibliografía .....	133

## Índice de diagramas, gráficos y tablas

<b>Diagrama 1.</b>	Consecuencias jurídicas para los Estados que han ratificado un tratado internacional en materia de derechos humanos . . . . .	22
<b>Diagrama 2.</b>	Fundamentos internacionales del derecho a la salud . . . . .	24
<b>Diagrama 3.</b>	Compromisos asumidos en materia de salud en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales . . . . .	26
<b>Diagrama 4.</b>	Sectores considerados como vulnerables y pautas para protegerlos por el artículo 12 del PIDESC . . . . .	27
<b>Diagrama 5.</b>	Compromisos adoptados por los Estados en cuanto al derecho a la salud . . . . .	29
<b>Diagrama 6.</b>	Clasificación de las obligaciones de los Estados en materia de salud según su prioridad . . . . .	30
<b>Diagrama 7.</b>	Elementos para la determinación de la responsabilidad por violación a derechos humanos . . . . .	35
<b>Diagrama 8.</b>	Tipos de daño . . . . .	36
<b>Diagrama 9.</b>	Elementos de la reparación del daño . . . . .	37
<b>Diagrama 10.</b>	Componentes de la reparación del daño en el derecho humano a la salud . . . . .	52
<b>Diagrama 11.</b>	Requisitos para brindar una atención a la salud adecuada . . . . .	54
<b>Diagrama 12.</b>	Clasificación de las medidas simbólicas . . . . .	59
<b>Diagrama 13.</b>	Aspectos a considerar al aplicar medidas simbólicas . . . . .	60
<b>Gráfico 1.</b>	Derechos humanos violados en las recomendaciones dirigidas a la Secretaría de Salud del Distrito Federal (frecuencia) . . . . .	71
<b>Gráfico 2.</b>	Puntos recomendatorios por principio recomendatorio dirigidos a la SSDF, 1994-2010 (frecuencia) . . . . .	72

<b>Gráfico 3.</b>	Puntos recomendatorios concluidos por principio recomendatorio dirigidos a la SSDF, 1994-2010 (frecuencia) . . . . .	73
<b>Gráfico 4.</b>	Puntos recomendatorios sujetos a seguimiento por principio recomendatorio dirigidos a la SSDF, 1994-2010 (frecuencia) . . . . .	74
<b>Gráfico 5.</b>	Temáticas de puntos recomendatorios dirigidos a la SSDF, 1994-2010 (frecuencia) . . . . .	77
<b>Tabla 1.</b>	Recomendaciones emitidas en el tema de salud por la CDHDF . . . . .	86
<b>Tabla 2.</b>	Seguimiento de las recomendaciones emitidas por la CDHDF . . . . .	89
<b>Tabla 3.</b>	Clasificación de la reparación del daño en las recomendaciones emitidas por la CDHDF . . . . .	91
<b>Tabla 4.</b>	Falencias en las recomendaciones emitidas por la CDHDF, con relación a la reparación del daño. . . . .	110

**CAPÍTULO II.**  
**EL DERECHO A LA SALUD**  
**Y LA REPARACIÓN DEL DAÑO**



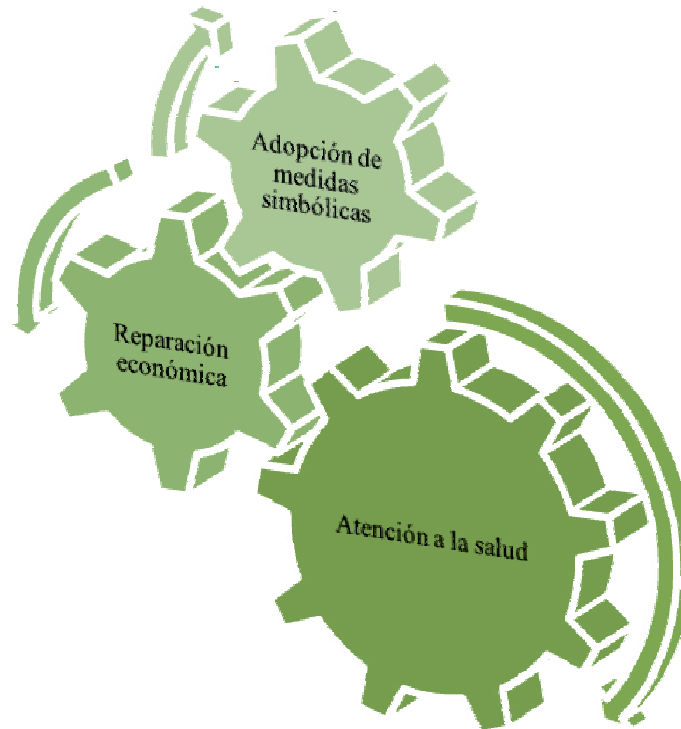
**FLACSO**  
MEXICO



**E**l Estado está obligado a respetar, cumplir y proteger la calidad, accesibilidad, aceptabilidad y disponibilidad de los servicios de salud. Al no ejecutar sus obligaciones al respecto, tiene la obligación de reparar el daño causado por la violación perpetrada. Ya se ha mencionado la inminencia de llevar a cabo la reparación del daño causado, pero ¿qué criterios deben seguirse para determinarla? A continuación se desarrollará una propuesta la luz de los criterios dictados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH).

## **1. Reparación del daño en el derecho humano a la salud**

“La reparación se deberá dirigir a los efectos inmediatos de la violación, en la medida en que se hallen jurídicamente tutelados [...]. La naturaleza y las características de la violación determinan las de la reparación, que [...] comprende las diferentes formas como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido; aquélla comprende diversos ‘modos específicos’ de reparar, que varían según la lesión producida” (García, 336-337). Por ello, entre las formas de reparación del daño se encuentran la atención a la salud, la reparación económica y la adopción de medidas simbólicas.

**Diagrama 10.** Componentes de la reparación del daño en el derecho humano a la salud

**Fuente:** Elaboración propia con información de Beristain (2008).

### *1.1 Atención a la salud*

La atención a la salud forma parte de las medidas de rehabilitación de las víctimas y tienen como objetivo primordial ayudar a superar las enfermedades, los efectos en la salud, el deterioro en las condiciones de vida, la tensión y el estrés causado por las violaciones.

La atención a la salud es de gran importancia. Ello se puede verificar en las sentencias emitidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), las cuales han beneficiado a casi un tercio de las víctimas, la mayoría por violaciones al derecho a la vida y a la integridad personal. Estas medidas se dan a través de dos formas principales:

1. Seguros médicos o integración a los servicios de salud públicos y, en algunas ocasiones, la atención puede brindarse a través de organismos no gubernamentales (ONG) o de servicios especializados o privados, y

2. Compensaciones económicas para pagar la atención en salud. Los montos se pueden estipular en las necesidades de salud y el reembolso de los gastos médicos cuando se tiene los comprobantes de los gastos (Beristain, 2008: 231-245).

La atención a la salud incluye el reembolso de gastos médicos o, en su caso, que el Estado se encargue de ésta. Para determinar la forma de reparación del daño, se toman los siguientes criterios:

- a) Monto estipulado o presumible;
- b) Grado de confianza de las víctimas hacia el sistema de salud;
- c) Preparación del Estado en servicios médicos, y
- d) Las características propias de cada caso, ya sea individual o colectivo.

Cuando un Estado es obligado a brindar atención a la salud (mediante una sentencia de alguno de los organismos competentes en materia de derechos humanos) se encuentra en muchas ocasiones ante diversos obstáculos para su cumplimiento, por ejemplo la falta de servicios públicos; actividades fragmentadas en lugar de programas orgánicos; la desinformación de los prestadores de servicios; demora en el cumplimiento; la falta de provisiones farmacológicas, entre otros aspectos. Sin embargo, el Estado no puede alegar dicha dificultad para incumplir ya que, como se ha mencionado, caería en responsabilidad internacional. Por el contrario, el Estado debe, en todo caso, implementar sistemas subsidiarios en la atención a las medidas y el desarrollo de políticas públicas en materia de salud, las cuales contemplan su cumplimiento (Beristain, 2008: 235-242).

Por lo anterior y retomando lo planteado en el capítulo anterior, para considerar que en verdad ha habido una efectiva reparación del daño al brindarse la atención a la salud adecuada, se enfatiza que las medidas implementadas deben cumplir con los supuestos representados en el siguiente diagrama:

**Diagrama 11.** Requisitos para brindar una atención a la salud adecuada



**Fuente:** Elaboración propia con base en información de Beristain (2008).

Paralelo a los supuestos anteriores, el Estado debe realizar una reparación del daño pronta y en beneficio de la víctima. De acuerdo con Beristain (2008: 255-261) los aspectos de la gestión que se tienen que implementar o mejorar para dar cumplimiento con la prontitud, son:

- a) *Adecuar el o los planes de atención* o, en su caso, integrar a las víctimas en alguno o algunos preexistentes que otorguen la cobertura, prestaciones y dotación necesaria. En cuanto a reparaciones individuales, las gestiones son directas pues, se trata de un individuo, pero en colectividades es necesario realizar un programa estructural para atender dicha reparación.
- b) *Presupuesto básico para estas acciones.* Debe haber una cantidad especial de los recursos asignados para atender este tipo de medidas y no sólo voluntad política como se ha venido desarrollando.

- c) *Un buen sistema de acceso al servicio de salud integral.* Retomando el supuesto de especialidad del diagrama 11, los gobiernos deben dotar a las víctimas de un estatus especial para que reciban la atención, sin necesidad de hacer un gran número de diligencias.
- d) *Marco normativo y gestión.* Éste debe ser claro y específico para que la atención se brinde mientras sea necesario.

Uno de los aspectos más importantes al brindar los servicios de atención a la salud, como ya se señaló anteriormente, es la de otorgarlos tomando en cuenta las diferencias culturales que pudiesen existir ya que en numerosas ocasiones se atienden a comunidades étnicas o grupos vulnerables que se encuentran dispersos de la sociedad. Por ello, el Estado debe tratar de lograr cuatro directrices principales:

- a) *Situación social local unida;* esto es, involucrar a la víctima y a los actores locales con el fin de cohesionarlos;
- b) *Participación de la comunidad;* es decir, se debe promover los programas entre la colectividad con el fin de involucrarlos y lograr empatía;
- c) *Continuidad en la atención;* debe ser duradera, de acuerdo a la naturaleza de cada caso;
- d) *Vinculación de culturas;* deben relacionarse la forma de vida de la comunidad a la que la víctima pertenece y las formas en que el Estado acostumbra brindar sus servicios, por ejemplo, la aplicación de medicina occidental y la cultura del lugar;
- e) *Elaboración de un sistema de registro, información y evaluación;* es decir, deberán elaborarse bases de datos que permitan sistematizar datos de forma integral y;
- f) *Promoción para la prevención;* aquí se comprende la disminución de riesgos (prevención primaria), la promoción de salud y el diagnóstico precoz de problemas (prevención secundaria) y la atención en casos de enfermedad y prevención de discapacidades (prevención terciaria), además de actividades de carácter clínico (atención), de salud pública (saneamiento) y educación para la salud (Beristain, 2008: 270-272).

## 1.2 Reparación económica

“La Corte Interamericana ha puntualizado que la *restitutio in integrum* es un modo de reparar, pero no el único, precisamente porque en numerosos casos deviene, ella misma, impracticable” (García, 337).

Entre las formas de reparación del daño encontramos la *económica*, la cual consiste en indemnización por daños materiales e inmateriales sufridos por violaciones a derechos humanos, sin que ésta pueda resarcir por completo el daño o pérdida: “la indemnización compensa con un bien útil, universalmente apreciado –el dinero–, la pérdida o el menoscabo de un bien diferente, que no es posible reponer conforme a su propia naturaleza” (García, 338). De ahí que, como afirma Beristain (2008), a pesar del incremento de peticiones de indemnización, éstas no sean el tema principal en las demandas atendidas por la Corte IDH (Beristain, 2008:156-157). Por lo tanto, la reparación económica sólo adquiere sentido en conjunto con las otras reparaciones.

Como se analizó en el primer capítulo, existen varios tipos de daño: 1) el físico; 2) el moral que refiere al impacto psicosocial de la violación, y 3) el material, que se subdivide en daño emergente y lucro cesante, entendidos como las pérdidas económicas y las ganancias que se han dejado de percibir a partir de la violación.

La reparación económica es el resarcimiento en dinero del daño causado; sin embargo valdría la pena preguntarnos cómo se fija el monto. No existe un acuerdo específico para el establecimiento del monto de la reparación económica, sin embargo, el juzgador debe basarse especialmente en el principio de equidad. La Corte IDH ha logrado establecer algunos criterios para determinar la reparación económica: ésta debe tener como guía la *justa indemnización*, es decir, debe proveerse en “términos suficientemente amplios para compensar, en la medida de lo posible, la pérdida sufrida”. Destacando que su naturaleza es compensatoria y no punitiva (García, 338). Por ello, es conveniente analizar los criterios que la Corte IDH establece para fijar el monto de la reparación económica:

- a) *Nivel de prueba exigido*. La Corte solicita pruebas para determinar el daño.
- b) *Homogeneidad de criterios*. Puede causar una incoherencia por el valor global de los casos colectivos o en las acumulaciones de los casos. Es conveniente determinar, según la violación sufrida o de forma individual. En la violación a la vida la Corte mantiene el rango de daño moral, entre 70 y 100 mil dólares.

- c) *Cambios en las fórmulas para determinar algunos montos.* Antes se utilizaba los años de vida, el monto presumible de gastos y lo que se ha dejado de ganar, para calcular el lucro cesante, además de otras fórmulas. Sin embargo, resultaba poco equitativo el cálculo, por lo que se ha tendido a criterios de equidad.
- d) *Criterio de equidad.* Debe haber una congruencia entre la violación y la reparación asignada, teniendo en cuenta el caos y las víctimas, los factores para este criterio son cuatro: el número de víctimas e indemnización total; el grado en que la reparación económica ayuda a reconstruir la vida de la víctima, de la familia o la comunidad; las diferencias entre los casos y algunas otras razones.

En este sentido, Beristain (2008) hace algunas críticas a estos criterios en razón de que no delimitan de forma exacta el actuar del juzgador. Establece el monto de la reparación económica, ocasionando que existan reparaciones diferentes para casos similares, con montos muy diversos, mismos que, comparados, pueden llegar a constituir agravios u ofensas para las víctimas.

Asimismo, otras de las críticas hechas por Beristain es la duda acerca de a quién se le dará la reparación económica; a ello se le agrega factores de contexto como la capacidad económica del Estado y la actitud del Estado frente a la Corte. Del mismo modo, no se toman en cuenta las dificultades para hacer efectiva la reparación económica debido, principalmente, a dos aspectos, *el primero*, referente a los problemas presupuestarios y al fraccionamiento de pagos, toda vez que no existe una partida específica para ello en el presupuesto de egresos, o bien, el pago corresponde a diversos órganos del Estado; y *el segundo*, relativo a los procedimientos burocráticos complejos (Beristain, 2008:180-212).

De este modo, se proponen dos formas para hacer efectiva la reparación económica: *la primera* mediante una indemnización de un único pago (es la más predominante); y *la segunda* consiste en una pensión durante un número de años o vitalicia. Evidentemente, la forma como se dé, dependerá de qué es mejor para las personas para que puedan reintegrarse a la sociedad (Beristain, 2008:188-189).

Como ya se mencionó, el impacto positivo de la reparación económica se encuentra subordinado a que se acompañe de otras medidas, como son:

- Mejorar las condiciones de vida y de mayor seguridad para el futuro,
- Solucionar los problemas graves de salud,
- El reconocimiento de la responsabilidad del Estado,

- Reconstruir el proyecto de vida afectado por violaciones,
- El deber de investigación, persecución y enjuiciamiento de quienes incurren en violación de los derechos humanos, e
- Incluso, se deben identificar las situaciones de riesgo, que pudieran provocar efectos negativos debido a que el beneficiario de la reparación económica pudiera ser una persona con escasas capacidades de gestión, situación de pobreza y de estructuración, o proviniese de una familia con fuertes conflictos y escasa cohesión, entre otros aspectos (Beristain, 2008: 198-200).

Cabe señalar que al igual que en la atención a la salud, al darse la reparación económica deben tomarse en cuenta las diferencias culturales existentes con la población y el impacto en los procesos colectivos.

### *1.3 Medidas simbólicas*

Las medidas simbólicas (en adelante MS) son formas de reparación que rescatan el recuerdo y memoria de las víctimas de las violaciones a derechos humanos. Reconocen la dignidad de las personas y expresan una sanción moral hacia los perpetradores.

Toda reparación tiene un componente simbólico. Socialmente constituyen el testimonio de los hechos, la sanción moral a responsables y la relevancia de la prevención. “Las medidas simbólicas de reparación no [...] [son] un fenómeno exclusivamente económico o material, sino [...] un conjunto de medidas que tienden a modificar el imaginario político y social en el que se tienen que insertar las víctimas” (Gómez, 53).

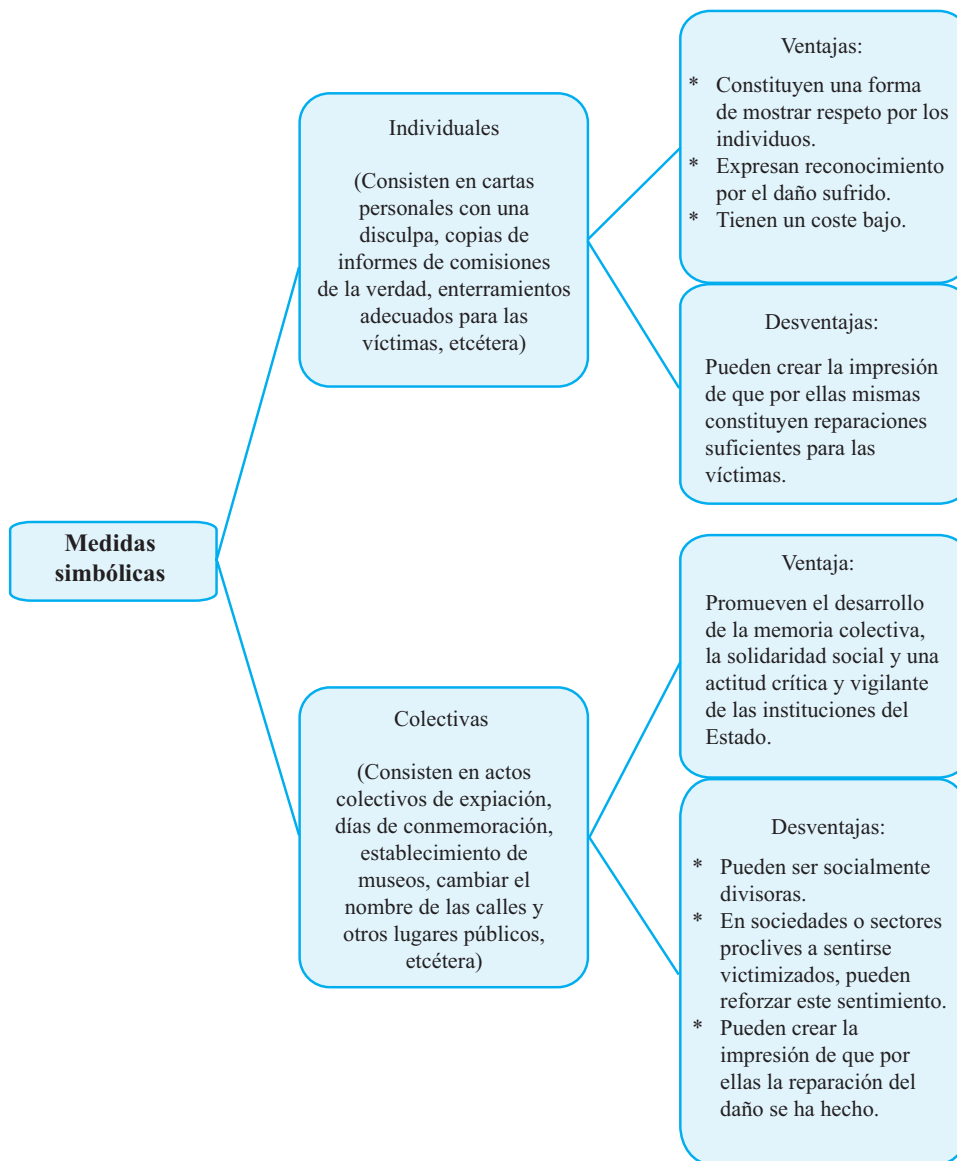
“Se centran en el conocimiento de los hechos, el reconocimiento de su importancia y de las víctimas” (Beristain, 2008), se pueden materializar en placas de conmemoración, nombres de calles, escuelas, monumentos, entre otras. Son efectivas cuando responden al sentir de los sobrevivientes y son culturalmente relevantes y, por el contrario, carecen de relevancia cuando no tiene sentido personal ni colectivo. Pueden ser un buen medio de educación sobre los sucesos ocurridos, por ello, para que no tengan un carácter momentáneo, dichas medidas deberán estar dentro de un proceso amplio y dentro de las políticas públicas de cada Estado (Beristain, 2008: 115-123).

En este orden de ideas, las medidas simbólicas podrían clasificarse de diversas maneras. Una primera clasificación que retomo para el estudio que nos compete, es la planteada por Beristain (2008:124-126) en razón de las consecuencias que podrían tener, esto es:



positivas y negativas. Las *positivas* se refieren a la movilización de la solidaridad y las *negativas* a la reactivación de memorias traumáticas. Otra categorización es de acuerdo con el tiempo para el que son concebidas realizarse, armonizándose con la apropiación que la colectividad haga de ellas; de esta manera son a corto, mediano y largo plazo. Una última clasificación es aquella que se hace con base en el número de personas a las que la acción de la medida afecta. De manera gráfica se pueden apreciar en el siguiente diagrama:

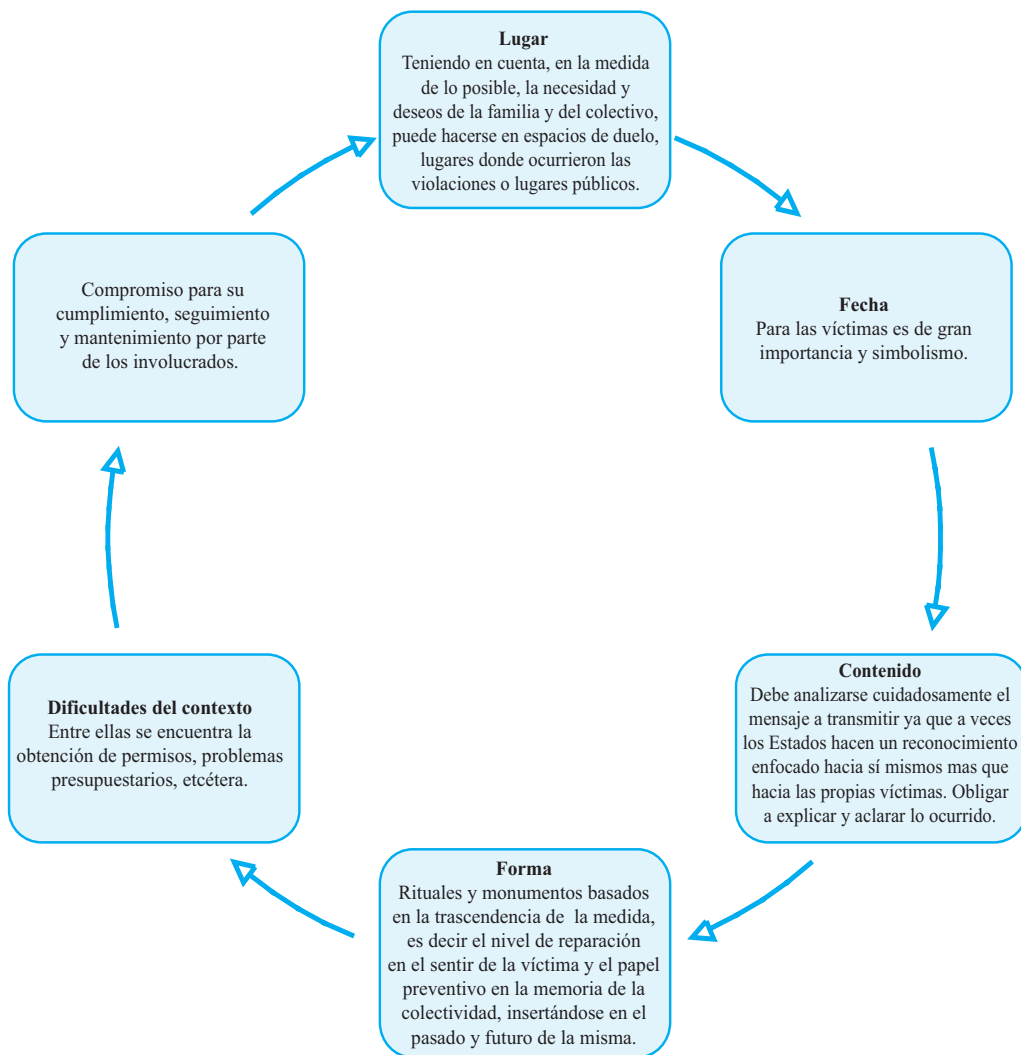
**Diagrama 12.** Clasificación de las medidas simbólicas



**Fuente:** Elaboración propia con base en información de Beristain (2008).

La aplicación de medidas simbólicas, pueden resultar más fáciles de cumplir por el Estado, en gran parte porque en muchas ocasiones no se necesita de grandes recursos económicos, incluso, muchas de ellas son pactadas de forma amistosa. En este sentido, debe tomar en cuenta:

**Diagrama 13.** Aspectos a considerar al aplicar medidas simbólicas



**Fuente:** Elaboración propia con base en información de Beristain (2008).

La aplicación incorrecta de las medidas simbólicas puede llevar a intentos de diferentes partes para hacer su voluntad y a la manipulación de las víctimas, sus familias y la opinión pública; inclusive, podrían llegar a convertirse en puntos de conflicto entre las víctimas y el Estado, ante el choque de posturas opuestas de los involucrados.

Para obtener resultados positivos de estas medidas y no llegar a una nueva confrontación entre el Estado y las víctimas pueden tomarse en consideración los siguientes aspectos al intentar implementar una medida simbólica:

1. *Evaluar el objetivo de la medida simbólica.* Debe de ser aceptada por representantes, víctimas y el Estado.
2. *Tener en cuenta su papel en el contexto político y local.* El contexto debe ser favorable para la MS, ésta tiene que ser una demanda social y de las instituciones del Estado, además el seguimiento debe ser posible.
3. *Valorar la relación entre sentido específico e inclusión social.* Las medidas deben estar centradas en la memoria de las víctimas y también, en lo posible, identificarse con otras situaciones.
4. *Tomar en cuenta la necesidad de adecuación cultural.* En las medidas simbólicas se debe respetar la cosmovisión, el idioma, el lenguaje y las tradiciones de los grupos destinatarios.
5. *Necesidad de preguntar y escuchar.* Diálogo con las víctimas y sus familias antes del acuerdo o la sentencia.
6. *Dar tiempo, explorar alternativas y tener creatividad.* El sentido de la medida debe estar sujeto al proceso personal o colectivo.
7. *Conseguir aliados.* Tener acuerdos, relación y compromisos con otros grupos e instituciones para hacer más viable la medida simbólica.
8. *Considerar la participación y aspectos prácticos.* Contenido, lugar, recursos para el mantenimiento de las medidas simbólicas y, por parte de la Corte, la valoración precisa de la demanda y criterios más claros e incluir a las víctimas en el proceso, ya que, en ocasiones, debido a la falta de los aspectos prácticos, las medidas no se hacen realidad (Beristain, 2008: 148-152).

Entre los ejemplos de sentencias emitidas por la Corte IDH en las que se ordena la reparación del daño de salud a las víctimas, atendiendo las diversas formas de reparación del daño anteriormente expuestas, podemos encontrar los casos de la Masacre Plan de Sánchez vs. Guatemala (sentencia de 19 de noviembre de 2004), el de Almonacid Arellano y otros vs. Chile (sentencia de 26 de septiembre de 2005) y Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay (sentencia de 4 de septiembre de 2010).

## **2. Sentencias vinculatorias emitidas para reparar el daño en violaciones al derecho humano a la salud**

### *2.1 Sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*

El derecho a la salud en el Sistema Americano se fundamenta en el artículo 4.1.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos; sin embargo, para una mayor oportunidad de exigibilidad judicial de los derechos económicos, sociales y culturales, se puede encontrar en el Protocolo de San Salvador, específicamente en su artículo 10. Éste instrumento incorpora, expresamente, una lista de derechos socioeconómicos detallados, los cuales se consagran en su capítulo II que abarca de los de los artículos 3 al 25.

En ese sentido, las sentencias de la Corte IDH, en vez de reconocer de forma individual los derechos a la salud, educación o vivienda adecuada, a la luz de la Convención, ha adoptado un enfoque más amplio, subsumiendo estos derechos como básicos, los cuales son necesarios para el desarrollo de una vida digna, en el concepto, ampliamente definido, del *derecho a la vida* y, más específicamente, en el *derecho a alentar un proyecto de vida*.

Por ello, aspectos esenciales de los derechos a la salud, educación, recreación, salubridad, cultura, alimentación, agua potable y vivienda adecuada han sido, tratados bajo los artículos 4 y 5 de la Convención, protegiendo los derechos a la vida y a la integridad personal, respectivamente.

De acuerdo con la Corte IDH, el derecho a la vida, frente al cual “no son admisibles enfoques restrictivos”, incluye “el derecho a que no se impida el acceso a las condiciones que garanticen una existencia digna”. El rol especial de la educación y la salud en asegurar el derecho a una vida digna fue resaltado aún más en una opinión consultiva de 2001 acerca de los derechos del niño, en la que la Corte afirmó que, el derecho a la vida contenido en el artículo 4 de la Convención incluye “la obligación de proveer de medidas necesarias para que la vida revista condiciones dignas”, subrayando que “la educación y el cuidado de la salud de los niños constituyen los pilares fundamentales para garantizar el disfrute de una vida digna por parte de los niños” (Melish, 2005:197).

El foco de los derechos a la educación y al cuidado médico, como atributos esenciales del derecho a la vida o del derecho a un “proyecto de vida” fueron arraigados aún más en la jurisprudencia de la Corte en 2004 en el Caso de Panchito López vs. Paraguay (2 de marzo de 2004). Este caso involucró a una institución de detención para menores en Para-

guay caracterizada por condiciones extremadamente inadecuadas, incluyendo la sobrepoblación, la carencia de condiciones higiénicas básicas, malnutrición, carencia de atención médica, psicológica y dental básica, serias deficiencias educativas, carencia de actividades recreativas, insuficiente cantidad de camas y mantas, carencia de infraestructura adecuada y guardias inadecuadamente entrenados (Melish, 2005:197-198).

La Corte IDH concluyó que, debido al incumplimiento del Estado en tomar medidas que sean suficientemente positivas y que eran necesarias para garantizar condiciones *dignas de vida* a los detenidos, así como su incumplimiento en tomar las medidas preventivas adecuadas ante situaciones de emergencia, el Estado estaba vulnerando los derechos a la vida y a la integridad personal de todos los internos. Así, el Estado violaba el artículo 4 de la Convención al no proveer siquiera “la atención de salud adecuada que se exige para toda persona privada de libertad”, y mucho menos “la supervisión médica regular que asegure a los niños un desarrollo normal, esencial para su futuro”. Igualmente, al no ofrecer a los niños detenidos acceso a una adecuada educación, con suficientes maestros y recursos. Esta obligación, de acuerdo con la Corte IDH, deriva tanto de la *correcta interpretación* del derecho a la vida como del artículo 13 del Protocolo de San Salvador (Melish, 2005:198).

La jurisprudencia del *proyecto de vida* de la Corte IDH ha sido extendida más allá del contexto de situaciones donde se priva de la libertad a las persona, sino también a poblaciones extraordinariamente vulnerables, sin acceso a bienes básicos de subsistencia, más que del Estado, por ejemplo, el Caso *Yakye Axxa vs. Paraguay* (17 de junio de 2005) involucraba a una comunidad indígena viviendo en una situación de terrible desnutrición y empobrecimiento al lado de la carretera luego de haber sido desalojados de su territorio ancestral.

La carencia de acceso de la comunidad a su territorio la ha mantenido en un estado de vulnerabilidad alimenticia, médica y sanitaria la cual continuamente amenaza la supervivencia de sus miembros. La Corte IDH encontró que el Estado estaba violando el derecho de las personas a la vida, bajo el artículo 4 de la Convención, “por no adoptar medidas frente a las condiciones que afectaron sus posibilidades de tener una vida digna”.

Una vida digna, afirma la Corte, requiere de la protección de los derechos a la salud, alimentación, agua potable, educación y cultura, en particular, la Corte IDH enfatizó que “las afectaciones especiales del derecho a la salud, e íntimamente vinculadas con él, las del derecho a la alimentación y el acceso al agua limpia impactan de manera aguda el derecho a una existencia digna y las condiciones básicas para el ejercicio de otros derechos

humanos, como el derecho a la educación o el derecho a la identidad cultural” (Melish, 2005: 199).

Por ende, la Corte ha convertido al derecho a la vida –y, en particular, el derecho a una vida digna o un proyecto de vida– la palanca central a ser proyectada sobre una variedad de derechos económicos, sociales y culturales en el Sistema Interamericano.

A continuación se profundizará más en algunas sentencias particulares y la forma de reparar el daño en materia de salud.

### 2.1.1 MASACRE PLAN DE SÁNCHEZ *VS.* GUATEMALA

En el caso Masacre Plan de Sánchez *vs.* Guatemala, presentado ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se alegó la “denegación de justicia y otros actos de intimidación y discriminación que afectaron los derechos a la integridad personal, a la libertad de creencia y religión y a la propiedad privada de los sobrevivientes y familiares de las víctimas de la masacre de 268 personas [...], en su mayoría miembros del pueblo indígena maya en la aldea Plan de Sánchez, municipio de Rabinal, departamento de Baja Verapaz, ejecutada por miembros del Ejército de Guatemala y colaboradores civiles, bajo tutela del ejército, el día domingo 18 de julio de 1982”.

Cobra especial importancia esta sentencia debido a que la Corte consideró que “Las mujeres que fueron objeto de violencia sexual por parte de agentes del Estado el día de la masacre y que sobrevivieron a la misma, continúan padeciendo sufrimientos por dicha agresión. La violación sexual de las mujeres fue una práctica del Estado, ejecutada en el contexto de las masacres, dirigida a destruir la dignidad de la mujer a nivel cultural, social, familiar e individual. Estas mujeres se perciben como estigmatizadas en sus comunidades y han sufrido por la presencia de los victimarios en las áreas comunes del municipio. Además, la impunidad en la que permanecen estos hechos ha impedido que las mujeres participen en los procesos de justicia”.

En consecuencia, al establecer los mecanismos de reparación, la Corte incluyó el requisito de que el Estado ofreciera atención médica y psicológica a los sobrevivientes, con el objetivo de reducir su sufrimiento. Sin embargo, a pesar de sus pronunciamientos sobre el sufrimiento personal soportado por las mujeres que sobrevivieron, al calcular los daños materiales y morales que se concederían a los beneficiarios de las reparaciones, la Corte decidió no hacer distinciones y concedió a todas la misma cantidad indemnizatoria.

De la sentencia podemos destacar lo siguiente:

- Adaptación de criterios a la realidad social.
- El Estado contaba con problemas estructurales y hubo la necesidad de diseñar un programa siguiendo los criterios habituales de planificación sanitaria.
- Falta de protocolos y normas de actuación que orienten los esfuerzos en la atención.
- Desconfianza en el Estado.
- Desconfianza en las ONG y no formación de personal de salud local en violaciones a los derechos humanos.
- Falta de información y registro de los problemas de salud.
- Inserción de programa en otras comunidades cercanas.

Finalmente, se condena al Estado a una reparación del daño, entre otros asuntos, mediante una justa indemnización o compensación pecuniaria, misma que sería entregada a cada beneficiario(a) en su calidad de víctima sobreviviente de la masacre y se agregó que en caso de que alguna víctima hubiera fallecido, lo que le hubiere correspondido se daría conforme a las reglas de derecho sucesorio interno.

En cuanto a la aplicación de medidas simbólicas se dictaminó que el Estado debe honrar públicamente la memoria de las personas ejecutadas en la Masacre Plan de Sánchez. Además, se exigió al Estado adoptar las medidas de carácter positivo necesarias para asegurar que no se repitan hechos lesivos como los ocurridos.

En cuanto a la reparación del daño en relación a la salud se condena en la sentencia al Estado a “brindar gratuitamente, a través de sus instituciones de salud especializadas, el tratamiento médico que requieran las víctimas incluyendo los medicamentos que puedan ser necesarios. Asimismo, el Estado debe crear un programa especializado de tratamiento psicológico y psiquiátrico, el cual también debe ser brindado en forma gratuita [...] el establecimiento de un centro de salud en la aldea Plan de Sánchez con personal capacitado”.

### 2.1.2 PROGRAMA DE REPARACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (PRAIS) (CASO ALMONACID ARELLANO Y OTROS *VS.* CHILE)

El plan fue puesto en marcha en 1993 para la atención en salud a las víctimas de la dictadura en Chile; tiene al momento 200 mil beneficiarios, cuenta con un sistema de acre-

ditación para ser favorecido, está coordinado con ONG (incluso en sus registros), abarca a la nación, empezó por dar atención en salud mental y ha llegado a la salud física. Los profesionales encargados del programa tienen un nivel alto pues trabajaban en las ONG que se encargaban de las víctimas antes del plan.

Entonces, ¿por qué tomar como referente en materia de estándares internacionales, la sentencia de la Corte Interamericana del Caso Almonacid y Otros vs. Chile? en particular, para el análisis que concierne se retoman los criterios de atención en salud del Programa de Reparación Integral de Salud (PRAIS) para las víctimas de violaciones de derechos humanos en Chile. El Programa es amplio, se dirige a un grupo numeroso de víctimas de la dictadura, si bien aborda reparaciones de carácter general, es el más desarrollado en su tipo en América Latina. Hecho que evidencia que sí es posible establecer este tipo de medidas, incluso para poblaciones más extensas.

El PRAIS fue asumido por el Ministerio de Salud de Chile, para proporcionar atención gratuita de salud mental a las víctimas de violaciones de derechos en el periodo de la dictadura. El Programa atiende a un número significativo de la población como beneficiarias; entre ellas, las personas víctimas de tortura y los familiares de las personas asesinadas y desaparecidas.

Podemos enunciar las características del programa:

- *Amplitud en la cobertura*, pues da acceso a 200,000 personas;
- *Trato diferencial como beneficiario(a)* (esto representa una reparación simbólica);
- *Profesionales con experiencia*. Esto ha dado confianza a las víctimas y hay un sistema que integra nuevos profesionales;
- *Sistema de acceso claro*. Las víctimas, la sociedad y los profesionales tienen conocimiento amplio sobre el programa;
- *Componente ético*. Los profesionales dan a las personas lo que ellas necesitan de manera ética y con enfoque en derechos humanos, y no sólo lo que aprendieron en la escuela;
- *Cobertura de los problemas de salud*. Atención a enfermedades, sean o no secuelas de la violación, ayudando a mejorar su vida y el Estado asume su responsabilidad, y
- *Continuidad en atención psicológica*. Dicha atención no es por tiempo determinado, ya que los problemas pueden regresar.



Entre los problemas del programa se encuentran:

- *La amplitud del programa*; falta completar algunos equipos y destinar más recursos;
- *La gestión y acceso*; la espera para la atención de algunos profesionales es larga y en algunos casos el acceso geográfico es difícil;
- *La formación de profesionales y equipos*; la salida de profesionales causa abandono de tratamiento y desconfianza en los que se hacen cargo;
- *Los problemas con listas de espera*, tanto en atención básica como en atención secundaria de ciertas especialidades, y
- *La participación de los beneficiarios*; se necesita una posición más activa de los beneficiarios.

Además de estas resoluciones internacionales en el plano nacional y específicamente en el local encontramos las emitidas por la CDHDF en materia de salud.

### 2.1.3 CASO COMUNIDAD INDÍGENA XÁKMOK KÁSEK *VS.* PARAGUAY

En este caso la Corte IDH sancionó a Paraguay por violaciones resultantes de la pobreza extrema y la falta de atención a la salud. Las reparaciones en materia de salud son extensas e integrales (incluyen dotación de alimento, agua, medicamentos, etcétera).

Desde 1990, la comunidad Xákmok Kásek ha reclamado su derecho a vivir en su territorio tradicional. Indígenas de la comunidad Xákmok Kásek que habitan el Chaco Paraguayo, se organizarán con otros, de las comunidades Yakye Axa y Sawhoyamaya, para exigir al Estado el cumplimiento inmediato de las sentencias favorables a sus intereses emitidas por la Corte IDH de la Organización de Estados Americanos (OEA).

La Corte emitió recientemente una sentencia condenando al Estado paraguayo por violar los derechos de la comunidad indígena Xákmok Kásek en lo que se refiere a la propiedad colectiva, a la vida, a la integridad personal y a los derechos del niño.

El fallo también señala que el Estado violó la protección judicial, las garantías judiciales y a la persona jurídica, incumpliendo además el deber de no discriminar a los integrantes de la comunidad Xákmok Kásek. Cabe señalar que Paraguay es el único país bajo la jurisdicción de la Corte IDH que ha sido condenado tres veces por violación de derechos de los pueblos indígenas.

En 2005 y 2006, dicha instancia emitió sentencias a favor de las comunidades indígenas Yakye Axa y Sawhoyamaxa respectivamente estableciendo que el Estado deberá devolver sus tierras a estas comunidades.

Pese a que las órdenes de la Corte IDH tienen carácter vinculante, el cumplimiento en relación con estos dos casos, hasta ahora ha sido ínfimo.

“Desde hace cinco años el Estado no cumple con las resoluciones de la Corte por lo que los miembros de las tres comunidades -Xákmok Kásek, Yakye Axa y Sawhoyamaxa-, son conscientes que únicamente organizándose conjuntamente podrán tener algún peso para exigir el cumplimiento inmediato de las sentencias”.

Desde 1990, la comunidad Xákmok Kásek ha reclamado al Estado su derecho a vivir en su territorio tradicional. Tras 20 años de infructuosos trámites internos en el país, la comunidad se vio obligada a elevar su reclamo ante los organismos internacionales de derechos humanos.

#### *a) Devolución de las tierras*

Los indígenas reclaman al Estado paraguayo no haber garantizado el derecho de propiedad ancestral. Según la sentencia de la Corte, Paraguay deberá devolver, antes de finales de 2013, las 10,700 hectáreas de tierra reivindicadas por la comunidad Xákmok Kásek.

Las tierras, parte del territorio tradicional del pueblo Sanapaná –una de cuyas comunidades es Xákmok Kásek–, están actualmente tituladas a nombre del ganadero Roberto Eaton, poseedor de unas 7,000 hectáreas de las tierras. Las 3,000 hectáreas restantes están en posesión de la cooperativa menonita “Chortizert”.

En caso que el Estado no devuelva sus tierras a Xákmok Kásek en el plazo establecido, deberá abonar a los indígenas 10,000 dólares por cada mes de atraso en el cumplimiento de este punto de la sentencia.

La Corte IDH también obliga al Estado paraguayo a proteger inmediatamente las tierras reclamadas para evitar actos de deforestación y no destruir los lugares importantes de la comunidad.

Igualmente, deberá reconocer públicamente su responsabilidad en los hechos de violación de los derechos indígenas probados durante el proceso de investigación.

### *b) Otras obligaciones*

Con respecto a la situación en que se encuentra actualmente la comunidad, la sentencia señala que de manera inmediata, las instituciones del Estado deberán entregar agua para consumo y aseo personal y realizar una revisión médica y psicosocial a todos los miembros y en especial a los niños, niñas y ancianos.

En materia de salud, debe llevar a cabo tareas de vacunación y desparasitación, atención a embarazadas y durante los primeros meses de nacido del niño.

Para estas tareas el Ministerio de Salud deberá establecer, en menos de seis meses, un puesto de salud permanente y un sistema de comunicación en la aldea “25 de febrero”, donde actualmente viven los indígenas de Xákmok Kásek.

En este punto, la sentencia también señala que el Estado deberá entregar a los indígenas, alimentos en cantidad y calidad suficiente, proveer de instalaciones sanitarias, mejorar la infraestructura de la escuela e implementar, durante el próximo año, un programa de registro para todos los indígenas de la comunidad.

### *c) Indemnización*

Las familias se repartirán la indemnización. El documento condenatorio menciona que Paraguay deberá presupuestar 700,000 dólares para financiar proyectos de desarrollo dentro de la comunidad. En los seis meses próximos a la sentencia se debe conformar el comité de implementación de este plan y el mismo estará compuesto por un representante del Estado, uno de la comunidad y uno de consenso.

La Corte IDH dispuso una indemnización de 270,000 dólares para el resarcimiento de daños causados por los años de abuso a los que fue sometida esta comunidad. El monto será distribuido a las familias que forman parte de Xákmok Kásek.

En otro punto de la sentencia se menciona que el Estado deberá igualmente entregar 25,000 dólares por costos y gastos, monto que será entregado a los líderes y la comunidad resolverá el destino de este dinero.

## 2.2 RESOLUCIONES DEL OMBUDSMAN DEL DISTRITO FEDERAL

Estas resoluciones constituyen una de las distintas estrategias implementadas para la promoción, publicidad y defensa de los derechos humanos de las personas que habitan y transitan en la ciudad de México.

En este sentido, son tres los principios que rigen la emisión y el contenido sustantivo de las recomendaciones y sus puntos recomendatorios dirigidos a las distintas autoridades capitalinas (CDHDF, 2005:19):

- 1) Por una parte, las *garantías de no repetición* consideran imprescindible que las autoridades implicadas en los instrumentos recomendatorios se comprometan a la adopción de medidas que garanticen que ninguno de los hechos violatorios de derechos humanos vuelvan a ocurrir;
- 2) Por otra, la *sanción a los responsables de violaciones a los derechos humanos* comprende el compromiso irrestricto por parte de las autoridades para determinar las responsabilidades penales y/o administrativas en las que pudieran haber incurrido las y/o los servidores públicos en su actuación, y
- 3) Finalmente, la *reparación del daño*, que considera la necesidad de que las autoridades implicadas adopten medidas encaminadas a resarcir las afectaciones materiales e inmateriales de las víctimas de violaciones a los derechos humanos.

Bajo estas prerrogativas, la CDHDF, a finales de 2009, había emitido un total de 219 recomendaciones a distintas autoridades, desde 1994. De éstas, 160 fueron aceptadas en su totalidad; 43 aceptadas parcialmente; 14 no aceptadas y 2 se encuentran en tiempo de aceptación. Actualmente, 93 recomendaciones (42.47 %) se encuentran sujetas a seguimiento y las 126 restantes (57.53 %) ya fueron concluidas.

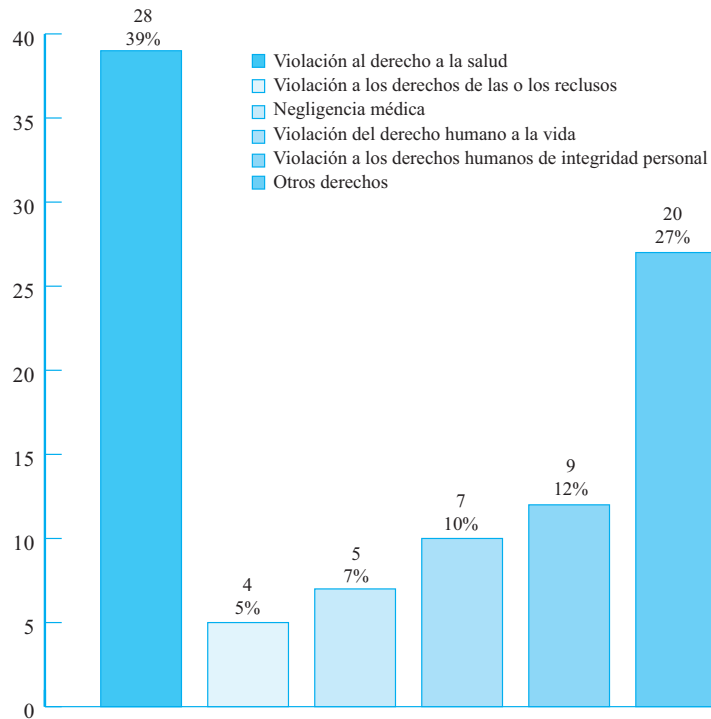
Por su parte, la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) ha sido objeto de atención de la CDHDF con 34 recomendaciones dirigidas a dicha dependencia, desde 1994 a finales de 2009, de las cuales 25 han sido aceptadas, 7 aceptadas parcialmente, 1 rechazada y 1, a finales de 2009, se encontraba en tiempo de aceptación. En total, 13 recomendaciones (44.12 %) han sido concluidas y 21 se encuentran sujetas a seguimiento (55.88 %).

Es importante destacar que de las 13 recomendaciones hechas a esta dependencia, una de ellas (la 23/2008) no se concluyó debido a su falta de aceptación, bajo el argumento

de la incompetencia de la CDHDF en asuntos de carácter laboral; en dicha recomendación, por consiguiente, hay incumplimiento.

Los derechos humanos violados en las recomendaciones dirigidas a la SSDF comprenden una amplia gama de derechos vinculados con la salud de las y los capitalinos, los derechos de las personas en reclusión y los derechos relacionados con el debido ejercicio de la función pública de las autoridades del sector salud en el Distrito Federal (véase gráfico 1).

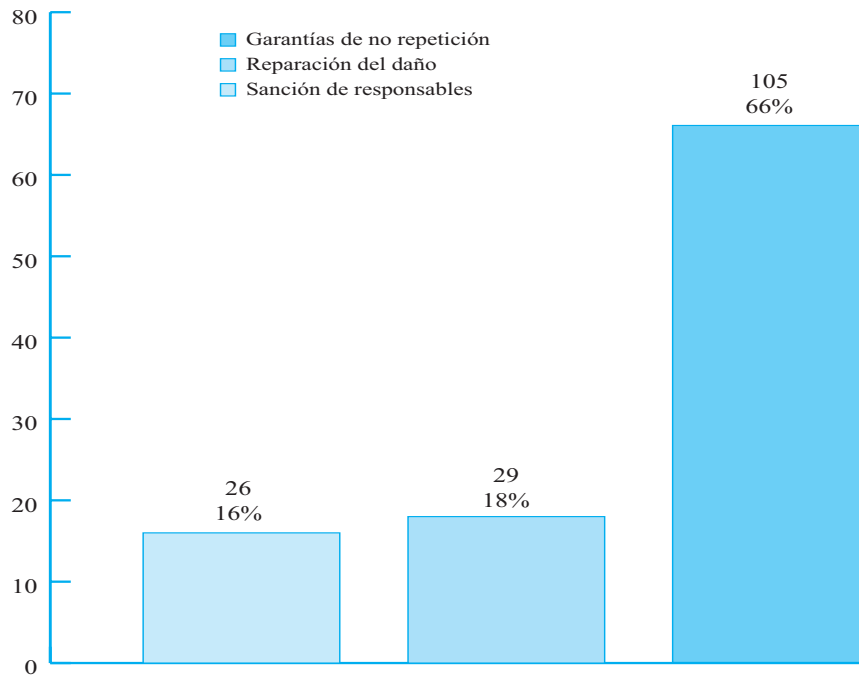
**Gráfico 1.** Derechos humanos violados en las recomendaciones dirigidas a la Secretaría de Salud del Distrito Federal (frecuencia)



**Fuente:** Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Las 34 recomendaciones se traducen en 160 puntos recomendatorios, de los cuales 52 ya han sido concluidos y 108 se encuentran aún en seguimiento.

**Gráfico 2.** Puntos recomendatorios por principio recomendatorio dirigidos a la SSDF, 1994-2010 (frecuencia)

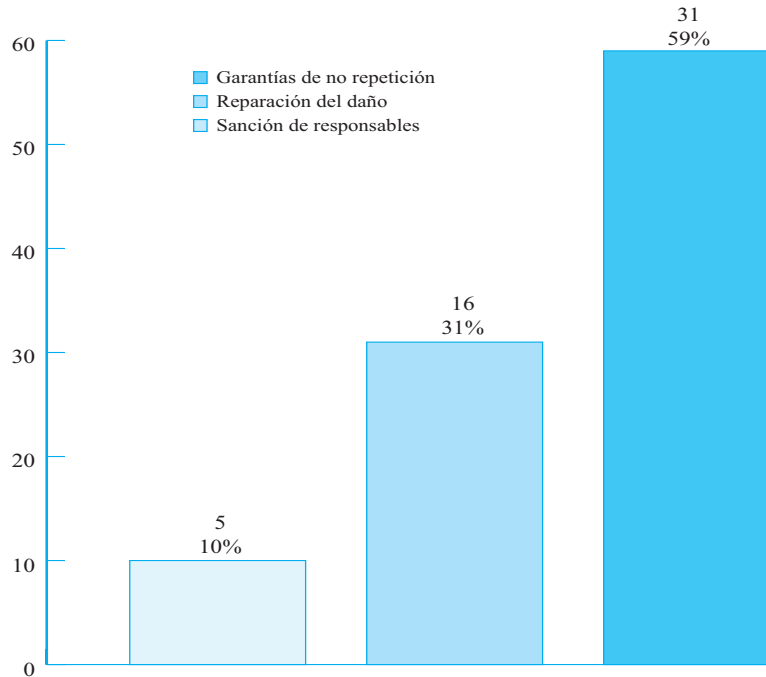


**Fuente:** Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Asimismo, es importante destacar que la mayor parte de los puntos recomendatorios corresponden a la categoría o principio de *garantías de no repetición*, debido a que las acciones de largo plazo y alcance estructural corresponden a gestiones sustantivas que las autoridades deberán emprender, en atención a la promoción y permanencia de la perspectiva de los derechos humanos en las decisiones de política pública (véase gráfico 2, *supra*).

Del total de recomendaciones concluidas por la Secretaría de Salud capitalina se desprendieron 52 puntos recomendatorios. Al principio de garantías de no repetición le corresponden 31 puntos recomendatorios (59.6 %), lo que confirma nuevamente que las acciones encaminadas a modificar las prácticas estructurales violatorias de los derechos humanos, sigue siendo el principal objetivo de estas recomendaciones (véase gráfico 3).

**Gráfico 3.** Puntos recomendatorios concluidos por principio recomendatorio dirigidos a la SSDF, 1994-2010 (frecuencia)

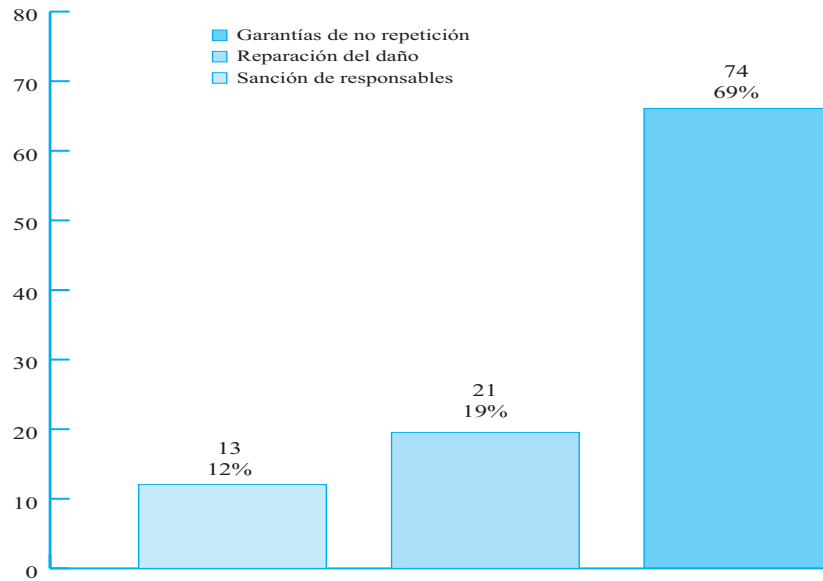


**Fuente:** Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Actualmente se encuentran sujetos a seguimiento 108 puntos recomendatorios dirigidos a esta dependencia.

Las garantías de no repetición permanecen como el principal objetivo de los puntos recomendatorios (68.5 %). Sin embargo, la reparación del daño material e inmaterial (moral), adquiere cierta relevancia. Esto se explica, en parte, debido al enfoque que parece adquirir las recomendaciones a partir de 2001. Prácticamente ningún instrumento recomendatorio previo a 2001 atiende a la reparación del daño en los puntos recomendatorios. Las recomendaciones sujetas a seguimiento corresponden a los últimos seis años de trabajo de la CDHDF (véase gráfico 4).

**Gráfico 4.** Puntos recomendatorios sujetos a seguimiento por principio recomendatorio dirigidos a la SSDF, 1994-2010 (frecuencia)



**Fuente:** Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

### 2.2.1 TEMÁTICAS DE LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LAS RESOLUCIONES EMITIDAS POR LA CDHDF A LA SSDF AL RESPECTO DE LA GARANTÍA DE NO REPETICIÓN

Los 31 puntos recomendatorios al respecto de las garantías de no repetición abordaron diversas problemáticas vinculadas con la violación sistemática y estructural de los derechos humanos de las personas dentro del Distrito Federal (*véase gráfico 5, infra*), a saber:

- *Atención médica integral* (3 concluidos y 33 sujetos a seguimiento). La atención médica integral supone la disposición de todos los procedimientos necesarios por parte de las y los servidores públicos del sector salud, acordes con las necesidades médicas de cada caso. De este modo en la mayor parte de los puntos recomendatorios se conmina a las autoridades del sector salud en el Distrito Federal a prestar un servicio médico adecuado e integral, que contemple el ejercicio técnico y profesional de los servidores públicos de esta actividad.
- *Ejercicio de la función pública* (10 concluidos y 20 sujetos a seguimiento). Asimismo, hay puntos recomendatorios que enfatizan la necesidad de que las y los servidores públicos de las diferentes dependencias de salud en el Distrito Federal,



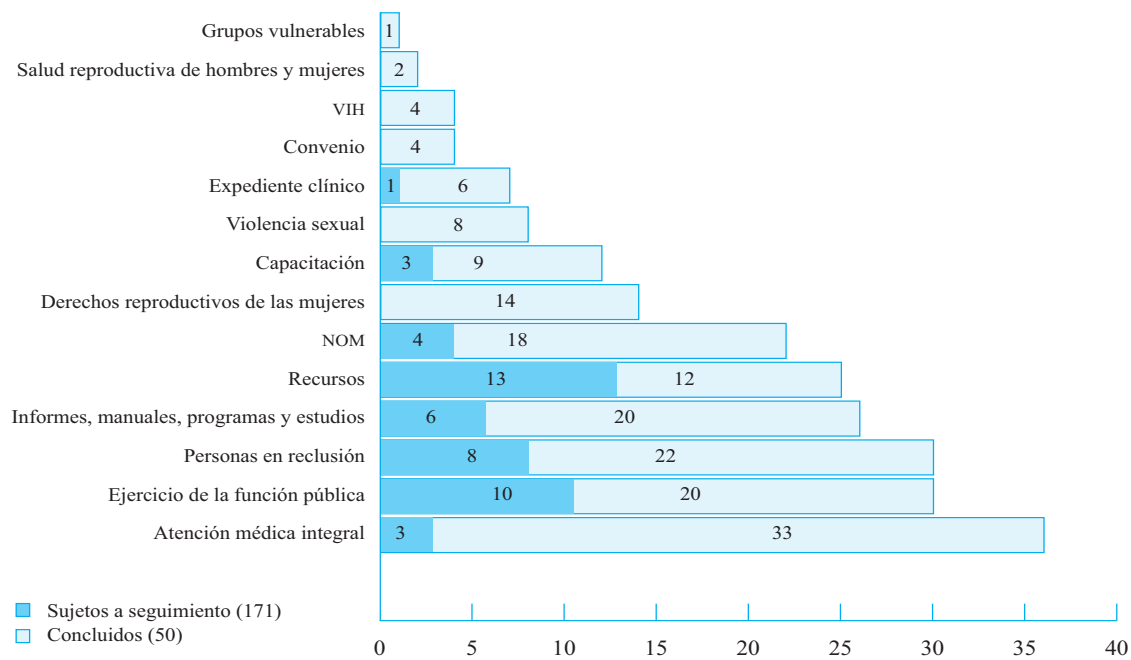
profesen sus labores con una perspectiva de derechos humanos y con criterios acordes a sus cargos y puestos, se reiteran constantemente en las recomendaciones emitidas por la CDHDF.

- *Derecho a la salud de las personas en reclusión* (8 concluidos y 22 sujetos a seguimiento). El tema relativo al servicio de salud dentro de los centros de reclusión en el Distrito Federal es otro de los aspectos que insistentemente se incluyen en los puntos recomendatorios concluidos y sujetos a seguimiento. En efecto, se solicita de manera reiterada la atención al derecho a la salud a la que esta población debe tener acceso.
- *Elaboración de informes, manuales, programas y estudios* (6 concluidos y 20 sujetos a seguimiento). Diversos puntos recomendatorios concluidos han hecho énfasis en la necesidad de elaborar manuales de procedimientos, estudios e informes relativos a los servicios de salud pública, así como la implementación de programas enfocados a mejorar y hacer más eficiente el desempeño de la función pública en este sector.
- *Disponibilidad y suficiencia de recursos medicamentos, materiales, equipo y humanos adecuados* (13 concluidos y 12 sujetos a seguimiento). La mayoría de los puntos recomendatorios concluidos hacen énfasis en la necesidad de contar con los recursos suficientes y adecuados para el servicio de salud pública en la ciudad de México. Asimismo, una buena parte de los puntos recomendatorios sujetos a seguimiento consideran indispensable adoptar las medidas necesarias para mejorar la infraestructura física, tecnología, de materiales médicos, medicamentos, y la suficiencia de funcionarios públicos que ejercen un servicio de salud pública en el Distrito Federal.
- *Atención a las Normas Oficiales Mexicanas en salud pública* (4 concluidos y 18 sujetos a seguimiento). Un aspecto importante en las recomendaciones concluidas y, especialmente, sujetas a seguimiento, es el concerniente a la incorporación de los estándares contenidos en las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud pública, tanto en los procedimientos médicos, como técnicos y administrativos de este servicio.
- *Derechos reproductivos de las mujeres* (14 sujetos a seguimiento). Diversas recomendaciones sujetas a seguimiento hacen especial hincapié en acciones sustantivas para el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres, especialmente, como resultado de la aprobación de la reforma al Código Penal del Distrito Federal, en torno a la despenalización del aborto.

- *Capacitación* (3 concluidos y 9 sujetos a seguimiento). En distintos puntos recomendatorios se expone la necesidad de capacitar al personal del sector salud, en el ánimo de mejorar técnicamente la atención médica y, principalmente, apegada a la atención a la salud bajo la perspectiva de los derechos humanos.
- *Violencia sexual* (8 sujetos a seguimiento). La última recomendación dirigida a la Secretaría de Salud (3/2010) hace especial énfasis en los ocho puntos recomendatorios para adoptar las medidas acordes con el marco legal en materia de violencia contra las mujeres, en el ánimo de combatir las prácticas de violencia de tipo institucional y sexual contra las mujeres dentro del sector salud del Distrito Federal.
- *Expediente clínico* (1 concluido y 6 sujetos a seguimiento). La adecuada integración del expediente clínico de los usuarios de servicios de salud en el Distrito Federal se vincula con la eficiente prestación de dicho servicio. Es por ello, que derivado de las deficiencias encontradas en las investigaciones realizadas por la CDHDF, plasmadas en los puntos recomendatorios, se exhorta a la Secretaría de Salud para adoptar las medidas acordes (por ejemplo, Normas Oficiales Mexicanas) con una integración acorde a un servicio público eficiente.
- *Convenio de Colaboración* (4 sujetos a seguimiento). En cuatro puntos recomendatorios se insiste a la Secretaría de Salud en establecer o mantener activos acuerdos de colaboración con distintas instancias y dependencias públicas que coadyuven en la efectiva prestación del servicio público.
- *Virus de Inmunodeficiencia Humana* (4 sujetos a seguimiento). En cuatro puntos recomendatorios del instrumento 12/2006 se señala la necesidad de establecer, dentro de los centros de reclusión en el Distrito Federal, métodos y técnicas de detección y tratamiento del VIH para la población penitenciaria, que garanticen el respeto de sus derechos humanos.
- *Salud reproductiva de hombres y mujeres* (2 concluidos). La Recomendación 1/2002 se vincula, por una parte, con los derechos de las personas en reclusión y, por otra, con la salud reproductiva de hombre y mujeres. En efecto, los puntos recomendatorios establecen la necesidad de ofrecer un adecuado servicio en materia de reproducción tanto a hombres y mujeres internas en los centros de reclusión, que les informe y los capacite para una toma de decisiones mucho mejor informada.
- *Grupos vulnerables* (1 sujeto a seguimiento). La Recomendación 8/2005, en el sexto punto recomendatorio, solicita a la Secretaría de Salud la puesta en marcha de un proyecto cuya finalidad consista en permitir que las personas con discapaci-

dad y las personas adultas mayores puedan acceder a la Unidad Médica del Centro Femenil de Readaptación Social de Santa Martha Acatitla. Estas actividades sustantivas y efectivas permitirían a un sector de la población femenina en reclusión acceder al servicio de salud necesario, al considerar las diferencias que resulta necesario contemplar.

**Gráfico 5.** Temáticas de puntos recomendatorios\* dirigidos a la SSDF, 1994-2010 (frecuencia)



**Fuente:** Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

### 2.2.2 TEMÁTICAS DE LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LAS RESOLUCIONES EMITIDAS POR LA CDHDF A LA SSDF EN TORNO A LA REPARACIÓN DEL DAÑO

La reparación del daño en las recomendaciones sujetas a seguimiento dirigidas a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, varían según el daño causado a los derechos humanos de las personas. Estas reparaciones pueden ser cese de la violación, indemnizaciones materiales (daño emergente, lucro cesante o pérdida de ingresos y proyecto de vida), morales (inmaterial) y algunas otras formas de reparación (restitución, satisfacción y garantías de no repetición y deber de actuar en el ámbito interno).

### *a) Reparación material*

Esta reparación es entendida en las resoluciones de la CDHDF como la pérdida o detrimento de los ingresos de la víctima y, en su caso de sus familiares. Así como los gastos efectuados por la consecuencia de los hechos, por lo que la indemnización compensatoria debe estar destinada a compensar las consecuencias patrimoniales de las violaciones declaradas en la presente sanción; para ello se ha establecido que la indemnización debe de ser comprensiva del daño material.

Las recomendaciones emitidas por la CDHDF relativas a reparación del daño material y que se encuentran sujetas a seguimiento son 12 (2/2005, 2/2009, 3/2005, 3/2008, 6/2006, 8/2008, 13/2006, 14/2008, 15/2008, 18/2007, 19/2008 y 21/2009), de las cuales se desprenden: daño emergente, lucro cesante o pérdida de ingresos; cuatro de ellas corresponden específicamente a daño material (2/2005, 14/2008, 15/2008 y 18/2007).

Cabe destacar que la CDHDF incorpora en sus recomendaciones especialmente el daño emergente. En esta modalidad existen seis recomendaciones que se encuentran sujetas a seguimiento: 2/2009, 6/2006, 8/2008, 13/2006, 19/2008 y 21/2009.

Respecto al lucro cesante o pérdida de ingresos, se calcula de acuerdo con los ingresos que habría que recibir la víctima hasta su posible fallecimiento natural y por incapacidad total o absoluta; de acuerdo con esta modalidad están sujetas a seguimiento seis recomendaciones: 2/2009, 3/2008, 6/2006, 8/2008, y 21/2009.

Por último, en relación a la reparación de forma *proyecto de vida*, la CDHDF la conceptualiza cuando se atiende a la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones que les permita fijar razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas; de esta modalidad encontramos solamente a la Recomendación 8/2008.

### *b) Reparación del daño moral*

El daño moral es equivalente al daño inmaterial, el cual comprende tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima y a sus allegados, como el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones de carácter no pecuniario en las condiciones de la víctima o su familiar. Esta reparación se subsana mediante el pago de una cantidad de dinero o la entrega de bienes o servicios apreciables y mediante la realización de actos u obras de alcance repercusión pública.

Asimismo, podemos observar que en las recomendaciones sujetas a seguimiento (4/2004, 18/2007, 2/2005, 2/2009, 3/2008, 6/2006, 8/2008, 9/2006, 10/2006, 11/2009, 12/2009, 13/2006, 14/2008, 15/2008, 18/2007 y 19/2008) es una constante la reparación del daño inmaterial, ya que las personas que han sufrido violaciones a sus derechos humanos, por lo general, son afectadas emocionalmente.

### *c) Otras formas de reparación*

Existen otras formas de reparación no material, las cuales cumplen un importante rol en cuanto medio de reparación integral de la víctima. Estas medidas tienen un poder de reparación en situaciones de los derechos humanos. Este tipo de reparaciones tienen que ver con la restitución, la satisfacción y las garantías de no repetición y deber de actuar en el ámbito interno.

La Recomendación sujeta a seguimiento 10/2006 solicita en la reparación del daño del tipo de restitución, la cual comprende la parte del restablecimiento de la libertad, el disfrute de los derechos humanos, la identidad, la vida familiar y el regreso a su lugar de residencia, la reintegración en su empleo y la devolución de sus bienes.

Otra reparación del daño es el deber de actuar en el ámbito interno, es decir, cuando se produce una violación a los derechos humanos y libertades convencionales, el Estado tiene el deber de actuar en el ámbito interno de forma tal que se determine la verdad de los hechos violatorios, todo ello en el entendido de que la situación de impunidad pueden incluir a futuras violaciones de derechos humanos. Esta reparación se ha solicitado en las siguientes recomendaciones sujetas a seguimiento: 4/2004, 10/2006 y 18/2007.

Para finalizar, las recomendaciones 9/2006, 10/2006, 12/2006, 14/2008, 15/2006, y 19/2008 relacionadas con la modalidad de satisfacción y garantías de no repetición. En la práctica, estas medidas se han traducido en disposiciones como la publicación de la sentencia en los diarios de circulación nacional, en disculpas públicas por parte del Estado y en algunos casos en la construcción de monumentos o en la orden para brindar tratamiento médico y psicológico gratuito a las víctimas.

Por otro lado, esta forma de reparación se ve complementada por cuando el Estado adopta medidas para evitar que situaciones como las que se presentaron y que dieron origen a la sentencia ocurran de nuevo.

### 2.2.3 REFLEXIONES RESPECTO DE LAS RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LA CDHDF A LA SSDF

Como se observó, existen diversas anomalías estructurales detectadas como resultado del énfasis hecho por la CDHDF en diversas problemáticas vinculadas con el servicio de salud en el Distrito Federal.

En general, todas estas anomalías coinciden con las conclusiones a las que se arriban en el *Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal*.<sup>14</sup> No obstante, derivado del análisis de los puntos recomendatorios, destaca el deterioro del servicio de salud dentro de los centros de reclusión en el Distrito Federal y la necesidad de incorporar y hacer efectivos los estándares de las Normas Oficiales Mexicanas en la materia, tales como:

a) Prestación de servicios de salud:

- NOM-025-SSA2-1994: sobre las condiciones de prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico-psiquiátrica
- NOM-197-SSA1-2000: que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.

b) Atención a grupos vulnerables:

- NOM-001-SSA2-1993: la cual establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados (*sic*) a los establecimientos de atención médica del sistema nacional de salud.
- NOM-007-SSA2-1993: que fija algunos criterios y procedimientos para la prestación del servicio de salud para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
- NOM-031-SSA2-1999: da parámetros para la atención a la salud del niño.
- NOM-167-SSA1-1997: habla sobre la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.
- NOM-169-SSA1-1998: sobre la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.
- NOM-173-SSA1-1998: dedicada a la atención integral a personas con discapacidad.

---

<sup>14</sup> Del Capítulo 15. Derecho a la salud, véase el apartado correspondiente a las conclusiones (CCDPDHF, 2008).

c) Atención en la prevención y transmisión de enfermedades:

- NOM-010-SSA2-1993: habla sobre la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- NOM-039-SSA2-2002: habla sobre la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

Cabe mencionar que existen muchas otras normas relativas al medio ambiente, al acceso y la calidad del agua potable para consumo humano, referentes a los estándares que deben cumplir ciertos medicamentos, entre otras. Sin embargo, no existe alguna dedicada a la manera en que se debe reparar el daño a una víctima de violación a sus derechos humanos.

En el capítulo posterior se presentará un análisis de las recomendaciones emitidas por la CDHDF a la Secretaría de Salud del Distrito Federal a la luz de lo expuesto en los capítulos precedentes para verificar si éstas cumplen con los requisitos indispensables de una resolución con propósito de reparación del daño.

### 3. Reflexiones del capítulo

- El Estado se ha obligado a respetar y garantizar el derecho humano a la salud a través de diversos tratados internacionales, al no cumplir con la obligación debe de reparar el daño causado a la víctima.
- La reparación del daño por la violación al derecho humano a la salud debe contemplar tres elementos: 1) la atención a la salud brindada a la víctima con el fin de rehabilitarla, superar las enfermedades, lesiones o efectos psicológicos, es decir, resarcir los daños físicos y morales ocasionados; 2) la reparación económica para indemnizar a la víctima por el daño material en sus tres rubros (daño emergente, lucro cesante y gastos y costas), y 3) la adopción de medidas simbólicas con el fin de concientizar a la población, transformar la estructura, administración y procesos del órgano que realizó el agravio, etc., ello con el fin de garantizar la no repetición de la violación.
- La atención a la salud puede brindarse a través de la integración de los afectados a programas de salud del Estado, o bien brindando a éstos los recursos económicos para que puedan atenderse en el sistema de su preferencia, deben ser adecuadas culturalmente, de fácil acceso y estar estrictamente relacionadas con la violación.

- La reparación económica debe plantearse de manera que sea compensatoria y no punitiva. Conviene que al determinarse se considere realizarse en un pago único, o bien, una renta por determinados años o vitalicia y se especifique la autoridad responsable para su pago.
- La adopción de medidas simbólicas es sumamente importante ya que brinda a la víctima y a la sociedad la garantía de que los sucesos ilícitos no sucederán nuevamente.
- Al recomendar en la reparación del daño cualquiera de los tres elementos (atención a la salud, reparación económica o adopción de medidas simbólicas) debe tenerse en cuenta la gravedad de la violación, el acceso y grado de confianza de las víctimas a los sistemas de salud, los medios con los que cuenta el Estado para adoptar la Recomendación, las dificultades del contexto y las características de cada caso.
- Las principales temáticas en las quejas recibidas por la CDHDF son la negligencia médica, violaciones a los derechos humanos a la vida e integridad de las personas.
- Las recomendaciones emitidas por este organismo al respecto versan primordialmente en la garantía de no repetición tales como la atención médica integral a través de la disposición de todos los procedimientos necesarios por parte de los servidores públicos del sector salud, acordes con las necesidades médicas de cada caso, el correcto ejercicio de la función pública, la garantía del derecho a la salud de las personas en reclusión, grupos vulnerables y personas con VIH, la elaboración de informes, manuales, programas y estudios, la disponibilidad y suficiencia de recursos, medicamentos, materiales y equipos adecuados, la atención a las Normas Oficiales Mexicanas en salud pública, el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres, la capacitación del personal, la adecuada integración del expediente clínico de los usuarios de servicios de salud y el establecimiento o mantenimiento de acuerdos de colaboración con distintas instancias y dependencias públicas que coadyuven en la efectiva prestación del servicio público. En un segundo término versan en la reparación del daño y finalmente en la sanción a los responsables.
- En el caso del Distrito Federal las resoluciones por violación al derecho humano a la salud van encaminadas principalmente a la garantía de no repetición y de indemnización.