



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



# **POLÍTICA INSTITUCIONAL**

**PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD  
DE GRUPOS EN SITUACIÓN  
DE VULNERABILIDAD CON ENFOQUE  
DE DERECHOS HUMANOS  
Y PERSPECTIVA DE GÉNERO**



## DIRECTORIO

### DIRECCIÓN GENERAL

Mtro. Zoé Alejandro Robledo Aburto

### SECRETARÍA GENERAL

Lic. Marcos Bucio Mújica

### DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Dra. Célida Duque Molina

### DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Dr. Mauricio Hernández Ávila

### DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

Mtro. Borsalino González Andrade

### DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN

Mtra. Norma Gabriela López Castañeda

### DIRECCIÓN JURÍDICA

Lic. Antonio Pérez Fonticoba

### DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

Mtra. Claudia Laura Vázquez Espinoza

### DIRECCIÓN DE FINANZAS

Mtro. Marco Aurelio Ramírez Corzo

### DIRECCIÓN DE OPERACIÓN Y EVALUACIÓN

Lic. Javier Guerrero García

### DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL

Dra. Asa Ebba Christina Laurell

### ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

Lic. Salim Arturo Orcí Magaña

### UNIDAD DE PLANEACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

Dr. Ricardo Avilés Hernández

### UNIDAD DE DERECHOS HUMANOS

Mtra. Marcela Velázquez Bolio

### UNIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Lic. Amadeo Díaz Moguel

## GRUPO TÉCNICO

Dra. Gabriela Borrayo Sánchez

Titular de la Coordinación  
de Innovación en Salud

Dra. Paulina Herrera Reyna

Coordinadora de Programas Médicos

Mtro. Carlos Alberto Soto Chávez

Jefe de Área de Evaluación de  
Programas y Proyectos de Innovación

Dra. Victoria Castellanos Xolocotzi

Coordinadora de Programas

Dr. Clicerio Coello Garcés

Coordinador Ejecutivo  
de la Dirección General

Dra. Olivia Lingdao Chilian Herrera

Coordinadora Normativa PHAE  
de la Dirección General

Ing. Norma Edith Jiménez  
Hernández

Coordinadora Normativa PHAE  
de la Dirección General

### Niñas, niños y adolescentes con cáncer

Dra. María de los Ángeles del Campo Martínez

Jefa de División de Atención Oncológica Pediátrica

### Personas que viven con VIH

Dra. Sandra Carlota Treviño Pérez

Jefa de Área de Programas Especiales

### Mujeres embarazadas, personas gestantes y personas lactantes

Dr. Claudio Quinzaños Fresnedo

Jefe de Área Médica

### Personas adultas mayores

Dr. Humberto Medina Chávez

Jefe de División de Excelencia Clínica

### Personas con discapacidad

Dra. Norma Magdalena Palacios Jiménez

Jefa del Área de Gestión de Proyectos en Salud

## CONTENIDO

- I. Presentación
  - I.1. No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera
  - I.2. El diseño de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad
- II. Panorama general de los grupos en situación de vulnerabilidad prioritarios
  - II.1. Niñas, niños y adolescentes con cáncer
    - II.1.1. Conceptualización del grupo en situación de vulnerabilidad
    - II.1.2. Panorama epidemiológico
    - II.1.3. Situación institucional
  - II.2. Mujeres embarazadas, personas gestantes y personas lactantes
    - II.2.1. Conceptualización del grupo en situación de vulnerabilidad
    - II.2.2. Panorama epidemiológico
    - II.2.3. Situación institucional
  - II.3. Personas que viven con VIH (PPV)
    - II.3.1. Conceptualización del grupo en situación de vulnerabilidad
    - II.3.2. Panorama epidemiológico
    - II.3.3. Situación institucional
  - II.4. Personas adultas mayores
    - II.4.1. Conceptualización del grupo en situación de vulnerabilidad
    - II.4.2. Panorama epidemiológico
    - II.4.3. Situación institucional
  - II.5. Personas con discapacidad
    - II.5.1. Conceptualización del grupo en situación de vulnerabilidad
    - II.5.2. Panorama epidemiológico
    - II.5.3. Situación institucional
- III. Marco normativo de los grupos prioritarios
- IV. Política Institucional para la Atención de la Salud de los Grupos en Situación de Vulnerabilidad con Enfoque de Derechos Humanos y Perspectiva de Género
  - IV.1. Objetivo, ejes estratégicos transversales y líneas de acción de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad
    - IV.1.1. Eje estratégico transversal 1. El Pentágono de los Derechos Humanos y la perspectiva de género en todas las acciones
      - Líneas de acción transversales del eje estratégico 1
    - IV.1.2. Eje estratégico transversal 2. Normatividad institucional armonizada
      - Líneas de acción transversales del eje estratégico 2
    - IV.1.3. Eje estratégico transversal 3. Atención Integral de la Salud para Grupos en Situación de Vulnerabilidad con Enfoque en Derechos Humanos y Perspectiva de Género
      - Líneas de acción transversales del eje estratégico 3
    - IV.1.4. Eje estratégico transversal 4. Cultura organizacional sin estigma ni discriminación
      - Líneas de acción transversales del eje estratégico 4
    - IV.1.5. Eje estratégico transversal 5. Acompañamiento psicológico, consejería y redes de apoyo para personas en situación de vulnerabilidad

- Líneas de acción transversales del eje estratégico 5
- IV.1.6. Eje estratégico transversal 6. Comunicación efectiva en todas las vertientes
- Líneas de acción transversales del eje estratégico 6
- IV.1.7. Eje estratégico transversal 7. Acciones afirmativas para la igualdad
- Líneas de acción transversales del eje estratégico 7
- IV.1.8. Eje estratégico transversal 8. Alianzas estratégicas para el fortalecimiento
- Líneas de acción transversales del eje estratégico 8
- IV.2. Líneas estratégicas y acciones en curso por GSV
  - IV.2.1. Niños, niñas y adolescentes con cáncer
  - IV.2.2. Mujeres embarazadas, personas gestantes y personas lactantes
  - IV.2.3. Personas que viven con VIH (PVV)
  - IV.2.4. Personas adultas mayores
  - IV.2.5. Personas que viven con discapacidad
- V. Coordinación para la instrumentación
- VI. Conclusiones y retos
- VII. Siglas y acrónimos
- VIII. Anexos
  - VIII.1. Matriz para analizar la incorporación enfoque de Derechos Humanos en las acciones
  - VIII.2. Indicadores estratégicos seleccionados para las acciones en curso de cada grupo en cuestión

## I. Presentación

La creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue un hecho trascendental en la historia de la seguridad social en México. Desde su fundación en 1943, el IMSS se orientó a ser la instancia que hace posible un conjunto de garantías para la clase trabajadora afiliada y sus familias en pro del bienestar social. Desde entonces, el Instituto ha sido el instrumento básico que proporciona servicios asistenciales y protección social a millones de personas, en cumplimiento del mandato del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En la actualidad, más de la mitad de la población mexicana está relacionada con alguna prestación prevista en el Artículo 2 de la Ley del Seguro Social.

A pesar de la labor del IMSS para otorgar servicios de calidad y calidez a la población derechohabiente, la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran ciertos grupos poblacionales representa un reto institucional mayor para que las acciones emprendidas logren el impacto positivo esperado, en la salud y bienestar de estos sectores.

Si bien el Instituto cuenta con acciones, proyectos y programas específicos para la atención a los grupos en situación de vulnerabilidad (GSV), es prioritario desarrollar mecanismos de mayor envergadura para contribuir a cerrar las brechas que condicionan las circunstancias adversas, así como abatir las barreras históricas a las que se enfrentan estas personas en el ejercicio pleno del derecho a la salud. Por lo anterior, la Dirección General encomendó a la Dirección de Prestaciones Médicas la construcción de la presente **Política Institucional para la Atención de la Salud de Grupos en Situación de Vulnerabilidad, con Enfoque de Derechos Humanos y Perspectiva de Género** (Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad o PIGSV).

Esta busca constituirse como el eje rector para materializar el enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género en los programas, los proyectos y las acciones institucionales relacionadas con la atención de la salud de los GSV

que atiende el IMSS, a partir de un abordaje sistémico y transversal de las causas de los problemas que enfrentan estos grupos.

A partir de un diagnóstico institucional, se identificaron cinco grupos que convergen en un conjunto de variables que les condicionan a mayor vulnerabilidad e interseccionalidades. En conjunto, los GSV suman casi 10 millones de personas derechohabientes, es decir, 19.3% de la población adscrita a Unidad de Medicina Familiar<sup>1</sup>. Los grupos definidos como prioritarios son:

- Niñas, niños y adolescentes con cáncer
- Mujeres embarazadas, personas gestantes y personas lactantes
- Personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (PVV)
- Personas con discapacidad
- Personas adultas mayores

### **I.1. No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera**

El Artículo 1 de la Constitución establece que “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos”. Igualmente, dispone que las autoridades deben establecer políticas y programas orientados a contribuir al ejercicio de los derechos humanos para todas las personas.

En consonancia con la Constitución y el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, el IMSS, como pilar del bienestar social a lo largo del ciclo de vida, tiene el compromiso de contribuir a la consolidación de un Estado más equitativo y justo, donde las personas derechohabientes y usuarias sean el centro de todas las acciones institucionales. Por lo anterior, el enfoque de derechos humanos se definió como el eje estructural y conceptual de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad.

---

<sup>1</sup> IMSS. (Mayo 12, 2022). Censos Grupos en Situación de Vulnerabilidad. Recuperado en diciembre, 2022, de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Instituto Mexicano del Seguro Social.



Para el desarrollo de los ejes estratégicos propuestos en la PIGSV se consideraron los objetivos prioritarios 3, 4 y 5 del Programa Nacional de Derechos Humanos 2020-2024, que establecen lo siguiente, respectivamente:

- Impulsar acciones focalizadas para garantizar los derechos humanos de los grupos históricamente discriminados.
- Mejorar la capacidad de gestión y respuesta de la Administración Pública Federal (APF) para la protección y garantía de los derechos humanos.
- Proporcionar herramientas y capacitación integral a las personas servidoras públicas para asegurar el cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos<sup>2</sup>.

Cabe recordar que el enfoque de derechos es un marco de referencia que orienta el proceso del desarrollo humano a la dignidad y bienestar de las personas, se sustenta en instrumentos normativos internacionales y nacionales. Por tanto, el objetivo del marco aplicado en la PIGSV busca promover y proteger los derechos humanos. Además, brinda elementos de análisis para identificar las desigualdades que frenan el desarrollo humano de las personas y sirve para eliminar actitudes y prácticas discriminatorias, así como desequilibrios de poder que obstaculizan el ejercicio de los derechos.

En la aplicación del enfoque de derechos humanos, se prioriza a los grupos de población con más condiciones de desigualdad, personas a quienes a lo largo de la historia y de manera sistemática se les estigmatiza, discrimina, excluye y vulneran sus derechos<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> SG. (Diciembre 10, 2020). Programa Nacional de Derechos Humanos 2020-2024. Recuperado en diciembre, 2022, de la Secretaría de Gobernación. Sitio web: [www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/666833/DOF-Diario\\_Oficial\\_de\\_la\\_Federacion-PNDH\\_2020-2024\\_Programa.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/666833/DOF-Diario_Oficial_de_la_Federacion-PNDH_2020-2024_Programa.pdf)

<sup>3</sup> CIDH. (Septiembre 15, 2018). Políticas públicas con enfoque de Derechos Humanos. Recuperado en diciembre, 2022, de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Sitio web: [www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PoliticasyPublicasDDHH.pdf](http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PoliticasyPublicasDDHH.pdf)  
UNFPA. (2022). El enfoque basado en los derechos humanos. Recuperado en diciembre, 2022, del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Sitio web: [www.unfpa.org/es/el-enfoque-basado-en-los-derechos-humanos](http://www.unfpa.org/es/el-enfoque-basado-en-los-derechos-humanos)

De acuerdo con la conceptualización anterior, la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad es un ejercicio vivo de la aplicación del enfoque de derechos humanos, entendiendo que este es un instrumento para el diseño, la implementación y la evaluación de programas, proyectos y acciones<sup>4</sup> que el Instituto lleva a cabo en cumplimiento de sus obligaciones como agente del Estado, el cual toma medidas para respetar, proteger, garantizar y satisfacer la atención de la salud de grupos en situación de vulnerabilidad a los cuales aplica la presente política.

De manera práctica y puntual, el análisis que sustenta la construcción de la PIGSV tiene como ejes rectores los componentes del enfoque de derechos humanos<sup>5</sup> y, en un acto de apropiación e integración, se conformó el Pentágono de los Derechos Humanos, como una herramienta para el análisis de las acciones del Instituto bajo la perspectiva de los derechos humanos (gráfica 1).

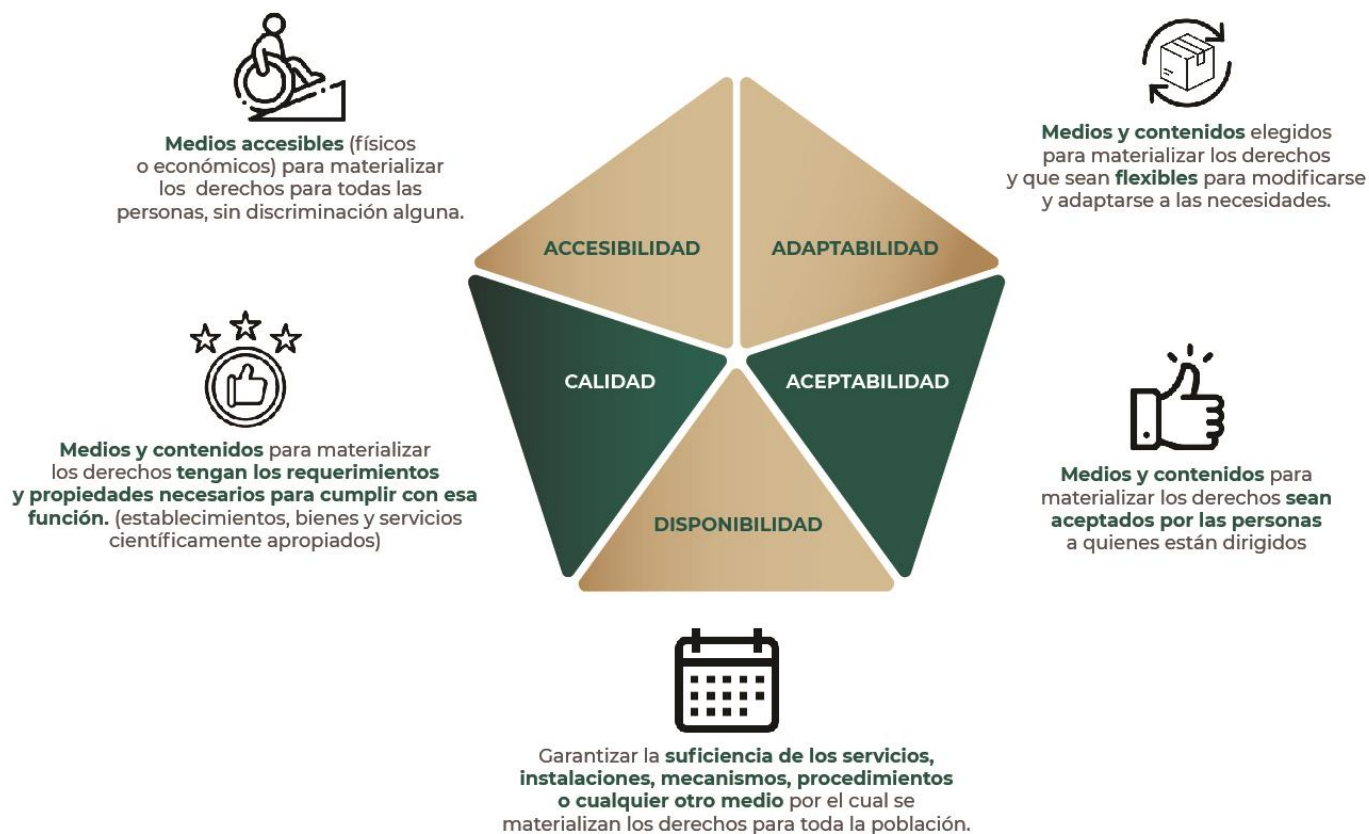
---

GNUDS. (2022). Valores universales. Principio Uno: Enfoque basado en los Derechos Humanos. Recuperado en diciembre, 2022, del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible. Sitio web: [unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach](https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach)

<sup>4</sup> CIDH. (Septiembre 15, 2018). Políticas públicas con enfoque de Derechos Humanos. Recuperado en diciembre, 2022, de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Sitio web: [www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PoliticPublicasDDHH.pdf](https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PoliticPublicasDDHH.pdf)

<sup>5</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

GRÁFICA 1.  
PENTÁLOGO DE LOS DERECHOS HUMANOS



El Pentálogo de los Derechos Humanos pone de manifiesto cinco elementos básicos que deben cubrir los servicios, instalaciones, mecanismos, procedimientos, acciones y demás medios que sirvan para materializar el derecho a la salud de los GSV. Estos elementos son:

1. Disponibilidad: consiste en que las acciones y sus medios deben ser suficientes y estar garantizadas para toda la población que las requiera, considerando que las personas pueden requerirlas de diferentes maneras. Ejemplos: los servicios especializados, los tratamientos y la información de salud, entre otros.
2. Accesibilidad: se refiere a que los medios físicos o económicos deben estar al alcance de todas las personas sin discriminación alguna. Este componente implica aspectos como la distancia, los horarios de atención

y las condiciones al interior de las unidades para llegar sin barreras a los sitios de atención, tomando en cuenta las diferentes necesidades de las personas<sup>6</sup>.

3. Adaptabilidad: considera que los medios y los contenidos elegidos para materializar los derechos deben ser flexibles para modificarse o adaptarse al contexto o a las necesidades particulares de las diversas poblaciones y comunidades que los requieren. Ejemplos: los horarios de atención para personas trabajadoras, de personas cuidadoras o asistentes de otras personas; los trámites y servicios para personas con movilidad reducida, la información sobre prevención y tratamientos para personas con discapacidad visual o auditiva.
4. Aceptabilidad: se basa en el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho, por lo que los medios y los contenidos de las acciones deben ser aceptados por las personas a quienes van dirigidos. Ejemplo: acciones sin paternalismo para las personas con discapacidad o las medidas para la atención del parto desde el Modelo de Atención Integral del IMSS (AMIIMSS).
5. Calidad: consiste en asegurar que los medios y contenidos de las acciones tengan las propiedades y requerimientos más adecuados para cumplir con su función. Considera los principales atributos de la calidad: oportunidad, seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, centrada en la persona usuaria o paciente con apego a la ética profesional y respeto a la dignidad de las poblaciones.

Si bien la perspectiva de género es un principio del enfoque de derechos humanos, dada su importancia en las acciones por la igualdad que lleva a cabo el Instituto, se incorporó de manera independiente al análisis con la finalidad de identificar, visibilizar y actuar sobre las brechas de desigualdad que histórica y

---

6 Sánchez DA. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Recuperado en diciembre, 2022, de Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Sitio web: [www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf)

estructuralmente persisten en la sociedad, a través de normas, roles y estereotipos de género que inciden de manera negativa en el ejercicio del derecho a la salud de los GSV. Con base en esta perspectiva, se identifican condiciones de desigualdad que viven las personas integrantes de los GSV, atribuibles a ideas, creencias y construcciones sociales que clasifican el comportamiento humano y determinan qué se espera, permite y valora de una mujer o de un hombre en un contexto específico de acuerdo con la diferenciación sexual, discriminando y excluyendo a personas con otras identidades. Sin embargo, la PIGSV responde al hecho de que todas las personas son titulares de derechos y, por tanto, se toman acciones por la igualdad, la equidad y la inclusión.

El análisis de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad implicó también observar y reflexionar sobre las problemáticas de los grupos desde la *interseccionalidad*. Con base en esta categoría analítica se identificaron circunstancias y características de las diversas identidades de las personas de los GSV, y cuando estas estructuras sociales (edad, sexo, género, clase, etnia, discapacidad) convergen se generan situaciones de desigualdad, discriminación y exclusión, aumentando el nivel de vulnerabilidad de las personas.

## **I.2. El diseño de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad**

Con base en los referentes anteriores, se conformaron grupos técnicos de personas expertas en salud de cada uno de los GSV, y se identificaron personas actores clave de las distintas áreas normativas del Instituto, con distintas habilidades, conocimientos y experiencia en materia de derechos humanos, igualdad, género, políticas en salud, vinculación con sociedad civil y participación ciudadana, planeación, monitoreo y evaluación, entre otros, para la integración de equipos estratégicos.

Dichos equipos participaron de manera activa en una serie de talleres para el análisis sistémico de las causas que subyacen los principales problemas que enfrentan los grupos en la atención de la salud que reciben en el IMSS. En los talleres se construyeron árboles de problemas bajo la metodología de marco lógico. Asimismo, se identificaron las dinámicas y acciones existentes para la atención a estos GSV y se analizó la manera en que dichas acciones se encuentran en armonía con los componentes del Pentálogo de los Derechos Humanos, considerando la perspectiva de género, así como la interseccionalidad de situaciones de vulnerabilidad. Adicionalmente, se identificaron y advirtieron causas no atendidas y las que ameritan intervención transversal.

Al trabajo previo, se integró la perspectiva que el personal operativo tiene sobre las acciones necesarias, para hacer frente a las principales causas de los problemas de los grupos. Lo anterior, a partir de un ejercicio con personal de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) y las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), de las categorías de Coordinador de Planeación y Enlace Institucional, o Coordinador de Prevención y Atención a la Salud, o Coordinador Auxiliar de Primer Nivel, o Coordinador Auxiliar de Segundo Nivel, en el caso de los OOAD. Para las UMAE, personal de confianza con nivel de Jefe de División de Calidad, o Jefe de División Médica, o Jefe de Servicio Médico, o Jefe de Trabajo Social, o Jefe de Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente. De las unidades médicas de segundo nivel participó personal de confianza con nivel de Coordinador Clínico de Turno y Jefe de Trabajo Social, o Jefe de Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente. En caso de unidades médicas de primer nivel, fue personal de Jefaturas de Servicio de Medicina Familiar, y Jefatura de Trabajo Social o Jefe de Atención y Orientación al Derechohabiente. Las personas participantes mencionadas fueron designadas como personas agentes de cambio, para la implementación de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad.

Las causas de los problemas a atender, y aquellas insuficientemente atendidas, se organizaron y priorizaron en función del principio de igualdad y no discriminación, del máximo beneficio acorde con la capacidad resolutive, así como de la situación de las causas específicas. En función de ello, se definieron los ejes estratégicos transversales de la PIGSV las líneas de acción transversales a todos los grupos en situación de vulnerabilidad, y líneas de acción específicas para cada uno de ellos.

En los siguientes apartados de este documento, se describe el resultado del trabajo colaborativo. En primera instancia, se resume el panorama de vulnerabilidad de cada grupo prioritario, su situación epidemiológica, así como las causas a atender para fortalecer el goce y ejercicio del derecho a la salud. El siguiente apartado se refiere al marco normativo de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad. Posteriormente, se expone el esquema estructural de la PIGSV, el objetivo, los ejes estratégicos y líneas de acción transversales. Al término del apartado, se describen las líneas de acción específicas para cada GSV y los avances de las que están en curso. En la penúltima parte se plantean los mecanismos de vinculación y coordinación para el fortalecimiento de las acciones institucionales en favor de los grupos en situación de vulnerabilidad. Se especifican los medios para dar seguimiento, monitoreo y verificación, y finaliza con las conclusiones y retos.

## II. Panorama general de grupos en situación de vulnerabilidad prioritarios

El conjunto de determinantes sociales que condicionan la vida de las personas incrementa o reduce las posibilidades del ejercicio pleno de sus derechos humanos. México es un país con gran desigualdad social, donde las condiciones desfavorables tanto individuales como estructurales e institucionales de los agentes del Estado, coloca a las personas que pertenecen a determinados grupos en situaciones de mayor o menor vulnerabilidad.

La Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad se enfoca en los siguientes grupos en situación de vulnerabilidad: niñas, niños y adolescentes con cáncer; mujeres embarazadas, personas gestantes y personas lactantes; personas que viven con VIH; personas adultas mayores y personas con discapacidad, mismos que fueron analizados con la conceptualización de cada grupo por su situación de vulnerabilidad, el panorama epidemiológico y su situación ante el IMSS. A partir del desarrollo de estos apartados se justificó la selección de estos grupos prioritarios.

### II.1. Niñas, niños y adolescentes con cáncer

#### II.1.1. Conceptualización del grupo en situación de vulnerabilidad

La infancia es una etapa de cuidado y dependencia. Durante este periodo, niñas y niños están a cargo de madres, padres y otras personas responsables de su crianza, situación que va desde el nacimiento hasta el inicio de la pubertad (0 a 9 años) y es una etapa de desarrollo y aprendizaje de habilidades para la vida; para la mayoría es una época de explorar, conocer, jugar, saltar, correr, sonreír, reír y expresar otras emociones, además es el momento asistir y disfrutar la escuela. Es un periodo de cuidados especiales para la salud, principalmente, en los primeros años de vida.

En contraste, la adolescencia es un etapa de transición de la niñez a la vida adulta, en la cual ocurren cambios corporales, mentales, emocionales y sociales;



el desprendimiento individual de la familia, la construcción de la personalidad e identidad –en especial de género–, el deseo de aceptación, el sentido de pertenencia a grupos de pares, el ingreso a la educación media superior o el inicio a la vida laboral, entre otras vivencias, son los sucesos que ocupan y mueven a las y los adolescentes, cuyo rango de edad oscila entre 10 y 19 años<sup>7</sup>.

En estas dos etapas de vida, fundamentales en el desarrollo humano de las personas; niñas, niños y adolescentes no siempre crecen en entornos que posibilitan el ejercicio pleno de sus derechos humanos, ya que en muchos casos, las condiciones socioeconómicas y culturales no son favorables, hay carencias que repercuten en la estabilidad económica y social de las familias. En México, un país con grandes brechas de desigualdad social, las realidades de niñas, niños y adolescentes con frecuencia se caracterizan por transcurrir en condiciones de vulnerabilidad: pobreza, desintegración familiar, violencia en sus múltiples expresiones (intrafamiliar, física, verbal, emocional o sexual); estigma, discriminación y acoso en el entorno familiar, social cercano o escolar, o convivencia con entornos inseguros y con altos niveles de marginación, entre otras circunstancias adversas. Estas circunstancias aumentan cuando interaccionan las identidades sociales de las personas menores de edad, definidas por su sexo, género o su pertenencia a comunidades vulneradas, como las indígenas o familias monoparentales, donde principalmente, las madres u otras figuras femeninas son las proveedoras y cuidadoras de todo el seno familiar.

Bajo estas circunstancias que colocan a niñas, niños y adolescentes en distintos niveles de vulnerabilidad, el cáncer es una enfermedad impensable que no solo viene a quebrar de forma abrupta el estado de salud y el desarrollo de las personas menores de edad que lo padecen, sino es un suceso que trasciende e impacta de forma negativa a todas y todos quienes conforman sus familias. Ante esto, los servicios de salud pública deben establecer programas, proyectos y acciones para proteger el derecho a la salud de esta población.

---

<sup>7</sup> OMS. (s. f.). Salud del adolescente. Recuperado en octubre 20, 2022, de la Organización Mundial de la Salud. Sitio web: [www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](http://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)

El Artículo 1 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes establece que, desde el nacimiento, a todas las personas se les debe concebir como titulares de derechos. Por tanto, los agentes del Estado están obligados a respetar, proteger y garantizar el ejercicio de los derechos de las personas menores de edad y, de manera prioritaria, están comprometidos a tener una respuesta firme para aumentar la sobrevivencia de niñas, niños y adolescentes con cáncer, que es la principal causa de muerte de esta población en México<sup>8</sup>.

A nivel nacional, se debe responder para reducir la mortalidad en niñas, niños y adolescentes a causa del cáncer mediante la implementación de programas, proyectos y acciones que garanticen la disponibilidad de unidades médicas con la infraestructura necesaria, personal especializado y el abasto de medicamentos oncológicos, entre otros recursos requeridos, para abatir las dificultades relacionadas con el acceso a la atención oncológica, los diagnósticos incorrectos y tardíos, o la falta de estos, al abandono al tratamiento, la muerte por toxicidad y la reaparición de la enfermedad<sup>9</sup>.

Responsable de sus obligaciones como agente del Estado Mexicano, el IMSS actúa para garantizar la protección a la salud de niñas, niños y adolescentes con cáncer, integrándoles como un grupo en situación de vulnerabilidad prioritario dentro de la PIGSV. Además, el Instituto asume el compromiso de contribuir en la respuesta nacional para incrementar el porcentaje de niñas, niños y adolescentes que se curan de cáncer en el país, para alcanzar el objetivo internacional de mínimo de 60% de supervivencia en 2030.

### II.1.2 Panorama epidemiológico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año, en todo el mundo, 400 mil niñas, niños y adolescentes entre 0 y 19 años padecen algún

---

<sup>8</sup> Rivera R, et al. (2017). The burden of childhood cancer in Mexico: Implications for low-and middle-income countries. Recuperado en octubre 20, 2022, de *Pediatric Blood & Cancer-Wiley Online Library*. Sitio web: [onlinelibrary-wiley-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/full/10.1002/pbc.26366](https://onlinelibrary-wiley-com.pbidi.unam.mx/2443/doi/full/10.1002/pbc.26366)

<sup>9</sup> Rivera R. (Septiembre 7, 2022). La importancia del cáncer infantil en México. Recuperado en diciembre, 2022, de *Gaceta Mexicana de Oncología*, volumen 21, No. 1. [doi.org/10.24875/j.gamo.M22000218](https://doi.org/10.24875/j.gamo.M22000218)

tipo de cáncer<sup>10</sup>. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó que, durante 2020, en la región ocurrieron 32,065 casos nuevos de cáncer en este grupo de edad y 65% de estos fue en América Latina<sup>11</sup>.

De acuerdo con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia de México (CeNSIA) y el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA), en 2017 se registraron 8.9 casos nuevos por cada 100,000 habitantes; mientras que en niños y niñas de 0 a 9 años fue de 11.1 y en adolescentes 10 a 19 años fue de 6.8<sup>12</sup>. En el IMSS, de acuerdo con el Censo Oncológico 2020, ocurrieron 4,069 casos de cáncer en pacientes pediátricos, con una tasa promedio nacional de 0.33 casos por cada 1,000 derechohabientes. De los casos de cáncer que afecta a niñas, niños y adolescentes en el Instituto, 90% fue por leucemias, tumores del sistema nervioso central y tumores óseos<sup>13</sup>.

El cáncer pediátrico en México es la principal causa de muerte por enfermedad en niñas, niños y adolescentes de 5 a 14 años, y la sexta en menores de 5 años<sup>14</sup>. La tasa de adolescentes con cáncer entre 15 y 19 años es de 6.9 por cada 100,000 habitantes y, en niñas y niños menores de 4 años es de 4.4. La mayor tasa de mortalidad ocurre en adolescentes hombres y la mayoría de los tipos de cáncer son leucemias (48%), linfomas (12%) y tumores del sistema nervioso central (9%).

En los países con ingresos altos, más de 80% de la población infantil con cáncer puede curarse; mientras que en los países de ingresos bajos y medianos,

---

<sup>10</sup> WHO. (Diciembre 13, 2021). Childhood Cancer. Recuperado en diciembre, 2022, de World Health Organization. Sitio web: [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children)

<sup>11</sup> OPS. (s. f.). Cáncer infantil en la región de las Américas y el mundo. Recuperado en octubre 20, 2022, de la Organización Panamericana de la Salud. Sitio web: [www.paho.org/es/campanas/dia-internacional-cancer-infantil-2021](http://www.paho.org/es/campanas/dia-internacional-cancer-infantil-2021)

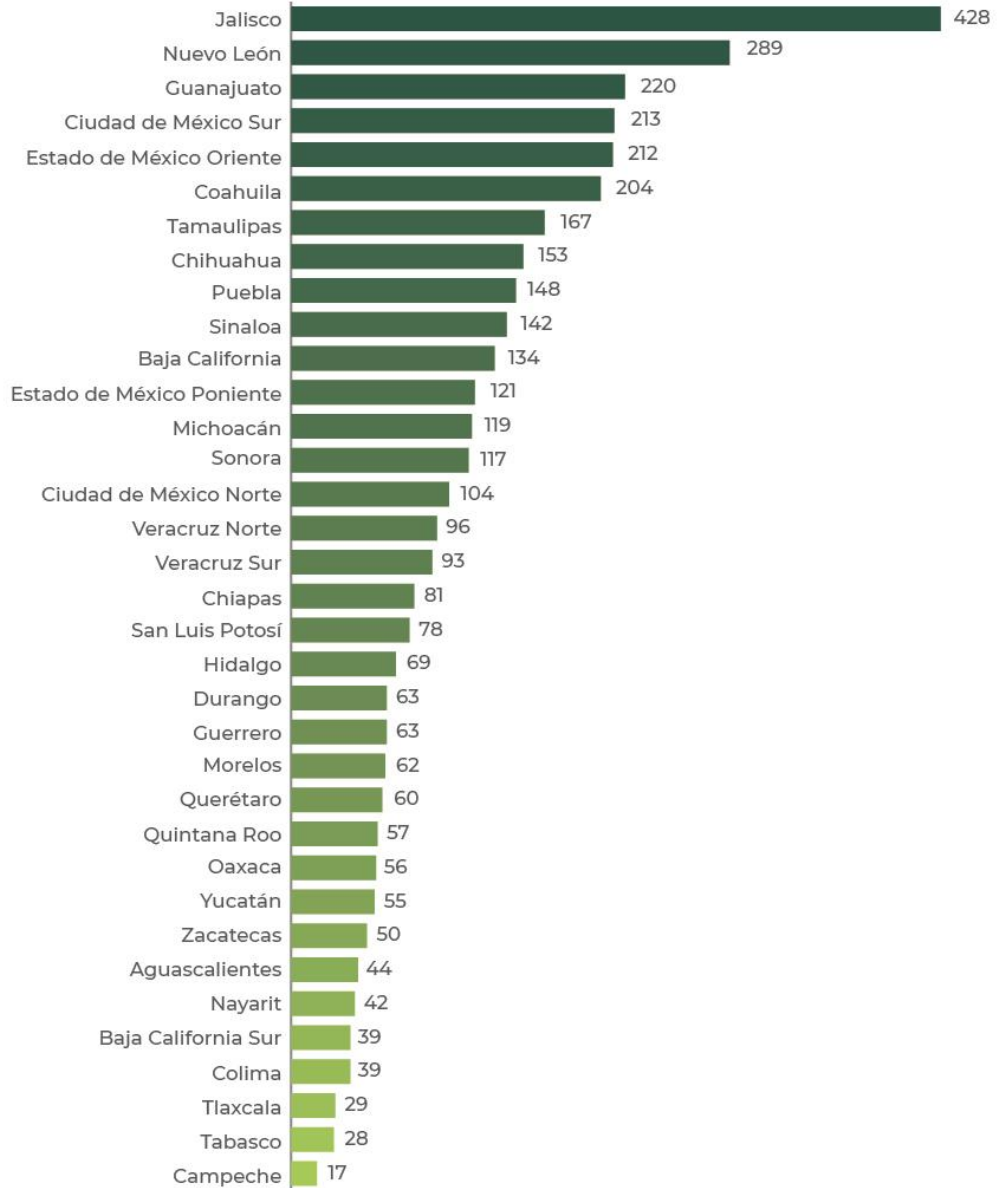
<sup>12</sup> CENSIA. (Abril, 15, 2019). Cáncer Infantil en México. Recuperado en diciembre, 2022, del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Sitio web: [www.gob.mx/salud%7Ccensia/articulos/cancer-infantil-en-mexico-130956](http://www.gob.mx/salud%7Ccensia/articulos/cancer-infantil-en-mexico-130956)

<sup>13</sup> IMSS. (Mayo 17, 2022). Censo Oncológico 2020 [CIE-10 C00-C97], Grupo de 0 a 17 años. Recuperado en diciembre, 2022, de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Instituto Mexicano del Seguro Social.

<sup>14</sup> Escamilla R, *et al.* (Noviembre 9, 2012). Tendencia de la mortalidad por cáncer en niños y adolescentes según grado de marginación en México (1990-2009). Recuperado en diciembre, 2022, de Salud Pública de México, volumen 54, No. 6.

menos de 30% logra superar la enfermedad. De acuerdo con el CeNSIA, la tasa de sobrevivencia de los pacientes registrados en el RCNA es de 57% en México<sup>15</sup>.

GRÁFICA 2.  
NÚMERO DE CASOS DE CÁNCER EN EL GRUPO 0 A 17 AÑOS POR ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA DEL IMSS.  
CENSO ONCOLÓGICO 2020 (CIE-10; C00-C97)



<sup>15</sup> WHO. (s. f.). Childhood Cancer. Recuperado en diciembre, 2022, del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia.

### II.1.3. Situación institucional

La supervivencia de niñas, niños y adolescentes con cáncer es un problema mayor en países en vías de desarrollo, como México. Las causas de este problema son multifactoriales, estructurales y específicas de las instituciones de salud, así como de las familias. El IMSS reconoce que hay una serie de factores que obstaculizan la disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad de los servicios de salud que se requieren en la atención de niñas, niños y adolescentes con cáncer. Asimismo, el Instituto tiene presente la necesidad de estudios internos estructurados que brinden información para conocer más a profundidad, sobre estos factores y el impacto de la atención para determinar la magnitud de la problemática del cáncer en esta población.

Una de las causas de que la supervivencia de niñas, niños y adolescentes con cáncer sea menor a 60% en México deriva de que las familias solicitan la atención médica en etapas avanzadas del padecimiento. Esto se debe al desconocimiento que tienen madres, padres y otras personas cuidadoras sobre los signos y síntomas del cáncer, pero es crucial el reconocimiento de estas señales para un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

La disponibilidad de campañas de difusión masiva sobre el cáncer infantil es baja o nula en el país, pero se requiere que el Instituto, de manera intra e interinstitucional, ponga al alcance de las familias y la población en general información que logre dar a conocer y concientizar a las personas adultas sobre la importancia de la identificación de signos de sospecha o alarma de cáncer en niñas, niños y adolescentes. Tal orientación debe ser efectiva para sensibilizar sobre la enfermedad en este grupo de pacientes sin generar miedo o resistencia en las personas cuidadoras ante la idea de un diagnóstico de cáncer en la familia, pero debe aclarar que es necesario enfrentar este temor para acudir a los servicios de salud de manera inmediata ante cualquier signo o sospecha de este padecimiento.

El diagnóstico de cáncer infantil es, para el paciente y toda su familia, una experiencia difícil y traumática. Si bien el cáncer es una enfermedad

potencialmente curable, los tratamientos suelen ser largos, agresivos, costosos y con múltiples efectos secundarios. En consecuencia, los impactos físicos, psicosociales y económicos son de tal magnitud que desestabilizan a cualquier familia.

En el IMSS, el proceso de detección y confirmación diagnóstica ocurre entre los tres niveles de atención (unidades médicas de primer nivel y unidades hospitalarias de segundo y tercer niveles), pero también puede ocurrir que pacientes pediátricos que fueron referidos del primer al segundo nivel de atención no lleguen a ser valorados de manera oportuna. Este retraso desfavorable se da por múltiples causas: lejanía de los lugares para recibir tratamiento, desintegración familiar, situación económica y, en ocasiones, la búsqueda de una segunda opinión.

También puede pasar que existe desinformación y creencias negativas sobre la supervivencia del cáncer infantil y los servicios de salud públicos. Madres, padres y otras personas cuidadoras de menores de edad tienen desconfianza e incertidumbre de las instituciones por las notas informativas de desabasto de medicamentos de quimioterapia y trato inadecuado, que algunos medios de comunicación u otros agentes han publicado.

Otro aspecto que influye en el diagnóstico precoz, el inicio y el seguimiento del tratamiento se relaciona con la accesibilidad a los servicios de salud para niñas, niños y adolescentes con cáncer. En casi todos los casos y, en mayor magnitud en aquellos que involucran tumores y enfermedades complejas, se requieren protocolos diagnósticos más elaborados, que demandan mayores recursos e insumos, esto implica que pacientes pediátricos y sus familias sean referidos a hospitales de alta especialidad, lo cual conlleva gastos de transporte desde el lugar de origen hasta los centros de salud, con ubicaciones remotas para algunas familias.

El traslado y la estancia hospitalaria durante los procesos de diagnóstico y tratamiento, así como las limitadas redes de apoyo en lugares lejanos a sus hogares, generan costos directos e indirectos para las familias, los cuales

impactan de manera significativa la situación económica, que en muchos casos ya es difícil. También se afecta la vida laboral y otras responsabilidades, que incluyen el cuidado de la salud propia y demás integrantes de la familia. La situación familiar se complica más cuando solo hay una persona cuidadora, en la mayoría de los casos la madre, y también si se pertenece a una comunidad indígena o con altos niveles de marginación. Estas grandes barreras que experimentan las familias pueden interferir en la atención oportuna, el seguimiento del tratamiento y, por tanto, en la evolución de la enfermedad.

El abandono del tratamiento es otra causa de la baja supervivencia de niñas, niños y adolescentes con cáncer. Especialmente, llega a ser frecuente en adolescentes, quienes tienen tasas altas de mortalidad. El abandono en este grupo etario es el resultado de procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, que requieren actualizarse y adaptarse a las circunstancias psicosociales y de género de estas y estos pacientes. El personal médico debe estar capacitado para otorgar apoyo social, emocional y espiritual, de acuerdo con las necesidades particulares de las y los adolescentes.

Desde la perspectiva del modelo de atención integral, el abordaje del diagnóstico y el inicio del tratamiento son cruciales en la supervivencia de niñas, niños y adolescentes. Por tanto, es prioritaria la planeación y optimización de los recursos de programas, proyectos y acciones para los diagnósticos tempranos y las referencias oportunas a los servicios de salud, para lograr que ninguna niña, niño o adolescente con cáncer reciban atención tardía a causa de procesos administrativos inadecuados o desconocimiento del equipo de salud.

La disponibilidad, accesibilidad y oportunidad de los estudios de laboratorio y gabinete es posible mediante el equipamiento de alta tecnología, que mantenga la capacidad de funcionamiento óptimo, y el personal suficiente para su manejo. También los servicios de Anatomía Patológica, donde se realizan diagnósticos de precisión con técnicas de inmunohistoquímica u otros que requieren inmuno-fenotipo o estudios de biología molecular, exigen gestión o subrogación con el posible riesgo de trámites administrativos y financieros que

pueden retrasar la atención; estos procesos especializados están disponibles solo en algunos centros del Instituto y, ante la alta demanda de estos, responden a mayor tiempo de lo esperado.

Aunque se tiene un avance importante en la disponibilidad de recursos humanos altamente especializados en el Instituto, todavía existe una brecha considerable para lograr la suficiente cobertura de personal médico altamente especializado. En agosto de 2002 se tenían contratados tan solo 50 hematólogos pediatras y 67 oncólogos pediatras, distribuidos en los Centro de Referencia Estatal para la Atención del Niño y de la Niña con Cáncer (OncoCREAN). Además se requiere de la integración equipos multidisciplinarios formados por especialistas en Cirugía Pediátrica Oncológica, Neurocirugía Pediátrica, Radioterapia, Psicología, Anestesiología Pediátrica y Enfermería Pediátrica Oncológica, pero también se necesita de la infraestructura y funcionamiento de unidades de Radioterapia, Bancos de Sangre y servicios de Rehabilitación Pediátrica. Se tiene que tomar en cuenta que es necesario fortalecer el desarrollo y la permanencia en el Instituto de los recursos humanos especializados, y asegurar la infraestructura en equipamiento e insumos terapéuticos para aumentar la accesibilidad y mejorar calidad de los servicios de salud.

## **II.2. Mujeres embarazadas, personas gestantes y personas lactantes**

### **II.2.1. Conceptualización del grupo en situación de vulnerabilidad**

El embarazo, como proceso fisiológico, es un periodo que requiere cuidados especiales a la salud, tanto para mujeres y personas gestantes, como para el producto en gestación. En escenarios deseables y favorables, el embarazo puede planificarse brindando la oportunidad de una gestación saludable por la consejería prenatal y la atención médica anticipada. En estas circunstancias, la vigilancia prenatal oportuna, periódica e integral ocurre para mantener un estado de salud óptimo de las mujeres y personas gestantes, y posibilita el desarrollo esperado del producto. Así se llega al parto, al puerperio y a la



lactancia con menor riesgo de complicaciones o muerte materna o perinatal. En países como México, donde permanecen grandes brechas de desigualdad social, pueden presentarse obstáculos a lo largo de todo el proceso de la atención materna, mismos que derivan en riesgos para la salud de las mujeres embarazadas, personas gestantes y personas lactantes, y la ocurrencia de estos riesgos puede tener repercusiones en las vidas de estas poblaciones.

“La condición de mayor vulnerabilidad social se asocia a mayores niveles de estrés y ansiedad de la madre antes y durante el embarazo y, como consecuencia: mayor incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer, destete precoz, deficiente calidad del cuidado del niño, mayores tasas de rezago, retraso del desarrollo infantil, déficit atencional e hiperactividad, problemas del lenguaje, depresión y deficiente competencia social en el comportamiento del individuo para toda la vida”<sup>16</sup>.

Aunque es complejo responder a los determinantes estructurales, sociales y culturales que sitúan en diferentes niveles de vulnerabilidad, a las mujeres embarazadas, personas gestantes y personas lactantes, las instituciones públicas, como agentes del Estado, tienen la obligación de tomar medidas para proteger el derecho a la salud de estas poblaciones. Asimismo, es necesario precisar que el nivel de vulnerabilidad se determina por la intersección de las identidades de las personas. La edad, el nivel socioeconómico, la escolaridad, la pertenencia a comunidades con alto nivel de marginación, la identidad de género y el mismo estado de salud son condiciones que se combinan y establecen la situación de vulnerabilidad de estas personas.

Durante el embarazo, el parto y después de este, las condiciones de vulnerabilidad se hacen presentes, siendo responsabilidad de las personas prestadoras de servicios públicos el diseñar e implementar políticas públicas y programas de atención integral materna que contribuyan a reducir las brechas de desigualdad e inequidad desde su ámbito de competencia, considerando las características y las necesidades específicas de las mujeres embarazadas, las personas gestantes y las personas lactantes.

---

<sup>16</sup> Muñoz L, et al. (2013). Vivenciando la maternidad en contextos de vulnerabilidad social: un enfoque comprensivo de la fenomenología social. Recuperado en diciembre, 2022, de la Revista Latino-Americana de Enfermagem, volumen 21, No. 4.

Cabe mencionar que las necesidades y condiciones de vulnerabilidad son muy diversas en los distintos grupos etarios de las mujeres embarazadas y personas gestantes y lactantes con otras identidades de género. Las personas entre 20 y 35 años son el grupo que presenta menores riesgos de salud durante el embarazo y después de este; sin embargo, sus identidades y realidades influyen para transitar o no por un proceso de gestación riesgoso o complicado. Las mujeres y personas con capacidad de gestar y lactar que trabajan y que carecen de condiciones adecuadas para compaginar el embarazo con sus actividades laborales u otras, y/o con algún padecimiento, enfrentarán mayores riesgos para su salud durante este periodo y en la lactancia.

En las mujeres y personas gestantes de más de 35 años de edad aumenta el riesgo de embarazo con complicaciones cuando el estado de salud está comprometido por alguna enfermedad crónica o por las condiciones sociales, económicas y culturales que enfrentan. Entre las circunstancias desfavorables que llegan a vivir estas personas están las actitudes y conductas de estigma y discriminación tanto en sus entornos familiares y sociales, así como en los servicios de salud, quienes consideran que ya no están en edad para tener bebés.

En mujeres embarazadas de menor edad (niñas de 10 a 14 años y adolescentes de 15 a 19 años), las circunstancias desfavorables son de mayor complejidad, principalmente, porque están en un periodo de desarrollo físico, mental, emocional y social. En el caso de las niñas, se debe considerar que el embarazo en la mayoría de los casos es consecuencia de un acto de violencia sexual mientras que en las adolescentes, las causas del embarazo son estructurales y por el desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos; en ambos casos, los derechos humanos de estas poblaciones son vulnerados. Aunque por normas y roles de estereotipo de género, en algunos contextos la maternidad en niñas y adolescentes es normalizada, en realidad se trata de un mayor riesgo de muerte y una transgresión abierta de sus derechos a la salud, a la educación y al trabajo, entre otros, lo que impacta en el bienestar y desarrollo humano de ellas mismas, sus bebés y sus familias.

“El embarazo y el parto son unas de las principales causas de muerte de adolescentes mayores en países en desarrollo”<sup>17</sup>.

“El embarazo adolescente es relevante desde una perspectiva de política de desarrollo, ya que la maternidad temprana puede tener importantes repercusiones intra e intergeneracionales, que pueden desencadenar trampas de pobreza intergeneracional”<sup>18</sup>.

El reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todas las personas es fundamental en la atención materna. El respeto en todo sentido a las personas gestantes con otras identidades de género es su derecho. En este grupo en particular, es importante tener apertura y respeto a la diversidad sexual, pues se debe abatir de manera firme la realidad inaceptable constituida por prejuicios y creencias de anormalidad hacia este grupo. De esta forma se deben erradicar actitudes y conductas de estigmatización y discriminación que atentan contra los derechos de igualdad, equidad e inclusión de las personas gestantes con otras identidades.

Aunque en los servicios de salud no deben ocurrir incidentes que vulneren a las mujeres embarazadas, personas gestantes y personas lactantes, los agentes responsables de esta atención deben garantizar la protección del derecho a la salud, durante el embarazo aún suceden situaciones que van en contra de los derechos humanos y que son normalizadas. Entre estos sucesos se presentan la escasez de recursos e infraestructura para una atención materna integral de calidad, el parto por cesárea injustificado, el abandono de la lactancia, el maltrato, la violencia obstétrica, el estigma y la discriminación a personas gestantes con otras identidades de género, entre otros.

Históricamente, por una cultura patriarcal dominante, las mujeres han vivido bajo circunstancias de violencia de género derivadas de normas, roles y

---

<sup>17</sup> OPS, OMS, UNFPA, UNICEF. (Agosto, 2016). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Recuperado en diciembre, 2022, de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Sitio web: [lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL\\_5.PDF](http://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL_5.PDF)

<sup>18</sup> Banco Mundial. (2012). Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Recuperado en diciembre, 2022, del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Sitio web: [openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/16978/831670WP0SPANI0Box0382076B00PUBLIC0.pdf](http://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/16978/831670WP0SPANI0Box0382076B00PUBLIC0.pdf)

estereotipos que conducen a la subordinación de las mujeres ante las figuras de poder, especialmente aquellas que con mayores condiciones de vulnerabilidad. Como una expresión de poder asimétrico, se presenta la violencia obstétrica, que es resultado de actitudes y conductas normalizadas del personal de salud hacia el embarazo y el parto que atenta contra los derechos de las mujeres. Desde una relación vertical en la interacción entre el personal de salud y derechohabientes, las mujeres y las personas gestantes son concebidas como pacientes indefensas, a quienes se les puede maltratar de forma verbal, porque este trato está normalizado; sin embargo, esta práctica inadecuada es una transgresión abierta de los derechos de este grupo en situación de vulnerabilidad.

“Millones de mujeres en México han experimentado la violencia obstétrica. Entre 2011 y 2016, 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto, sufrió algún tipo de maltrato por parte del personal que las atendió”<sup>19</sup>.

A pesar de que una intervención quirúrgica tiene mayores riesgos para la salud, con frecuencia el personal de salud, con el consentimiento de las mujeres embarazadas y personas gestantes, decide realizar una cesárea sin que existan criterios médicos suficientes que la justifiquen. Encauzar la toma de decisión hacia la elección de este procedimiento, aun cuando esta decisión también sea solicitud y/o voluntad explícita de las mismas mujeres embarazadas y personas gestantes, puede ser una vulneración del derecho a la protección de la salud bajo la idea de facilitar el parto. La intervención médico-quirúrgica incrementa los riesgos para la salud y la vida de las mujeres y las personas gestantes, así como para las personas recién nacidas. No priorizar el parto vaginal ni promover sus beneficios, así como no garantizar las condiciones necesarias para llevarlo a cabo, restan las posibilidades del ejercicio pleno de los derechos y, en específico, del derecho a la protección a la salud de estas poblaciones.

---

<sup>19</sup> INEGI. (Agosto 18, 2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Recuperado en octubre, 20, 2022, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Sitio web: [www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](http://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf)

INSP. (s. f.). La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer. Recuperado en octubre 20, 2022, del Instituto Nacional de Salud Pública. Sitio web: [www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html](http://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html)

“Además del maltrato físico y verbal, otra de las formas de violencia en la atención obstétrica es la práctica injustificada de cesáreas: en México, de las 3.7 millones de mujeres a las que se les practicó este procedimiento quirúrgico, 10.3% no fue informada de la razón, y a 9.7% no le pidieron su autorización para realizarla”<sup>20</sup>.

En el binomio madre-persona recién nacida, el derecho a la lactancia es fundamental para garantizar la protección a la salud tanto de las madres como de sus bebés. Sin embargo, por las circunstancias sociales de las mujeres y las personas gestantes, la mercadotecnia y disponibilidad de los sucedáneos y las condiciones que se requieren para iniciar y mantener la lactancia hasta la edad recomendada por la Organización Mundial de la Salud, la lactancia se abandona o ni siquiera se intenta, faltando a la protección del derecho a la salud de este binomio. No obstante, los agentes del Estado están obligados a actuar en la promoción de los beneficios de la lactancia en la salud y del desarrollo de la persona lactante, así como en el impacto en la salud de la madre. Además, habrá que establecer medidas para reducir las condiciones que obstaculizan la lactancia en las primeras horas de vida de la persona recién nacida y apoyar a las madres a mantenerla como alimento único hasta los 6 meses y complemento hasta los 2 años de vida.

El derecho humano a la alimentación es parte esencial del desarrollo físico y mental, al igual que la posibilidad de todas las personas de tener acceso a alimentos nutritivos, adecuados, suficientes y disponibles de acuerdo con su territorio y cultura, que garanticen su salud y bienestar. La Asamblea Mundial de la Salud aprobó en 2012 el objetivo global de nutrición e incrementó la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad al menos en 50%. En México, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) señala que a ninguna mujer se le debe impedir el ejercicio del derecho a la lactancia y, además, debe recibir información y orientación oportuna. Por tanto, es deber promover la eliminación de los factores que obstaculizan su práctica y generar condiciones que la favorezcan.

---

<sup>20</sup> Castro R. (2017). La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer. Violencia obstétrica en México: Resultados de la ENDIREH 2016. Sitio web: [dx.doi.org/10.22201/crim.UNAM000001c.2017.c55](https://dx.doi.org/10.22201/crim.UNAM000001c.2017.c55)

Brindar una atención adecuada en los servicios de salud pública es una obligación de los agentes del Estado y recibir dicha atención es un derecho humano de cualquier persona. A las mujeres embarazadas, personas gestantes y personas lactantes se les debe garantizar el derecho a la protección de salud en particular, porque requieren atención y vigilancia continua en todo el proceso de la gestación y después de esta.

Para lograr un ejercicio pleno del derecho a la protección a la salud de mujeres embarazadas, personas gestantes y personas lactantes, se requiere de un modelo de atención materna integral que se caracterice por un trato humano digno, que tome en cuenta las características individuales y sociales, las identidades y las necesidades particulares de las personas derechohabientes. La disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad de los servicios de la atención materna contribuyen al ejercicio pleno de los derechos de las personas, especialmente, el derecho a la salud.

Aun cuando es un hecho que las mujeres embarazadas, las personas lactantes y, ahora, las personas gestantes, siempre han sido grupos prioritarios en la atención del IMSS, se reconoce que es necesario fortalecer y orientar los servicios de salud hacia el marco de los derechos humanos, que coadyuve a incrementar el bienestar y desarrollo de estas poblaciones. Por las circunstancias descritas, las mujeres embarazadas, las personas lactantes, y, ahora, las personas gestantes son incluidas en grupos en situación de vulnerabilidad prioritarios que atiende la presente política.

## II.2.2. Panorama epidemiológico

El ejercicio desigual e inequitativo de los derechos de las mujeres se refleja en la salud materna, la cual se define como “la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio”<sup>21</sup>. Al respecto, hay indicadores que contrastan, mientras que las tasas de natalidad se han reducido en ciertos países y regiones del mundo, la mortalidad se mantiene en localidades donde la disponibilidad y

---

<sup>21</sup> OMS. (s. f.). Salud materna. Recuperado en octubre 20, 2022, de la Organización Mundial de la Salud. Sitio web: [www.who.int/es/health-topics/maternal-health](http://www.who.int/es/health-topics/maternal-health)

accesibilidad de los servicios de salud es limitada o nula. Por ello, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible se estableció la meta 3.1: “Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 mil nacidos vivos”.

Según datos del Banco Mundial (BM), la tasa de fecundidad (por mujer) promedio en el mundo en 2020 fue de 2.4. Esta tasa ha descendido en el transcurso del tiempo y es heterogénea alrededor del mundo<sup>22</sup>. En países de África esta tasa puede ser mayor de 4, mientras que en países como Canadá es menor a 2. Las mujeres y las personas gestantes se enfrentan a grandes retos durante el embarazo. En particular, la atención del parto por personal profesional de salud representa un desafío en localidades donde no se cuenta con la disponibilidad del personal. A nivel mundial, 84% de los partos son atendidos por personal capacitado, mientras que en América son 96% y en México son 98%.

El IMSS brinda atención obstétrica a mujeres embarazadas y personas gestantes derechohabientes y usuarias en sus tres niveles; en 2018 el IMSS atendió 450 mil partos, esto representó, aproximadamente, 20% de los nacimientos en instituciones públicas de salud<sup>23</sup>.

La mortalidad materna continúa siendo uno de los indicadores que más refleja la desigualdad en el mundo porque es principalmente en los países en desarrollo en donde se concentran 99% de todas las muertes asociadas al proceso del embarazo. A nivel mundial, en 2017 murieron alrededor de 295 mil mujeres durante o después del embarazo y el parto (830 mujeres por día)<sup>24</sup>.

---

<sup>22</sup> Banco Mundial. (s. f.). Fertility Rate, Total (Births per Woman). Recuperado en octubre 21, 2022, del Banco Mundial. Sitio web: [data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?end=2020&start=2020&view=map](https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?end=2020&start=2020&view=map)

<sup>23</sup> IMSS. (2018). Memorias estadísticas 2018. Capítulo IV. Prestaciones Médicas. Recuperado en diciembre, 2022, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Sitio web: [www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2018](http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2018)

<sup>24</sup> Naciones Unidas. (Septiembre 16, 2021). Las prácticas sanitarias de riesgo e irrespetuosas continúan dañando a las mujeres y los recién nacidos más vulnerables. Recuperado en noviembre 4, 2022, de Naciones Unidas. Crónica ONU. Sitio web: [www.un.org/es/cr%C3%B3nica-onu/las-pr%C3%A1cticas-sanitarias-de-riesgo-e-irrespetuosas-contin%C3%BAan-da%C3%B1ando-las-mujeres-y-los](https://www.un.org/es/cr%C3%B3nica-onu/las-pr%C3%A1cticas-sanitarias-de-riesgo-e-irrespetuosas-contin%C3%BAan-da%C3%B1ando-las-mujeres-y-los)

Las tasas de mortalidad materna se dan principalmente entre las mujeres que viven en zonas rurales y en las comunidades más pobres.

En México, la razón de mortalidad materna calculada es de 30.1 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, hasta agosto de 2022. Las principales causas de defunción son enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (17.6%); hemorragia obstétrica (15.1%), aborto (7.2%) y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio (6.9%). Las entidades con más defunciones maternas son Estado de México (39%), Veracruz (30%), Chihuahua (25%), Jalisco (23%) y Chiapas (22%). En conjunto, suman 34.4% de las defunciones registradas en el país<sup>25</sup>.

Uno de los desafíos de la salud materna en todo el mundo son los porcentajes de partos por cesárea que superan entre 10% y 15%, rango donde se justifica la intervención quirúrgica por las situaciones de riesgo que se presentan para la persona recién nacida y/o la madre. Según la OMS, las cesáreas son eficaces para salvar la vida de madres y bebés solamente cuando son necesarias por motivos médicos y, a nivel de población, las tasas de cesárea superiores a 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal<sup>26</sup>.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 2018, 23.3% de mujeres en México tuvieron cesáreas programadas y 22.8% cesáreas de emergencia de cada 100 mujeres embarazadas. Las tres entidades que presentaron los porcentajes más altos de cesáreas programadas fueron Tamaulipas (33.3%), Nuevo León (31%) y Ciudad de México (29.1%). Mientras que las entidades con más cesáreas de emergencia fueron Tlaxcala (30%), Aguascalientes (29.4%) y Baja California Sur (28%). Chiapas es la entidad con la

---

<sup>25</sup> SS. (Agosto, 2022). Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna. Semana Epidemiológica 33/2022. Recuperado en diciembre, 2022, de la Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Sitio web: [www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/754318/MM\\_2022\\_SE33.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/754318/MM_2022_SE33.pdf)

<sup>26</sup> OMS. (Abril 14, 2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Recuperado en octubre 21, 2022, de la Organización Mundial de la Salud. Sitio web: [www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02](http://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02)



menor proporción de cesáreas programadas (14.0%) y Chihuahua tiene la menor proporción de cesáreas de emergencia (17%)<sup>27</sup>.

Las mujeres y personas gestantes primíparas de 12 a 19 años y de 35 o más años representaron los grupos de mayor exposición a la cesárea. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012, como factores asociados directamente a la intervención quirúrgica se encontró que las mujeres con 35 o más años tienen 61% más probabilidad de ser intervenidas por operación cesárea, en comparación con el grupo de 20 a 34 años. El grupo de menos de 20 años fue considerado como factor protector a esta intervención. Sin embargo, en lo que respecta a su asociación con el tema de paridad, presenta seis veces más riesgo de intervención cesárea en mujeres primíparas de este grupo etario, en comparación con el grupo de mujeres primíparas de 35 años o más, cuyo riesgo aumenta en 5.2 veces más<sup>28</sup>.

En el IMSS, al cierre de 2021, la proporción de nacimientos vía cesárea fue de 49.7%, por arriba de lo establecido en la Declaración de la OMS sobre Tasas de Cesárea<sup>29</sup>.

Distintos organismos internacionales han elaborado pronunciamientos y definiciones relativas al maltrato durante la atención obstétrica y propusieron los conceptos *violencia obstétrica*, *falta de respeto durante el nacimiento* o *abuso en obstetricia*. En México se ha definido como violencia obstétrica a toda

---

<sup>27</sup> INEGI. (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Recuperado en octubre 21, 2022, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Sitio web: [www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/](http://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/)

<sup>28</sup> Gutierrez JP, et al. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Recuperado en diciembre, 2022, del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, 2012. Sitio web: [ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/informes.php](http://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/informes.php)

<sup>29</sup> IMSS. (2021). Memorias estadísticas 2021. Capítulo IV. Prestaciones Médicas. Recuperado en diciembre, 2022, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Sitio web: [www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2021](http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2021)

OMS. (Abril 14, 2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Recuperado en octubre 21, 2022, de la Organización Mundial de la Salud. Sitio web: [www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02](http://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02)

forma de vulneración de los derechos humanos de las mujeres que se presenta durante la atención obstétrica y en el ámbito de la salud sexual y reproductiva<sup>30</sup>.

En 2016, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) publicó una encuesta nacional que evaluó el maltrato en la atención obstétrica y que reportó que 33.4% de las mujeres sufrió algún tipo de violencia por parte de quienes las atendieron, siendo Aguascalientes, Ciudad de México, Coahuila, Estado de México, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Querétaro, Tlaxcala y Yucatán las entidades con más prevalencia de violencia y abuso<sup>31</sup>.

En el binomio madre-persona recién nacida, después del parto, la lactancia materna es un gran desafío en el mundo porque se abandona en algunos casos desde las primeras horas de vida de la persona recién nacida o en los siguientes días o semanas después del egreso hospitalario. A pesar de las medidas que se han establecido desde los organismos internacionales y nacionales para revertir esta problemática, en la mayoría de los casos se opta por una alimentación basada en sucedáneos.

Merece especial atención por parte de los agentes del Estado, el hecho de que, en países de ingresos bajos y medianos, 4% de las y los bebés nunca son amamantados, cuando en países de altos ingresos es de hasta 21%<sup>32</sup>. De acuerdo con resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018-19, a nivel nacional, casi una tercera parte de infantes menores de 6 meses de edad fueron alimentados con lactancia materna exclusiva, siendo mayor en áreas rurales (37.4%) que en urbanas (25.2%). En relación con la lactancia materna predominante, también fue mayor en áreas rurales (52.2%) que en urbanas (35.5%). La proporción de bebés de madres indígenas con lactancia materna predominante contrasta mucho con el de madres no indígenas, 60.7% y 37.7%,

---

<sup>30</sup> INSP. (s. f.). La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer Recuperado en octubre 21, 2022, del Instituto Nacional de Salud Pública. Sitio web: [www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html](http://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html)

<sup>31</sup> La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer.

<sup>32</sup> UNICEF. (2018). Lactancia materna. El regalo de una madre para cada niño y para cada niña. Recuperado en diciembre, 2022, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Sitio web: [www.unicef.org/lac/informes/lactancia-materna](http://www.unicef.org/lac/informes/lactancia-materna)

respectivamente. Por nivel socioeconómico, también hay una diferencia importante, en el nivel bajo fue 52.7% y en el alto 31.6%<sup>33</sup>.

El embarazo en adolescentes es un problema social multifactorial que demanda una respuesta efectiva de los servicios de salud, por todas las implicaciones que trae consigo. El Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) reportó en 2014 que 20 mil niñas dan a luz todos los días, que 70 mil muertes en adolescentes se presentan por complicaciones del embarazo y del parto todos los años, y que hay 3.2 millones de abortos inseguros en adolescentes cada año. En datos más recientes, la OMS declaró que en los países de ingresos medios y bajos ocurre la mayoría de los embarazos adolescentes. Se calcula que 16 millones de mujeres de entre 15 a 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año. La región de América Latina y el Caribe tiene la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo<sup>34</sup>.

La OMS también señala que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo. Esta cifra es alarmante porque alrededor de 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen en este grupo de edad y 95% de ellos ocurre en los países de ingresos medios y bajos<sup>35</sup>.

México está entre los países miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) con las tasas de nacimientos más altas en adolescentes. El Banco Mundial reportó en 2020 que la tasa era de 58 por cada 1,000 nacimientos, mientras que Suiza tuvo la más baja, 2<sup>36</sup>. De acuerdo con el

---

<sup>33</sup> González L, *et al.* (Noviembre 24, 2020). Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la Ensanut 2018-19. Recuperado en diciembre, 2022, de Salud Pública de México, volumen 62, No. 6, Noviembre-Diciembre. doi.org/10.21149/11567

<sup>34</sup> OMS. (Septiembre 15, 2022). Adolescent pregnancy. Recuperado en diciembre, 2022, de la Organización Mundial de la Salud. Sitio web: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy)

<sup>35</sup> Organización Mundial de la Salud.

<sup>36</sup> Banco Mundial (2020). Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años de edad) Mexico-Switzerland. Recuperado en diciembre, 2022, del Banco

Inegi, 14.2% de los nacimientos en el país en 2020 correspondió a madres de entre 15 a 19 años y poco más de 5,000 (0.3%) declararon tener menos de 15 años al momento del nacimiento<sup>37</sup>.

Asimismo, se presentaron 93,341 nacimientos registrados en madres que tenían entre 10 y 17 años al momento del nacimiento. Las entidades federativas con la mayor tasa de nacimientos registrados para este grupo de edad fueron Guerrero (17.3), Puebla y Chiapas (ambas con 15.6). Las entidades que cuentan con las menores tasas son Ciudad de México (4.2), Baja California (7.7) y Sonora e Hidalgo (ambas con 7.9). A nivel nacional, la tasa es de 10.8.

GRÁFICA 3.  
TASA DE NACIMIENTOS REGISTRADOS DE MADRES ENTRE 10 Y 17 AÑOS  
AL NACIMIENTO POR CADA 1,000MIL MUJERES DE ESE GRUPO DE EDAD, 2020<sup>38</sup>



Mundial. Sitio web: [datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT?locations=MX-CH&view=chart](https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT?locations=MX-CH&view=chart)

<sup>37</sup> INEGI. (2021). Características de los nacimientos registrados en México durante 2020. Recuperado en diciembre, 2022, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Sitio web: [www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/NamtosRegistrados2020.pdf](http://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/NamtosRegistrados2020.pdf)

<sup>38</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

### II.2.3. Situación institucional

Los retos de la salud materna que enfrenta el Instituto son múltiples y complejos, pero los más apremiantes en la actualidad son la mortalidad materna, la violencia obstétrica, la lactancia y el embarazo adolescente.

La demanda de los servicios de atención materna en condiciones óptimas sobrepasa la capacidad institucional. Por un lado, los hospitales solo se encuentran en determinadas ciudades o localidades del país, los cuales se ubican a largas distancias para algunas personas usuarias y, por otro lado, la cantidad de personal de salud destinado a la atención de mujeres embarazadas y personas gestantes no es suficiente para brindar un servicio óptimo. En ciertas unidades y turnos, únicamente se cuenta con una persona especialista en Gineco-Obstetricia para la atención de todas las pacientes en un mismo turno, quien se hace cargo de todos los servicios (admisión, labor, quirófano y hospitalización).

La saturación de los servicios lleva a una atención con contactos breves o escasos y posibles riesgos en la realización de ciertos procedimientos en el parto. Cuando las pacientes son hospitalizadas, ya sea para inducir el trabajo de parto, atenderlo o para el parto mismo, no se les permite estar acompañadas por ninguna persona de su elección y el personal de salud también suele dejar solas a las mujeres y personas gestantes en este proceso; en ocasiones, se les acercan solo cuando es necesario realizar alguna acción clínica, como la toma de signos vitales o una exploración física para auscultar la frecuencia cardiaca fetal o realizar la exploración vaginal.

El modelo tradicional de atención materna -que persiste- establece que el embarazo y nacimiento debe ser manejado como un proceso patológico, donde la práctica médica obstétrica es impersonal, intervencionista e impositiva, relegando a segundo plano a las mujeres embarazadas y personas gestantes. Este tipo de atención ha derivado en insatisfacción de las personas derechohabientes y en la falta de confianza en el personal de salud del Instituto.

En el contexto de una relación de saber-poder, el personal médico ejerce control con regular frecuencia sobre mujeres embarazadas y personas gestantes; situación que se agudiza más en las personas con ciertas identidades como mujeres indígenas, personas con bajo nivel de escolaridad y quienes viven en zonas de alto nivel de marginación. El personal médico toma decisiones de manera unilateral e induce el consentimiento de mujeres embarazadas y personas gestantes para llevar a cabo procedimientos obstétricos que requieren atención especializada y de resolución quirúrgica, como la operación cesárea, que tiene mayores riesgos en comparación con el parto vaginal.

Aunque la operación cesárea únicamente debe ser recomendada para aquellos casos cuando el parto vaginal implica un mayor riesgo para la salud de la persona recién nacida o la madre, debido a causas como infecciones, preeclampsia, nacimientos múltiples, sufrimiento fetal, bebés muy grandes o mala colocación del producto, entre otras, se opta por esta resolución quirúrgica sin razones válidas que la justifiquen. Dejar de lado las opiniones, necesidades y expectativas de las mujeres y personas gestantes, y desplazarlas de ser las protagonistas a personas pasivas por quienes otros deciden impacta de forma negativa en la experiencia del proceso de embarazo y parto.

Las principales barreras que dificultan o limitan el logro de una lactancia materna exitosa, exclusiva y predominante (hasta los 6 meses) son el acceso a información, asesoría y educación sobre el tema. Entre las causas específicas que la obstaculizan se encuentran la poca o nula orientación y acompañamiento a pacientes y sus familias para iniciar y continuar la lactancia durante el proceso de atención pre, durante y pos parto por parte del personal de salud; las mujeres embarazadas o personas gestantes no acuden de forma oportuna a recibir la información adecuada sobre la importancia y ventajas de la lactancia materna por decisión propia y/o de la familia; a quienes trabajan fuera de casa no se les otorga el permiso para acudir a citas de control prenatal o puerperal ni a sesiones educativas de preparación para el nacimiento; hay afiliación tardía, información inadecuada por personal de salud no capacitado y exposición a la publicidad de sucedáneos, que también influye.

## II.3. Personas que viven con VIH (PPV)

### II.3.1. Conceptualización del grupo en situación de vulnerabilidad

El inicio de la epidemia del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), en la década de los 80, se caracterizó por ser un hito en la historia de la salud pública mundial. La humanidad no solo enfrentó estragos en la salud pública mundial causada por esta enfermedad, sino también se puso a prueba el avance de los derechos humanos. Las personas diagnosticadas con infección por VIH-sida han sido blanco de estigma, discriminación, maltrato y negligencia, no tanto por tener un virus que se transmite por vía sexual, sanguínea o perinatal, sino por la asociación que se hacía de esta transmisión con las prácticas sexuales y, especialmente, por la preferencia sexual de hombres homosexuales y bisexuales, por el trabajo sexual que ejercían principalmente mujeres o por ser personas usuarias de drogas inyectables.

La vulneración a los derechos humanos de las personas que viven con VIH o sida inició con el comienzo mismo de la epidemia. Las personas que contraen el virus eran responsabilizadas de ello. Se consideraba que la infección era consecuencia de sus preferencias sexuales o comportamientos y solo a las mujeres que adquirirían el virus por sus esposos o concubinos se les tenía un poco de consideración, especialmente si estaban embarazadas. Sin embargo, la mayoría de las personas con la infección o enfermas fueron señaladas, juzgadas y condenadas, anulando así sus derechos a la igualdad y no discriminación: en consecuencia, la vulneración de otros derechos relacionados, como la seguridad social, el trabajo, la salud y el bienestar.

Las personas que vivían con VIH-sida, en su mayoría hombres homosexuales, eran rechazadas y abandonadas por sus familias y círculos sociales; despedidas de sus centros de trabajo, apartadas de sus actividades económicas y confinadas a espacios inadecuados en los servicios de salud, donde sufrían estigmatización, discriminación, maltrato y negligencia, derivado del

desconocimiento sobre las formas de transmisión y, principalmente, por los prejuicios y creencias hacia la diversidad sexual. Esto llevó a que las personas que vivían con VIH-sida fuesen consideradas una población en condiciones de vulnerabilidad desde el origen de la epidemia.

Los avances científicos han sido esenciales en la respuesta ante el VIH. Los medicamentos antirretrovirales, que cada vez son más eficaces para mantener una adecuada calidad de vida, son determinantes para prevenir el sida. El acceso universal a estos medicamentos representa un gran logro de las acciones que garantizan el ejercicio de los derechos humanos de esta población, donde la participación de personas que viven con VIH (PVV), activistas y organizaciones de la sociedad civil ha sido crucial. La movilización continua de estos agentes ha sido uno de los principales mecanismos para frenar las transgresiones de los derechos humanos de las personas que viven con VIH-sida. También ha representado el puente para abrir y avanzar en materia de derechos de esta población, en todos los ámbitos: familiar, laboral, social, político, económico, cultural y de salud.

A diferencia de otras poblaciones en situación de vulnerabilidad, los grupos organizados de PVV han sido agentes impulsores muy activos que exigen se respeten y hagan efectivos todos sus derechos, logrando y participando en el establecimiento de políticas y programas públicos. Sin embargo, todavía hay grandes áreas de oportunidad para que el ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas que viven con VIH sea una realidad, sin que influya si son parte de los grupos de población clave.

La Organización Panamericana de la Salud señala que estos grupos son aquellos que, por sus comportamientos específicos de gran riesgo, presentan una especial susceptibilidad a contraer el VIH independientemente del tipo de epidemia y del contexto local: hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y hombres gay, mujeres trans, personas trabajadoras sexuales (hombres y mujeres), personas usuarias de drogas inyectables y personas privadas de su



libertad<sup>39</sup>. A estas poblaciones se suman otras que también se encuentran en situación de vulnerabilidad y que vivir con VIH aumenta sus desventajas individuales, sociales y económicas: adolescentes, jóvenes, mujeres, migrantes, indígenas, mujeres embarazadas y personas gestantes.

A pesar de los grandes esfuerzos y avances del Consejo Nacional para Prevención y Control del SIDA (Conasida) -donde el IMSS es integrantes- por establecer políticas, programas y acciones específicas para la prevención del VIH y atención de las personas que viven con VIH, aún ocurren transgresiones a los derechos humanos a las PVV. Esto es consecuencia de las actitudes y prácticas inadecuadas que tienen algunas personas servidoras públicas hacia los grupos de población clave. Con frecuencia estas personas son estigmatizadas y discriminadas cuando solicitan una prueba de detección VIH y/o demandan cualquier servicio de atención en salud.

“El contexto de vulnerabilidad al VIH en la población de mujeres trans se basa en una compleja relación de factores que van desde lo estructural, lo interpersonal y lo individual. [...] Por otro lado, el acceso a los servicios públicos se encuentra limitado por experiencias de discriminación, incluyendo el acceso a servicios de salud, donde se han documentado experiencias de acoso, humillación y negación de servicios. Esta confluencia de factores explica las elevadas tasas de prevalencia de VIH documentadas en la región [de América] para esta población”<sup>40</sup>.

Hasta la fecha, los prejuicios y las creencias de personas servidoras públicas, así como el desconocimiento sobre las formas de transmisión y prevención del VIH-sida, son factores que influyen en las actitudes y conductas de estigma y discriminación que se dan en los servicios de salud hacia personas que viven con VIH (PVV), que son parte de las poblaciones clave.

“Respecto a los hombres que tienen sexo con hombres, es conveniente señalar que su vulnerabilidad a la discriminación por homofobia suele

---

<sup>39</sup> OPS. (Noviembre 30, 2022). Los casos nuevos de infección por el VIH aumentaron más de 20% en América Latina en la última década. Recuperado en diciembre, 2022, de Organización Panamericana de la Salud. Sitio web: [www.paho.org/es/noticias/30-11-2020-casos-nuevos-infeccion-por-vih-aumentaron-mas-20-america-latina-ultima-decada](http://www.paho.org/es/noticias/30-11-2020-casos-nuevos-infeccion-por-vih-aumentaron-mas-20-america-latina-ultima-decada)

<sup>40</sup> Silva A. (Junio, 2015). Diagnóstico sobre políticas y servicios de prevención de VIH para poblaciones clave en América Latina. Recuperado en diciembre, 2022, de ONUSIDA. Sitio web: [onusidalac.org/1/images/2015/pdf/diagnostico-onusida-junio-2015.pdf](http://onusidalac.org/1/images/2015/pdf/diagnostico-onusida-junio-2015.pdf)

tener como consecuencia su alejamiento de los servicios de salud, de la información, del diagnóstico oportuno y del apego al tratamiento antirretroviral”<sup>41</sup>.

El nivel de vulnerabilidad de las (PVV) aumenta de acuerdo con la combinación de sus identidades, así una mujer trans, trabajadora sexual, persona adulta mayor, con alguna condición de discapacidad y que habita en una zona de alta marginación o comunidad indígena está en una situación de mayor de vulnerabilidad.

En la respuesta nacional e institucional ante el VIH-sida es imprescindible que se tome en cuenta la interseccionalidad de los grupos de población clave. En el ámbito de la salud, el principio de inclusión y el enfoque de atención integral del VIH-sida deben estar presentes en todas las etapas del proceso de atención (promoción, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento) para garantizar que el derecho a la protección a la salud se materialice en servicios amigables, que cubran las necesidades y expectativas de las personas pacientes. La disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud para las personas que viven con VIH es un compromiso del Estado mexicano, que deberá garantizar la implementación de estrategias de prevención combinada y el continuo proceso de detección-tratamiento, que integren la participación intra e interinstitucional y de actores clave<sup>42</sup>.

Desde el comienzo de la epidemia de VIH-sida, el IMSS ha sido un agente activo del Estado al transformar sus estrategias ante esta, a partir de las directrices establecidas en los acuerdos y tratados internacionales suscritos por México, la legislación, las normas vigentes, los programas sectoriales de salud y los específicos de VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así

---

<sup>41</sup> CNDH. (Enero 15, 2020). Recomendación General 42/2020. Recuperado en diciembre, 2020, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Sitio web: [www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-general-422020](http://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-general-422020)

<sup>42</sup> CENSIDA. (2014). Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida. Recuperado en diciembre, 2022, del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. Sitio web: [www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/451493/GUIA\\_NACIONAL\\_2014.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/451493/GUIA_NACIONAL_2014.pdf)

como con las necesidades propias de las personas derechohabientes del Instituto. Asume la responsabilidad que tiene como parte del Sector Salud, en la respuesta nacional para alcanzar la meta del Objetivo del Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas, 3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del sida, y en proceso de la atención de la salud que busca lograr que 95% de personas que viven con VIH (PVV) conozca su diagnóstico, 95% esté en tratamiento antirretroviral y 95% tenga una carga viral suprimida<sup>43</sup>.

En el IMSS se reconoce que existen circunstancias que se contraponen al respeto y la protección de las garantías de las personas que viven con VIH. Las causas de estas condiciones adversas son multifactoriales, pues van desde aspectos individuales hasta intra-institucionales. El Instituto actúa en consecuencia y responde a las recomendaciones de las instancias competentes que atienden las quejas y denuncias que han presentado las personas derechohabientes afectadas.

### II.3.2. Panorama epidemiológico

A lo largo de la historia del VIH y sida alrededor de 40.1 millones de personas han muerto por enfermedades relacionadas con el sida. En 2021, 38.4 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo; de este total, 54% eran mujeres y niñas. Por edad, 37.6 millones tenían más de 15 años, y 1.7 millones, menos de 14. En relación con las metas 95-95-95 de la ONU, 85% del total de PVV conocía su estado serológico, 75% tenía acceso al tratamiento antirretroviral y 68% tenía una carga indetectable. Cabe mencionar, que de 85% de las PVV que conocía su estado, 88% tenía acceso al tratamiento y, de estas, 92% logró la supresión viral<sup>44</sup>.

Aunque, el continente africano es la región que tiene el mayor número de infecciones nuevas (en 2020, hubo 870 mil en África Oriental, Meridional,

---

<sup>43</sup> Silva A. (Junio, 2015). Diagnóstico sobre políticas y servicios de prevención de VIH para poblaciones clave en América Latina. Recuperado en diciembre, 2022, de ONUSIDA. Sitio web: [onusalac.org/1/images/2015/pdf/diagnostico-onusida-junio-2015.pdf](https://onusalac.org/1/images/2015/pdf/diagnostico-onusida-junio-2015.pdf)

<sup>44</sup> ONUSIDA. (2022). Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Hoja informativa 2021. Recuperado en diciembre, 2022, de ONUSIDA. Sitio web: [www.unaids.org/es/resources/fact-sheet](https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet)

Occidental y central), América Latina registró un incremento de 21% de 2010 a 2019; en este continente, el número de casos nuevos pasó de 100 mil en 2010 a 120 mil en 2019<sup>45</sup>. En México, la tasa de infecciones nuevas por cada 1,000 personas no infectadas fue de 0.22 en hombres y 0.05 en mujeres durante 2021; cifra por debajo del promedio global (0.7%), pero superior al de América<sup>46</sup>.

En México, de 1983 a 2021 hubo 328,791 casos notificados de VIH; de estos, 81.4% fueron hombres y 18.6% mujeres. Al cierre de 2020, se notificaron 201,439 casos vivos de VIH. De 2020 a 2021, incrementaron los casos nuevos diagnosticados de VIH notificados por año y se pasó de 9,994 a 15,793 casos. En 2021, las entidades federativas con las tasas más altas de casos nuevos diagnosticados de VIH por 100 mil habitantes fueron Quintana Roo (49.60), Campeche (26.3), Colima (25.18), Tabasco (23.89) y Yucatán (22.16)<sup>47</sup>.

Durante 2020, 4,573 personas fallecieron en México por VIH (3,815 hombres y 758 mujeres). La tasa de mortalidad nacional por esta causa fue de 3.62 personas por cada 100 mil habitantes. Por grupo de edad, la tasa de mortalidad más alta por VIH-sida se ubica en el grupo de personas de 30 a 44 años; se dan 13.26 defunciones por cada 100 mil hombres de este grupo y 2.40 por cada 100 mil en mujeres. Por entidad federativa, las tasas más altas de este indicador se registran en Quintana Roo (10.25), Colima (9.40) y Campeche (7.52)<sup>48</sup>.

---

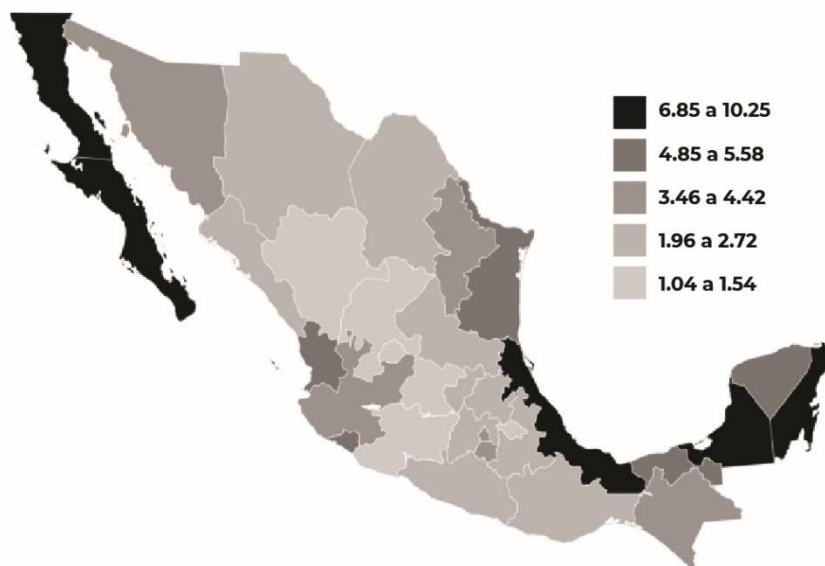
<sup>45</sup> OPS. (Noviembre 30, 2022). Los casos nuevos de infección por el VIH aumentaron más del 20% en América Latina en la última década. Recuperado en diciembre, 2022, de Organización Panamericana de la Salud. Sitio web: [www.paho.org/es/noticias/30-11-2020-casos-nuevos-infeccion-por-vih-aumentaron-mas-20-america-latina-ultima-decada](http://www.paho.org/es/noticias/30-11-2020-casos-nuevos-infeccion-por-vih-aumentaron-mas-20-america-latina-ultima-decada)

<sup>46</sup> ONUSIDA. (2022). HIV and AIDS Estimates, Mexico 2021. Country Factsheets. Recuperado en diciembre, 2022, de ONUSIDA. Sitio web: [www.unaids.org/es/regionscountries/countries/mexico](http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/mexico)  
WHO. (Septiembre 22, 2022). New HIV Infections (per 1000 Uninfected Population). Recuperado en diciembre, 2022, de World Health Organization. Sitio web: [www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/new-hiv-infections-\(per-1000-uninfected-population\)](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/new-hiv-infections-(per-1000-uninfected-population))

<sup>47</sup> Ceballos S, *et al.* (2022). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH. Informe histórico de VIH. Cuarto trimestre 2021. Recuperado en diciembre, 2022, de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles. Sitio web: [www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/707490/VIH-SIDA\\_4totrim\\_2021.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/707490/VIH-SIDA_4totrim_2021.pdf)

<sup>48</sup> INEGI. (Diciembre, 2021). Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Lucha contra el VIH/sida. Recuperado en diciembre, 2022, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Sitio web: [www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_LUCHAVSSIDA\\_21.pdf](http://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_LUCHAVSSIDA_21.pdf)

GRÁFICA 4.  
TASA DE MORTALIDAD POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA  
SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA PERSONA FALLECIDA, 2020<sup>49</sup>



En el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), de la Secretaría de Salud federal, se tenían registro de 113,788 personas en tratamiento antirretroviral (TAR), con estatus activo hasta mayo de 2021.

Hasta diciembre de 2021, el IMSS atendía a 82,716 PVV; de estas, 97.4% recibía tratamiento antirretroviral (80,652). De las personas con tratamiento antirretroviral, 91% tuvo una carga viral menor a 1,000 cop/ml, que es una cifra aceptable<sup>50</sup>.

Las metas 95-95-95 de la ONU representan un gran reto para el mundo. Sin embargo, la clave está en alcanzar la primera, 95% de las personas que viven con VIH conocen su estado serológico porque, en la medida en que esta meta se alcance, hay más probabilidad de que las otras dos metas también se logren. En México, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (Censida) estima que 79% de las PVV conoce su estado serológico y alcanzar la

<sup>49</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

<sup>50</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social (2022). Fichas técnicas GIS- IMSS.

meta de 95% será posible, si se diseñan e implementan estrategias de prevención.

Desde los primeros casos de personas que viven con VIH (PVV), en 1983, y hasta la fecha, México ha permanecido con una epidemia concentrada en grupos de población clave. En 2020, las prevalencias de VIH más altas se registraron en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y hombres gay (12.6%), mujeres trans (8.7%), personas trabajadoras sexuales (hombres, 5.2% y mujeres, 0.45%), personas usuarias de drogas inyectables (4.3%) y personas privadas de su libertad (0.7%)<sup>51</sup>.

### II.3.3. Situación institucional

A pesar de que la respuesta nacional ante VIH y sida es de reconocimiento en México desde el inicio de la epidemia, no se ha logrado reducir el número de nuevos casos que se registran cada año y, al contrario, si no se fortalecen las estrategias de prevención, se corre el riesgo de que continúe el incremento de personas que viven con VIH en los siguientes años. La no disminución en la incidencia de VIH es un problema de salud pública, que se debe afrontar de manera más integral y focalizada.

El enfoque de acción acelerada que sustenta las metas 95-95-95 de ONUSIDA se orienta a la detección y al tratamiento antirretroviral para lograr que las personas que viven con VIH tengan una carga viral indetectable para detener la transmisión a otras personas. El reto está en lograr que las PVV conozcan su estado serológico para actuar con el tratamiento y, por tanto, la detección es fundamental en los programas y las acciones de prevención que se implementen para este fin.

El acto de acudir a los servicios de salud a solicitar la prueba de VIH se da a partir de la necesidad de conocer el estado serológico o la sospecha de haber

---

<sup>51</sup> SS. (s. f.). Programa de Acción Específico. Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras Infecciones de Transmisión Sexual 2020-2024. Recuperado en diciembre, 2022, del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. Sitio web: [www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626763/Programa\\_de\\_Acci\\_n\\_Espec\\_fico\\_VIH\\_ITS2020-2024.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626763/Programa_de_Acci_n_Espec_fico_VIH_ITS2020-2024.pdf)

contraído el virus. Sin embargo, llegar a este acto requiere ser consciente de las implicaciones que acarrea un resultado reactivo. De acuerdo con la evidencia de las intervenciones de prevención efectivas, se ha demostrado que se necesita promover la realización de la prueba en los espacios de socialización de los grupos de población clave. Esta promoción directa ha sido posible a lo largo de la historia de la epidemia por la participación de la sociedad civil y actores clave.

Sin embargo, la implementación de estrategias de promoción y prevención del VIH es un reto para las instituciones de salud pública, ya que la información básica de la infección y las medidas de prevención directas que las personas pueden poner en práctica (uso correcto del condón, lubricante y otras) no logra el cambio de actitudes y conductas. Se requiere del diseño y la implementación de estrategias de educación integral en sexualidad en sus tres dimensiones: salud sexual y reproductiva, autoeficacia y derechos<sup>52</sup>.

El vacío de estrategias de prevención más efectivas es una de las causas de la no reducción de nuevos casos de VIH. Esta brecha es una situación que se requiere atender porque existe desconocimiento en la población sobre las infecciones de transmisión sexual y, principalmente, acerca de los derechos sexuales y reproductivos de las personas. El desconocimiento lleva a prácticas no seguras en donde las personas no perciben el riesgo de infección, esto se acentúa en adolescentes y jóvenes que inician su vida sexual. Si las personas de las poblaciones clave tienen conocimiento de las ITS y reconocen que sus prácticas sexuales pueden ser de riesgo, aumenta la probabilidad de que acudan a los servicios de salud para realizarse la prueba de VIH.

En las unidades médicas se deben tomar las medidas necesarias para garantizar la realización de la prueba de VIH a todas las personas que la soliciten. Esto es viable cuando los recursos e insumos de salud requeridos están disponibles y existen medidas de accesibilidad para responder a las necesidades de las personas usuarias. Además de estas condiciones, se requiere

---

<sup>52</sup> Rojas R, et al. (Enero 3, 2017). Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. Recuperado en diciembre, 2022, de Salud Pública de México, volumen 59, No. 1. doi.org/10.21149/8411

el apego a los lineamientos nacionales e internacionales en la materia. De acuerdo con el criterio 6.3.7 de la Norma Oficial Mexicana 010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por VIH: *“toda persona que se someta al análisis tiene derecho a recibir consejería en el momento de acudir a hacerse la prueba y consejería a la entrega del resultado”*. La misma NOM estipula que la realización de la prueba debe ser por personal de salud capacitado, tanto en los procedimientos técnicos propios de la prueba como en temas relacionados con los derechos humanos y la perspectiva de género, esto con el fin de erradicar prejuicios, actitudes y conductas que transgredan la dignidad y bienestar de las personas.

Por la dinámica de la atención en el IMSS, la detección de VIH es un proceso que enfrenta importantes obstáculos. La disponibilidad de pruebas rápidas que se destina principalmente a mujeres embarazadas ha restado la posibilidad de que otras personas derechohabientes puedan conocer su estado serológico y esto lleva al inicio tardío del tratamiento antirretroviral. Además, de este obstáculo hay otros dos que demandan una atención inmediata para lograr la detección de las personas que viven con VIH (PVV) y desconocen su estado: 1) La confirmación del diagnóstico. 2) Las actitudes y conductas de estigma y discriminación de algunos integrantes del personal de salud hacia las personas de las poblaciones clave.

Aunque las personas acuden a solicitar la atención con un diagnóstico externo y quizá unas ya estén en tratamiento otorgado por otra institución del Sector Salud, los procedimientos de atención en el IMSS pueden retrasar el inicio o la continuidad del tratamiento antirretroviral. Como agente del Estado y para no atentar contra el derecho a la salud de las PVV, el Instituto necesita revisar y adecuar sus procesos de diagnóstico para acceder al tratamiento de manera más oportuna. Además, debe tomar medidas para erradicar las actitudes y conductas de estigma y discriminación hacia personas de las poblaciones clave para evitar que derechohabientes que viven con VIH, por temor a ser objeto de juicios y recibir un trato inadecuado, abandonen la atención o no tengan adherencia al tratamiento farmacológico.



No realizar acciones que garanticen la adherencia al tratamiento antirretroviral incrementa la probabilidad de que no se logre la tercera meta de ONUSIDA, que 95% de las personas que viven con VIH (PVV) tienen una carga viral indetectable y, a su vez, no se contribuye a reducir o erradicar el número de nuevos casos de VIH.

## II.4. Personas adultas mayores

### II.4.1. Conceptualización del grupo en situación de vulnerabilidad

Las personas adultas mayores pueden enfrentar distintas condiciones individuales y sociales que, en menor o mayor medida, las coloca en situaciones de vulnerabilidad donde se transgreden sus derechos humanos. Las personas adultas mayores no son una población vulnerable per se, sino que algunos factores son las causas de la vulnerabilidad que enfrentan<sup>53</sup>.

Desde una visión negativa del envejecimiento, se considera que esta etapa vital es un problema para la sociedad. Ante esta perspectiva, el ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas adultas mayores no se alcanza y, al contrario, es más probable su vulneración cuando las personas enfrentan abandono, violencia, negligencia, maltrato psicológico, abuso económico, discriminación y/o baja autoestima. Estas transgresiones socialmente se normalizan y persisten por una escasa cultura de denuncia de la violación de los derechos humanos<sup>54</sup>.

Concebir la vejez como sinónimo de vulnerabilidad, enfermedad o dependencia es el inicio de la transgresión de los derechos de las personas adultas mayores, porque se restan o minimizan sus capacidades como seres productivos y autónomos. La concepción desfavorable del envejecimiento

---

<sup>53</sup> CIPPS; CNDH. (2018). Análisis cuantitativo y cualitativo de las violaciones a los Derechos Humanos de Grupos Vulnerables. Informe final. Recuperado en diciembre, 2022, del Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, y Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Sitio web: [www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-11/Analisis-Cuantitativo-Cualitativo-Violaciones-DH-Grupos-Vulnerables.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-11/Analisis-Cuantitativo-Cualitativo-Violaciones-DH-Grupos-Vulnerables.pdf)

<sup>54</sup> Centro Nacional de Investigación en Políticas, Población y Salud y Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

también arrastra actitudes y comportamientos de estigma y discriminación, cuando son vulneradas abiertamente y no hay consecuencias hacia las personas o entidades que transgreden sus derechos.

El punto crítico de esta visión es el rechazo y la exclusión a las personas adultas mayores. Esto se relaciona con el “viejismo”, definido como “cualquier actitud, acción o estructura institucional que subordina a una persona o grupo por razones de edad o, como asignación de roles discriminatorios en la sociedad, únicamente basados en la edad y se caracteriza por prejuicios, estereotipos y discriminación contra las personas adultas mayores sustentados, en la creencia de que en la vejez son menos atractivas, capaces, inteligentes y productivas”<sup>55</sup>.

A esta perspectiva adversa del envejecimiento se contraponen el enfoque de derechos humanos, que considera a las personas adultas mayores como sujetos de derecho y no solo beneficiarias de programas sociales<sup>56</sup>. Es imprescindible transitar hacia este enfoque y que los agentes del Estado cumplan con sus obligaciones de respetar, proteger, garantizar, satisfacer y tomar medidas para el ejercicio pleno de los derechos de las personas adultas mayores. En específico, en relación con el derecho a la protección de la salud, los servicios que se les brindan deben concretar el marco de derechos mediante programas y acciones orientadas hacia la disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad, calidad y aceptabilidad de servicios de salud libres de estigma y discriminación, que contribuyan a la dignidad y el bienestar de las personas.

De este modo, las estrategias que se emprendan en pro del ejercicio de los derechos humanos de las personas adultas mayores deben establecer acciones concretas que den respuesta a sus necesidades, reduzcan las condiciones de

---

<sup>55</sup> Martínez M, *et al.* (s. f.). ¿Qué es el viejoismo? Recuperado en diciembre, 2022, del Instituto Nacional de Geriatria.

<sup>56</sup> CIPPS; CNDH. (2018). Análisis cuantitativo y cualitativo de las violaciones a los Derechos Humanos de Grupos Vulnerables. Informe final. Recuperado en diciembre, 2022, del Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, y Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Sitio web: [www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-11/Analisis-Cuantitativo-Cualitativo-Violaciones-DH-Grupos-Vulnerables.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-11/Analisis-Cuantitativo-Cualitativo-Violaciones-DH-Grupos-Vulnerables.pdf)

vulnerabilidad y tomen en cuenta las perspectivas de género e interseccionalidad. El rol de las mujeres adultas mayores como principales cuidadoras de sus cónyuges o concubinos es una circunstancia que requiere transformarse para que los hombres asuman la responsabilidad del cuidado de su salud y participen en el cuidado de otras personas. El fomento de acciones que faciliten la construcción de masculinidades orientadas a la igualdad de derechos es fundamental.

Adicionalmente, otras características que conforman la identidad de género, clase social o de pertenencia a comunidades rurales o indígenas –que suelen presentar mayores niveles de marginación– no deben ser condiciones de estigma y discriminación, sino que deben ser elementos a considerar en el diseño de programas y acciones encaminadas a alcanzar el pleno ejercicio de los derechos humanos.

El IMSS reconoce que pueden ocurrir circunstancias que obstaculizan el ejercicio del derecho a la salud, en particular en las personas adultas mayores. Esto sucede por las condiciones propias de la organización en cuanto a su tamaño, cobertura, demanda y diversidad sociocultural, entre otras. Sin embargo, como entidad del Estado, el Instituto asume el compromiso y las obligaciones que tiene ante todas las personas derechohabientes adultas mayores y, en consecuencia, actúa para que ejerzan su derecho a la salud mediante la implementación de programas y acciones específicas que contribuyen al bienestar de esta población.

Con la finalidad de prevenir y erradicar situaciones inadmisibles de trato inadecuado, estigma, discriminación o negligencia en el IMSS, así como proteger y garantizar el derecho a la protección de la salud, en la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad se consideró a las personas adultas mayores como un grupo en situación de vulnerabilidad prioritario, que requiere del diseño e implementación de estrategias con enfoque de derechos humanos.

#### II.4.2. Panorama epidemiológico

Actualmente, la mayor parte de la población en todo el mundo tiene una esperanza de vida igual o mayor a 60 años<sup>57</sup>. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se espera que entre 2020 y 2030 el porcentaje de personas de más de 60 años aumente 34%, proyectándose un incremento de 1,000 millones a 1,400 millones de personas en este rango de edad, esto representará una sexta parte del total de la población mundial para esa década<sup>58</sup>.

En México, el crecimiento de la población adulta mayor es acelerado, pues incrementa su tamaño a un ritmo que duplica a la población total del país, tendencia que se mantendrá en las próximas décadas. La nación se transforma en un país con más personas mayores y menos niños, niñas, adolescentes y personas jóvenes. De acuerdo con la OMS, el país alcanzó en 2019 una esperanza de vida de 75 años, cifra por encima del promedio global de 73.3 años. En mujeres, la esperanza de vida es mayor, 78 años; mientras que en hombres es de 72 años<sup>59</sup>. En la actualidad, el promedio de una vida libre de discapacidad o de vida con buena salud es de 65 años.

En el IMSS, este notable cambio demográfico se agudiza con un índice de envejecimiento mayor del esperado para el promedio nacional<sup>60</sup>. La población adscrita a las Unidades de Medicina Familiar del Instituto se encuentra 20 años más envejecida que la total del país. En 2021, el Instituto alcanzó una población adscrita de 7'495,465 derechohabientes de 65 años o más edad, esto representa 14.2% de todas las personas derechohabientes en Régimen Ordinario. La mayor

---

<sup>57</sup> OMS. (Octubre 1, 2022). Envejecimiento y salud. Recuperado en diciembre, 2022, de la Organización Mundial de la Salud. Sitio web: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health)

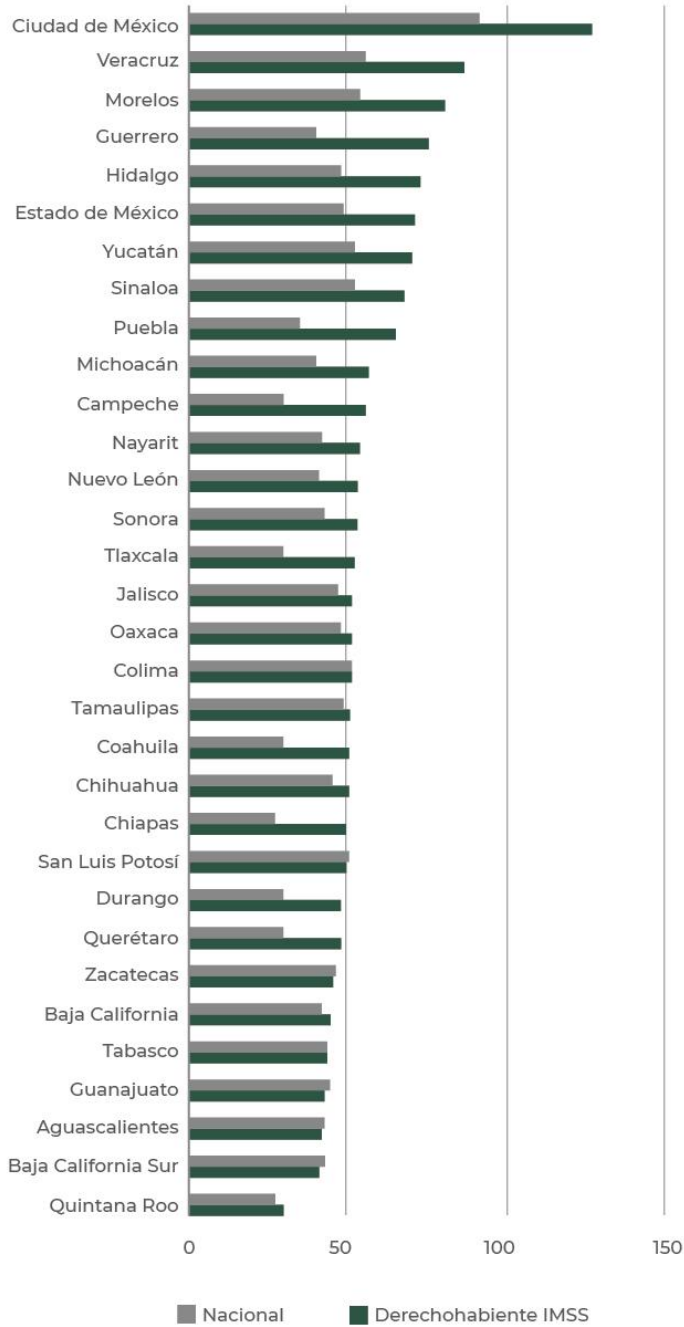
<sup>58</sup> Organización Mundial de la Salud.

<sup>59</sup> OPS. (s. f.). Envejecimiento saludable. Recuperado en octubre 24, 2022, de la Organización Panamericana de la Salud. Sitio web: [www.paho.org/es/envejecimiento-saludable](http://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable)  
OMS. Envejecimiento y salud.

<sup>60</sup> IMSS. (2020). Proyecciones de población adscrita a Medicina Familiar. Infosalud. Estadísticas médicas. Recuperado en diciembre, 2022, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Sitio web: [intranet.imss.gob.mx/datos/Paginas/infosalud.aspx](http://intranet.imss.gob.mx/datos/Paginas/infosalud.aspx)

parte de esta población se concentra en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada de la Ciudad de México Norte (21%) y Ciudad de México Sur (20%)<sup>61</sup>.

GRÁFICA 5.  
 ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN NACIONAL (CENSO 2020).  
 COMPARATIVA CON LA POBLACIÓN ADSCRITA A MEDICINA FAMILIAR (PAMF)



<sup>61</sup> IMSS. (Marzo, 2022). Población adscrita a Medicina Familiar por grupos de edad y sexo. Recuperado en mayo, 2022 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

GRÁFICA 6.  
PORCENTAJE DE POBLACIÓN ENVEJECIDA POR OOAD



La transición epidemiológica que enfrenta el IMSS está acompañada del envejecimiento patológico en millones de derechohabientes. Las personas adultas mayores viven con mayor frecuencia enfermedades crónico-degenerativas que pueden estar descontroladas, requieren mayor uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos costosos, y necesitan servicios e ingresos hospitalarios más prolongados o con reingresos frecuentes.

Las principales enfermedades que afectan al envejecimiento provocando la mayor pérdida de años por muerte prematura y años vividos con discapacidad son las enfermedades no transmisibles, porcentaje que asciende a 91%. Las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, condiciones neurológicas, enfermedad renal, cáncer y musculoesqueléticas suman las principales causas de años de vida perdidos ajustados a discapacidad. Recientemente, la pandemia por COVID-19 se colocó como una de las principales causas de mortalidad. Cabe señalar que la demencia es una causa frecuente de discapacidad y dependencia en esta edad, sin embargo, se encuentra en subregistro.

La carga de enfermedad en general recae en las personas mayores, pero 7 de cada 10 reportan al menos una afección crónica, siendo las mujeres quienes tienen mayor cantidad de enfermedades crónicas, relacionadas de manera directa con obesidad y menor nivel de actividad física. Por ejemplo, en cuanto a sobrepeso y obesidad en personas mayores de 60 años, 41% son mujeres y 35% hombres, pero el porcentaje de personas mayores que cumplen con el requerimiento mínimo de actividad física es de 21% en hombres y solo de 14% en mujeres.

En este contexto, las personas adultas mayores pueden desarrollar condiciones graves por multimorbilidad, fragilidad y polifarmacia, por ello, la atención de la salud de las personas adultas mayores requiere de una evaluación integral que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos, psicológicos, nutricionales y sociales propios del organismo envejecido. Los fenómenos epidemiológicos y el envejecimiento patológico se manifiestan en aumento de la demanda de servicios médicos y en la complejidad de la atención requerida en las unidades médicas hospitalarias.

#### II.4.3. Situación institucional

Las dificultades que enfrentan las personas adultas mayores en el ejercicio de su derecho a la salud son multifactoriales y es complejo abatirlas en su conjunto, pero la identificación de condiciones clave que competen al Instituto atender es fundamental para el logro de sus objetivos y contribuir al bienestar de las personas derechohabientes. Asimismo, el IMSS responde a las observaciones emitidas por los Órganos de Gobierno que reciben quejas y denuncias relacionadas con la transgresión de los derechos humanos, a esta población. En 2018, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) reportó que la violación del derecho a la protección a la salud en las personas adultas

mayores fue una de las tres vulneraciones más frecuentes (34%) en México y la institución más señalada en quejas por este tipo de quejas fue el IMSS (28%)<sup>62</sup>.

Entre los factores críticos que afectan el ejercicio del derecho a la salud se encuentra la disponibilidad limitada de infraestructura, recursos humanos e insumos de salud. A pesar de que, durante la última década en el IMSS, la disponibilidad de los servicios de atención especializada en Geriatría ha aumentado, todavía hay unidades médicas hospitalarias donde es insuficiente el personal médico y de Enfermería especialista en la atención de las personas adultas mayores.

De acuerdo con las recomendaciones internacionales, en los sistemas de salud se debe contar con un médico o médica geriatra por cada 5,000 personas adultas mayores<sup>63</sup>. En el caso del IMSS, alcanzar esta cifra todavía es un gran reto. Al cierre de 2021, se contó con 322 plazas de personal médico especialista en Geriatría y 184 de Enfermería en los tres niveles de atención, es decir, 0.2 médicos/as por cada 5 mil personas adultas mayores. Cabe mencionar que la integración y distribución de especialistas geriatras formados en el Instituto, aún no responde al tamaño de la población derechohabiente de personas adultas mayores; si la disponibilidad de personal médico y de Enfermería especialista es limitada, también está restringida la capacidad de integrar equipos multidisciplinarios competentes para atender la patología compleja y necesidades de las personas adultas mayores.

En el IMSS, hay una alta demanda desigual de los servicios de salud por parte de las personas adultas mayores. Mientras que en algunos hospitales regionales y de zonas conurbadas (Ciudad de México, Estado de México, Puebla o Veracruz), la proporción de personas adultas mayores hospitalizadas alcanza

---

<sup>62</sup> CIPPS; CNDH. (2018). Análisis cuantitativo y cualitativo de las violaciones a los Derechos Humanos de Grupos Vulnerables. Informe final. Recuperado en diciembre, 2022, del Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, y Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Sitio web: [www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-11/Analisis-Cuantitativo-Cualitativo-Violaciones-DH-Grupos-Vulnerables.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-11/Analisis-Cuantitativo-Cualitativo-Violaciones-DH-Grupos-Vulnerables.pdf)

<sup>63</sup> UCLA Health. (s. f.). Recuperado en diciembre, 2022, de U Magazine. Sitio web: [www.uclahealth.org/conditions-we-treat/patient-education/publications/u-magazine](http://www.uclahealth.org/conditions-we-treat/patient-education/publications/u-magazine)



60% del total de pacientes, en regiones como Colima, Chiapas o Tlaxcala, la ocupación hospitalaria es de 30%, porque el índice de envejecimiento es menor.

El déficit de personal de salud genera largos tiempos de espera, retrasos o deficiencias en la calidad de la atención médica requerida por las personas adultas mayores. Además y como consecuencia de las limitaciones que se enfrentan en la atención, persiste la estancia hospitalaria prolongada, el incremento de los costos, la dependencia, la necesidad de cuidados y la disminución de la calidad de vida.

Estos efectos negativos en la atención médica y hospitalaria derivan también del modelo de atención institucional vigente, el cual está desactualizado y desarticulado de las necesidades de las personas derechohabientes. Este modelo se orienta a la fragmentación de los servicios por especialidades médicas, órganos o enfermedades diagnosticadas<sup>64</sup>. A su vez, algunos lineamientos, procedimientos y/o guías de la atención de la salud obstaculizan el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, porque fueron diseñados desde enfoques biomédicos que no consideran aspectos psicosociales y las perspectivas de género e interseccionalidad.

Desde este modelo de atención y a pesar de los avances de los programas institucionales de prevención y promoción de la salud, el impacto en la prevención de daños a la salud es aún insuficiente en todos los sectores y niveles. Las acciones de prevención y control de las enfermedades crónico-degenerativas en las personas adultas mayores todavía no cubren a toda la población o no son accesibles durante todo el ciclo vital. Estas circunstancias son factores de riesgo importantes porque contribuyen a la persistencia e incremento del envejecimiento patológico.

La OMS afirma que las actitudes negativas, como el estigma y la discriminación, hacia las personas mayores están muy extendidas y se

---

<sup>64</sup> Voumard R, et al. (Septiembre 20, 2018). Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. Recuperado en diciembre, 2022, de BMC Geriatrics, volumen 18, No. 1. doi.org/10.1186/s12877-018-0914-0

relacionan con daños a la salud física y mental<sup>65</sup>. Un estudio realizado por este organismo internacional<sup>66</sup> reveló que las personas mayores que tenían una percepción negativa de su propio envejecimiento encontraban más dificultades para enfrentar su discapacidad y vivían, en promedio, 7.5 años menos que las personas que tenían una percepción positiva sobre dicha cuestión.

Algunas condiciones de la cultura y funcionamiento del Instituto, así como la visión negativa de la edad adulta que se recrudece con el “viejismo”, son factores que han favorecido los prejuicios, actitudes y prácticas de estigma y discriminación. Esto representa una transgresión de los derechos humanos de las personas adultas mayores y se acentúa cuando los servicios institucionales no se adaptan a sus necesidades y hay un trato inadecuado por parte del personal de salud.

La predisposición de que las personas adultas mayores tienen mayor probabilidad de resultados negativos y pronósticos adversos es perjudicial para la atención que se brinda a esta población. Además, influye en la toma de decisiones del personal de dirección, para quien puede pasar inadvertidas las necesidades y los requerimientos específicos para la atención de las personas adultas mayores y, por tanto, no les consideran de manera suficiente en la planeación del presupuesto, así como en el diseño de programas.

Por ser personas que en su mayoría ya no pertenecen a una población económicamente activa formal, las personas adultas mayores suelen quedar excluidas de la atención que se otorga de manera preferencial a personas más jóvenes bajo la justificación del costo adicional de la incapacidad temporal y la necesidad de la reincorporación a la actividad económica.

El maltrato también ocurre porque el personal de salud carece de competencias para la atención y comunicación adecuada con las personas

---

<sup>65</sup> OPS. (2021). Informe mundial sobre el edadismo. Recuperado en diciembre, 2022, de la Organización Panamericana de la Salud. doi.org/10.37774/9789275324455

<sup>66</sup> Levy B, et al. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. Recuperado en diciembre, 2022, de Journal of Personality and Social Psychology. doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261

adultas mayores en mayor situación de vulnerabilidad. La ausencia de habilidades socioemocionales deriva de la misma formación del personal de salud, donde los conocimientos y recursos sobre comunicación interpersonal que se proveen son pocos o nulos, la capacitación y actualización de temas sociales es insuficiente y, en particular, son limitadas las acciones para concientizar al personal directivo, operativo y administrativo sobre la atención a este grupo poblacional.

Por otra parte, la atención de la salud de las personas mayores, especialmente, la dirigida a las personas más longevas, incluidas las personas cuidadoras (en su mayoría mujeres), requiere más tiempo durante la consulta externa para una orientación adecuada; se requiere más tiempo de escucha y de explicación de múltiples dudas y particularidades de las enfermedades y sus tratamientos a una persona mayor y su familia.

También se debe tomar en cuenta que las personas de mayor edad enfrentan más problemas para acudir de forma autónoma a las unidades médicas y administrativas institucionales, por lo que necesitan atención especial en las ventanillas para la realización de trámites, y es necesario dar tiempo y facilidades para otorgar información clara, suficiente, completa, adecuada y comprensible.

Asimismo, el sistema institucional mide su desempeño principalmente por la atención otorgada en número de citas o acciones otorgadas, pero la evaluación de calidad y satisfacción de las personas usuarias no se profundiza, lo que dificulta la identificación de problemas de insatisfacción, maltrato o discriminación hacia las personas adultas mayores, siendo esto un gran vacío de información para el diseño de programas de mejora de la atención.

El conjunto de las circunstancias descritas refleja parte de las dificultades que enfrentan las personas adultas mayores para ejercer su derecho a la salud y que, al no gozar de este derecho de forma plena, deterioran su capacidad funcional y la interacción con la sociedad, vulnerando también el derecho al bienestar de esta población. Aun cuando enfrentar estas condiciones es un reto estructural,

es posible atender y modificar en el IMSS varias de estas circunstancias que colocan en situación de vulnerabilidad a las personas adultas mayores.

La experiencia mundial demuestra que la atención integral a personas adultas mayores por personal capacitado, tanto en Consulta Externa como en el servicio de Hospitalización, disminuye la tasa de dependencia, los días de estancia hospitalaria y los costos, evita complicaciones y mejora la calidad de vida de la persona adulta mayor y su familia; razón por la cual es imprescindible la integración de equipos interdisciplinarios que realicen una evaluación centrada en la persona adulta mayor de forma integral y se transite a un modelo de atención más humano que antepone la dignidad y contribuya al bienestar de las personas adultas mayores<sup>67</sup>.

## II.5. Personas con discapacidad

### II.5.1. Panorama general del grupo en situación de vulnerabilidad

Las personas con discapacidad han sido excluidas a lo largo de toda la historia de la humanidad en todos los ámbitos sociales, desde las familias hasta las instituciones. Estas personas son parte de los grupos en mayor situación de vulnerabilidad, porque con frecuencia son apartadas, ignoradas, oprimidas y, en muchas ocasiones, violentadas. La exclusión social que viven las personas con discapacidad deriva de creencias donde se rechaza todo aquello que se distancia de la “norma”.

La interacción con personas con discapacidad se puede mover en dos sentidos opuestos, por un lado se tiene la protección desmedida donde se concibe a un ser indefenso y, en el otro extremo, la marginación que excluye a quien “no es normal”. Sin embargo, desde un enfoque de derechos humanos, las personas con discapacidad son titulares de derechos y, por tanto, es inaceptable cualquier acto de estigma, discriminación y exclusión hacia esta población.

---

67 Warshaw G, et al. (2008). Which Patients Benefit the Most from a Geriatrician's Care? Consensus Among Directors of Geriatrics Academic Programs. Recuperado en diciembre, 2022, de Journal of the American Geriatrics Society, volumen 56, No. 10. doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01940.x

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad define a una persona con discapacidad como “aquella que tiene alguna o varias deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, "en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás”<sup>68</sup>.

En México, la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad las define como quien, “por razón congénita o adquirida, presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal, y que, al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con las demás personas”<sup>69</sup>.

Desde estas concepciones, la discapacidad es el resultado de la suma de las condiciones individuales de las personas más la falta de medios que permitan habilitar, rehabilitar o compensar una o más limitaciones funcionales, ya sea de tipo motriz, sensorial, intelectual o psicosocial.

La asociación de cualquier discapacidad con la imposibilidad de funcionalidad y autonomía obstaculiza el desarrollo y bienestar de las personas. Esto se manifiesta en la falta de oportunidades en el acceso a la salud, la educación, el trabajo, la cultura y el deporte, en las cuales la participación de las personas con discapacidad es mínima o nula. Ante este contexto de desigualdad para las personas con discapacidad, los agentes del Estado tienen la obligación de tomar medidas para garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos de esta población.

La inclusión de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la sociedad sigue avanzando en un proceso largo y con obstáculos. A pesar de que

---

<sup>68</sup> OPS. (s. f.). Discapacidad. Recuperado en diciembre, 2022, de la Organización Panamericana de la Salud. Sitio web: [www.paho.org/es/temas/discapacidad#:~:text=Las%20personas%20con%20discapacidad%20son,de%20condiciones%20con%20los%20dem%C3%A1s](http://www.paho.org/es/temas/discapacidad#:~:text=Las%20personas%20con%20discapacidad%20son,de%20condiciones%20con%20los%20dem%C3%A1s)

<sup>69</sup> Cámara de Diputados. (Abril 29, 2022). Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Recuperado en diciembre, 2022, del Diario Oficial de la Federación. Sitio web: [www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD.pdf)

cada vez se construyen o adecuan más instalaciones físicas para el acceso a las personas con alguna discapacidad, todavía la mayoría de los espacios públicos no cuentan con los criterios arquitectónicos de accesibilidad adecuados y tampoco son suficientes. Se carece de ayudas técnicas, dispositivos de asistencia, tecnologías de apoyo, objetos, productos, instrumentos o equipos externos utilizados para prevenir, compensar o mitigar una deficiencia, limitación o discapacidad, como silla de ruedas, bastón, andadera, adaptadores de altura, muñequeras, órtesis o calzadores, etcétera, que faciliten la movilidad de esta población.

Además, “son muchos los servicios de salud que no tienen instauradas políticas para tener en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, con medidas como, por ejemplo, horarios de cita más prolongados y flexibles, prestación de servicios periféricos o costos reducidos para las personas con discapacidad”<sup>70</sup>.

El acceso a la información es un derecho humano, pero para muchas personas con discapacidad no se garantiza de acuerdo con sus necesidades. La accesibilidad y adaptabilidad de los servicios de información y comunicación para personas con discapacidad visual, auditiva, intelectual, mental o múltiple, es poca o inexistente en un gran número de establecimientos de todos los sectores. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación ENADIS 2017, 86.4% de personas con discapacidad “se enfrentó con alguna barrera de accesibilidad cuando buscó información sobre algún trámite, servicio o programa gubernamental en el último año”<sup>71</sup>.

A estas circunstancias de inequidad se añaden el estigma y la discriminación que las personas con discapacidad viven con frecuencia en todos los ámbitos. En la Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017 se reportó que 58.8% de personas con discapacidad experimentó al menos una situación de

---

<sup>70</sup> OMS. (s. f.). Discapacidad y salud. Recuperado en octubre 26, 2022, de la Organización Mundial de la Salud. Sitio web: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health)

<sup>71</sup> INEGI. (2019). Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017. Principales resultados. Recuperado en octubre 26, 2022, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Sitio web: [www.inegi.org.mx/programas/enadis/2017/](http://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2017/)

discriminación por su condición en los últimos 5 años. El desconocimiento, los estereotipos, los prejuicios y las creencias de las personas servidoras públicas derivan en exclusión y trato inadecuado a las personas con discapacidad. Estas expresiones de desigualdad, así como la intersección de las identidades como el sexo, el género, la edad o la pertenencia a comunidades de alta marginación, determinan e incrementan el nivel de vulnerabilidad de esta población.

La vulneración de los derechos de las personas con discapacidad inicia desde la imagen de no independencia o no autonomía que se tiene de esta, y al nombrarla por la limitación percibida en lugar de reconocer las capacidades que tiene la persona. Esta visión lleva a reducir o anular los derechos de las personas con discapacidad y, de entrada, transgrede el derecho de igualdad y la dignidad de las personas. En otro escenario, en la interacción con una persona con discapacidad, puede surgir el deseo en algunas personas sin discapacidad por ayudar o asistir como un acto muy humano; sin embargo, esta actitud social también puede restar la posibilidad de autosuficiencia para personas con discapacidad.

Concebir a las personas con discapacidad como seres que pueden actuar con autonomía requiere conocimiento sobre las características e implicaciones de los diferentes tipos de discapacidad, así como de las necesidades y requerimientos para que esta población logre mayor independencia. Esto lleva a asumir que la perspectiva social de la discapacidad se debe fundamentar en los derechos humanos.

Las personas con discapacidad son titulares de derechos, a quienes se les debe ofrecer los recursos necesarios para que accedan con igualdad de oportunidad a los servicios y alcancen un mayor desarrollo y bienestar social.

Ante este panorama, el IMSS asume su responsabilidad como agente del Estado y, por tanto, diseña e implementa programas y proyectos que materializan el mandato constitucional de contribuir al ejercicio pleno del derecho a la salud de las personas con discapacidad.

La inclusión de las personas con discapacidad como un grupo en situación de vulnerabilidad en la PIGSV es una respuesta firme del Instituto para contribuir a la reducción de las brechas de desigualdad e inequidad de esta población. Este actuar estratégico se encamina hacia el fortalecimiento de la atención de la salud mediante servicios accesibles y de calidad, que cubran las necesidades y expectativas de las personas con discapacidad.

### II.5.2. Panorama epidemiológico

La OMS estimó que alrededor de 15% de la población mundial (1,000 millones de personas) vive con una discapacidad y esta cifra aumenta con el envejecimiento de la población<sup>72</sup>. En países donde la esperanza de vida supera los 70 años, una persona puede transcurrir con incapacidades cerca de 8 años.

Las estimaciones de otros organismos internacionales muestran que las personas con discapacidad son quienes enfrentan mayores condiciones de desventaja y se concentran en los países con mayor rezago. El Banco Mundial estimó que 20% de las personas más pobres del mundo tienen discapacidad, y, de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el desempleo de esta población alcanza hasta 80% en algunos países. En tanto, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) estima que 90% de niñas y niños con discapacidad no asiste a la escuela. Además, se reconoce que las mujeres con discapacidad experimentan múltiples desventajas, siendo objeto de exclusión debido a su género y a su discapacidad.

El Banco Mundial (2022) reportó que aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad viven en América Latina y el Caribe (14.7% de la población regional). En uno de cada cinco hogares en situación de pobreza extrema vive una persona con discapacidad y aumenta la condición de vulnerabilidad de estos hogares si la persona jefa de familia es indígena, afrodescendiente o mujer.

---

<sup>72</sup> OMS. (s. f.). Discapacidad y salud. Recuperado en octubre 26, 2022, de la Organización Mundial de la Salud. Sitio web: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health)



Según el Censo de Población y Vivienda 2020, 5.7% del total de la población mexicana (más de 7 millones de personas) tiene discapacidad y/o algún problema o condición mental. De estas personas, 78% tiene únicamente discapacidad, 10% tienen algún problema o condición mental, 8% presenta algún problema o condición mental y tienen discapacidad, y 4% reporta tener algún problema o condición mental y una limitación. En las personas con discapacidad y/o algún problema o condición mental, 45% son personas adultas mayores, 31% son personas adultas, 12% son personas jóvenes y 13% son niñas y niños<sup>73</sup>.

La actividad con mayor dificultad que se reportó en este censo fue caminar, subir o bajar (41%). Alrededor de 19% de personas con discapacidad mayor de 15 años, no saben leer ni escribir<sup>74</sup>.

Las entidades federativas que presentan una mayor prevalencia de personas con discapacidad son Oaxaca, Guerrero y Tabasco, mientras que Quintana Roo, Nuevo León y Chiapas reportan las prevalencias más bajas.

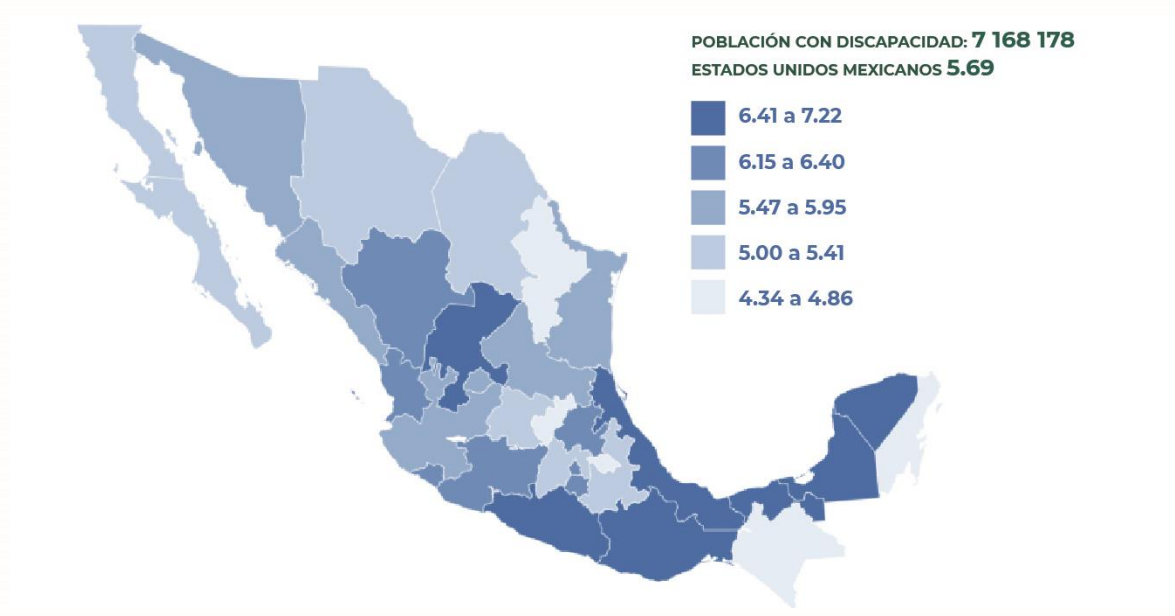
Las mujeres (5.79%) tienen una prevalencia ligeramente mayor que los hombres (5.59%); en casi todas las entidades se repite este patrón, con excepción de Chiapas, Hidalgo, San Luis Potosí y Tabasco.

---

<sup>73</sup> INEGI. (Diciembre 3, 2021). Estadísticas a propósito del Día internacional de las personas con discapacidad (datos nacionales). Recuperado en diciembre, 2022, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Sitio web: [www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_PersDiscap21.pdf](http://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_PersDiscap21.pdf)

<sup>74</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

GRÁFICA 7.  
PREVALENCIA DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y/O PROBLEMA  
O CONDICIÓN MENTAL\* POR ENTIDAD FEDERATIVA EN MÉXICO, 2020<sup>75</sup>



\*Incluye a la población que declaró tener mucha dificultad o no poder realizar al menos una de las siguientes actividades: ver, aun usando lentes; oír, aun usando aparato auditivo; caminar, subir o bajar; recordar o concentrarse; bañarse, vestirse o comer; hablar o comunicarse y la que declaró tener algún problema o condición mental.

En México, 76% de las personas con discapacidad y/o problema o condición mental cuenta con afiliación a servicios de salud. Esta cifra es mayor con respecto al porcentaje de la población sin discapacidad que cuenta con afiliación (74%)<sup>76</sup>.

El Registro Nominal de Derechohabientes con Discapacidad (RNDD) del IMSS, contaba en 2021 con 2,307,650 personas registradas con algún tipo de discapacidad, esto representa 4.5% de la población total. La discapacidad con mayor frecuencia fue la motriz (49%), seguida por la visual (36%)<sup>77</sup>.

<sup>75</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

<sup>76</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

<sup>77</sup> IMSS. (Mayo 17, 2022). Registro Nominal de Derechohabientes con Discapacidad. Recuperado en diciembre, 2022, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

CUADRO 1.  
TIPO DE DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON EL REGISTRO NOMINAL  
DE DERECHOHABIENTES CON DISCAPACIDAD DEL IMSS, 2021

Tipo	Personas	%
Total	2'307,650	100.0
Motriz	1'137,586	49
Visual	831,050	36
Auditiva	173,786	7.5
Intelectual	165,228	7.2

### II.5.3. Situación institucional

Aunque hay estimaciones que sirven para caracterizar de manera general a las personas con discapacidad, aún existe un gran vacío de información de las diversas problemáticas que enfrentan, destacando la vulneración del ejercicio de su derecho a la salud. A pesar de esta falta de información, el IMSS ha hecho esfuerzos para identificar y atender las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios de salud de las personas derechohabientes con discapacidad.

El acceso físico insuficiente e inadecuado, en algunos casos, en las unidades médicas está enfocado al exterior, pero las personas con discapacidad también enfrentan barreras físicas en el interior. Las ayudas técnicas (rampas, elevadores y señalética en diferentes soportes, etcétera) para la movilidad de personas con discapacidad motriz con frecuencia no resultan suficientes ni tampoco adecuadas. Las personas tienen que trasladarse a segundos pisos o recorrer distintos puntos en las unidades médicas para cumplir con los requisitos administrativos que les son requeridos, pero las dimensiones de puertas en oficinas, consultorios y pasillos, la falta de elevadores o que estos no funcionen, y otros obstáculos no les permiten el libre tránsito.

Además, se presentan las barreras de información para las personas con discapacidad. La señalética al interior de las unidades médicas y otros materiales informativos (Cartilla Nacional de Salud, consentimientos

informados, receta médica, directorio de la unidad médica, trípticos, folletos o carteles informativos, entre otros) no siempre están adaptados a sus necesidades. Esta situación también dificulta el acceso a los servicios de forma oportuna y adecuada a las personas con discapacidad. Esto se contrapone con el Artículo 2 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, suscrita por México y que establece:

“La comunicación incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso”<sup>78</sup>.

Respecto a la atención de la salud que reciben las personas con discapacidad suele ser inequitativa, porque no son tomadas en cuenta sus necesidades específicas de atención y persiste en el personal de salud, por desconocimiento y barreras actitudinales, un enfoque asistencial desde el cual la discapacidad se considera enfermedad y no una condición humana. El propio desconocimiento de las personas derechohabientes, acerca de sus derechos, es un obstáculo para la realización de actividades básicas y la participación social y productiva. Esto repercute en el bienestar y lesiona la dignidad de las personas con discapacidad.

---

<sup>78</sup> ONU. (Diciembre 13, 2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. HR/P/PT/19. Recuperado en diciembre, 2022, de la Organización de las Naciones Unidas. Sitio web: [www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities](http://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities)

### III. Marco normativo de los grupos prioritarios

El marco normativo que rige la actuación del IMSS se sustenta en la regulación nacional e internacional concerniente a la atención de la salud y la protección social de las personas derechohabientes. Como punto de partida de la regulación internacional se tiene la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que es el fundamento esencial que rige toda acción en pro de las personas. En específico, los Artículos 22 y 25 que se vinculan directamente con el quehacer del Instituto. A través del cumplimiento de estos, también se contribuye al ejercicio de otros derechos sociales y económicos.

#### *DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS DERECHOS RELACIONADOS CON LA SALUD, EL BIENESTAR Y LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD*

1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.
2. Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a su seguridad personal.
5. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
6. Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.
7. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.
8. Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.
22. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.
- 23.1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

25.1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

A nivel internacional, como miembro activo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), México ha suscrito y refrendando su compromiso en los tratados y acuerdos internacionales conducentes a la protección del derecho a la salud de los grupos en situación de vulnerabilidad que atiende esta política, entre los cuales es pertinente citar lo siguiente:

---

#### Convención Americana sobre Derechos Humanos

##### Artículo 1. Obligación de Respetar los Derechos

1. Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

---

#### Protocolo Adicional a la Convención sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Artículo 3. Los Estados Partes en el presente Protocolo se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

---

En relación con la normatividad nacional que garantiza el ejercicio de los derechos humanos a todas las personas, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, como ley superior del sistema jurídico, establece en los Artículos 1 y 4 el fundamento legal esencial de todos los programas, proyectos y acciones que se llevan a cabo en el IMSS para proteger el derecho a la salud de los GSV.

---

**Artículo 1.** En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección...

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias...

**Artículo 4.** Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

---

En correspondencia con la Constitución, el Artículo 2 de la Ley del Seguro Social estipula que “la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo...”. Para proteger el derecho a la salud de los grupos en situación de vulnerabilidad, a este instrumento jurídico se suman las siguientes leyes nacionales:

- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
- Ley Federal del Trabajo
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
- Ley Federal de Austeridad Republicana
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos
- Ley General de Salud
- Ley General de Desarrollo Social
- Ley General de Población
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

- Ley General para la Detección Oportuna del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
- Ley de Asistencia Social
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
- Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Adicionalmente al marco normativo nacional e internacional señalado, se deben considerar también los acuerdos internacionales, leyes, normas y programas públicos específicos para cada uno de los GSV; algunos de estos instrumentos ya fueron mencionados en la sección anterior de la presente política y otros se enlistan y acompañan con citas clave a continuación:

### III.1. Niñas, niños y adolescentes con cáncer

---

Convención sobre los Derechos del Niño

#### Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios...

---

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

#### Artículo 13

Para efectos de la presente Ley son derechos de niñas, niños y adolescentes, de manera enunciativa más no limitativa...

IX. Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social

#### Artículo 50

Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud.

---



## Ley General para la Detección Oportuna del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

**Artículo 7**

Son derechos de las personas a que se refiere el Artículo anterior, entre otros:

I. Recibir atención médica integrada, desde la promoción, prevención, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, en términos de la Ley General de Salud y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. En particular tienen derecho a recibir diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en cualquiera de sus tipos o modalidades.

II. Recibir las prestaciones de los servicios de salud correspondientes, en términos de la Ley General de Salud para tratamiento necesario desde la confirmación del diagnóstico y hasta el alta médica, sin importar que en el proceso el paciente supere los 18 años de edad.

III. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, adecuada a su edad, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;

IV. Contar con los servicios de apoyo psicosocial de acuerdo con sus necesidades.

**III.2. Mujeres embarazadas, personas gestantes y personas lactantes**

## Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo

14. Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos.

## Ley del Seguro Social

**Artículo 94**

En caso de maternidad, el Instituto otorgará a la asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, las prestaciones siguientes:

I. Asistencia obstétrica.

II. Ayuda en especie por 6 meses para lactancia y capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante 6 meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida.

III. Durante el período de lactancia tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día, de una hora para amamantar a sus hijos o para efectuar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia...

## Ley General de Salud

## Artículo 67

La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

---

## Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

## Artículo 50

V. Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia de niñas, niños y adolescentes, y la educación y servicios en materia de salud sexual y reproductiva.

VI. Establecer las medidas tendentes a prevenir embarazos de las niñas y las adolescentes.

---

## NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida

1.1. Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

---

### III.3. Personas que viven con VIH (PVV)

---

## Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

## Artículo 4

Queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto o efecto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades en términos del Artículo 1o. constitucional y el Artículo 1, párrafo segundo, fracción III de esta Ley.

## Artículo 9

Con base en lo establecido en el Artículo 1 constitucional y el Artículo 1, párrafo segundo, fracción III de esta Ley, se consideran como discriminación, entre otras... XXXII. Estigmatizar y negar derechos a personas con VIH/sida.

---

NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana

1.1. Esta norma tiene por objeto establecer y actualizar los métodos, principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control, que abarcan la detección, el diagnóstico oportuno, la atención y tratamiento médico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)...

---

#### III.4. Personas adultas mayores

---

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

##### Artículo 1

El objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad...

##### Artículo 4

Los Estados Parte se comprometen a salvaguardar los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor enunciados en la presente Convención, sin discriminación de ningún tipo...

##### Artículo 19

La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación.

Los Estados Parte deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social...

---

## Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

### Artículo 1

La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento...

### Artículo 5

De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos...

III. De la protección de la salud, la alimentación y la familia:

- a. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.
- b. A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.
- c. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.
- d. A desarrollar y fomentar la capacidad funcional que les permita ejecutar sus tareas y desempeñar sus roles sociales...

### Artículo 18

Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud garantizar a las personas adultas mayores:

- I. El derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud.
  - II. Especial atención deberán recibir los programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas y neoplasias entre las personas adultas mayores, así como de atención y asistencia a quienes sufren de discapacidades funcionales. Asimismo, los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporarán medidas de prevención y promoción de la salud a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable.
  - III. El acceso a la atención médica a las personas adultas mayores en las clínicas y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas en las unidades médicas de segundo y tercer nivel públicas y privadas. Las especialidades médicas encargadas de la atención de la salud de las personas adultas mayores son la Geriátrica y la Gerontología...
-

### III.5. Personas con discapacidad

---

#### Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

##### Artículo 1

El propósito de la [...] Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente...

##### Artículo 25

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud...

---

#### Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad

##### Artículo I

Para los efectos de la [...] Convención, se entiende por:

##### 1. Discapacidad

El término *discapacidad* significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

##### 2. Discriminación contra las personas con discapacidad

a) El término *discriminación contra las personas con discapacidad* significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

##### Artículo II

Los objetivos de la presente Convención son la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.

---

## Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad

### Artículo 1

Las disposiciones de la presente Ley son de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos.

Su objeto es reglamentar en lo conducente, el Artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estableciendo las condiciones en las que el Estado deberá promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades.

De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley reconoce a las personas con discapacidad sus derechos humanos y mandata el establecimiento de las políticas públicas necesarias para su ejercicio...

### Artículo 7

La Secretaría de Salud promoverá el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación por motivos de discapacidad, mediante programas y servicios que serán diseñados y proporcionados, considerando criterios de calidad, especialización, género, gratuidad o precio asequible...

---

## **IV. Política Institucional para la Atención de la Salud de Grupos en Situación de Vulnerabilidad con Enfoque de Derechos Humanos y Perspectiva de Género**

### **IV.1. Objetivo, ejes estratégicos transversales y líneas de acción de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad**

En función de la situación expuesta en el Capítulo III y con el fin de fortalecer el goce y ejercicio del derecho a la salud de los grupos en situación de vulnerabilidad con enfoque en derechos humanos y perspectiva de género, se definieron ocho ejes estratégicos transversales que enmarcan líneas de acción transversales y líneas estratégicas y acciones por GSV. Los objetivos de las líneas de acción determinan a su vez los componentes de trabajo y las acciones de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad. Esta estructura pretende plasmar las bases para la atención de problemas multicausales identificados, con énfasis en los grupos en cuestión.

El cuadro 2 ilustra la estructura de la PIGSV y en los siguientes párrafos se describen los ejes y los objetivos de sus líneas de acción.

CUADRO 2.  
OBJETIVO Y EJES ESTRATÉGICOS TRANSVERSALES Y LÍNEAS DE ACCIÓN  
DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DE GRUPOS EN SITUACIÓN  
DE VULNERABILIDAD CON ENFOQUE EN DERECHOS HUMANOS Y PERSPECTIVA  
DE GÉNERO



## Eje estratégico transversal 1. El Pentágono de los Derechos Humanos y la perspectiva de género en todas las acciones

Consiste en incorporar desde el diseño de las acciones el enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género para materializar el ejercicio del derecho a la salud de los GSV, así como en la implementación y la cotidianeidad.

### Líneas de acción transversales del eje estratégico 1

**1.1. Lineamientos específicos para la incorporación del enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género.** Erigir el enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género en los procesos y procedimientos institucionales para la atención de los GSV.



**1.2. Enfoque práctico para la adopción del enfoque de derechos humanos y perspectiva de género.** Facilitar la adopción del enfoque de derechos humanos y perspectiva de género, en los procesos de atención de los GSV, mediante la generación de herramientas para que las personas servidoras públicas verifiquen que dicho enfoque y perspectiva estén integrados en las acciones que se realizan y, en caso necesario, se hagan los ajustes que correspondan.

**1.3. Emisión de información con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género.** Permea el enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género en todas las comunicaciones institucionales para fortalecer la conformación de una cultura institucional de derechos, independientemente del origen de las solicitudes de difusión de información o de generación y comunicación de contenidos.

**1.4. Información institucional para la toma de decisiones con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género.** Contar con una metodología de recopilación y análisis de datos institucionales sistémica y de calidad, con las variables necesarias para la identificación y caracterización de las problemáticas de los grupos en situación de vulnerabilidad y la consecuente evaluación de resultados de las acciones institucionales que se realicen para abatir las causas.

## Eje estratégico transversal 2. Normatividad institucional armonizada

Consiste en generar las condiciones normativas que sustenten las acciones de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad para que estas personas puedan ejercer de manera efectiva y progresiva su derecho a la salud.

### Líneas de acción transversales del eje estratégico 2

**2.1. Diagnóstico y priorización de la normatividad susceptible a la armonización.** Identificar aquella normatividad que requiere

actualización o ajustes para estar guiada por el enfoque de derechos humanos y priorizar su armonización.

**2.2. Armonización de la normatividad para establecer las bases para una nueva cultura institucional.** Establecer, a partir de la armonización, las bases de una cultura institucional con enfoque de derechos humanos, mediante ajustes razonables y actualización a la normativa institucional.

### Eje estratégico transversal 3. Atención integral de la salud de GSV con enfoque en derechos humanos y perspectiva de género

El desarrollo de este eje estratégico radica en transitar a un modelo de atención de la salud con enfoque en derechos humanos y perspectiva de género para que las personas derechohabientes ejerzan de manera efectiva su derecho a la salud, particularmente para aquellas en situación de vulnerabilidad.

#### Líneas de acción transversales del eje estratégico 3

**3.1. Prevención, protección y atención integral a la salud para los GSV con enfoque en derechos humanos y perspectiva de género.** Concentrar los esfuerzos para que la atención integral esté disponible sea accesible, adaptable, aceptable y de calidad para todas las personas derechohabientes, con énfasis para aquellas en situación de vulnerabilidad.

**3.2. Planeación e innovación en salud para los GSV con enfoque en derechos humanos y perspectiva de género.** Aplicar el enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género en el diseño, planeación, implementación, monitoreo y evaluación de los proyectos y procesos de prestación de servicios de salud, para contribuir a cerrar las brechas de desigualdad en beneficio de los GSV.

**3.3. Investigación en salud de los grupos en situación de vulnerabilidad para la toma de decisiones.** Generar evidencia científica relacionada con los GSV con enfoque de derechos humanos y

perspectiva de género para mejorar la toma de decisiones y guiar el diseño de estrategias de atención de la salud de los grupos en cuestión.

#### Eje estratégico transversal 4. Cultura organizacional sin estigma ni discriminación

La meta de las acciones de este eje consiste en establecer las bases en el capital humano institucional para que el Instituto sea un ente de respeto a los derechos de las personas y a su dignidad.

##### Líneas de acción transversales del eje estratégico 4

**4.1. Las personas y sus derechos visibles.** Favorecer el conocimiento y respeto de las personas en situación de vulnerabilidad y sus derechos, como parte de los elementos básicos de una cultura inclusiva.

**4.2. Aptitudes, actitudes y prácticas con enfoque en derechos humanos y perspectiva de género.** Formar y fortalecer las competencias y habilidades de la comunidad institucional para identificar a personas en situación de vulnerabilidad, valorar y cuestionar la discriminación, desigualdad y exclusión para que, en el ámbito de sus competencias, aporten a crear las condiciones para avanzar hacia la igualdad sustantiva.

**4.3. Mecanismos de control interno, sanción y reparación del daño ante violaciones de los derechos humanos de los GSV.** Dar seguimiento a la correcta aplicación de las acciones para evitar la reincidencia y avanzar hacia la erradicación de las violaciones de derechos humanos en la atención de la salud de los GSV.

#### Eje estratégico transversal 5. Acompañamiento psicológico, consejería y redes de apoyo para personas en situación de vulnerabilidad

Las acciones de este eje consisten en facilitar los medios de soporte y acompañamiento emocional, a personas en situación de vulnerabilidad que lo

requieran, así como a sus acompañantes, asistentes o cuidadoras, a quienes también se busca visibilizar.

### Líneas de acción transversales del eje estratégico 5

**5.1. Salud mental para todas y todos.** Lograr que las personas en situación de vulnerabilidad cuenten con acompañamiento psicológico y soporte emocional en situaciones adversas.

**5.2. Atención a personas acompañantes, asistentes y cuidadoras.** Contribuir a la disminución de los factores de sobrecarga de estas personas, así como a su visibilización y el reconocimiento de sus derechos.

**5.3. Vinculación con la sociedad civil organizada.** Fortalecer los procesos de atención y realizar mejoras a partir de los resultados de la comunicación y vinculación con la sociedad civil organizada, relacionada con los GSV.

### Eje estratégico transversal 6. Comunicación efectiva en todas las vertientes

Este eje busca fortalecer los procesos y mecanismos de comunicación entre la comunidad institucional, así como con la población derechohabiente; para ello se considera la bidireccionalidad de la comunicación, la diversidad de población blanco, sus necesidades y la variedad de medios disponibles.

### Líneas de acción transversales del eje estratégico 6

**6.1. Difusión de las acciones institucionales en materia de derechos humanos y perspectiva de género para los GSV.** Dar a conocer a la población derechohabiente y trabajadora institucional las acciones que se realizan en pro de los GSV y sus derechos, así como los medios que ofrece el Instituto para materializarlos. Esta línea de acción adicionalmente contribuirá a mejorar la imagen institucional, recuperar la confianza en la institución y reconocer la labor del personal.

**6.2 Efectividad en el proceso de implementación.** Asegurar la adecuada planeación, lanzamiento operativo, retroalimentación estratégica y evaluación de resultados, de las acciones de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad.

**6.3. Comunicación de calidad y calidez entre personal de salud, pacientes y familiares.** Asegurar que las personas derechohabientes y sus familias reciban, de manera efectiva y cálida, la información que necesiten en los procesos de atención y que las dudas que tengan sean resueltas de igual manera.

### Eje estratégico transversal 7. Acciones afirmativas para la igualdad

Eje con acciones para contribuir a cerrar las brechas de desigualdad que crean o potencian condiciones de vulnerabilidad, que inciden de manera negativa en la salud y bienestar de las personas derechohabientes y sus familias.

#### Líneas de acción transversales del eje estratégico 7

**7.1. Cerrando brechas.** Contribuir a reducir las brechas de desigualdad con énfasis en las condiciones que conducen a mayor vulnerabilidad, mediante acciones afirmativas y ajustes razonables.

**7.2. Institucionalización de buenas prácticas.** Reconocer y escalar, a nivel institucional y de manera estructurada, aquellas prácticas que se llevan a cabo en las unidades médicas que redundan en la mejora de la atención de los GSV.

### Eje estratégico transversal 8. Alianzas estratégicas para el fortalecimiento

En el camino para otorgar atención de excelencia, este eje busca fortalecer las acciones institucionales en materia de atención a los GSV, con enfoque en derechos humanos, por colaboración con otras instancias e instituciones.

## Líneas de acción transversales del eje estratégico 8

**8.1. Fortalecimiento de las acciones institucionales por vinculación con otros organismos.** Fomentar la colaboración con otras instituciones, organizaciones o actores clave que tienen experiencia en los GSV en cuestión, así como en derechos humanos, para fortalecer las acciones que el Instituto lleva a cabo para mejorar la atención y cerrar las brechas.

### IV.2. Líneas estratégicas y acciones en curso por GSV

Enmarcadas en los ejes de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad del IMSS, en esta sección se describen las líneas estratégicas y acciones en curso de cada GSV.

#### IV.2.1. Niños, niñas y adolescentes con cáncer

Incrementar en el IMSS la supervivencia de niñas, niños y adolescentes con cáncer es un fin que demanda la corresponsabilidad y actuación decisiva de toda la estructura institucional y, en particular, de las áreas directamente relacionadas con la atención a esta población. Por ello, la generación de soluciones efectivas que respondan a las causas directas o indirectas que obstaculizan la supervivencia es un compromiso en el que se trabaja bajo el principio de progresividad de los derechos humanos y cada vez más se suman acciones encaminadas a derribar las barreras que dificultan el acceso a un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Las acciones actuales que lleva a cabo el Instituto atienden, desde distintos niveles, las causas que frenan o detienen los procesos de la atención.

#### **Programa OncoCREAN para el incremento de la supervivencia en niños, niñas y adolescentes con cáncer**

Para garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para niñas, niños y adolescentes con cáncer, y mejorar su supervivencia, el IMSS emprendió en 2020 el Programa Nacional de Centros de Referencia Estatal para la Atención del Niño, Niña y Adolescente con Cáncer (OncoCREAN). Este programa tiene

por objetivo facilitar el acceso a los servicios de atención pediátrica oncológica a las personas, y acercarlos a sus lugares de origen. A septiembre de 2022, se cuenta con 35 OncoCREAN, uno por entidad federativa, a excepción de Chihuahua, Sonora y Veracruz que tienen dos por su extensión territorial. En su conjunto, estos centros atienden en promedio 3,762 pacientes, bajo la responsabilidad del personal médico de Hematología y Oncología pediátricas.

El Programa Nacional OncoCREAN se conforma por una serie de acciones clave para el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y manejo de soporte:

### **Hora dorada**

Consiste en la implementación de un proceso para la atención oportuna de los pacientes de este grupo con eventos de neutropenia febril que se presentan en los servicios de Urgencias. El proceso de atención consiste en administrar antibiótico en los primeros 60 minutos a partir de que llegan las y los pacientes pediátricos oncológicos a dichos servicios. Esta intervención es crucial para evitar complicaciones y disminuir el riesgo de muerte. El proceso requiere la formación de equipos especialistas, la capacitación y sensibilización de todo el personal de salud y administrativo involucrado, y el aseguramiento de los insumos necesarios (antibióticos y material para su aplicación). Asimismo, se necesita el trabajo colaborativo coordinado entre el personal de Urgencias y de Laboratorio para el rápido procesamiento de las muestras, revaloración e inicio del tratamiento antibiótico. Para asegurar la capacitación del personal de salud que participa en el proceso, así como el de nuevo ingreso, en el micrositio de educación de la Unidad de Educación e Investigación en Salud se cuenta con microlecciones de consulta permanente.

### **Escala de valoración de alerta temprana (EVAT)**

Esta escala sirve para la identificación temprana de deterioro clínico en las y los pacientes con cáncer que están hospitalizados. Esta acción consta de dos pasos:

1. La aplicación de la *escala de valoración de alerta temprana (EVAT)* en cada evaluación de signos vitales.
2. El uso de un algoritmo que guía al equipo médico en respuesta al resultado obtenido por la EVAT.

Esta estrategia se implementa con base en evidencia científica que documenta la capacidad predictiva de la escala para disminuir el riesgo de deterioro clínico y traslados no planificados a las unidades de terapia intensiva pediátrica. De igual modo que para el proceso de la *Hora dorada*, se cuenta con microlecciones para la capacitación del personal participante en el proceso.

### **Tú eres magia**

El apoyo psico emocional a niñas, niños y adolescentes con cáncer, así como a sus familiares, es un elemento significativo en la atención integral que se brinda a esta población. Este apoyo contribuye al apego y los resultados del tratamiento. El objetivo de *Tú eres magia* es facilitar el desarrollo de herramientas psico afectivas en las y los pacientes y familiares, para afrontar el miedo, la ansiedad, el dolor, los pensamientos catastróficos, y otras emociones que afectan su calidad de vida, derivadas por la condición de vulnerabilidad que viven. Los componentes de la estrategia son:

- a) Pertenencia: se entrega el *Pijama rojo de pertenencia* a niñas, niños y adolescentes, cuando llegan al hospital. El pijama simboliza el ingreso a una liga de guerreras y guerreros que combatirán contra la enfermedad, además, crea el sentido de pertenencia, fuerza y unión de un grupo distinguido que será cuidado con dedicación
- b) Valentía: se otorga el *Cojín del espíritu*, con el mensaje de que el cojín en forma de corazón representa su espíritu. Se les dice que: “el espíritu nunca enferma y este es el motor del cuerpo”. Se transmite la idea de que cuando el cuerpo está cansado, enfermo o con dolor, debemos cuidar ese motor porque se trata de su esencia, su alma y el cual hace que sean seres únicos e



irrepetibles. Se les motiva a nutrir su espíritu con actividades o situaciones que generen bienestar y los mantenga saludables.

c) Compañía: se da un tercer elemento de motivación, *El amigo o La amiga inseparable*. Este compañero o compañera de batallas puede ser un mago o hada, será un consejero o consejera que ayudará a dar un significado positivo a cada experiencia del proceso que vivirán, y también a transformar la percepción de pérdida por ganancia de aprendizaje de amor, fe, valentía y fortaleza. El muñeco o la muñeca que elijan es personal e intransferible, le dan un nombre para generar un lazo inquebrantable. En cada batalla reflexionan sobre el aprendizaje adquirido y, para reconocerlo, seleccionan un traje donde escriben una frase

d) Fortaleza: se elabora el *Collar de la fortaleza*. Cada integrante del grupo acumula emblemas de los logros alcanzados durante el proceso de hospitalización y tratamiento. Por cada evento (cirugía, quimioterapia, etcétera), reciben una piedra con un valor específico de la batalla ganada y es un reconocimiento a su valentía, fuerza y cooperación. Al llegar a 100 puntos, ganan la recompensa de acudir a la *Cueva del tesoro*, donde pueden elegir un obsequio (juegos de mesa, legos, plastilina *Play-Doh*, entre otros); la cueva se sostiene de donaciones.

*Tu eres magia* surgió como una iniciativa en el servicio de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional (CMN) "Siglo XXI". En la actualidad, 34 OncoCREAN han sido capacitados y 18 lo tienen implementado.

### **Programa de Rehabilitación**

En el IMSS se estableció el Programa de Rehabilitación como un componente relevante del proceso de atención integral en niñas, niños y adolescentes con cáncer. Este programa se conforma por una serie de intervenciones que están dirigidas a las y los pacientes, y las personas cuidadoras. La rehabilitación ayuda a recuperar la funcionalidad y reducir los efectos adversos del tratamiento en niñas, niños y adolescentes con cáncer. Durante la hospitalización, si es viable, el

personal especialista en Medicina Física y Rehabilitación realiza una valoración clínica integral antes, durante y después del tratamiento oncológico, para hacer el diagnóstico y pronóstico funcional, así como establecer objetivos de la rehabilitación y plan de terapia física, terapia ocupacional o Fonoaudiología.

En la valoración clínica se reconocen, anticipan e identifican las alteraciones del neurodesarrollo (en menores de 6 años de edad), así como los signos de alarma para daño neurológico, complicaciones o secuelas derivadas del padecimiento. Además, se califica la capacidad funcional de la o el paciente, la tolerancia a las actividades o ejercicio, el nivel de independencia, y la necesidad de realizar estudios complementarios. Si es necesario se prescribe una órtesis, prótesis o ayudas técnicas para la movilidad o equipo adaptado. De acuerdo con la evolución hospitalaria del o de la paciente, se considera el envío a Consulta Externa del servicio o Unidad de Rehabilitación, donde se le incorpora a un programa individualizado para el abordaje integral y seguro.

Como parte de los materiales de consulta del programa, está en desarrollo el manual del proceso de revisión, y una serie de microlecciones para la capacitación del personal. Asimismo, se elabora una prueba piloto en hospitales de segundo y tercer niveles, con miras a la implementación en todos los OncoCREAN del país.

### **Diálogo, comunicación y acompañamiento a familiares de pacientes pediátricos oncológicos**

Las repercusiones del cáncer impactan de forma muy drástica a las familias, en distintos aspectos individuales, sociales y económicos. De acuerdo con los contextos familiares se presentan distintas problemáticas, que requieren solucionarse con el apoyo y acompañamiento del personal del Instituto. Ante esto, se han implementado reuniones de diálogo sistemático y continuo en modalidad híbrida, con madres, padres y otras personas cuidadoras de las y los pacientes pediátricos oncológicos, donde representantes de las áreas normativas atienden problemas específicos y establecen acuerdos consensuados con las y los participantes. Los asuntos que principalmente se

abordan en estas reuniones se relacionan con la atención médica, el abasto de medicamentos y trámites médico-administrativos.

Con el apoyo que se puede brindar a las familias se contribuye a contrarrestar los obstáculos que impiden el seguimiento de niñas, niños y adolescentes con cáncer, y así se logra reducir el abandono al tratamiento, que es una causa directa de la supervivencia de este grupo en situación de vulnerabilidad. A diciembre de 2022, se han llevado a cabo más de 100 sesiones de manera ininterrumpida.

Por otro lado, también se encuentran disponibles para la atención a este grupo, y recepción de inconformidades o solicitudes de apoyo, el chatbot “55 4836 3312” y el correo electrónico “pac.oncopediatricos@imss.gob.mx”.

### **Apoyos para las familias**

El IMSS estableció dos medidas de apoyo para las familias con el propósito de reducir el abandono al tratamiento de cáncer infantil y adolescente:

- 1) Desde 2019, la licencia 140-Bis para cuidados médicos a madres y padres trabajadores para ausentarse de sus centros de trabajo, en caso de que las niñas, niños y adolescentes menores de 16 años diagnosticados con cáncer necesiten tiempo para descanso médico en los periodos críticos del tratamiento.
- 2) De la ayuda de viáticos y pasajes ya previstos en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS vigente<sup>79</sup>.

### **Mejora de la atención**

La mejora de la atención en niñas, niños y adolescentes con cáncer es una práctica permanente para lograr los resultados esperados de salud y, así, el

---

<sup>79</sup> SG. (Junio 4, 2019). Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de la Ley Federal del Trabajo. Recuperado en diciembre, 2022, de la Secretaría de Gobernación. Sitio web: [www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5561817&fecha=04/06/2019#gsc.tab=0](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5561817&fecha=04/06/2019#gsc.tab=0)  
Presidencia de la República; SS; STPS. (Noviembre 30, 2006). Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado en diciembre, 2022, del Diario Oficial de la Federación. Sitio web: [www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n29.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n29.pdf)

bienestar de las y los pacientes. En el Programa OncoCREAN se desarrollan algoritmos diagnóstico- terapéuticos, con el propósito de homologar los protocolos de atención. Esta actualización continua de los procesos permite obtener resultados favorables del tratamiento en más pacientes y menos tiempo. Además, sirve para realizar las modificaciones y/o intervenciones necesarias que ayuden a reducir el riesgo de complicaciones.

Como parte del proceso de mejora, el *Protocolo Total XV* contiene algoritmos para la atención de leucemia linfoblástica aguda. Asimismo, los algoritmos para leucemia, tumores sólidos, sistema nervioso central y linfomas están en desarrollo a cargo del personal de salud especialista y normativo del Instituto.

### **Revisión y ajuste de procesos de abasto**

Por otra parte, para garantizar los insumos y medicamentos necesarios para el tratamiento de esta población en situación de vulnerabilidad en todos los OncoCREAN, el programa contempla la revisión y ajuste de los procesos de abasto, entre ellos la actualización de los *consumos promedios mensuales* (CPM) y mejoras a la comunicación interna entre las áreas, para confirmar la existencia de medicamentos en las unidades médicas.

### **Regionalización de servicios para el diagnóstico oportuno y seguimiento de las leucemias agudas**

El Programa OncoCREAN ha implementado el mecanismo de regionalización de servicios para el diagnóstico oportuno de leucemias agudas. Esta medida administrativa cubre el vacío de unidades médicas que no cuentan con servicio de inmuno-fenotipo y enfermedad mínima residual, situación que en ocasiones prolonga la entrega de resultados de los estudios necesarios para el diagnóstico preciso e inicio oportuno del tratamiento. La regionalización consiste en el envío de las muestras al Centro de Investigación Biomédica de Oriente (CIBIOR) del IMSS, para el procesamiento oportuno y entrega de resultados en 24 horas. Dados los buenos resultados que se han obtenido, se encuentra en proceso de

desarrollo la regionalización de otros estudios como los cariotipos, y para tumores sólidos los estudios de histoquímica.

### **Presentación y análisis colectivo de casos**

El fortalecimiento de las competencias del equipo médico en los OncoCREAN es otro componente relevante del Programa. Una de las acciones para reforzar las capacidades del equipo médico y coadyuvar a la resolución de problemas complejos, consiste en la presentación y análisis colegiado de casos de manera remota. Las sesiones se llevan a cabo semanalmente, con la ventaja de que se adaptan a los horarios de las y los profesionales con funciones asistenciales, así como la disminución de costos y necesidades de desplazamiento.

#### **IV.2.2. Mujeres embarazadas, personas gestantes y personas lactantes**

Desde la creación del Instituto, la atención materna ha sido prioridad en la prestación de servicios de salud. Programas, proyectos y acciones dirigidas a mujeres embarazadas y lactantes han sido implementados en los tres niveles de atención, y aunque se alcanzaron objetivos y metas, la calidad de atención en varios casos ha sido cuestionable y derivó en quejas y denuncias ante las instancias competentes. Ante esto, el IMSS ha actualizado y fortalecido sus procesos de atención, mediante el diseño y desarrollo de programas que respondan a los múltiples retos que se presentan por los determinantes estructurales, institucionales e individuales de las personas derechohabientes.

La desigualdad derivada de las normas, roles y estereotipos de género que han afectado en gran medida a las mujeres con más condiciones de vulnerabilidad, han estado latentes en la reproducción de actitudes y conductas contrarias a un trato humano y digno en los servicios de salud, pero para sumarse a la respuesta nacional e internacional que impulsa eliminar todo tipo de violencia contra las mujeres y alcanzar el ejercicio pleno de sus derechos, el IMSS ha fortalecido su programa de atención materna con la puesta en marcha del innovador modelo *AMIIMSS: Atención Materna Integral*.

## **AMIIMSS: Atención Materna Integral**

Este nuevo modelo se centra en las personas y se implementa en unidades médicas del IMSS, para brindar una atención integral que se distinga por un trato humano y digno, en absoluto apego a proteger el derecho a la salud de mujeres embarazadas, personas gestantes y lactantes.

El modelo AMIIMSS, sustentado en el nuevo modelo de atención denominado atención obstétrica amigable, se rige por el decálogo de los componentes clave de la atención materna y, para su puesta en práctica, se establecieron siete líneas estratégicas del modelo:

### **Atención preconcepcional**

La preparación anticipada del embarazo es una oportunidad para vivir un proceso de gestación favorable para la salud de las mujeres y las personas con otras identidades, así como para el desarrollo adecuado del producto. *La consulta preconcepcional* es el primer componente del Decálogo de AMIIMSS y tiene el objetivo de detectar, de manera oportuna, y atender afecciones que puedan representar riesgos en el embarazo. La evaluación del riesgo reproductivo se realiza en las consultas que soliciten las mujeres, aun cuando acudan al servicio por otro motivo de atención. En caso de detección de alguna enfermedad crónica o condición de salud que pueda significar un riesgo para un embarazo, se le ofrece atención integral para mejorar su estado.

### **Atención prenatal**

Esta estrategia comprende la *Vigilancia prenatal*, que corresponde al segundo componente del Decálogo de AMIIMSS. El objetivo de la atención prenatal es lograr que las mujeres embarazadas y personas gestantes vivan el embarazo en las mejores condiciones de salud posibles, a partir del seguimiento periódico y la prevención de complicaciones. La vigilancia inicia en la consulta en el primer nivel de atención en las primeras 12 semanas del embarazo, que son cruciales

para la evaluación de riesgo de cromosomopatías, preeclampsia, parto pretérmino, diabetes gestacional y cardiopatías fetales.

### **Atención del evento obstétrico**

La protección al derecho a la salud durante el parto requiere que la persona derechohabiente y su acompañante, tengan pleno conocimiento de sus derechos y estén informados de los riesgos y beneficios de las intervenciones en la atención al nacimiento. Bajo el modelo AMIIMSS, la atención del evento obstétrico debe ser con un trato humano y de total respeto a las mujeres y personas gestantes. Los componentes del Decálogo que conforman esta estrategia son:

- Parto vaginal: se promueve y prioriza por los beneficios para la madre y la persona recién nacida. El parto por vía vaginal se considera la opción más saludable porque fortalece a la persona recién nacida, le ayuda a adaptarse más rápido al medio ambiente y aumenta el vínculo afectivo por el contacto piel a piel con la madre, y si hay alojamiento conjunto, la lactancia será a libre demanda. Estas condiciones ayudan a una recuperación más rápida y menos dolorosa.
- Cesárea: se aplica únicamente cuando la mujer o la persona gestante presenta alguna condición anormal relacionada con su estado físico, el bienestar fetal documentado o alteraciones placentarias. Realizar solo las cesáreas que se justifiquen contribuye a disminuir la posibilidad de riesgo de complicaciones en la madre y/o la persona recién nacida, así también se reduce la morbilidad y la mortalidad materna, que son consecuencias de las situaciones adversas de este procedimiento.
- Atención amigable: se brinda para que las personas derechohabientes vivan experiencias positivas y sanas, libres de acciones negativas, ofensivas o negligentes en las unidades médicas, durante el embarazo, parto y puerperio. En el proceso de atención participan activamente las mujeres para cubrir sus necesidades y expectativas. La atención amigable favorece el desarrollo fisiológico del nacimiento.

- Trato humano: el equipo de salud consciente y capacitado en cómo brindar un trato respetuoso a las mujeres o las personas gestantes, les brinda un acompañamiento empático durante todo el proceso de atención. Esto favorece una experiencia de nacimiento significativa y segura para las personas derechohabientes, y se coadyuva al derecho a la protección de la salud de esta población.

Cabe resaltar las siguientes acciones que realiza el personal de salud, como parte del proceso de atención:

- *Previo al parto.* El equipo de salud apoya a las mujeres y las personas gestantes en la preparación del nacimiento de su bebé; las anima a elaborar un plan de parto y respetarlo en la medida de lo posible. También lleva a cabo el *Tour obstétrico*, que consiste en un recorrido por las salas prelabor y las instalaciones donde serán atendidas; durante el *tour* se resuelven dudas, con el propósito de procurar una mejor preparación y aminorar el posible estrés y la ansiedad de las mujeres y personas gestantes, así como de sus familiares.
- *Durante el parto.* El equipo de salud informa a las mujeres y las personas gestantes, y a sus acompañantes, sobre la evolución del trabajo de parto con base en los criterios estandarizados, y así se evitan inducciones innecesarias, hospitalizaciones antes de las 40 semanas de gestación, y cesáreas injustificadas. Promover el manejo activo del trabajo de parto, reducir el dolor con posiciones, ejercicios, masaje, aromaterapia, deambulación e ingesta de líquidos y realizar monitoreo electrónico son otras acciones clave. Para esta etapa del proceso se impulsa la habilitación de *salas de prelabor* y de *áreas de atención amigable en labor* en las unidades hospitalarias.
- *Momento inmediato al nacimiento.* El equipo de salud debe propiciar el pinzamiento tardío del cordón umbilical; el contacto piel con piel antes de los 5 minutos posteriores al nacimiento; el inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida, y facilitar el alojamiento



conjunto las 24 horas del día para favorecer la lactancia materna exclusiva a libre demanda.

### **Planificación familiar**

Esta línea estratégica comprende dos componentes del Decálogo AMIIMSS: 8) *Planificación familiar* y 10) *Prevención de embarazo en adolescentes*. Sus acciones contribuyen al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas derechohabientes. El IMSS actúa para que su población pueda acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, y así decidir de manera libre e informada sobre estos aspectos de su vida.

El Instituto cuenta con el Programa de Planificación Familiar, para brindar orientación y atención oportuna sobre métodos anticonceptivos, a mujeres y hombres en edad reproductiva. Las acciones de esta línea estratégica se implementan desde diversos espacios para alcanzar a toda la población que lo necesite: *PrevenIMSS*, *JuvenIMSS*, los *consultorios de planificación familiar*, los *Módulos de Apoyo a la Prestación de Servicios de planificación familiar (MAPS)*, las *jornadas de salud reproductiva*, y los módulos de salud reproductiva en áreas urbano-marginadas. A las personas, incluidas aquellas menores de 18 años, que solicitan los servicios de planificación familiar, se les dan a conocer los 16 métodos disponibles en el Instituto, y los dos permanentes para quienes decidan ya no tener hijos/hijas.

A las mujeres embarazadas y personas gestantes, en su control prenatal, se les comunica sobre los beneficios de espaciar sus embarazos, y se les brinda información completa sobre los métodos anticonceptivos que pueden ser usados al término del embarazo y son compatibles con la lactancia materna exclusiva. En el caso de la población adolescente, las acciones están alineadas con *la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*, cuyo objetivo es reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos.

## Atención puerperio

Después del nacimiento, la atención al puerperio es fundamental para las mujeres y las personas gestantes porque favorece su recuperación, adaptación a la nueva dinámica familiar por la llegada de su bebé y la incorporación a sus actividades cotidianas. La atención posparto comprende la prevención y detección oportuna de afecciones frecuentes en esta etapa, así como la orientación anticonceptiva. Entre las acciones del Modelo AMIIMSS, destaca la detección y atención de la depresión posparto, mediante la aplicación de la *Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo* en la consulta de puerperio tardío, tanto en primer nivel, como en segundo y tercer niveles de atención con patología agregada.

## Atención a la persona recién nacida y lactancia

El Instituto protege el derecho a la salud de las personas recién nacidas desde el alumbramiento, siendo la lactancia materna exclusiva una de las acciones prioritarias del modelo AMIIMSS, y corresponde al componente 9 del Decálogo. En complemento con la línea estratégica 3, el contacto piel a piel con la madre en los primeros 60 minutos, y el alojamiento conjunto son cruciales para la lactancia. Con las acciones de promoción y atención a la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad y como complemento a los 2 años de vida.

La promoción de la lactancia materna inicia desde el periodo preconcepcional con la información que se proporciona a mujeres embarazadas y personas gestantes, sobre los beneficios que tiene para su salud y el desarrollo de sus bebés. Asimismo, en las consultas de vigilancia del puerperio y el control de la niña y el niño sanos, así como en el chequeo PrevenIMSS, también se refuerza la importancia de la leche materna. Como parte de esta línea estratégica se promueve la eliminación del uso de biberones y chupones de distracción, y la instalación de lactarios y salas de lactancia, en las unidades médicas y no médicas del Instituto.

Las acciones en fomento de la lactancia forman parte de la iniciativa *Hospital y Unidad Amigos del Niño y la Niña* de la OMS/OPS. El modelo AMIIMSS impulsa que las unidades se nominen en este reconocimiento. En el IMSS Ordinario, en 2022, se cuenta con 63 hospitales nominados (10 renominados) y 21 Unidades de Medicina Familiar nominadas. Se cuenta con 188 lactarios, 24 salas de lactancia y un banco de leche humana.

### **Capacitación**

El personal de salud recibe capacitación teórica-técnica continua para fortalecer su formación y actualización en materia de salud: lactancia, manejo integral a la embarazada, planificación familiar y complicaciones del embarazo. Asimismo, se capacita en derechos humanos, identificación y prevención de la violencia y atención obstétrica amigable, para brindar un trato humano digno, con empatía y respeto a las mujeres embarazadas y personas gestantes. A través de los programas permanentes de capacitación se contribuye a la protección del derecho a la salud de este grupo en situación de vulnerabilidad.

#### **IV.2.3. Personas que viven con VIH (PVV)**

La respuesta al VIH y sida debe mantener y fortalecer su curso para alcanzar las metas 95-95-95 de ONUSIDA. Aunque en el Instituto, las personas que viven con VIH han sido y son un grupo prioritario, y más de 95% de las personas diagnosticadas reciben tratamiento, se requiere redoblar esfuerzos porque esta población todavía enfrenta obstáculos para acceder a una atención de calidad que se distinga por brindar un trato humano y digno a las PVV.

Es imprescindible que en los servicios de salud se erradiquen prejuicios, actitudes y conductas de estigma y discriminación hacia las poblaciones de los grupos clave. Las acciones que se emprendan para lograrlo deben ser parte de programas y proyectos basados en estrategias efectivas que se orienten a la prevención combinada. Es un gran reto reducir la tasa de incidencia de VIH en el IMSS, pero con una visión integral en la respuesta institucional se avanzará hacia resultados cada vez más favorables.

Línea estratégica de atención integral

### **Protocolo de Atención Integral**

Como parte de la mejora de la calidad de la atención de este grupo en situación de vulnerabilidad, en el IMSS se elaboró el Protocolo de Atención Integral (PAI) de VIH. El objetivo de esta acción es otorgar atención oportuna e integral a derechohabientes que viven con VIH, para lograr carga viral indetectable y contribuir a la reducción de casos nuevos, mediante acciones actualizadas y homologadas en los tres niveles de atención.

Asimismo, los cuatro objetivos específicos del PAI son:

- 1) Fortalecer la cobertura de los programas de promoción de la salud y prevención, focalizados e integrales, para fomentar estilos de vida saludables en poblaciones clave y personas que viven con VIH.
- 2) Mejorar el proceso de evaluación de riesgo, tamizaje y diagnóstico, para la identificación temprana de casos nuevos de PVV.
- 3) Fortalecer el trabajo coordinado entre los servicios y los tres niveles de atención que favorezca la retroalimentación para la toma de decisiones en el tratamiento integral de las personas con VIH y sida.
- 4) Mejorar el proceso de identificación del riesgo y las complicaciones de coinfecciones como tuberculosis y hepatitis B y C, para su prevención o tratamiento oportuno.

El Instituto está implementando acciones de prevención combinada que son clave para alcanzar las metas 95-95-95 de ONUSIDA: módulos informativos PrevenIMSS, detección, profilaxis pre exposición del VIH (PrEP) y la profilaxis post exposición (PEP) universal. En los módulos PrevenIMSS se realizan pruebas rápidas de detección de VIH a personas de poblaciones clave y también de otros grupos en situación de vulnerabilidad, como las mujeres embarazadas.

La cobertura del PrEP tiene alcance a nivel nacional. La información relacionada con esta estrategia se encuentra disponible para el público en

general en los medios de comunicación del Instituto: micrositio, el chatbot, correo electrónico o en las Unidades de Medicina Familiar. Por otro lado, la PEP está disponible principalmente en las unidades de urgencias del segundo nivel de atención, ya que las exposiciones de alto riesgo deben ser atendidas dentro de las primeras 72 horas de ocurrida la exposición. En el chatbot se puede consultar cuál es la unidad disponible más cercana.

Desde una perspectiva integral y multidisciplinaria, el PAI considera la participación del equipo de salud ampliado para llevar a cabo las recomendaciones que estipula. La implementación de este protocolo se encuentra en proceso, y para llevar a cabo esta fase se capacitó al personal de salud y se diseñaron diferentes materiales educativos.

Cabe mencionar que el protocolo fue escrito por un equipo de especialistas en la atención a PVV y validado por profesionistas expertos de los tres niveles de atención del Instituto, y cuenta con el aval de especialistas externos.

### **Plataforma 360: Información para la toma de decisiones**

La *Plataforma 360* es una herramienta para el registro sistematizado de la información de las PVV. Está diseñada para que el personal de salud tenga disponibles los datos demográficos de las personas, las características y los resultados del tratamiento ARV que recibe. Esta información facilita el seguimiento médico de las PVV, lo cual contribuye a mejorar la atención integral que se les brinda.

Este registro fortalecido de información de PVV, se articula con el expediente clínico electrónico y así se optimiza la captura y facilita la emisión de recetas y órdenes de estudios de laboratorio. La herramienta cuenta con el campo de “alias”, para el registro del nombre de las personas trans con VIH, a quienes se les debe reconocer y atender con perspectiva de género y absoluto respeto a su identidad.

En cumplimiento con la Ley Federal de Datos Personales, el acceso a la *Plataforma 360*, es exclusivo del personal médico autorizado dentro de la red institucional. Además, el sistema está configurado por perfiles específicos de personas usuarias para la consulta y emisión de la información por OOAD y nacional, que será útil para la planeación de recursos a nivel normativo.

### **Plataforma interactiva VIH-IMSS**

En el portal de Internet del IMSS se encuentra la *Plataforma interactiva VIH-IMSS*, micrositio donde se brinda información y servicios en línea para PVV. Una de las aplicaciones que ofrece corresponde a información sobre el *Surtimiento de recetas*, donde se puede conocer la oportunidad de proveer sus medicamentos a esta población a nivel nacional y por OOAD; en 2022, se tiene un suministro de 99%, colocando al Instituto como un referente nacional e internacional en este proceso. Asimismo, en este micrositio se puede encontrar información de atención ciudadana relacionada con las quejas recibidas en Censida y la CNDH, por el surtimiento no oportuno de recetas de medicamentos. Estas acciones están orientadas a cumplir los principios de rendición de cuentas y exigibilidad.

### **Atención VIHrtual IMSS**

El IMSS habilitó dos vías de comunicación para interactuar de manera más directa con personas que viven con VIH (PVV) y representantes de las organizaciones de la sociedad civil:

- 1) El chatbot 55 4558 0603
- 2) El correo electrónico [atencion.vih@imss.gob.mx](mailto:atencion.vih@imss.gob.mx)

Estos medios son espacios informativos para la programación de citas de primera vez, atención médica, PrEP, PEP y medicamentos, entre otros, pero también reciben opiniones y quejas de los servicios de salud. Con estos recursos interactivos también se reducen las barreras que limitan el acceso a la atención integral y de calidad.

Línea estratégica: Alianzas por la equidad

### **Atención a niñas, niños y adolescentes que viven con VIH en Chiapas**

El Instituto y el IMSS-BIENESTAR, en alianza con Censida y el ISSSTE, en abril de 2022 firmó el Convenio para el Acceso Universal del Tratamiento antirretroviral para este grupo en situación de vulnerabilidad en la prueba piloto del proyecto, *Atención a PVV pediátricos en el estado de Chiapas*. El objetivo de este convenio interinstitucional es acercar el tratamiento de niñas, niños y adolescentes que viven con VIH en esta entidad federativa. Con esta acción se facilita la accesibilidad al tratamiento de esta población que recibe atención en otras instituciones públicas de salud, las cuales se localizan a grandes distancias de los lugares donde habita las PVV. Cabe mencionar que la colaboración no implica el intercambio de servicios institucionales, y que la prueba piloto se lleva a cabo con este grupo etario por la alta tasa de transmisión vertical que registra en la entidad<sup>80</sup>.

Línea estratégica: Actualización y difusión del conocimiento

### **Congreso Internacional de VIH-IMSS**

El Instituto se posiciona como un referente nacional e internacional en investigación y atención médica del VIH y sida, a través de la puesta en marcha del Primer Congreso Internacional de VIH-IMSS, dirigido a personal médico y de Enfermería. Será un espacio de formación continua para compartir el conocimiento científico de los avances del VIH y sida y buenas prácticas en prevención y atención a PVV.

El primer congreso realizado el 28 al 30 de noviembre de 2022, en las instalaciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), en la Ciudad de México. En este primer evento se contará con la participación de especialistas en la materia, quienes abordarán ejes clínicos y de investigación

---

<sup>80</sup> IMSS. (Abril 30, 2022). En Chiapas, Sector Salud garantiza acceso universal a tratamiento antirretroviral a niñas, niños y adolescentes con VIH. Sitio web "Acercando el IMSS al Ciudadano", Comunicado CC008/2022. Recuperado en diciembre, 2022, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Sitio web: [www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202204/CC008](http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202204/CC008)

sobre el diagnóstico y tratamiento, con la evidencia internacional más actual. También se abordaron aspectos sociales y de política pública, con la participación de representantes de organizaciones de la sociedad civil, actores clave y tomadores de decisión. La modalidad híbrida (presencial y virtual) del congreso facilitó la asistencia de personas interesadas de toda la República, y de otros países.

#### IV.2.4. Personas adultas mayores

Coadyuvar al ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de las personas adultas mayores es un compromiso humano que debe asumir toda la sociedad, y que los agentes del Estado, como el IMSS, tienen la atribución de garantizar y proteger. La realidad de una población de personas adultas mayores cada vez mayor ha requerido la actuación proactiva del Instituto, la cual evoluciona al mismo tiempo que aumenta el número de las personas adultas mayores. Y en respuesta a la necesidad apremiante de programas, proyectos y acciones que se focalicen en esta población, centrados en la dignidad de las personas, el Instituto creó el Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS en 2010, y en la actualidad debido a la madurez de los programas se han desarrollado estrategias a implementar para el periodo 2021-2025<sup>81</sup>.

El objetivo general de este plan es perfeccionar el modelo de atención geriátrica interdisciplinaria en los servicios de Hospitalización y Consulta Externa en las Unidades Médicas del Instituto, a través de una valoración integral especializada para prevenir y limitar las consecuencias de la enfermedad, mejorar la funcionalidad y propiciar que se eleve la calidad de vida de las personas adultas mayores.

El plan de *GeriatrIMSS* se sustenta en las cuatro líneas fundamentales del programa inicial y agregó una quinta para lograr la atención integral y multidisciplinaria:

---

<sup>81</sup> IMSS. (Noviembre 12, 2021). Plan Geriátrico Institucional 2021-2025. GeriatrIMSS. Recuperado en diciembre, 2022, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Sitio web: [intranet.imss.gob.mx/geriatrimss/Paginas/index.aspx](http://intranet.imss.gob.mx/geriatrimss/Paginas/index.aspx)



- I. Fortalecimiento del Programa PrevenIMSS, para el envejecimiento saludable de las personas adultas mayores.
- II. Implementación y fortalecimiento de la atención geriátrica en las Unidades Médicas del Instituto.
- III. Formación y capacitación en Geriatría.
- IV. Desarrollo de la investigación clínica en envejecimiento, a través de la formación y capacitación de personal especializado.
- V. Coordinación con la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

A fin de reforzar y estar al nivel de las necesidades actuales del Instituto, para el *Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS 2021-2025* se establecieron cuatro estrategias prioritarias adicionales que coadyuvan a enfrentar las causas directas e indirectas de los problemas a los que se enfrentan las personas adultas mayores en el ejercicio de su derecho a la salud en la actualidad, dichas estrategias son:

### **1. Mejora de la capacidad resolutive en atención de la salud para satisfacer la demanda creciente de los servicios médicos de las personas adultas mayores**

Como parte de los indicadores de la fuerza de trabajo, el plan considera un médico o una médica geriatra en los hospitales de segundo y tercer niveles tipo A, B y C, en el turno matutino y vespertino. Si se logra tener este especialista, se avanzará en la apertura de servicios de atención geriátrica interdisciplinarios en Hospitalización y la apertura de Consulta Externa. Asimismo, se conseguirán egresos tempranos, reducción de la estancia hospitalaria, aumentar la calidad de atención, rehabilitación temprana, preparación a la persona cuidadora para el egreso y sus cuidados en domicilio, conjuntamente el seguimiento de la persona hospitalizada en Consulta Externa de una manera integral e interdisciplinaria.

## Líneas estratégicas

- 1.1. Incrementar la capacidad resolutive y calidad en atención geriátrica por medio de la cobertura oportuna de plazas de especialistas en Geriátrica (personal médico y de Enfermería) en los tres niveles de atención.
- 1.2. Otorgar atención integral a las personas adultas mayores a través de la conformación de servicios interdisciplinarios de Geriátrica en las unidades médicas hospitalarias.
- 1.3. Implementar un modelo de atención para la transición hospital-domicilio en unidades con servicio interdisciplinario de Geriátrica.

Las tres líneas se disgregan en 27 líneas de acción, donde destaca la línea 1.1.6. “Implementar la Atención Integrada para las personas mayores (ICOPE), en las Unidades de Medicina Familiar que cuenten con la categoría de personal de Enfermería especialista en Geriátrica”, la cual se distingue por desarrollar una estrategia de detección y prevención de la capacidad intrínseca de la persona mayor que repercutirá en la reducción de la dependencia y aumentará la esperanza de vida libre de enfermedad y discapacidad.

## **2. Prevención y reducción de riesgos durante la hospitalización**

La hospitalización suele provocar mayor deterioro funcional y otras complicaciones en las personas adultas mayores, a pesar de que se logre la resolución de los problemas de salud que originaron el ingreso al hospital. Las condiciones individuales de las personas adultas mayores, en suma con las circunstancias de la hospitalización, colocan a esta población en un nivel de mayor vulnerabilidad, y la hace más propensa a tener complicaciones no relacionadas con el padecimiento que requirió la atención hospitalaria.

En la mayoría de los casos, las complicaciones son prevenibles y, cuando la intervención interdisciplinaria del personal de salud es oportuna, se pueden mitigar. Entre las complicaciones propias de la hospitalización que son

prevenibles en las personas adultas mayores, se encuentran: dependencia funcional e inmovilidad, delirio, desnutrición, caídas (hipotensión ortostática), úlceras por presión, fragilidad y sarcopenia, infección urinaria por catéter, neumonía hospitalaria, depresión e insomnio, maltrato y colapso de la persona cuidadora.

### Líneas estratégicas

- 2.1. Establecer intervenciones clínicas y protocolos de atención para homologar los procedimientos en la atención de las personas adultas mayores para reducir las complicaciones durante la hospitalización.
- 2.2. Establecer una herramienta única de tamizaje para realizar una evaluación geriátrica integral que conduzca a un plan de cuidados durante y después de la hospitalización.
- 2.3. Elevar la capacidad técnico-médica en Geriátrica de las y los profesionales de la salud, a través de la educación médica continua para la reducción de complicaciones propias de la hospitalización.

De estas tres líneas estratégicas, que se dividen en ocho líneas de acción, la implementación de procesos estandarizados es crucial para lograr que la atención que reciben las personas adultas mayores sea integral e interdisciplinaria en las unidades médicas de los tres niveles de atención. Asimismo, la capacitación continua en diferentes modalidades (curso, talleres, sesiones académicas, entre otras), refuerza la formación del personal de salud y lo mantiene actualizado. En particular, la capacitación continua del personal en temas de envejecimiento y enfermedades propias de la edad, así como el *Congreso GeriatrIMSS*, son espacios que año con año brindan la oportunidad de compartir e intercambiar conocimientos y avances en la atención a esta población.

### **3. Diseño e implementación de intervenciones específicas para la atención de síndromes geriátricos**

En las personas adultas mayores se pueden presentar padecimientos que en conjunto forman síndromes geriátricos y estos pueden derivar en complicaciones y la pérdida de la funcionalidad e independencia, pero para evitar que esto se suceda se busca intervenir de manera oportuna en la prevención y el manejo interdisciplinario de las afecciones que más impactan en discapacidades y costos institucionales. Las intervenciones se orientan a reducir la estancia hospitalaria, para aminorar costos y, principalmente, mejorar el estado de salud de las personas.

### Líneas estratégicas

3.1. Prescripción razonada en las personas adultas mayores

3.2. Código *Delirium*

3.3. Manejo integral de la fractura de cadera por equipo interdisciplinario

3.4. Movilización temprana de la persona adulta mayor

Estas cuatro líneas estratégicas, que se desprenden en 14 líneas de acción, son prioritarias porque coadyuvan en la autonomía e independencia de las personas adultas mayores. La prescripción razonada pone en balance los riesgos y beneficios de los medicamentos, y también se anticipan enfermedades concomitantes. Además, la identificación y manejo de la presentación y el tiempo de cuadros de *delirium*, contribuye a la prevención de reingresos hospitalarios, deterioro cognoscitivo, demencia y colapso de las personas cuidadoras.

Por otro lado, al ser la fractura de cadera un problema de salud frecuente en las personas adultas mayores y representar la peor complicación de la osteoporosis que impacta en la calidad de vida y la morbimortalidad, se plantea la creación de las unidades de Ortogeriatría, donde hay corresponsabilidad entre los servicios de Traumatología y Geriatría desde el ingreso hospitalario, para la realización de una evaluación geriátrica integral obligatoria que estime el riesgo perioperatorio y prevenga complicaciones; el equipo multidisciplinario

trabaja de manera colaborativa para reducir el tiempo para cirugía, así como de la estancia y mortalidad hospitalaria.

La estrategia *Movilización temprana de la persona mayor* se vincula directamente con la evaluación geriátrica, ya que la previa valoración de la funcionalidad de las personas adultas mayores permite al equipo multidisciplinario definir estrategias específicas para la promoción de la actividad física durante la hospitalización y solo restringir el movimiento dentro y fuera de cama en casos particulares en los que se justifique por el riesgo de complicaciones. Esta estrategia reduce las complicaciones propias de la inmovilidad, disminuye estancias prolongadas innecesarias y costos. En todas estas líneas de acción, la disponibilidad de recursos y la capacitación son fundamentales para su ejecución.

#### **4. Prevención de discriminación y maltrato a las personas adultas mayores**

Ante la visión negativa de la vejez caracterizada por prejuicios y estereotipos que marcan a las personas adultas mayores como seres débiles, minusválidos, dependientes y alejados de la realidad, y en el peor de los casos, como cargas para sus familiares y los sistemas de salud, esta estrategia se orienta en impulsar el cambio de paradigma para mirar esta etapa de vida como un periodo de participación social, independencia y autodeterminación, y sobre todo, que se conciba a las personas adultas mayores como titulares de sus derechos.

##### **Línea estratégica**

- 4.1. Desarrollar una campaña de concientización dirigida al personal de salud para proporcionar atención sin discriminación por edad.

Esta línea estratégica comprende cuatro líneas de acción que contribuyen a la erradicación de prejuicios, actitudes y conductas de estigma y discriminación. Se orienta a brindar una atención y trato más humano y digno, que coadyuve a proteger y garantizar el derecho a la salud de las personas adultas mayores,

para impactar en su calidad de vida y bienestar, así como en la reducción de la morbilidad y mortalidad anticipadas. El desarrollo de la campaña se enfoca en la implementación de acciones de promoción e intervenciones educativas para establecer servicios de salud amigables en las unidades médicas de los tres niveles de atención.

El *Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS* posiciona al Instituto como un referente nacional e internacional en materia de atención de las personas adultas mayores y lo consolida como la dependencia de salud con más especialistas en Geriátrica en México, que continúa con un crecimiento sostenido para dar respuesta con paso firme a los retos que se presentan por la transición demográfica y epidemiológica en el país.

#### IV.2.5. Personas con discapacidad

Las personas con discapacidad conforman el grupo más vulnerado y, a pesar de los avances importantes que hay en materia de normatividad nacional e internacional, continúa siendo el grupo que arrastra con el desconocimiento, los prejuicios, el estigma, la discriminación y la exclusión en todos los ámbitos de la sociedad, incluso en sus propios entornos familiares. La indiferencia hacia las personas con discapacidad y sus necesidades específicas persiste en muchas entidades de Gobierno, pero el IMSS ha avanzado a la par de la respuesta nacional y cuenta con programas, proyectos y acciones que se están consolidando y se reforzarán más con la presente política.

Uno de los objetivos prioritarios del Instituto es el fortalecimiento de las acciones orientadas a la inclusión más tangible de las personas con discapacidad. A través de estrategias centradas en las personas, se hace frente a las diferentes barreras que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud y, con ello, el ejercicio del derecho a la salud de esta población.

### Línea estratégica 1: Cultura de inclusión

Es una realidad que el desconocimiento de las características e implicaciones de los diferentes tipos de discapacidad (motriz, mental o psicosocial, intelectual, sensorial visual y sensorial auditiva), el marco de los derechos humanos y la perspectiva de género limita con frecuencia el ser conscientes de las vulneraciones que se cometen hacia las personas con discapacidad, y ante esto, el Instituto lleva a cabo las siguientes líneas estratégicas:

### **Decálogo de Política Institucional para la Atención de Personas con Discapacidad**

El IMSS cuenta con este decálogo, que se dio a conocer el 3 de diciembre de 2021, en el marco del Día Internacional de las Personas con Discapacidad, con el fin de promover 10 pautas concretas, para proteger y garantizar el ejercicio de los derechos humanos de personas derechohabientes con discapacidad. Este decálogo se fortalece con el marco de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad y se suma a la consolidación del Instituto, como un organismo líder en seguridad social y salud, que actúa de manera comprometida y responsable en pro de las personas de este grupo en situación de vulnerabilidad<sup>82</sup>.

#### **Decálogo de Política Institucional para la Atención de Personas con Discapacidad**

1. Recuperar el tiempo. La transformación del IMSS se enfoca en cuidar y fomentar que las personas con discapacidad reciban trato y atención digna y de calidad.
2. Que nadie se quede fuera. Acciones que contribuyan y garanticen la atención integral para las personas con discapacidad.
3. Una casa para todas y todos. Contar con instalaciones adecuadas para las personas con discapacidad, de acuerdo con sus necesidades de accesibilidad, movilidad y comunicación.

---

<sup>82</sup> IMSS. (Diciembre 3, 2021). IMSS presenta Decálogo de política institucional para la atención de personas con discapacidad y campaña Soy Incluyente. Recuperado en diciembre, 2022, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Sitio web: [www.gob.mx/imss/prensa/imss-presenta-decalogo-de-politica-institucional-para-la-atencion-de-personas-con-discapacidad-y-campana-soy-incluyente](http://www.gob.mx/imss/prensa/imss-presenta-decalogo-de-politica-institucional-para-la-atencion-de-personas-con-discapacidad-y-campana-soy-incluyente)

4. De pie por su gente. El IMSS salvaguarda y promueve el derecho al trabajo y a la capacitación laboral de las personas con discapacidad.
5. No más indiferencia. El Instituto contará con un Registro Institucional de su personal y las personas derechohabientes con discapacidad.
6. Del presente hacia un futuro entre todos. Se implementan acciones para que la discapacidad no sea una barrera en el ciclo de la vida.
7. Bienestar: salud de cuerpo y mente. Dar prioridad a la prevención y atención de la salud, de las personas con discapacidad para garantizar una salud digna.
8. La inclusión es la clave. Fortalecer estrategias en materia de inclusión a través de la vinculación con organizaciones gubernamentales, sociedad civil, empresas y la academia.
9. Primero las personas, primero los derechos. La normatividad del IMSS se armonizará con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la legislación y la normatividad nacional vigente.
10. La inclusión nos fortalece a todas y todos. Toma de decisiones con evidencia de investigación en salud y seguridad social. Los mecanismos de participación incluyen todas las voces.

### **Capacitación continua**

Con el propósito firme de impulsar y mantener una cultura de la inclusión en la comunidad institucional y la población derechohabiente, el Instituto cuenta con una serie de talleres y cursos orientados a incrementar el conocimiento sobre los diferentes tipos de discapacidad para incidir en el actuar de las y los servidores públicos. Esta capacitación también está enfocada a concientizar a las y los participantes sobre la importancia que tiene el marco de derechos humanos y la perspectiva de género en la atención de la salud de las personas con discapacidad.

### **Foros de concientización y aprendizaje de experiencias**

La vulneración sistemática de los derechos humanos de las personas con discapacidad debe parar mediante acciones que contribuyan a eliminar la indiferencia que ha permanecido en la sociedad hacia esta población. Pasar de la exclusión a la inclusión de las personas con discapacidad, en el universo del



Instituto, se traduce en programas, proyectos y acciones donde también se miran, escuchan y reconocen sus derechos, necesidades, expectativas y proyectos. Para ello, el Instituto impulsa e implementa foros y actividades de promoción, diálogo, análisis y reflexión que coadyuven al ejercicio de sus derechos y, sobre todo, a su desarrollo y bienestar. La conmemoración del Día Internacional de las Personas con Discapacidad y la Semana Nacional de la Discapacidad son eventos y espacios representativos del compromiso hacia esta población, y el IMSS está presente de manera proactiva.

### **Campaña #SOYINCLUYENTE**

La inclusión de las personas con discapacidad es un mandato que está en curso y requiere impulsos desde diferentes ángulos, entre estos, la difusión en medios masivos de comunicación es primordial. En el Instituto se diseñó y desarrolló la campaña #SOYINCLUYENTE con la finalidad de mostrar escenarios favorables hacia las personas con discapacidad, que se caracterizan por el reconocimiento, respeto y trato humano y digno a esta población. A través de la difusión de mensajes propositivos en medios digitales y publicitarios se busca normalizar la inclusión de las personas con discapacidad; de manera indirecta se derriban las ideas de conmiseración y prejuicios que tanto vulneran a las personas con discapacidad.

La campaña está dirigida al personal institucional, a las personas derechohabientes y al público en general. Está planificada en tres etapas determinadas por el tipo de audiencia:

1. Direcciones normativas, se implementó a través de las redes institucionales y avisos, en diciembre de 2021.
2. Titulares de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, está en preparación.
3. Deportistas y agentes estratégicos en la promoción de acciones a favor de las personas en discapacidad, se considera para una difusión masiva a nivel nacional de mensajes actualizados y dinámicos, donde se aprovechen las ventajas de los medios de comunicación digitales.

## Línea estratégica 2: Servicio público y atención con trato humano-digno

Hacer operativos los compromisos en materia de los derechos humanos de las personas con discapacidad es posible a través de la aplicación de manuales y guías específicas que brinden información clave y se puntualizan las acciones que se deben llevar a cabo. Estos recursos también son materiales de consulta permanente que sirven para la inducción y capacitación del personal.

### **Manual de trato adecuado a las personas con discapacidad**

El objetivo del manual es contribuir a la eliminación y prevención de actitudes y conductas discriminatorias en el personal que brinda atención a las personas con discapacidad en el IMSS. El manual se sustenta en el modelo social de la discapacidad y es un protocolo de inclusión orientado al respeto de los derechos humanos, la igualdad de oportunidades y la no discriminación de esta población.

Este documento normativo está dirigido al personal de servicios de prestaciones sociales de los 35 OOAD y a todo el personal que curse el taller *Vivirlo es entenderlo'. Taller de sensibilización sobre discapacidad*, en la plataforma SICAVI. Se tiene planeado la revisión del documento por un equipo multidisciplinario para que sea un material de apoyo para el personal operativo, administrativo y normativo del Instituto, así como ampliar las estrategias de difusión y el acceso al documento.

### **Lineamiento de atención con igualdad y equidad a personas derechohabientes con discapacidad**

Este lineamiento tiene el objetivo de promover la cultura de inclusión y brindar información sobre los derechos, las características y las necesidades de las personas con discapacidad, así como pautas para saber cómo abordar a esta población, con el propósito de facilitarle el acceso a los servicios de salud. Se sustenta en el marco jurídico nacional e internacional, así como en directrices orientadas a brindar un trato humano y digno basado en habilidades

socioemocionales (empatía, asertividad, escucha activa, regulación de emociones, entre otras).

El lineamiento marca la importancia de reconocer las características de los diferentes tipos de discapacidad para implementar o modificar las acciones que se realizan en pro de las personas de este grupo. Este lineamiento es de observancia obligatoria para todo el personal del Instituto, por lo que se promueve y difunde en todas las unidades normativas y médicas de los tres niveles de atención.

### Línea estratégica 3: Accesibilidad física

En el IMSS se establecieron los “Criterios de proyecto de arquitectura para la accesibilidad de las personas con discapacidad, en unidades de nueva creación y adecuaciones para infraestructura existente”, con el propósito de abatir las barreras físicas en las instalaciones del Instituto. Este documento es un referente obligado que considera los principales elementos para facilitar la movilidad de las personas con discapacidad y se actualizará para cerrar los vacíos de señalética, lenguaje de señas y pictogramas.

También se desarrolló la “Guía rápida para planear y distribuir el sistema de orientación a personas con discapacidad en inmuebles del IMSS”, con el fin de fortalecer los procesos de planeación relacionados desde un enfoque de simplificación de documentos y procedimientos, para agilizar las acciones.

### **Proyecto de Accesibilidad Universal para las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI): Censo de elevadores y alarmas audiovisuales**

Este proyecto consiste en el levantamiento de un censo de elevadores y alarmas audiovisuales en los Centros de Seguridad Social de Prestaciones Sociales, con el propósito de facilitar el acceso de personas con discapacidad, personas adultas mayores, mujeres embarazadas y personas gestantes, y fortalecer las medidas de alerta ante emergencias. El proyecto aplica para las UOPSI de los 35

OOAD. Después de tener 100% de registros se procederá al análisis de la información. En el caso de la necesidad de contar con elevadores, se deberá realizar un análisis estructural antes de adquirir el equipo.

### **Metodología INGRID-H**

En situaciones de emergencia o desastre, las personas con discapacidad son quienes enfrentan peores desenlaces, porque no son consideradas en los protocolos de actuación. Para cambiar esta situación en las unidades médicas del IMSS, se aplica la metodología de evaluación-acción, Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales (INGRID-H), para identificar elementos clave para la planeación y actuación en escenarios de riesgo para las personas con discapacidad. Se tiene el reto de lograr la evaluación periódica con la metodología en las unidades, no obstante, se prevé el despliegue nacional escalonado por regiones en Unidades Médicas hospitalarias y en las UMAE.

### **Evaluación de la accesibilidad e inclusión en la atención de personas con discapacidad**

Esta herramienta pretende identificar el nivel de inclusión de las unidades médicas del IMSS, para desarrollar un plan de intervención y estimar el presupuesto requerido para su implementación. Consiste en un instrumento conformado por 28 ítems organizados en cinco rubros:

1. Atención preferente y oportuna
2. Accesibilidad universal
3. Nivel de capacitación del personal institucional
4. Nivel de sensibilización (toma de conciencia) del personal institucional
5. Inscripción de personas con discapacidad en el Registro Nominal de Derechohabientes con Discapacidad (RNDD)

La evaluación se realizará a la totalidad de las unidades médicas de los tres niveles de atención, de manera escalonada por regiones. El proceso implica la capacitación al personal directivo de las unidades médicas quienes aplicarán la

cédula de evaluación automatizada. Con base en los resultados, se otorgará asesoría para mejorar el nivel de accesibilidad e inclusión que así lo requieran, y se llevarán a cabo visitas de supervisión aleatorias para valorar y constatar los resultados obtenidos.

#### Línea estratégica 4: Información para la inclusión

### **Registro Institucional de Personas con Discapacidad**

Este registro tiene la finalidad de recopilar información de las personas con discapacidad, que coadyuve al diseño e implementación de programas, proyectos y acciones, enfocados a alcanzar la equidad para esta población. Se registrará a personas trabajadoras y derechohabientes del IMSS mediante una aplicación web y para dispositivos móviles de autoinscripción. La información que se recopilará son datos de identificación de las personas con discapacidad, y aspectos relacionados con tres componentes clave: tipo de discapacidad, autonomía y funcionalidad.

El levantamiento de información está programado en dos etapas: registro de personal IMSS y el registro de derechohabientes (primero del Régimen Ordinario y, después, de IMSS-BIENESTAR). El lanzamiento de la aplicación a la comunidad institucional será en 2023.

## V. Coordinación para la instrumentación

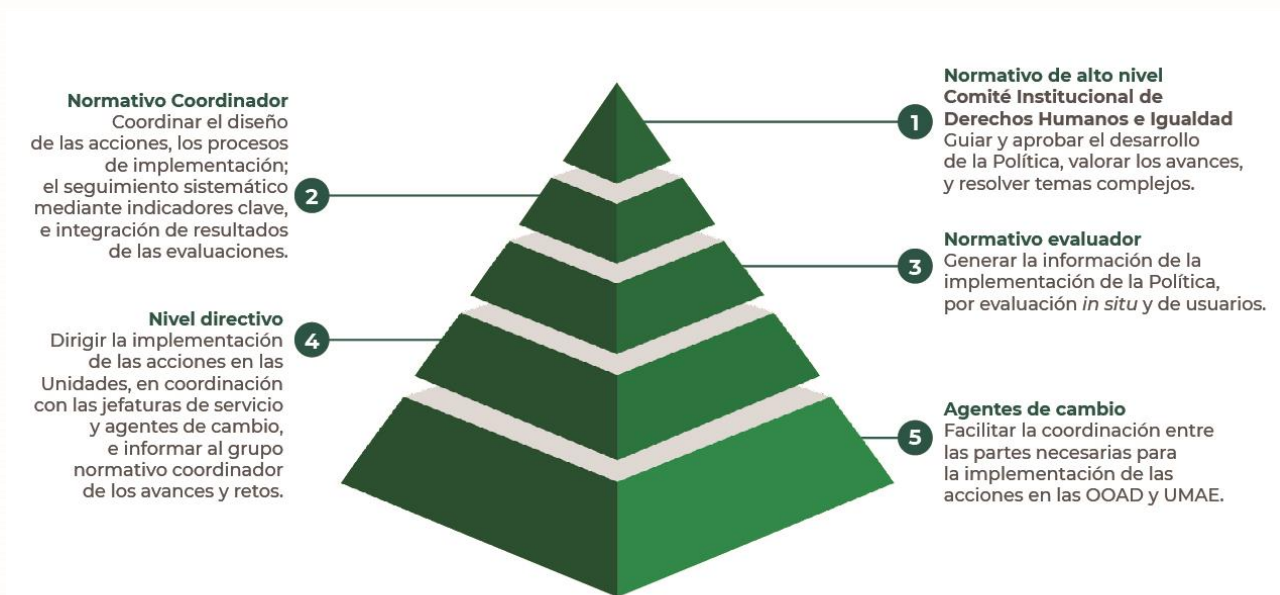
La instrumentación de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad representa un reto sustancial que demanda una coordinación armónica y estructurada entre las áreas normativas y operativas institucionales. Desde el diagnóstico, se ha trabajado en ese sentido con los talleres para la construcción de los árboles de problemas y análisis sistémico de causas, acciones y recursos institucionales, así como para la conceptualización y construcción de la PIGSV.

La articulación ha dado lugar al diseño e implementación de las estrategias específicas para la atención de los GSV, que se describen en apartados anteriores, y que se encuentran en curso. Asimismo, el trabajo colaborativo para el monitoreo de dichas acciones ha implicado el seguimiento a indicadores desde el nivel normativo, así como el acompañamiento a la puesta en marcha en campo. A su vez, este conjunto de actividades se entretajan entre sí para la rendición de cuentas y alineación a las acciones marco institucionales en materia de derechos humanos.

La estructura y mecanismo de esta articulación se lleva a cabo en cuatro niveles que forman la estructura normativa para el diseño, implementación, monitoreo, y evaluación de las acciones de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad. La gráfica 8 las ilustra y se describen a continuación.

GRÁFICA 8.

DIAGRAMA DE ESTRUCTURA NORMATIVA PARA EL DISEÑO, MONITOREO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD



## Normativo de alto nivel

Corresponde al Comité Institucional de Derechos Humanos e Igualdad (CIDHI) del IMSS, conformado por las personas titulares de la Dirección General, de las Direcciones Normativas y de la Unidad de Derechos Humanos, quienes guían y aprueban el desarrollo de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad, valorar los avances y resolver temas complejos.

### 1) Normativo coordinador

Está conformado por un equipo normativo de representantes de las Direcciones Normativas, quienes coordinan el diseño de las acciones, los procesos de implementación, dan seguimiento sistemático a las acciones mediante indicadores clave y videoconferencias con los OOAD y las UMAE, e integran los resultados de las evaluaciones para determinar los ajustes a realizar para la mejora continua. Asimismo, este grupo tiene la labor de coordinar acciones para los riesgos previstos y obstáculos que se presenten.

En el diseño de las acciones y la planeación para su implementación, la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad aporta en este nivel la “matriz de análisis con enfoque de derechos humanos”, que consiste en una herramienta de apoyo de sumo valor para tener presente los elementos del Pentágono de los Derechos Humanos, al momento de analizar la información estratégica para tomar decisiones (anexo 1). Esta matriz se utilizó en la formulación de la presente política para el análisis de las acciones específicas de cada GSV.

Por otro lado, en este mismo nivel, se da seguimiento a los indicadores estratégicos seleccionados para las acciones en curso de cada grupo en cuestión, mismos que se muestran en el anexo 2.

## **2) Normativo evaluador**

El Instituto cuenta con áreas, mecanismos y procesos para la evaluación integral de la operación, acordes con la normatividad interna y los elementos de verificación. En conjunto, integrarán el equipo normativo evaluador que genera la información de las acciones de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad en las siguientes vertientes:

- A. Verificación metodológica conceptual de las acciones.** Verificar la congruencia entre el problema a resolver, las acciones, rutas y mecanismos para lograrlo, y los efectos esperados. Asimismo, se dará seguimiento a la planeación y ejecución acorde con lo programado.
- B. Evaluación de procesos médicos estratégicos in situ.** Valoración, retroalimentar y dar seguimiento a la implementación de dichos procesos, por parte de equipos de supervisión del área médica. Este proceso se realiza con base en cédulas que se desarrollan acorde con los documentos normativos para la implementación y con el Pentágono de los Derechos Humanos del enfoque de derechos humanos.
- C. Evaluación de procedimientos médico-administrativos.** Valorar los elementos transversales de operación que acompañan a los procesos de atención médica. Esto implica la verificación de la congruencia de los



indicadores de resultado que se reportan en los sistemas institucionales y a Nivel Central, con la práctica *in situ*; la emisión de informes para la formulación de planes de mejora y el seguimiento a estos planes de manera remota.

- D. Valoración de la calidad de la atención y los servicios por parte de personas usuarias.** Este mecanismo se lleva a cabo en dos vertientes. La primera es recoger perspectivas de las personas usuarias y derechohabientes a través de encuestas y estudios mixtos, que se llevan a cabo con metodologías que aseguran la confiabilidad de los resultados. La segunda es analizar las causas de quejas que recibe el Instituto por los servicios otorgados.
- E. Retroalimentación de las personas trabajadoras participantes en los procesos de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad.** Recabar la perspectiva del personal institucional que lleva a la práctica las acciones de la PIGSV, sobre las barreras y facilitadores de la implementación en campo, con la finalidad de conocer qué elementos de la operación se requieren fortalecer para el logro de los objetivos.

La integración de la información para la valoración y evaluación sistémica a las acciones de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad se consolidará mediante la coordinación de los trabajos de las áreas que participan en los procesos previamente descritos. Como resultado se generará información objetiva e imparcial de los efectos de las acciones en los problemas definidos, se generarán informes de avances y resultados, y propondrán ajustes para la mejora continua.

#### **4) Nivel directivo**

La implementación de las acciones en las unidades es responsabilidad del nivel directivo, conformado por las personas a cargo de la Dirección de las Unidades Médicas de Alta Especialidad y titulares de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada. Este nivel coordinará a las personas titulares de las Jefaturas de Servicio y agentes de cambio para ejecutar la Política

Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad e informar al grupo normativo coordinador de los avances y retos. Asimismo, realizarán las acciones que sean de su competencia, para facilitar la implementación.

### **5) Agentes de cambio**

El impulso de las acciones, en el ámbito operativo en cada OOAD y UMAE, es posible gracias a la participación de las personas agentes de cambio, quienes de acuerdo con sus atribuciones y responsabilidades facilitan la coordinación entre las partes. Las y los agentes de cambio en los OOAD desarrollan sus funciones con el apoyo de la persona titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, mientras que, en las UMAE y Unidades Médicas de segundo y primer niveles, las desarrollan con apoyo de la persona titular de la Dirección de la Unidad.

De manera proactiva desarrollan acciones, coordinan procesos y realizan el seguimiento de la implementación de la PIGSV, en las Unidades Médicas de su área de competencia y responsabilidad. Además, serán las personas responsables de liderar e impulsar la conformación de los equipos multidisciplinarios.

Los equipos multidisciplinarios son el mecanismo, a través del cual se llevarán a cabo las acciones estratégicas operativas, para lograr los objetivos en campo. Estarán conformados por personal adscrito a la unidad médica, designado por la persona titular de la Dirección de la Unidad y por la persona agente de cambio, de las Jefaturas de Departamento o Servicio (médica, servicios administrativos, de conservación y servicios generales, de salud en el trabajo, jurídico, etcétera), y serán responsables de identificar e implementar acciones transversales. Asimismo, representarán el eslabón que permita comunicar las necesidades al cuerpo directivo y normativo en apoyo a la implementación de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad.

En fortalecimiento de la gestión de los agentes de cambio se establecerá una agenda de seguimiento por videoconferencias, por parte de la Dirección de Prestaciones Médicas, con la finalidad de identificar buenas prácticas, áreas de oportunidad en el proceso y monitoreo de indicadores clave en el avance de la implementación de las líneas de acción.

## VI. Conclusiones y retos

El ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas en situación de vulnerabilidad es una deuda social histórica que demanda acciones estructuradas y puntuales a los agentes del Estado. Ante esto, la presente Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad es una medida concreta sustentada en el enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género mediante la cual el IMSS responde con decisión a las barreras que enfrentan los GSV, en la atención de la salud.

La identificación de los principales obstáculos que enfrentan los grupos prioritarios en el ejercicio del derecho a la salud resultó un trabajo de análisis sistemático que permitió mirar hacia las áreas de oportunidad que hay en diferentes ámbitos en el Instituto y reconocer los programas, proyectos y acciones con resultados favorables en curso, los cuales se deben impulsar y fortalecer a fin de alcanzar los objetivos y las metas institucionales en salud, así como los compromisos nacionales e internacionales relacionados con el derecho a la protección al derecho de salud.

Asimismo, el análisis representó una oportunidad para identificar aspectos específicos que requieren de atención inmediata y esfuerzos colaborativos para la realización de diagnósticos estructurados con el propósito de profundizar en el estudio de las problemáticas clave y que los hallazgos obtenidos sean el sustento para la planeación, diseño, implementación y evaluación de acciones efectivas que contribuyan al bienestar de las personas derechohabientes que pertenecen a los GSV y sus familias. Cabe destacar que entre las problemáticas y las acciones específicas de cada uno de los grupos es importante recapitular y enfatizar las siguientes:

### VI.1. Niñas, niños y adolescentes con cáncer

Se busca incrementar la supervivencia de niñas, niños y adolescentes con cáncer mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento integral, porque son el foco de atención de las acciones emprendidas en el Instituto. Los 35

OncoCREAN, que ya están en todo el país, serán los centros de operación clave que fortalezcan de manera sustantiva la atención a esta población. Cada una de las acciones (la *Hora dorada*, *Tú eres magia*, el *Programa de Rehabilitación*, los apoyos y los espacios de diálogo con familiares, entre otras) descritas en la sección IV representan esfuerzos precisos que en conjunto harán posible contribuir al desarrollo y el bienestar de esta población y sus familias.

## **VI.2. Mujeres embarazadas, personas gestantes y personas lactantes**

El embarazo es una etapa crucial en la vida de las mujeres y las personas gestantes, así como de las personas recién nacidas, y aunque es un derecho que esta etapa transcurra en escenarios favorables y deseables, la desigualdad social derivada de causas estructurales determina las circunstancias adversas que llevan a grandes y complejos retos para el Instituto, como son la mortalidad materna, la violencia obstétrica, la lactancia interrumpida y el embarazo en adolescentes. Sin embargo, en cumplimiento con sus obligaciones y atribuciones, el IMSS establece pautas de actuación esenciales y pone en marcha acciones sólidas en pro de estas poblaciones.

El Modelo AMIIMSS: Atención Materna Integral es una respuesta firme orientada a la salud materna desde un enfoque integral y amigable, en donde el foco son las personas. Este modelo se rige por su Decálogo de Atención y se materializa a través de sus siete líneas estratégicas que cubren todas las etapas de la atención materna, así como aspectos clave para fortalecer los procesos de atención: 1) preconcepción, 2) prenatal, 3) evento obstétrico, 4) planificación familiar, 5) puerperio, 6) lactancia y 7) capacitación.

## **VI.3. Personas que viven con VIH (PVV)**

Aunque el IMSS es un referente nacional e internacional en la atención médica de las personas que viven con VIH (PVV) y prueba de esto son sus estadísticas (97% de derechohabientes que viven con VIH reciben tratamiento antirretroviral y, de este porcentaje, 91% tiene carga viral indetectable). En el Instituto se reconoce que uno de los mayores retos que envuelve la atención de las PVV, es

el estigma y la discriminación porque en su mayoría pertenecen a los grupos de la población clave (HSH y hombres gay, mujeres trans, personas trabajadoras sexuales, personas usuarias de drogas inyectables y personas privadas de su libertad). Asimismo, en el Instituto también se tiene presente que la prevención y la detección son otros grandes retos a enfrentar, y por tanto, se requiere de una fuerte respuesta colaborativa intra e interinstitucional y con la sociedad civil, que se traduzca en intervenciones efectivas y enfocadas a los grupos de las poblaciones clave. Y así, lograr reducir la incidencia de VIH –que se mantiene casi fija– y acabar con el sida en 2030. Las acciones que tiene en marcha el Instituto, como el PAI de VIH, el PrEP, el PEP, los diferentes mecanismos de información y comunicación y las acciones de PrevenIMSS, representan el gran compromiso que se tiene para poner en marcha la cascada de prevención combinada y así lograr las metas 95-95-95 de ONUSIDA.

#### **VI.4. Personas adultas mayores**

El cambio de una visión asistencialista en la atención de las personas adultas mayores por el enfoque de derechos es un reto enorme para el Instituto, pero se tiene que continuar el avance de este proceso que está en marcha desde hace años. Brindar una mejor atención en salud a más de 7 millones de personas adultas mayores, población que va en aumento por la transición demográfica, es una tarea compleja que necesita de la colaboración activa de toda la comunidad del IMSS, y ha sido posible ejecutarla a través de acciones específicas que se integran en el *Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS*, que responde a diversas barreras que se presentan en la atención geriátrica con el fin de prevenir y limitar las consecuencias de la enfermedad, mejorar la funcionalidad y propiciar que se eleve la calidad de vida de las personas adultas mayores.

En esta población, el estigma y la discriminación derivados por las ideas negativas hacia el envejecimiento y la intersección con otras identidades (sexo, género, clase o etnia), también representan grandes barreras a abatir en el Instituto, que actúa a través de acciones concretas de formación y capacitación

en Geriatría, derechos humanos y perspectiva de género dirigida al personal de salud, con lo que se busca transitar a una atención integral y multidisciplinaria que se caracterice cada vez más por un trato humano y digno para las personas. Además, el incremento de especialistas en Geriatría, también es una acción sostenida que está en curso y se fortalecerá.

#### **VI.5. Personas con discapacidad**

La exclusión a las personas con discapacidad que persiste hasta la fecha es una afrenta en el avance de los derechos humanos. Las personas con discapacidad son el grupo que ha sido más vulnerado a lo largo de toda la historia de la humanidad, y son quienes más obstáculos han enfrentado en el ejercicio de sus derechos. Los niveles de vulnerabilidad aumentan si las personas con discapacidad son mujeres que viven en las zonas más marginadas o pertenecen a comunidades indígenas. La inclusión de las personas con discapacidad como una política de derechos humanos es relativamente reciente, por lo que todavía son muy incipientes los programas, proyectos y acciones que se han emprendido en pro de esta población. En el Instituto también se ha avanzado de manera lenta, pero con la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad Y las acciones que están ya en curso se continuará y fortalecerá el derecho a la protección a la salud de esta población.

En este grupo, la capacitación acerca de los diferentes tipos de discapacidad y derechos humanos y perspectiva de género es clave para erradicar actitudes y conductas que estigmatizan y discriminan a las personas con discapacidad. Por ello se tienen en marcha acciones de capacitación para el personal de salud, las cuales se fortalecerán e incrementarán en el corto y mediano plazo.

A las acciones específicas que están en curso para cada grupo en situación de vulnerabilidad, los cuales se describen más a profundidad en las secciones previas de este documento, se suman los ocho ejes estratégicos transversales con sus respectivas líneas de acción, y todos estos componentes de la Política Institucional para Grupos en Situación de Vulnerabilidad, hacen posible actuar positivamente en pro del ejercicio del derecho a la salud de las personas

derechohabientes, y así el Instituto contribuye al bienestar y desarrollo de las personas.

Son grandes y complejos los retos a vencer como se ha descrito a lo largo de este documento, pero el Instituto Mexicano del Seguro Social responde y actúa de forma segura y firme a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas derechohabientes.



## VII. Siglas y acrónimos

<b>AMIIMSS</b>	Atención Materna Integral del IMSS
<b>Censida</b>	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida
<b>CNDH</b>	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
<b>CONASIDA</b>	Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida
<b>DDHH</b>	Derechos humanos
<b>GSV</b>	Grupos en situación de vulnerabilidad
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OncoCREAN</b>	Centros de Referencia Estatal para la Atención del Niño, Niña y Adolescente con Cáncer
<b>OOAD</b>	Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
<b>PNDH</b>	Programa Nacional de Derechos Humanos
<b>PVV</b>	Personas que viven con VIH
<b>SICAVI</b>	Sistema Institucional de Capacitación Virtual del IMSS
<b>UMAE</b>	Unidad Médica de Alta Especialidad
<b>UNESCO</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>VIH</b>	Virus de inmunodeficiencia humana

## VIII. Anexos

### VIII.1. Matriz para analizar la incorporación del enfoque de Derechos Humanos en las acciones

Descripción de la acción <sup>1</sup> en curso	Causa y subcausa que atiende
Descripción de la acción/ proyecto, etcétera	Pueden ser una o varias causas

Componentes del Pentágono de Derechos Humanos				
<b>Disponibilidad</b> ¿Los medios <sup>2</sup> de esta acción para atender las causas son suficientes para toda la población objetivo?	<b>Accesibilidad</b> ¿Los medios de esta acción para atender las causas están disponibles para para todas las personas del GSV sin discriminación o sin barreras?	<b>Calidad</b> ¿Los medios y contenidos de esta acción cumplen con los principales atributos de la calidad <sup>3</sup> ?	<b>Adaptabilidad</b> ¿Los medios y contenidos de esta acción son flexibles para modificarse y adaptarse a las necesidades?	<b>Aceptabilidad</b> ¿Los medios y contenidos de esta acción son aceptados por las personas a quienes están dirigidos?
Sí/No, ¿por qué? Parcialmente, ¿por qué?	No, ¿por qué?	Sí	Sí, porque un programa de cuidados paliativos está disponible para todo tipo de personas	No, ¿por qué?

Perspectivas		¿La acción en curso es suficiente para atender la causa y subcausa?  En caso de responder "no", explique.	En caso de respuesta negativa a la pregunta anterior:  ¿Qué acción propone llevar a cabo?
<b>Perspectiva de género</b> ¿Los medios y contenidos de esta acción operan con perspectiva de género <sup>4</sup> ?	<b>Interseccionalidad</b> ¿Esta acción está diseñada para situaciones de vulnerabilidad múltiple?		
No, ¿por qué?	Sí	No, ¿por que?	Descripción de la acción o acciones que proponen

<sup>1</sup> Se refiere a acciones específicas, proyectos, programas, estrategias, etcétera.

<sup>2</sup> Los medios son los servicios, instalaciones, mecanismos, procedimiento o cualquier otro mecanismo por los cuales se materializa la acción.

<sup>3</sup> Considere los principales atributos de la calidad: oportunidad, seguridad, eficacia, eficiencia, optimización, centrada en la persona usuaria o paciente.

<sup>4</sup> Perspectiva de género: se considera el lenguaje incluyente en los contenidos de la acción, se identifican las circunstancias y problemas, según sexo y la identidad de género; y las acciones consideran las necesidades, intereses y efectos de las personas de acuerdo con esta perspectiva. Ejemplo: hay información específica para madres, padres y otras personas considerando sus roles.

## VIII.2. Indicadores estratégicos seleccionados para las acciones en curso de cada grupo en cuestión

### GSV: Niñas, niños y adolescentes con cáncer

Los indicadores para monitorear las estrategias y acciones del grupo de niñas, niños y adolescentes con cáncer son de reciente construcción y por el momento no se encuentran en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos “MMIM 2019–2024”. Se reportan de manera periódica bajo responsabilidad de la Coordinación de Atención Oncológica con la colaboración de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico. De manera inicial, se eligieron los siguientes tres indicadores clave:

CUADRO 3.  
GSV: NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CÁNCER

Nombre	Fórmula	Unidad de medida	Línea basal	Fecha de línea basal	Meta (Valor)	Descripción de la meta	Fecha estimada para cumplimiento de la meta	Periodicidad
Índice de confirmación diagnóstica en pacientes menores de 18 años con sospecha de cáncer.	Número de pacientes menores de 18 años con confirmación de cáncer en el mes evaluado CIE-10 C00-C96 Neoplasias en los servicios de OncoCREAN en el mes evaluado.  (Número de pacientes de Pediatría menores de 18 años con envío a OncoCREAN con sospecha de cáncer) *100	Porcentaje	70%	Diciembre de 2021	> 80%	Permite identificar el resultado de los procesos establecidos para la detección y referencia de pacientes con sospecha de cáncer en este grupo de edad.	Diciembre de 2022	Mensual
Oportunidad en la confirmación del diagnóstico de cáncer en pacientes menores de 18 años.	Número de pacientes menores de 18 años con diagnóstico de cáncer con confirmación en menos de 7 días.  (Total de pacientes menores de 18 años con confirmación diagnóstica de cáncer) *100	Porcentaje	70%	Diciembre de 2021	> 80%	Permite identificar el resultado de los procesos de atención para el abordaje diagnóstico de los pacientes con sospecha de cáncer en este grupo de edad.	Diciembre de 2022	Mensual
Oportunidad en el inicio de tratamiento en pacientes menores de 18 años con diagnóstico de cáncer.	Número de pacientes menores de 18 años que iniciaron tratamiento (radioterapia, quimioterapia, quirúrgico) en los primeros 3 días posteriores al diagnóstico de cáncer.  (Total de pacientes menores de 18 años con confirmación diagnóstica) *100	Porcentaje	75%	Diciembre de 2021	> 90%	Permite identificar el resultado de los procesos de atención para el inicio oportuno del tratamiento.	Diciembre de 2022	Mensual

## GSV: Mujeres embarazadas, personas gestantes y lactantes.

Los tres indicadores para seguimiento de las acciones dirigidas a lactancia materna se obtienen de manera sistematizada a través del MMIM 2019-2024 y se reconocen en este último documento como CAISPN 13. Porcentaje de niños de 6 meses con lactancia materna exclusiva.

CUADRO 4.  
GSV: MUJERES EMBARAZADAS, PERSONAS GESTANTES  
Y PERSONAS LACTANTES

Nombre	Fórmula	Unidad de medida	Línea basal	Fecha de línea basal	Meta (Valor)	Descripción de la meta	Fecha estimada para cumplimiento de la meta	Periodicidad
Porcentaje de personas nacidas vivas de término (con 37 semanas o más de gestación), que son alimentadas con LME, al egreso de las UM de segundo nivel de atención.	Total de personas nacidas vivas de término, alimentadas con LME a su egreso, en UM de segundo nivel en un determinado periodo y área geográfica.  (Total de personas nacidas vivas de término, nacidas en UM de segundo nivel de atención en el mismo periodo y área geográfica) * 100	Porcentaje	76%	Cierre enero-diciembre de 2021	≥ 90.0%	Que 90% o más de las personas recién nacidas de término, sean alimentadas mediante LME al egreso de las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel.	Diciembre de 2022	Mensual  Mensual acumulado
Porcentaje de personas neonatales de término, nacidas en la UMAE, que son alimentadas mediante LME, al egreso.	Total de personas recién nacidas de término, egresadas en el mes de proceso en la UMAE, alimentadas con LME. (Total de personas recién nacidas de término, egresadas de la UMAE en el mes de proceso) * 100	Porcentaje	74.2 %	Febrero de 2022	≥ 90.0%	Que 90% o más de las personas recién nacidas de término, sean alimentadas mediante LME al egreso de la UMAE.	Diciembre de 2022	Mensual  anualizado
Porcentaje de niñas y niños de 6 meses con LME.	Número de niñas y niños de 6 meses de edad que mantuvieron LME. Número de niñas y niños de 6 meses de edad, al mes del reporte (personas recién nacidas vivas 6 meses previos a la fecha de reporte) *100	Porcentaje	12.8%	25 de diciembre de 2021	40%	Conocer la prevalencia de LME en las niñas y los niños de 6 meses de edad.	25 de diciembre de 2022	Mensual y  mensual acumulado

## GSV: Personas que viven con VIH.

Los indicadores para seguimiento de las estrategias de este grupo se supervisan como parte de las funciones de la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Innovación en Salud. Para este proyecto se designaron tres indicadores cuya construcción y su reporte depende de distintas

Coordinaciones Normativas: Coordinación de Unidades de Primer Nivel, Coordinación de Unidades de Segundo Nivel, Coordinación de Innovación en Salud y la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

CUADRO 5.  
GSV: PERSONAS QUE VIVEN CON VIH (PVV)

Nombre	Fórmula	Unidad de medida	Línea basal	Fecha de línea basal	Meta (Valor)	Descripción de la meta	Fecha estimada para cumplimiento de la meta	Periodicidad
Porcentaje de cobertura de tamizaje en pruebas rápidas a mujeres embarazadas.	(Mujeres embarazadas que fueron tamizadas/Mujeres embarazadas) *100	Porcentaje	88.6%	Enero a diciembre de 2021 (Acumulado)	100%	Asegurar que el total de mujeres embarazadas sean tamizadas dos veces durante el período de gestación. El alcance de la meta contribuye a disminuir la posibilidad de transmisión vertical ocurriendo oportunamente.	Diciembre de 2022	Trimestral
Porcentaje de PVV con carga viral indetectable	(Número de PVV con CV <1,000 copias en los últimos 6 meses/ Número de PVV con carga viral en el mismo período) *100	Porcentaje	91.4%	Julio a diciembre de 2021	95%	Eficacia en el tratamiento antirretroviral.	Diciembre de 2022	Semestral
Porcentaje de recetas surtidas de ARV con oportunidad.	(Número de recetas surtidas de ARV con oportunidad/Número de recetas de ARV emitidas) *100	Porcentaje	98%	Enero a diciembre de 2021	100%	Atención de áreas de oportunidad generadas de quejas por personas derechohabientes y, en el caso particular de las quejas vinculadas al tratamiento ARV, contribuir a la adherencia al tratamiento.	Continua de forma mensual	Mensual

### GSV: Personas adultas mayores.

Para seguimiento de las acciones dirigidas a las personas adultas mayores, específicamente la estrategia OrtogeriatrIMSS, se seleccionaron dos indicadores de eficiencia que muestran el proceso de atención de la fractura de cadera en adultos de 65 años o más. Estos indicadores se obtienen a través de una extracción realizada por la División de Análisis en Salud de los indicadores de CAISN 07 Promedio de Días Estancia por División Médica y tipo de unidad de Servicios Médicos de segundo nivel y CUMAE 06 Promedio de días estancia en Unidades Médicas de Alta Especialidad; en ambos casos se aplica un filtro por grupo de edad de 65 o más años y diagnóstico de fractura de cadera.

CUADRO 6.  
GSV: PERSONAS ADULTAS MAYORES

Nombre	Fórmula	Unidad de medida	Línea basal	Fecha de línea basal	Meta (Valor)	Descripción de la meta	Fecha estimada para cumplimiento de la meta	Periodicidad
Promedio de días de estancia hospitalaria en unidades hospitalarias de segundo nivel por fractura de cadera en pacientes de 65 años o más.	Total de días paciente en unidades médicas de segundo y tercer niveles con el diagnóstico de fractura de cadera CIE-10: S72, S720, S721, S722, S723, S724, S730)/Total de egresos hospitalarios en unidades médicas de segundo y tercer niveles con diagnóstico de fractura de cadera (mismos CIE-10 * 100)	Promedio	9.4	Enero a diciembre de 2021	7.4	Permite identificar el resultado del proceso de atención hospitalaria a personas mayores a 65 años con fractura de cadera.	Diciembre de 2022	Mensual y mensual acumulado
Promedio de días de estancia hospitalaria en unidades hospitalarias de tercer nivel por fractura de cadera en pacientes de 65 años o más.	(Total de días paciente en unidades médicas de segundo y tercer niveles con el diagnóstico de fractura de cadera CIE-10: S72, S720, S721, S722, S723, S724, S730)/Total de egresos hospitalarios en unidades médicas de segundo y tercer niveles con diagnóstico de fractura de cadera (mismos CIE-10) *100	Promedio	7.8	Enero a diciembre de 2021	6.0	Permite identificar el resultado del proceso de atención hospitalaria a personas mayores a 65 años con fractura de cadera.	Diciembre de 2022	Mensual y mensual acumulado

### GSV: Personas con discapacidad.

CUADRO 7.  
GSV: PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Nombre del indicador	Fórmula	Unidad de medida	Línea basal	Fecha de línea basal	Meta	Descripción de la meta	Fecha estimada para cumplimiento de la meta	Periodicidad
Porcentaje de unidades médicas del IMSS que cumplen criterios de accesibilidad e inclusión para la atención de personas con discapacidad.	Número de unidades médicas del IMSS que cumplen al menos 70% de los criterios de accesibilidad e inclusión para la atención a personas con discapacidad / (Número de unidades médicas evaluadas en el IMSS) *100	Porcentaje	N/A	N/A	70%	Un valor fuera de rango: menor indica bajo nivel de accesibilidad e inclusión de las personas con discapacidad en el IMSS.	N/A	Semestral y anual acumulado
Porcentaje de personas con discapacidad en el IMSS con un nivel de satisfacción adecuado durante su atención.	Número de personas con discapacidad que refieren un nivel de satisfacción mayor o igual a 70% / (Número total de personas con discapacidad encuestadas) *100	Porcentaje	N/A	N/A	70%	Un valor fuera de rango: menor indica bajo porcentaje del nivel de satisfacción en la atención de las personas con discapacidad en el IMSS.	N/A	Semestral y anual acumulado



**Citación sugerida:**

Política Institucional para la Atención de la Salud de los Grupos en Situación de Vulnerabilidad con enfoque de Derechos Humanos y perspectiva de género. México. Instituto Mexicano del Seguro Social. Febrero 2023.



©**Derechos reservados:** 03-2023-030211055400-01

Instituto Mexicano del Seguro Social Av. Paseo de la Reforma #476, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México

**Año: 2023**





**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

