



MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 32 DE LA LEY GENERAL DE VÍCTIMAS
Y EL CAPÍTULO IX BIS DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD
EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA



MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 32 DE LA LEY GENERAL DE VÍCTIMAS
Y EL CAPÍTULO IX BIS DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN
MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Primera edición, mayo de 2015

Primera reimpresión, octubre de 2015

D. R. © 2015 Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas
Ángel Urraza, núm. 1137, esq. Pestalozzi, col. Del Valle, C. P. 03100
del. Benito Juárez, México, Distrito Federal.

Impreso en México • Printed in Mexico

CONTENIDO

CONSIDERANDOS	7
INTRODUCCIÓN	11
1. ANTECEDENTES	19
2. MARCO CONCEPTUAL, JURÍDICO Y PROGRAMÁTICO	20
2.1 MARCO CONCEPTUAL	20
2.1.1 Perspectivas de derechos humanos, de género y de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, enfoque diferencial especializado y enfoque psicosocial	21
2.1.2 Principios	26
2.1.3 Especificidades sobre algunas víctimas	31
2.1.3.1 Personas víctimas de violencia familiar	31
2.1.3.2 Personas víctimas de violencia sexual	32
2.1.3.3 Personas víctimas de trata y tráfico de personas	34
2.1.3.4 Personas víctimas de desaparición	34
2.1.3.5 Personas víctimas de homicidio	35
2.1.3.6 Personas víctimas de tortura	35
2.1.3.7 Personas víctimas de detención arbitraria	36
2.1.3.8 Personas víctimas de secuestro	37
2.1.3.9 Personas víctimas de violación a los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales	37
2.1.3.10 Personas víctimas de desplazamiento interno	38
2.1.3.11 Personas víctimas en situación de migración	39
2.2 MARCO JURÍDICO	39
2.3 MARCO PROGRAMÁTICO	43
2.3.1 Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018	43
2.3.2 Programa Sectorial de Salud 2013-2018	44
2.3.3 Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018	44
2.3.4 Programa Nacional de Asistencia Social 2014-2018	45

3. DIAGNÓSTICO	46
3.1 Problemática de atención	47
3.2 Vínculos entre las víctimas, grupos y circunstancias específicas	49
3.2.1 Víctima y género	49
3.2.2 Víctima y niñez	50
3.2.3 Víctima y familia	50
3.2.4 Víctima, pobreza y marginación	51
3.2.5 Víctima y educación	51
3.2.6 Víctima y trabajo	52
3.2.7 Víctima y salud	52
3.2.8 Víctima y discapacidad	53
4. ORGANIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	55
4.1 Misión	55
4.2 Visión	55
4.3 Objetivo general	55
4.4 Objetivos específicos	55
4.5 Estrategias y líneas de acción	55
Estrategia 1. Salud y atención psicosocial	56
Estrategia 2. Capacitación	60
4.6 Modelo operativo	61
4.7 Niveles de responsabilidad	68
4.8 Meta	69
4.9 Indicadores	70
5. EVALUACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	73
6. MODIFICACIONES AL MODELO	73
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	74
GLOSARIO DE TÉRMINOS	75
DIRECTORIO, COORDINACIÓN DE LA CEAV E INSTITUCIONES PARTICIPANTES	77

CONSIDERANDOS

EL PLENO de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, con fundamento en los artículos 1 y 20, apartado C, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 32 de la Ley General de Víctimas, y 13 del Reglamento de la Ley General de Víctimas, y

CONSIDERANDO

Que tras las reformas en materia de derechos humanos de 2011, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consagra en sus artículos 1, 17 y 20 una serie de derechos establecidos en favor de las víctimas del delito y de violaciones de derechos humanos, que se complementan con los derechos contenidos en los tratados internacionales de los que México es parte y, específicamente, con los señalados en la Ley General de Víctimas publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 2013 y reformada el 3 de mayo de ese mismo año;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 previene en su meta nacional México en Paz, objetivo 1.5 referente a “Garantizar el respeto y protección de los derechos humanos y la erradicación de la discriminación”, la estrategia de proporcionar servicios integrales a las víctimas de delitos;

Que el mismo Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en la meta México Incluyente, objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud”, en su estrategia 2.3.3 prevé “mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad” para lo cual establece como una de sus líneas de acción “impulsar el enfoque intercultural de salud en el diseño y operación de programas y acciones dirigidos a la población”;

Que entre este amplio conjunto de derechos, orientados a la reparación integral y a la plena reincorporación social de las víctimas, destaca el derecho que éstas tienen a recibir atención médica y psicológica desde la comisión de un hecho victimizante;

Que el derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es uno de los derechos fundamentales de cuya garantía depende, en buena parte, el bienestar social. La salud de cada persona es un bien individual, sin embargo, su dimensión colectiva implica obligaciones por parte del Estado dirigidas hacia la construcción de un sólido entramado institucional en materia sanitaria;

Que la Ley General de Víctimas establece en su artículo 32 que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas definirá y garantizará la creación de un Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial, de educación y asistencia social que contribuya a remediar las afectaciones sufridas por las víctimas como consecuencia de la violencia ejercida en su contra;

Que el Modelo de Atención Integral en Salud busca articular la compleja distribución de competencias que la Ley General de Víctimas prevé y que impone, a diversas autoridades en los distintos ámbitos de gobierno, deberes en materia de ayuda inmediata, asistencia, atención y reparación integral;

Que el desarrollo e implementación de este Modelo es un asunto que implica el reconocimiento expreso a la multidimensionalidad con que debe ser atendida la problemática que experimentan las víctimas de delitos y de violaciones de derechos humanos;

Que la atención a personas en situación de víctimas requiere mecanismos de reparación integral que involucran la atención especializada para la rehabilitación de la salud física, emocional y psicológica de aquellos que han sufrido violaciones a sus derechos humanos o que se han convertido en víctimas de delitos;

Que al efecto, el Pleno de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas aprobó el siguiente

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD¹

¹ El presente Modelo de Atención Integral en Salud es, a su vez, parte del Modelo Integral de Atención a Víctimas (anexo I) aprobado por el Pleno de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas en la primera sesión extraordinaria 2015, celebrada el 29 de enero de 2015. Asimismo, fue presentado ante el Pleno del Sistema Nacional de Atención a Víctimas en su primera sesión ordinaria celebrada el 20 de mayo de 2015.

INTRODUCCIÓN

A partir de varias reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, nuestro país ha avanzado en el reconocimiento de la preeminencia de los derechos de las personas por encima de cualquier ente, órgano o institución.

Este es el resultado de un renovador estilo de pensamiento, orientado e influenciado, sin duda, por las experiencias del derecho internacional de los derechos humanos, así como del derecho penal y procesal penal, tanto nacional como internacional.

En ese sentido, el reconocimiento de los derechos de las víctimas de violaciones a derechos humanos o víctimas del delito previstos en los artículos 1o., 17 y 20 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos constituye la prueba palpable de dicha evolución con tendencias normativas de preservar los derechos de las víctimas, lo cual se ve complementado con el reconocimiento expreso de los derechos de fuente internacional.

La legislación y su aplicación a favor de las personas que han sufrido la violación de sus derechos humanos o la comisión de un delito, permitirá al Estado, a través de los tres ámbitos de Gobierno, en el corto y mediano plazo, garantizar la reparación integral, lo que incluye medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, además de favorecer la reconstrucción del proyecto de vida, contribuir a la resiliencia de las personas en situación de víctimas y contribuir al restablecimiento de sus derechos.

El Modelo de Atención Integral en Salud, con enfoque psicosocial, de educación y asistencia social, previsto por el artículo 32 de la Ley General de Víctimas, forma parte de estas medidas de asistencia, ayuda inmediata, atención,

rehabilitación y reparación integral emanadas de dicha Ley, las cuales buscan el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas, coadyuvando a la protección del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, dentro de un marco ético dignificante, que permita la recuperación de la víctima.²

Este documento, a nivel conceptual, adopta el modelo de atención psicosocial:

Entendemos por atención psicosocial el proceso de acompañamiento individual, familiar o comunitario orientado a hacer frente a las consecuencias del impacto traumático de las violaciones de derechos humanos y promover el bienestar, apoyo emocional y social a las víctimas, estimulando el desarrollo de sus capacidades.

Hablamos de atención psicosocial, más que de psicológica, para hacer énfasis en que no se puede desvincular el impacto individual de una perspectiva social dado el carácter político de las violaciones de derechos humanos, la importancia del contexto y las respuestas institucionales tanto en la forma en cómo se manifiestan las consecuencias y el sufrimiento, como en las circunstancias que ayudan o no a la recuperación.

La dimensión psicosocial no tiene solo en cuenta al individuo, sino la dimensión familiar y la reconstrucción de redes sociales de apoyo,

2 No debe perderse de vista que "las víctimas deben ser tratadas con humanidad y respeto de su dignidad y sus derechos humanos, y han de adoptarse las medidas apropiadas para garantizar su seguridad, su bienestar físico y psicológico y su intimidad, así como los de sus familias". Cfr. Resolución E2005/30 del Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones.

que se han destruido muchas veces como consecuencia de las violaciones.³

El término psicosocial resalta la estrecha relación entre los efectos sociales y los psicológicos de los conflictos armados, influyendo continuamente unos sobre otros. Por “efectos psicológicos” entendemos aquellas experiencias que afectan a las emociones, conductas, pensamientos, memoria y habilidad para aprender, además de cómo una situación puede ser percibida y comprendida. Por “efectos sociales” entendemos cómo las distintas experiencias de guerra alteran las relaciones entre la gente. Y no sólo ocurre en circunstancias bélicas sino también como consecuencia de la separación, distanciamiento u otro tipo de pérdida.⁴

Dicho modelo de atención (o también llamado de intervención) psicosocial⁵ se enfocará en la atención de las distintas afectaciones que padezcan las víctimas, pues busca que la persona se conciba como sujeto de derechos y, por tanto, está encaminado a generar condiciones para que las víctimas recuperen la autonomía y el control de sus vidas, potencializando sus habilidades y capacidades, a fin de retomar y reconstruir su proyecto de vida. A lo anterior se suma la atención que se pondrá en la circunstancia social en la que se encuentran las víctimas y que se vio afectada por el hecho victimizante. Esto se logrará mediante la acción conjunta y ordenada de diversas instituciones involucradas, a través de la determinación de mecanismos de coordinación

interinstitucional. También es importante señalar que además de definición conceptual, el Modelo de Atención Integral en Salud, tanto en su elaboración como en su ejecución, incorpora el enfoque psicosocial.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 6 del Reglamento de la Ley General de Víctimas, se elaboró un Modelo Integral de Atención a Víctimas por conducto de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, aprobado por el Pleno en su primera sesión extraordinaria 2015 celebrada el 29 de enero de 2015, el cual contiene, entre otras cosas, el procedimiento de atención, asistencia y protección a las víctimas, las áreas y unidades administrativas de la Comisión Ejecutiva a cargo de la atención, así como la interacción con otras instituciones que participan en la atención integral a las personas en situación de víctimas, las acciones necesarias para la oportuna y eficaz reparación integral y el propio Modelo de Atención Integral en Salud.

Dicho Modelo Integral de Atención a Víctimas, como su nombre lo indica, aborda de manera holística la atención a las personas en situación de víctimas desde un enfoque de derechos humanos, psicosocial, de género, especial y diferenciado. Toma en consideración las diferentes etapas de atención, así como las necesidades específicas de las personas que han sufrido un hecho victimizante, las cuales constituyen el detonante para las medidas de ayuda inmediata, asistencia, atención y reparación integral a cargo de las instituciones obligadas, lo cual favorece una acción transdisciplinaria, que incluya atención en salud, asesoría jurídica,⁶ asistencia social, medidas de carácter educativo, laboral, de desarrollo social, un debido acompañamiento a las víctimas, entre otras.

3 Martín Beristain, Carlos, *Acompañar los procesos con las víctimas*, Colombia, Fondo de Justicia Transicional, Programa Promoción de la Convivencia, Programa Fortalecimiento a la Justicia, PNUD, 2012, p. 9.

4 “Respuestas a niños pequeños en situaciones de postemergencia”, *Espacio para la Infancia*, Países Bajos, Núm. 23, Bernard van Leer Foundation, julio 2005, p. 6.

5 Bocanegra Bayona, Daniel y Nieto Súa, Dary, “Modelos de atención a víctimas de delitos: revisión conceptual y observación de la experiencia de tres centros de victimoasistencia en la ciudad de Bogotá”, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, Colombia, vol. 6, núm. 2, julio-diciembre 2010, consultable en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67915140009>.

6 Lima Malvido, María de la Luz, “Modelos de atención a víctimas del delito”, *Derechos Humanos. Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México*, México, núm. 77, enero-febrero de 2006, consultable en <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/77/dtr/dtr16.pdf>.

Este Modelo establece las directrices y estrategias diseñadas específicamente para lograr un enfoque transformador, de tal forma que la víctima, mediante acciones concretas, pueda retomar la construcción de su proyecto de vida individual, familiar y comunitario, además de coadyuvar en la reconstitución del tejido social en un ambiente que privilegie la convivencia armónica y equilibrada, basada en el respeto a la dignidad de la persona.

Como se indicó, el Modelo de Atención Integral en Salud forma parte del Modelo Integral de Atención a Víctimas, de tal manera que deben considerarse como complementarios respecto de las temáticas específicas que aborda cada uno de ellos.

El Modelo de Atención Integral en Salud se ha realizado bajo el enfoque de derechos humanos, de género, de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, psicosocial, así como diferencial y especializado para reconocer que cada persona, familia, comunidad, etnia o grupo social tiene particularidades y necesidades específicas que deben ser consideradas al determinar y ejercer las diferentes medidas, las cuales, en todo momento, deben atender a su dignidad como seres humanos. Contar con un enfoque de derechos en materia de políticas de atención a las víctimas no es sólo un deber ético de las instituciones y servidores públicos, sino que es una obligación que concierne a la esencia de nuestro ordenamiento jurídico que regula la protección de los derechos humanos. De manera que este Modelo de Atención Integral en Salud es una guía de acción ética, política, jurídica y, fundamentalmente, humana que protege a las víctimas mediante acciones coordinadas que permiten su dignificación.

Por último, cabe señalar que este Modelo es el resultado de varios meses de trabajo durante 2014, en el que participaron activamente instituciones públicas y organizaciones civiles.

Para su elaboración se celebraron varias sesiones de trabajo con miembros de las instituciones participantes, en las que se discutieron y, finalmente, acordaron los contenidos, estrategias y mecanismos de operación del Modelo, el cual también fue nutrido con contenidos específicos relacionados a su área de conocimiento y experiencia.

A este respecto, cabe señalar que si bien se expresó de manera clara y decidida el compromiso de las instituciones de salud para la implementación del Modelo en beneficio de las personas en situación de víctimas, también se pusieron de manifiesto dificultades operativas, presupuestales y materiales para dar cumplimiento a las disposiciones de la Ley General de Víctimas y, consecuentemente, del Modelo de Atención Integral en Salud, en particular lo que se refiere a la atención psicológica, psiquiátrica y la falta de mecanismos específicos de atención psicosocial, lo cual será atendido y resuelto en su etapa de implementación. En síntesis, se trató de un arduo trabajo colaborativo en el cual se consensaron las posturas, los procedimientos y las visiones de todos los involucrados, siempre teniendo como punto de partida y de llegada a las personas en situación de víctimas.

Con la intención de dar cumplimiento a la Ley General de Víctimas, la Comisión Ejecutiva propició la intervención de la sociedad civil en la construcción de este Modelo a través del foro público que llevó a cabo el 20 de junio de 2014 en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en el que participaron, aproximadamente, 300 personas. Dicho foro permitió informar a la sociedad sobre la realización del Modelo y sus líneas generales, así como permitir la aproximación de aquellos actores que estuvieran interesados en participar en su elaboración.

Igualmente, la Comisión Ejecutiva llevó a cabo foros de consulta pública para la elaboración del

proyecto de Programa de Atención Integral a Víctimas, en los cuales se contó con una amplia participación social.⁷ Aunque dichos foros no estuvieron específicamente encaminados al tema de salud, es innegable que las víctimas, organizaciones y colectivos asistentes compartieron sus preocupaciones, demandas y necesidades concretas sobre la atención en salud, mismas que sirvieron como guía en la elaboración del Modelo.

El proyecto de Modelo de Atención Integral en Salud, aprobado por el Pleno de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas en su sexta sesión extraordinaria 2014 celebrada el 5 de noviembre de 2014 y modificado por acuerdo del Pleno en su quinta sesión ordinaria 2015 celebrada el 6 de febrero de 2015 para armonizarlo con la publicación en el *Diario Oficial* de la Federación del Reglamento de la Ley General de Víctimas, la Ley General de Niñas, Niños y Adolescentes y la aprobación del Modelo Integral de Atención a Víctimas,⁸ se publicó en su página de internet⁹ a efecto de que la sociedad interesada pudiera conocerlo y expresar su opinión al respecto. Dentro del plazo concedido para ello se recibieron solamente observaciones por parte del Grupo de Información en Reproducción Elegida, A. C. (GIRE), las cuales fueron atendidas en términos del marco jurídico vigente. Además, el Modelo de Atención Integral en Salud será presentado al Sistema Nacional de Atención a Víctimas.

Por tanto, se trata de un Modelo que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas ha elaborado de manera conjunta, incluyente, plural y colegiada con las instituciones públicas de salud y las organizaciones de la sociedad civil señaladas en

el presente documento, con la intención de crear el marco de actuación necesario para proveer una atención integral en salud con enfoque psicosocial, de educación y asistencia social.

Finalmente, cabe señalar que la presentación de este Modelo de Atención Integral en Salud no implica su conclusión, por el contrario, una vez concluida la etapa inicial de elaboración se dará paso a su implementación y ejecución. En las mesas de trabajo ha quedado asentado que la aplicación del Modelo enfrenta grandes retos institucionales, por ello, en este primer momento, se han establecido los lazos institucionales necesarios, los mecanismos de trabajo conjunto y de comunicación para la atención de la salud de las víctimas e, igualmente, se tiene conciencia que para lograr los objetivos planteados se requiere continuar con acciones concretas en la segunda etapa del Modelo. Esta nueva fase incluirá la realización de un diagnóstico de capacidades institucionales para la atención de las víctimas, se determinarán acciones específicas a desarrollar por las instituciones de salud pública, se analizará y atenderá el tema de la atención psiquiátrica y psicológica, así como la revisión de marco jurídico aplicable a la atención médica de las víctimas, entre otras. Al respecto, se hace del conocimiento de toda persona interesada que está a su disposición el correo electrónico modelointegral.salud@ceav.gob.mx, a efecto de recibir sus comentarios.

Será justamente la ejecución diaria la que marcará la pauta de los elementos que han quedado pendientes, los procedimientos que hay que adecuar, las normas que hay que modificar, los convenios que hay que celebrar y, en suma, todas aquellas cuestiones que se deben mejorar para lograr su debida implementación y, con ello, favorecer la recuperación integral de las personas en situación de víctimas. Ése es nuestro compromiso.

7 En el portal de internet de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, en el apartado denominado Ejercicio de Participación Ciudadana 2014, pueden consultarse, entre otros datos, los asistentes y conclusiones de cada foro. Al respecto, consúltese <http://www.ceav.gob.mx/transparencia/participacion-ciudadana/>.

8 Las adecuaciones realizadas al Modelo fueron presentadas a las instituciones participantes en reunión de trabajo celebrada el 25 de febrero de 2015.

9 Cfr. <http://www.ceav.gob.mx/2014/11/consulta-publica-sobre-el-modelo-de-atencion-integral-en-salud/>.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 32 DE LA LEY GENERAL DE VÍCTIMAS
Y EL CAPÍTULO IX BIS DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD
EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

1 | ANTECEDENTES

La Ley General de Víctimas, publicada en el *Diario Oficial* de la Federación el día 9 de enero de 2013 y reformada el 3 de mayo del mismo año, introdujo importantes innovaciones en el marco jurídico mexicano respecto de los derechos de las víctimas, como son el acceso a la justicia restaurativa, el reconocimiento del derecho a la verdad, el derecho a la justicia, a la reparación integral, entre otros. Además, prevé un Sistema Nacional de Atención a Víctimas que coordina las acciones y programas necesarios para la atención de la persona en situación de víctima en sus ámbitos individual, familiar y social.

De igual forma, en dicha Ley se prevé que participen prácticamente todas las instancias gubernamentales de los tres ámbitos de gobierno a través del Sistema Nacional de Atención a Víctimas y mantiene un objetivo específico centrado en la protección de los derechos humanos de las personas en situación de víctimas.

Es sustancial mencionar que la Ley General de Víctimas dispone la atención de las víctimas directas, indirectas y potenciales para reparar los daños que requieran una atención especializada, que responda a las particularidades y al grado de vulnerabilidad en que se encuentran las personas en situación de víctimas, además de garantizar su protección y reincorporación social, abonando de esta forma al respeto a la dignidad de la persona.

El 9 de mayo de 2013 se publicó en el *Diario Oficial* de la Federación la convocatoria pública para integrar la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, la cual, en términos del artículo 85 de la Ley General de Víctimas, cuenta con siete comisionados, mismos que fueron elegidos, de manera unánime, por la Cámara de Senadores.

Mediante Decreto Presidencial, publicado en el *Diario Oficial* de la Federación el día 8 de enero de 2014, la Procuraduría Social de Atención a las Víctimas de Delitos fue transformada en la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, organismo descentralizado de la Administración Pública federal, no sectorizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, gozando de autonomía técnica y de gestión.

La Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, en términos de lo dispuesto por la propia Ley General de Víctimas, tiene por objeto: fungir como órgano operativo del Sistema Nacional de Atención a Víctimas; garantizar la representación y participación directa de las víctimas y organizaciones de la sociedad civil en el Sistema, propiciando su intervención en la construcción de políticas públicas en esta materia; realizar labores de vigilancia, supervisión y evaluación de las instituciones integrantes del Sistema, con el objetivo de garantizar un ejercicio transparente de sus atribuciones, además de ejercer las funciones y facultades que le encomienda la propia Ley General de Víctimas.

2 | MARCO CONCEPTUAL, JURÍDICO Y PROGRAMÁTICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

Los conceptos de *víctima* dados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder, adoptada por la Asamblea General en su resolución 40/34, de 29 de noviembre de 1985 y aprobada por el Estado mexicano, son los siguientes:

Las víctimas de delitos

Se entenderá por “víctimas” las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder.

Las víctimas del abuso de poder

Se entenderá por “víctimas” las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que no lleguen a constituir violaciones del derecho penal nacional, pero violen normas internacionalmente reconocidas relativas a los derechos humanos.

Por su parte, la Ley General de Víctimas, en su artículo 4 señala que se denominarán víctimas directas aquellas personas físicas que hayan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, o, en general, cualquier puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o

violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte.

Son *víctimas indirectas* los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella.

Son *víctimas potenciales* las personas físicas cuya integridad física o derechos peligren por prestar asistencia a la víctima, ya sea por impedir o detener la violación de derechos o la comisión de un delito.

También son víctimas los grupos, comunidades u organizaciones sociales que hubieran sido afectadas en sus derechos, intereses o bienes jurídicos colectivos como resultado de la comisión de un delito o la violación de derechos.

La calidad de víctimas se adquiere con la acreditación del daño o menoscabo de los derechos en los términos establecidos en la Ley General de Víctimas, con independencia de que se identifique, aprehenda o condene al responsable del daño o de que la víctima participe en algún procedimiento judicial o administrativo.

En este tenor, el Modelo de Atención Integral en Salud va dirigido a las personas que se les reconozca la calidad de víctimas en términos de la Ley General de Víctimas y demás disposiciones aplicables, que requieran atención médica.

El presente Modelo atenderá de manera primordial al rubro de salud, por lo cual se hace necesario definirla. Al efecto, cabe señalar que en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se define a la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o

enfermedades”¹⁰. Además, señala que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

Ahora bien, resulta relevante destacar el fundamento de las obligaciones de las autoridades estatales en materia de derechos humanos y de protección de la salud. A este respecto, debe tenerse en cuenta que mediante reforma publicada en el *Diario Oficial* de la Federación el 10 de junio de 2011, se adicionó un párrafo al artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual prescribe que:

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.

También el señalado precepto constitucional establece que en los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la propia Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte.

Resulta necesario tener presente que el derecho internacional de los derechos humanos establece ciertas obligaciones que asumen los Estados al suscribir los tratados internacionales. La Organización de las Naciones Unidas ha señalado que las obligaciones principales derivadas de los mismos consisten en respetar, proteger y realizar los derechos humanos.

Por ejemplo, la obligación de respetarlos implica que el Estado y sus agentes deben abstenerse de interferir u obstaculizar el goce y disfrute de los mismos, o de imponerles limitaciones innecesarias. Por su parte, la obligación de protegerlos hace referencia a que el Estado verifique y garantice que otros entes no cometan abusos o violaciones a los derechos humanos de personas o grupos; y, finalmente, la obligación de realizar los derechos humanos exige que el Estado adopte acciones positivas que favorezcan y permitan un debido goce y disfrute de los mismos.

De igual manera, como consecuencia de la suscripción o ratificación de los tratados internacionales de derechos humanos, los Estados quedan obligados a adoptar disposiciones de derecho interno para hacer efectivos los derechos contenidos en dichos tratados y a que su marco jurídico interno sea compatible con aquéllos.

2.1.1 PERSPECTIVAS DE DERECHOS HUMANOS, DE GÉNERO Y DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, ENFOQUE DIFERENCIAL ESPECIALIZADO Y ENFOQUE PSICOSOCIAL

La protección igualitaria de los derechos humanos es una obligación a cargo de las y los servidores públicos de todas las instituciones de gobierno en nuestro país. Al respecto, nuestra Constitución exige a todo(a) servidor(a) público(a) la aplicación de los tratados internacionales de derechos humanos de los que México es parte e, inclusive, se está en la obligación de ejercer control de convencionalidad, en el marco de sus competencias, cuando sea el caso; por tanto, quienes brindan servicios a las víctimas deben tener a dichos tratados como guía ineludible de su trabajo.

¹⁰ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. Esta definición fue retomada en el artículo 1o. Bis de la Ley General de Salud.

Sin perjuicio de lo que se contiene en el presente apartado, cabe señalar que el Modelo Integral de Atención a Víctimas cuenta con una especificación al respecto, así como la exposición enunciativa de algunas acciones específicas que se deben incorporar, por parte de las autoridades, en el marco de la atención a personas en situación de víctimas.

PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS

La perspectiva teórica de derechos humanos facilita el cumplimiento de las obligaciones del Estado en la materia. Para el caso de la atención a víctimas, permite ayudarlas a transitar por un proceso de reconocimiento-apropiación de derechos durante el cual, tanto las y los servidores públicos como las mismas víctimas:

- » Reconocen que éstas viven una situación de desventaja que les impide ejercer sus derechos;
- » Determinan cuáles son las características de esa desventaja, sus causas y sus consecuencias, y
- » Deciden qué acciones resulta conveniente emprender para que las personas en situación de víctima salgan de esa desventaja, es decir, que se empoderen y de esa manera puedan lograr por ellas mismas, con el apoyo de las y los servidores públicos, que su igualdad esencial (todas las personas nacen libres e iguales en dignidad) se traduzca en igualdad real (todas las personas ejercen derechos a la justicia, a la educación, a la salud, a la vivienda digna, entre otros).

La Organización de las Naciones Unidas ha propuesto que, conforme al enfoque de derechos humanos, las acciones gubernamentales deben tener el objetivo central de que todas las personas logren ejercer los derechos humanos reconocidos en el derecho internacional y que, por tanto, para diseñarlas,

los gobiernos han de guiarse por los principios de igualdad, universalidad, inalienabilidad, indivisibilidad, interdependencia, interrelación, no discriminación, inclusión y rendición de cuentas (ahora reconocidos en el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos).¹¹

Además, la ONU considera fundamentales, para el buen éxito de las acciones de gobierno, tanto la participación de los titulares de derechos (en este caso las personas víctimas) en el diseño de dichas acciones como el que se les respete su derecho a ser informados sobre su cumplimiento.

Por otra parte, la óptica de derechos humanos obliga a que se tengan en cuenta, en toda medida de gobierno dirigida a combatir y resolver problemas sociales, los principios generales del derecho, primordialmente el principio de igualdad, principio que es la base del sistema jurídico mexicano, que está reconocido por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos desde su primer artículo y a lo largo de todos los demás, y que es el eje de articulación de los derechos humanos.

De conformidad con este principio de igualdad, ninguna condición como el origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas pueden ser concebidas como razón de un trato desigual, ya que las personas han nacido igualmente dignas y por eso tienen los mismos

¹¹ Cfr. Anexo II. El enfoque basado en los derechos humanos en la cooperación para el desarrollo: hacia un entendimiento común entre los organismos de las Naciones Unidas, 2003, citado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*, Naciones Unidas, 2006, pp. 35-37, consultable en <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>.

derechos fundamentales.¹² Por tanto, todas las personas deben conducirse atendiendo al principio de igualdad, y cuando las y los servidores públicos ejercen atribuciones propias de su actividad, deben atender al principio de igualdad ante la ley, es decir, deben tomar en cuenta que las personas a las que brindan un servicio pueden sufrir discriminación o están en situación de desventaja, o en relaciones de poder,¹³ o afectadas por desigualdad real y, por tanto, deben darles un trato diferenciado a fin de proteger su igualdad intrínseca y hacerla valer: un trato que parta del reconocimiento de la desigualdad real y les brinde herramientas para empoderarse.

Dicho de otro modo, el actuar de las y los servidores públicos debe orientarse a lograr que la persona en situación de víctima alcance la igualdad concreta¹⁴, la cual implica que una norma se debe aplicar a las personas afectadas teniendo en cuenta la realidad concreta en la que se encuentra cada una de ellas, ya que en muchas ocasiones se puede discriminar si se aplica una regla de la misma forma a personas que se encuentran en circunstancias diferentes.

12 Si todos nacemos con la misma dignidad, como se reconoce en la Declaración Universal de Derechos Humanos, todos merecemos vivir dignamente. La dignidad es, quizá, lo único que iguala a quienes vivimos; la vida digna, como común denominador, debe ser nuestro ideal a alcanzar.

13 Cabe hacer ver que estas relaciones se dan, tanto entre el gobierno y los particulares, como en otros ámbitos en donde una persona tiene poder respecto de otras, por ejemplo:

- En la familia, en donde el poder casi siempre está depositado en el padre o en la madre respecto de las y/o los hijos, o en el esposo respecto de la esposa.
- En un consultorio, en donde quien tiene poder es la o el médico respecto del paciente.
- En una escuela, en donde cada maestro(a) tiene poder respecto de sus alumnos(as) y de los padres y las madres de estos(as).

14 Paralelamente también se utiliza el término de la igualdad abstracta, la cual indica que una regla se debe aplicar a todas las personas afectadas de la misma forma. Con base en este concepto se prohíben las discriminaciones que consisten en aplicar una regla diferente o la misma regla pero de forma diferente a personas que se encuentran en la misma situación. Cfr. Salinas, Laura, documento de trabajo sobre La interpretación del derecho con equidad de género, p. 12, consultable en http://132.247.1.49/mujeres/menu_superior/Feminicidio/2_Inf_o_nac/informe/22.pdf.

PERSPECTIVA DE GÉNERO

La teoría de género está basada en el principio de igualdad y lo desarrolla con el fin de apoyar la reivindicación que las mujeres hacen de su derecho a que, en todos los aspectos de su vida, se garantice el ejercicio de sus derechos humanos tanto como se hace con relación a los hombres.

Se puede decir que la teoría de género enriqueció la teoría de los derechos humanos con un método de análisis específico de cómo se construye socialmente la posición de desigualdad real de las mujeres. De esta manera, ayuda a identificar las formas de discriminación violatorias de derechos humanos que lastiman de manera diferenciada a los hombres y mujeres y permite, entonces, tomar medidas idóneas para que esa discriminación deje de presentarse.

Se trata de una teoría que parte de una observación básica, las mujeres y los hombres presentan dos tipos de características diferenciales: las primarias o de sexo, con las que se nacen, que son inherentes y constituyen una constante, y las secundarias o de género que son dadas socialmente, provienen del contexto en el que se desarrollen y están condicionadas por él, por su sistema de valores y por los intereses que lo determinan.

Entonces, podemos ver que la identidad sexual —la conformada por las características primarias— va quedando cubierta, a lo largo de la experiencia de vida de mujeres y hombres en la escuela, la familia y/o la calle, por una identidad de género que sesga la singularidad de cada mujer y cada hombre e impone a unas y otros determinadas características y determinados papeles o roles tan diferenciados que acaban siendo diametralmente opuestos, porque sus componentes:

- » No se pueden mezclar (hay tareas, gustos, capacidades, obligaciones que sólo son aceptadas socialmente como características de las mujeres, y hay otras que sólo son permitidas

a los hombres, por ejemplo, las mujeres deben ser recatadas, los hombres deben ser osados);

- » No tienen el mismo valor. Lo masculino domina y define a lo femenino y, en casos extremos, llega a verse como el paradigma de lo humano (así, la sensibilidad femenina es comúnmente percibida como falta de objetividad masculina), y
- » No pueden evadirse so pena de señalamiento y exclusión social (por ejemplo, una joven osada es vista como carente de femineidad; un hombre prudente es visto como carente de carácter).

De esta manera, la perspectiva de género ayuda a reconocer que pertenecer a un determinado sexo tiene consecuencias diversas en la vida de las mujeres y los hombres y que esto se debe tomar en cuenta cuando se diseñan las medidas con las que se pretende resolver un problema social —en este caso atender a las víctimas—, con el fin de que dichas medidas sean diferenciadas para responder a esas consecuencias.

Como señala Susana Gamba¹⁵, atender a la perspectiva de género en el diseño y la puesta en marcha de programas de gobierno implica reconocer que entre mujeres y hombres se dan relaciones de poder, son transversales a todo el entramado social, y se articulan con otras relaciones como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión.

PERSPECTIVA DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

La doctrina de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (NNA) nos lleva a mirarlos como sujetos plenos de derechos y no como sujetos pasivos de medidas de protección.

15 Gamba, Susana, “¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género?”, *Mujeres en Red. El Periódico Feminista*, 2008, consultable en <http://www.nodo50.org/mujeresred/spip.php?article1395>.

De conformidad con esta doctrina y con lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989, es posible observar que la infancia y la adolescencia son formas del ser persona y tienen igual valor que cualquier otra etapa de la vida. Por tanto, “ser niño y ser adolescente no es ser menos adulto”¹⁶, es ser distinto; primordialmente implica estar creciendo y, mientras se crece, se depende del cuidado de los mayores.

La dependencia que los NNA tienen de los adultos, da a éstos poder¹⁷ sobre quienes son menores de edad, y es necesario que se establezcan límites a ese poder para que se ejerza sin abuso. Esto se logra mediante la potenciación de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, la cual está sustentada en sólidos principios jurídicos universales, entre ellos el principio de igualdad y el del interés superior de la infancia. Este último es un principio medular en la doctrina de la protección integral que encuentra su origen en la Declaración de los Derechos del Niño y mayor profundización en la propia Convención sobre los Derechos del Niño, e “implica que el desarrollo de éste [de niños y niñas] y el ejercicio pleno de sus derechos deben ser considerados como criterios rectores para la elaboración de normas y la aplicación de éstas en todos los órdenes relativos a la vida del niño”¹⁸.

El Comité de los Derechos del Niño plantea tres consideraciones que deben tomarse en cuenta para garantizar la aplicación del interés superior de las niñas, niños y adolescentes:¹⁹

16 Cillero, Miguel y Madariaga, Hugo, *Infancia, derecho y justicia. Situación de los derechos del niño en América Latina y la reforma legislativa en la década de los noventa*, Santiago de Chile, Universidad de Chile, UNICEF, 1999, p. 19.

17 Entendido el poder como “la facultad de imponer la propia voluntad sobre otras personas [...] a fin de que hagan o se abstengan de algo o acepten directa o indirectamente lo que en principio se hallaban dispuestas a rechazar”. Cfr. López-Rey, Manuel, *Criminalidad y abuso de poder*, Madrid, Tecnos, 1983, p. 5.

18 Corte IDH, Condición jurídica y derechos humanos del niño, Opinión Consultiva OC-17/02, de 28 de agosto de 2002, consultable en http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_17_esp.pdf.

19 Comité de los Derechos del Niño, *Observación general número 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial*, 29 de mayo de 2013, párr. 6, consultable en http://www.unicef.cl/web/informes/derechos_nino/14.pdf.

- » El interés superior de las niñas, niños y adolescentes debe ser considerado como una prioridad en todas las decisiones que afecten a una persona menor de 18 años;
- » Si hubiera más de una interpretación posible se elegirá aquella que se ajuste más al interés superior de ellos, y
- » Cuando se tome cualquier decisión que afecte a NNA se deberá realizar una evaluación del impacto o repercusiones que la misma pueda tener en niñas, niños y adolescentes, y la justificación de la decisión deberá explicar de qué manera se ha tenido en cuenta su interés superior, es decir, cuáles han sido los criterios en los que se basó la decisión y cómo se han ponderado los intereses de niños, niñas y adolescentes frente a otras consideraciones.

El interés superior de la niñez también se encuentra reconocido en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En cuanto a la atención a víctimas, la doctrina de la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes permite identificar cómo la violencia afecta a los NNA de manera diferenciada en contextos en donde no son reconocidos como sujetos plenos de derechos, y también ayuda a diseñar medidas restitutivas de tales derechos para resarcirlos y ayudarlos a rescatar su vida; lo cual, evidentemente, debe tenerse en cuenta tratándose de los NNA que son víctimas del delito o de violación a sus derechos humanos.

ENFOQUE DIFERENCIAL Y ESPECIALIZADO

Recientemente se ha comenzado a hablar del enfoque diferencial, el cual viene a reforzar o replantear las perspectivas teóricas de derechos humanos. Este enfoque permite percibir la diferencia entre igualdad abstracta e igualdad concreta y propone un trato diferente para los que no ven concretada su igualdad.

El enfoque diferencial y especializado aprovecha las construcciones teóricas de la perspectiva de género y de protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes para reiterar y ampliar a otros grupos lo postulado por ellas, e insistir en la propuesta de que aquellos que son excluidos debido a su condición o sus circunstancias (como forma de vida, pertenencia a un grupo étnico, raza, sexo, identidad de género, edad o discapacidad) sean reconocidos como personas con plenos derechos y acompañados en su proceso de *empoderamiento*²⁰ para que se apropien de sus derechos y los ejerzan plenamente.

El enfoque diferencial y especializado fue retomado por la Ley General de Víctimas como un principio que debe regir las políticas públicas en materia de prevención, atención y reparación a víctimas. El artículo 5 de dicha Ley reconoce la existencia de grupos que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad y, por tanto, en una situación de falta de poder, y exige que las políticas respondan a las necesidades de los mismos. En concreto, deben entenderse incluidos los niños, niñas y adolescentes, los adultos(as) mayores, los jóvenes, las mujeres, quienes pertenecen al grupo LGBTTTI²¹, las personas con discapacidad, las que pertenecen a pueblos indígenas, personas migrantes, quienes defienden derechos humanos o quienes son periodistas, entre otros.

20 El empoderamiento es un proceso a lo largo del cual las personas van fortaleciendo sus capacidades para impulsar cambios efectivos en sus vidas; van adquiriendo la autonomía necesaria para tomar decisiones y contribuir a transformar las relaciones desiguales de poder a las que estaban sometidas. Al final de este proceso la persona *empoderada* tiene capacidad para poner límites al poder del otro e impedir que viole sus derechos humanos. *Empoderar* a una víctima significa apoyarla para que supere la situación de vulnerabilidad en la que fue posible su victimización y retome su vida en libertad sin peligro de volver a ser atrapada; supone que se reconozca a las personas como sujetos de derecho y no como objetos pasivos de asistencia. Implica dotar a una persona de facultades para que ejerza *per se* sus derechos humanos. Si se atiende a la óptica de derechos humanos y al principio de igualdad, quien brinda la atención a las personas en situación de víctimas debe atender al criterio de empoderamiento, el cual involucra los conceptos de poder, relaciones de poder, abuso de poder y resiliencia. Al respecto, véase nota 13.

21 Lesbianas, gays, bisexuales, travestis, transexuales, transgénero e intersexuales.

ENFOQUE PSICOSOCIAL

Las autoridades deben tomar en consideración que los hechos victimizantes y los impactos traumáticos que éstos generan se presentan en un determinado contexto social, por lo que el enfoque psicosocial debe estar encaminado a reconocer ese contexto para integrarlo a la atención que se brinde y evitar enfocarse únicamente en los aspectos subjetivos del impacto del hecho victimizante. Con este enfoque, la atención a las víctimas debe incorporar una visión capaz de promover acciones más integrales a fin de promover el bienestar, el apoyo médico, emocional y social a las personas en situación de víctimas, estimulando el desarrollo de sus capacidades, su resiliencia y su empoderamiento para la exigibilidad de derechos y recuperación del proyecto de vida.

Cabe señalar que el propio artículo 32 de la Ley General de Víctimas dispone que el Modelo de Atención Integral en Salud contará con este enfoque, el cual también ha sido incorporado al Modelo Integral de Atención a Víctimas.

2.1.2 PRINCIPIOS

DE GRATUIDAD

La Ley General de Víctimas dispone que todas las acciones, mecanismos, procedimientos y cualquier otro trámite que implique el derecho de acceso a la justicia y demás derechos reconocidos en la Ley serán gratuitos para la víctima.

DE NO DISCRIMINACIÓN

La atención a personas en situación de víctimas debe realizarse sin discriminación, es decir, sin hacer distinción, exclusión o restricción con motivo de su lugar de nacimiento, origen o procedencia étnica, sexo, edad, orientación sexual, idioma, discapacidad, religión, creencias o

prácticas culturales, situación económica u otras consideraciones, incluida la condición de víctima o el ejercicio de la prostitución.²²

Esto implica dos cuestiones igualmente importantes, por un lado, la atención debe ser brindada a toda víctima; no debe negarse a nadie so pretexto de condición o circunstancia alguna, pero, por otro, debe diseñarse con base en las condiciones y circunstancias de cada víctima.

Para atender a este principio desde las ópticas de derechos humanos, género y protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes es necesario aprovechar los conceptos de igualdad ante la ley, máxima protección y abordaje diferenciado.

Concepto de igualdad ante la ley

En lo que se refiere a las mujeres, el ejercicio de la igualdad ante la ley implica tomar en cuenta que, debido a los roles de género, ellas y los hombres sufren de manera diferenciada los efectos del delito y de las violaciones a derechos humanos y tienen diferentes necesidades como consecuencia de estos. Así, por ejemplo, deberá tenerse presente:

- » Que requieren servicios distintos para satisfacer sus necesidades fisiológicas, dependiendo de su sexo;
- » Al diseñar las herramientas que favorezcan el empoderamiento de las personas, deben tenerse presentes los factores de riesgo que las hicieron ser blancos de la delincuencia o las expusieron a la violación de sus derechos, y que tales factores son diferenciados para hombres y mujeres;

²² Cfr. Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala, *Modelo de atención a las víctimas de trata de personas, especialmente mujeres y niñas*, Instituto de la Mujer del Estado de Tlaxcala, México, 2010, consultable en <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Tlaxcala/tlaxmeta20.pdf>.

- » Que los servicios mediante los que se les ayudará a reconstruir sus redes de apoyo y el acompañamiento para su reinserción deben tener en cuenta que la estigmatización opera de manera desigual en contra de las mujeres;
- » Que un elemento fundamental para las mujeres es la recuperación de sus hijas e hijos, por lo que debe dársele prioridad, y
- » Que en el apoyo terapéutico debe tomarse en consideración que a las mujeres y los hombres les es difícil asumirse como víctimas debido a estereotipos de género diversos.

Por lo que respecta a los NNA, apoyar su igualdad ante la ley implica tener claro que la minoría de edad conlleva diferencias respecto de la adultez que deben ser consideradas a la hora de adoptar las medidas que les conciernen a aquéllos. Por ejemplo, las personas menores de edad pasan por un proceso de desarrollo cognitivo, emocional y moral durante el cual tienen características que van desapareciendo progresivamente, por lo que el diseño de las medidas de atención deben diferenciarse en función de su edad, tomando en consideración su etapa de desarrollo. Una cuestión importante es que el juego y los deportes tienen un papel significativo en la recuperación de los NNA.

Concepto de máxima protección

Este concepto indica que toda autoridad tiene la obligación de velar porque se protejan, de manera integral, los derechos de las víctimas del delito y de violación de derechos humanos y, por ende, que tienen que adoptar medidas para garantizar su seguridad, su protección, su intimidad, el resguardo de su identidad, sus datos personales y su recuperación física, psicológica y social. Esta obligación debe cumplirse respecto de todas las víctimas, independientemente de

que se les investigue por su probable coparticipación en el delito.²³

Concepto de abordaje diferenciado

Además de ser mujer u hombre, menor de edad o adulto, hay otras características y circunstancias de las víctimas que deben tomarse en cuenta al diseñar las medidas de atención para que sean igualitarias; se trata de tener presentes cuestiones como la pertenencia a un grupo étnico, la circunstancia de ser persona con discapacidad, la condición de ser migrante o cualquier otra.

Algunas consideraciones sobre la atención diferenciada a víctimas que pertenezcan a un grupo étnico. Se debe tomar en cuenta la cultura de la comunidad indígena a la que pertenece la víctima, con el objetivo de procurar, en la mayor medida posible, que se satisfaga su voluntad de atender a sus usos y costumbres. Se debe siempre, aun cuando la víctima hable español, poner a su disposición el acompañamiento de un traductor, al que ha de solicitársele que, además de traducir, apoye en la comprensión clara de los conceptos.

Algunas consideraciones sobre la atención diferenciada a víctimas que sean personas con discapacidad. Son muy diversas las posibles necesidades de una persona con discapacidad; pueden ir desde la de apoyarse en un intérprete hasta la de utilizar instrumentos y aparatos que les faciliten la movilidad, la audición, la visión o la percepción mediante el tacto y variar dependiendo de la capacidad para comunicar deseos, necesidades o emociones.

²³ La definición legal del principio de máxima protección se establece en el artículo 3, fracción I, de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos, publicada en el *Diario Oficial* de la Federación el 14 de junio de 2012, última reforma de 19 de marzo de 2014. Por su parte, la Ley General de Víctimas señala al respecto, en su artículo 5, que "Toda autoridad de los órdenes de gobierno debe velar por la aplicación más amplia de medidas de protección a la dignidad, libertad, seguridad y demás derechos de las víctimas del delito y de violaciones a los derechos humanos. Las autoridades adoptarán en todo momento, medidas para garantizar la seguridad, protección, bienestar físico y psicológico e intimidad de las víctimas".

Algunas consideraciones sobre la atención diferenciada a personas migrantes que son víctimas. Es necesario tomar en cuenta la nacionalidad de la víctima y su idioma, a fin de prever, además de las gestiones relacionadas con su permanencia en el país, que cuente con un traductor, que se dé aviso a su consulado, respetando así el derecho a la asistencia consular, de tal modo que se le brinde la asesoría legal correspondiente y se le facilite la comunicación con su familia, si así lo desea, de manera que no corra riesgos, y que se atienda, en la medida de lo posible, a sus diferencias culturales.

Asimismo, el artículo 5 de la Ley General de Víctimas resalta el principio de igualdad y no discriminación de la manera siguiente:

En el ejercicio de los derechos y garantías de las víctimas y en todos los procedimientos a los que se refiere la presente Ley, las autoridades se conducirán sin distinción, exclusión o restricción, ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos, sociales, nacionales, lengua, religión, opiniones políticas, ideológicas o de cualquier otro tipo, género, edad, preferencia u orientación sexual, estado civil, condiciones de salud, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio y discapacidades, o cualquier otra que tenga por objeto o efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. Toda garantía o mecanismo especial deberá fundarse en razones de enfoque diferencial.

DE INTEGRALIDAD

En el artículo 20, apartado C, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se le reconocen a la víctima los derechos siguientes:

- » Recibir asesoría jurídica;
- » Ser informada de sus derechos;

- » Ser informada del desarrollo del procedimiento penal;
- » Coadyuvar con el Ministerio Público;
- » Que se le reciban los datos o elementos de prueba que pueda aportar;
- » Que se desahoguen las diligencias necesarias;
- » Intervenir en el juicio e interponer recursos;
- » Recibir atención médica y psicológica de urgencia;
- » Que se le repare el daño;
- » Que se resguarden su identidad y datos personales si es persona menor de edad o víctima de violación, trata, secuestro o delincuencia organizada, o a juicio del juzgador para protegerla;
- » Solicitar medidas cautelares y providencias para su protección y la restitución de sus derechos, e
- » Impugnar las omisiones ministeriales y las resoluciones de reserva, no ejercicio, desistimiento de la acción penal o suspensión del procedimiento cuando no esté satisfecha la reparación del daño.

De esta manera, en la Constitución se vincula el ejercicio del derecho a la atención médica y psicológica con el ejercicio del derecho a la justicia con todos sus componentes —participación en el proceso, reparación del daño, protección, interposición de recursos—. La necesidad de hacer esta vinculación radica en que si a una víctima de un delito o de violación a sus derechos humanos, si desde un primer momento no se le atienden sus problemas de salud ni se le brinda protección, y si no se le satisfacen de manera integral sus necesidades, no podrá ejercer tampoco su derecho a la justicia como está reconocido constitucionalmente.

Una adecuada protección de todos sus derechos ayudará a que las víctimas transmitan a las autoridades jurisdiccionales la información necesaria para que se haga justicia; una intervención terapéutica apropiada, un trato digno, una protección que les haga perder el miedo y un apoyo legal confiable, llevará a que se reconozcan como personas, a que eleven su capacidad para responder a sus propias necesidades y, por ende, participen, ejerciendo sus derechos, en el camino que llevará a que se haga justicia.

De ahí lo valioso de una atención integral a las víctimas que sea proporcionada por quienes pueden ser unos excelentes aliados del agente investigador: médicos, psicólogos, antropólogos, trabajadores sociales y otros profesionales provenientes de diversas instituciones de gobierno. Una víctima fortalecida, sana y *empoderada* —es decir, recuperada como persona— gracias a esta atención integral, colaborará con las autoridades para obtener justicia.

Para atender al principio de integralidad es fundamental, entonces, que el agente investigador esté pendiente de que se brinde a las víctimas de sus casos concretos la atención necesaria para que se empoderen, así como que se allegue de herramientas especializadas novedosas como los peritajes psicológicos y antropológicos que le ayuden a determinar, por ejemplo, cuándo está frente a una persona que no reconoce su condición de víctima debido a factores psicológicos o culturales.

Por su parte, la Ley General de Víctimas, además de señalar la amplia gama de derechos que se les reconocen, también indica que para garantizarles la integralidad a las víctimas la asistencia, atención, ayuda y reparación integral se realizará de forma multidisciplinaria y especializada.

La asistencia psicológica, social y legal prestada a las víctimas debe promover el fortalecimiento de su autonomía y empoderamiento. Las mismas víctimas,

a través de un proceso de reflexión y definición de sus intereses, motivaciones y deseos, son quienes mejor pueden establecer cuáles son las alternativas más adecuadas que deben hacer parte de su proceso de reintegración y reconstrucción de su proyecto de vida.²⁴

Cabe aquí hacer referencia a que si el objetivo final del proceso de atención es empoderar a las personas en situación de víctimas, el resultado de este proceso debe ser su resiliencia, reconstrucción del proyecto de vida e incorporación a la sociedad, lo que implique que se han enmendado sus redes de apoyo o creado unas nuevas y que han adquirido herramientas para sobrevivir fuera del círculo del delito y de violaciones a los derechos humanos; que tienen capacidad para acceder a los recursos que necesitan para vivir dignamente y para mantener relaciones sociales sanas. “La reinserción social implica la independencia recobrada, el regreso al hogar, el tener acceso a un empleo, a una vivienda, a una vida mejor y a reducir los riesgos de caer nuevamente en situaciones similares”²⁵.

DE INTERINSTITUCIONALIDAD

La interinstitucionalidad hace referencia a la interacción de instituciones en torno a la formulación, construcción y ejecución colectiva de programas, proyectos y acciones que involucran iniciativas, recursos, potencialidades e intereses compartidos. “Constituye una alternativa relacional e interconectada frente a modelos auto centrados y aislados de organización [y] gestión [...]”; debe ser entendida como la coordinación de esfuerzos de las dependencias y las instituciones de la Administración Pública y del sector privado que

24 Organización Internacional para las Migraciones, *Guía de asistencia a víctimas de la trata de personas en Colombia*, Bogotá, Nuevas Ediciones Ltda., 2006, pp. 44 y 45.

25 Carbajal, Edith (coord.), *Modelo de atención integral para niñas, niños y mujeres víctimas de violencia extrema y trata de personas*, México, Instituto de la Mujer Oaxaqueña-Asociación para el Desarrollo Integral, A. C., 2011, p. 54, consultable en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Oaxaca/OAX_MetaA7_1_2011.pdf.

se integran con [...] sentido de colaboración”²⁶ para converger en la solución de un problema que requiere del cumplimiento de sus diversas atribuciones.

Atender a la perspectiva de política pública implica tener presente la idea de proceso —entendido como una suma de pasos a cumplir de manera colectiva para responder adecuadamente a un problema social— que transcurra en el marco de un encuentro interdisciplinario en el que se involucren profesionales de diversas disciplinas, lo cual requiere de la interinstitucionalidad.

Tal y como lo señala el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, se entiende por interinstitucionalidad a la operación de un sistema de referencia y contrarreferencia. Mediante estos términos, tomados del ámbito de la salud, se alude al proceso durante el cual se gestionan todos los servicios a los que se requiere canalizar a personas víctimas de delitos o de violaciones de derechos humanos, para que logren su empoderamiento en el marco de relaciones coordinadas entre las diversas instituciones que participan en brindar esos servicios.

Resulta oportuno definirlos: Referencia es la “solicitud de una persona que vive violencia y requiere de uno o varios servicios que, por alguna razón, no puede obtener en la institución a la que recurre por primera vez. La oportuna y adecuada referencia es clave para satisfacer totalmente o en gran medida las necesidades de atención de la víctima de violencia”. Contrarreferencia es el “procedimiento que siguen las dependencias e instituciones encargadas de brindar otros servicios que pudiera requerir la víctima de violencia para facilitarle su envío-recepción-regreso al refugio, con el propósito de que tengan atención integral, oportuna y de calidad”²⁷.

26 ICESI y Alvarado, Aixa, *Propuesta de Modelo de Atención Integral e Interinstitucionalidad a Víctimas de Delitos en México*, México, Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad A. C., p. 7, consultable en <http://www.coparmex.org.mx/upload/comisionesDocs/Modelo%20de%20atenci%F3n%20a%20v%EDctmas.pdf>.

27 Sotelo, Connie y López, Belegui (comps.), *Modelo de atención*

Sin duda, el presente Modelo de Atención Integral en Salud goza de este enfoque interinstitucional, en primer lugar debido a que ha sido elaborado con la participación de una serie de instituciones públicas, fundamentalmente del rubro de salud, pero también de otras disciplinas, así como de organizaciones de la sociedad civil. Además, al formar parte de un modelo más amplio de atención integral a víctimas, también se tendrán en cuenta los mecanismos de coordinación entre otras instituciones para lograr esta atención coordinada y complementaria en favor de las víctimas.

ABORDAJE NO REVICTIMIZANTE Y PRINCIPIOS DE CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD Y CELERIDAD

Una condición indispensable para lograr el empoderamiento de la víctima y para asegurar la protección de sus derechos, incluido el de participar en el proceso de justicia, es la *no revictimización*, que consiste en evitar que quienes han sido víctimas vuelvan a serlo, esta vez por parte de las y los servidores públicos mediante el sometimiento a múltiples interrogatorios o declaraciones, malos tratos o exámenes que puedan afectar su integridad, autoestima y salud mental, o mediante el trato discriminatorio, o la denegación o el retardo de servicios.

Para evitar la revictimización de una víctima se debe realizar lo siguiente:

- » Desde el primer momento diseñar la ruta de atención de manera que se le brinden los servicios que requiera, cuando los requiera, sin hacerla ir y venir, y sin demoras. En lo que se refiere a la justicia, actuar con la *debida diligencia*, entendida como el deber de iniciar la averiguación previa, brindar las medidas de protección requeridas, realizar las actuaciones necesarias para la integración de la

en refugios para mujeres víctimas de violencia y sus hijas e hijos, México, Instituto Nacional de las Mujeres, 2011, p. 30, consultable en http://vidasinviolecia.inmujeres.gob.mx/sites/default/files/Modelo_Refugios_INMUJERES.pdf.

averiguación previa, recabar las pruebas necesarias, consignar, juzgar y dictar sentencia. Es importante no condicionar los servicios de atención a la denuncia;

- » Asegurar que la primera entrevista sea con una persona del área de la salud, que se preocupe, en primer lugar, de su estado físico y psicológico, y de sus necesidades inmediatas;
- » Nunca tratar a la víctima como responsable de las circunstancias que forman parte de su victimización, como su estancia ilegal en un país al que ha sido llevada por coacción o engaño o voluntariamente, su falta de documentos o su participación obligada en actividades ilícitas. Cualquier acción que no tenga esto en cuenta constituye una revictimización;
- » Evitar, en la medida de lo posible, repetir entrevistas e interrogatorios. Es necesario que en los espacios de atención a víctimas y en los de procuración de justicia existan las herramientas tecnológicas que ayuden a lograr esto, y que las normas se adecúen de manera que su uso tenga validez procesal;
- » Manejar con reserva y confidencialidad la información sobre las víctimas, a fin de evitar que la obtengan los victimarios y, así, resguardar su seguridad y su proceso de recuperación y reinserción;
- » No subordinar su seguridad e integridad a los intereses del procedimiento, y
- » Mantener una estrecha y fluida comunicación entre las diversas áreas y dependencias encargadas de brindar los servicios de atención y con las áreas de procuración e impartición de justicia.

A ese respecto, cabe señalar que la Ley General de Víctimas incorpora el concepto de *victimización secundaria*, señalando que “las características y condiciones particulares de la víctima no podrán ser

motivo para negarle su calidad. El Estado tampoco podrá exigir mecanismos o procedimientos que agraven su condición ni establecer requisitos que obstaculicen e impidan el ejercicio de sus derechos ni la expongan a sufrir un nuevo daño por la conducta de los servidores públicos”.

2.1.3 ESPECIFICIDADES SOBRE ALGUNAS VÍCTIMAS

Para el desarrollo del presente apartado se considera lo dispuesto en la Ley General de Víctimas en sus artículos 5, por lo que respecta al principio de enfoque diferencial y especializado, y 93, por el que se determina que para lograr una especialización y atención integral y coordinada la CEAV contará con diversos comités que atiendan a las especificidades de las personas en situación de víctimas.

2.1.3.1 PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR

La violencia familiar es una problemática que se produce en el interior de la familia, se trata de actos u omisiones intencionales que, en muchas ocasiones, son sutiles y se esconden en las palabras y silencios, otras son más visibles debido a las agresiones físicas. “Con sustento en la información captada por la ENDIREH 2011, de un total de 42 976 277 mujeres de 15 y más años en el país, se registran 24 569 503 casadas o unidas, y de ellas, 11 018 415 han vivido algún episodio de maltrato o agresión en el transcurso de su vida conyugal, mientras que 8 237 502 vivieron violencia durante los últimos 12 meses previos a la entrevista”²⁸.

Es importante la atención multidisciplinaria en esta problemática, con la intervención de profesionistas de trabajo social y psicología, con sensibilidad y que tomen conciencia del estado en el que se presentan

28 INEGI, *Panorama de violencia contra las mujeres en los Estados Unidos Mexicanos*, ENDIREH 2011, México, 2013, p. 4.

las víctimas, evitando un trato indiferente, discriminatorio, y que sí sea libre de prejuicios, con una formación profesional, humanística y social. Se requiere aplicar una metodología científica en la atención de casos, también mediante un proceso de intervención psicológica se pueden detectar las necesidades que son expresadas por las víctimas de violencia familiar.

En muchas ocasiones, se requiere una valoración en la cual se elabore la historia clínica, para estar en posibilidad de emitir un diagnóstico, determinando si los signos y síntomas que presenta la víctima, incluyendo el embarazo, son consecuencia de actos ilícitos.

También puede detectarse la necesidad de atención médica especializada, que deberá brindarse en términos del presente Modelo. En particular, mediante la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.

2.1.3.2 PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

De conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la violencia sexual es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que, por tanto, atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.

El 90 % de las víctimas de abuso sexual tienen una edad comprendida entre los 3 y 16 años, en el caso de las niñas y niños, las características de las víctimas de abuso sexual están referidas a su edad, aunque la realización completa del acto sexual se ubica usualmente hacia

la pubertad.²⁹ La experiencia del abuso hace que la víctima no pueda establecer relaciones profundas y de confianza, por vergüenza o por temor a que otros se den cuenta de lo que ocurre en su entorno familiar. La fase oculta del abuso sexual es vivida por la víctima de una manera confusa y traumática, presentando síntomas como miedo al fracaso, claustrofobias, terrores nocturnos, amenorreas, hasta anorexia e intentos suicidas.

Las y los niños con mayor riesgo de victimización son aquéllos con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como son los que todavía no hablan y los que muestran retrasos del desarrollo y discapacidades físicas y psíquicas. Asimismo, son también sujetos de alto riesgo las y los niños que se encuentran carentes de afecto en la familia, que pueden inicialmente sentirse halagados por la atención de la que son objeto, al margen de que este placer con el tiempo acabe produciendo en ellos un profundo sentimiento de culpa.

Con relación a las mujeres abusadas sexualmente, no existe entre ellas un perfil tipo, sino situaciones que aumentan el riesgo de padecerlo, sucede en distintas etapas de la vida y en distintos sectores y actividades. Algunos factores que hacen que aumente el riesgo de sufrir violencia sexual son el ser divorciadas o separadas, ser jóvenes, con alguna discapacidad, homosexuales, pertenecientes a etnias y nacionalidades minoritarias. También se pueden reconocer algunos rasgos psicológicos de las mujeres víctimas de violencia sexual como la baja autoestima, sentimientos de culpabilidad o de merecer ser agredidas, o de ser responsables por la conducta del agresor; sentimientos de fracaso como mujer, esposa y madre, sentimientos de temor y pánico, falta de control sobre su vida, incapacidad de resolver su situación, creencia de estar sola, que nadie le puede ayudar a resolver su

²⁹ Cfr. Intebi, Irene, *Proteger, Reparar, Penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*, Buenos Aires, Granica, 2011.

problema, aislamiento social, y/o convicción de la superioridad masculina frente a la femenina. La víctima típica de violación es una mujer de 16 a 24 años de edad, sin embargo, cualquiera, hombre o mujer, adulto o niño, puede ser víctima de una violación. En la mayoría de los casos, la víctima conoce al violador.

El abuso sexual y la explotación sexual comercial de los niños, niñas y adolescentes son los tipos más frecuentes de la violencia sexual.³⁰ Cada tipo de violencia genera consecuencias físicas, emocionales y sociales diferentes en cada persona y grupo familiar. Por ello, dar respuesta a las necesidades especiales de las víctimas de violencia sexual requiere conocimiento, preparación y una adecuada disposición personal para minimizar las posibles victimizaciones secundarias surgidas de los procesos de intervención. La atención en salud para personas que han sido víctimas de violencia sexual es, generalmente, una de las experiencias más retadoras para el personal de salud, debido a que no sólo requiere de conocimientos técnicos específicos en el abordaje clínico del caso, sino también del despliegue de habilidades de comunicación, manejo de crisis, trabajo interdisciplinario, consejería y, sobre todo, ética, sensibilidad y solidaridad.

La atención integral a una víctima de violencia sexual necesita de trabajo estructurado, en el que los sectores de salud, protección y justicia tienen competencias complementarias. Actuando de una manera articulada y no victimizante, se busca garantizar desde el sector salud que la persona víctima de violencia sexual reciba una atención de calidad que le ayude a restaurar su autonomía y dignidad y que le

ayude en su recuperación física y emocional, y, desde los otros sectores, a que cuente con las garantías de protección y no repetición del hecho violento y de acceso a justicia para que el delito no quede impune.

Las víctimas de violencia sexual acuden a los servicios de salud venciendo muchas barreras personales y sociales que el evento de violencia les ocasiona, llegan a la institución en condiciones de alta vulnerabilidad. Una vez allí, la víctima espera y necesita un trato humano que le ayude a recuperar el control de sí, la dignidad, el dominio de su cuerpo y de sus emociones. La atención que se le brinde tendrá que garantizar un trato humano, digno y reparador, unos procedimientos estandarizados y efectivos para controlar riesgos que el evento tiene sobre su salud sexual y reproductiva, su salud mental y su medio familiar y social, además, tendrá que garantizar los insumos médicos necesarios para la aplicación de dichos procedimientos e intervenciones.

Para brindar una atención integral, las instituciones involucradas deben contar con capacidad de respuesta ante estos eventos; entre otras, tendrán que contar con personal calificado y capacitado, designar un responsable institucional que dirija y actúe en el abordaje del caso, establecer procesos de capacitación permanente para personal de atención y administrativo, identificar posibles barreras de acceso a la institución y desarrollar planes para disminuirlas, establecer procedimientos de actuación adaptados a la institución (en el marco de lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005), tener claridad en los procedimientos e insumos para dar una atención con calidad, garantizando los elementos para realizar profilaxis postexposición para infecciones de transmisión sexual, el VIH, la hepatitis B, prevenir embarazos no deseados o realizar su interrupción en los casos permitidos por la ley.

30 Veloza, Érika, Torres, Nilda, Pardo, Fideligno et al., *Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*, Colombia, Ministerio de la Protección Social de Colombia y UNFPA, 2011, p. 15, consultable en <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20A%20V%C3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>.

2.1.3.3 PERSONAS VÍCTIMAS DE TRATA Y TRÁFICO DE PERSONAS

A partir de la ratificación, en 2003, del Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente de Mujeres y Niños, que Complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (Protocolo contra la Trata de Personas o Protocolo de Palermo, en adelante), el Gobierno mexicano se comprometió a prevenir y combatir este delito así como a brindar atención, asistencia y protección a sus víctimas de forma coordinada, involucrando a todos los ámbitos de Gobierno y a la sociedad civil como estrategia principal para dar respuesta a un fenómeno delictivo complejo y multifactorial.

La víctima de trata de personas, comúnmente, tiene mucho temor a ponerse en contacto con las autoridades, por lo que existe renuencia a denunciar o a cooperar con la persecución de los responsables. Además, es muy común que no se asuma como víctima y, por lo tanto, no quiera ser partícipe de acciones institucionalizadas de atención y asistencia para su recuperación.

Trabajar desde una perspectiva de integralidad y coordinación interinstitucional resulta fundamental en el abordaje de las situaciones de trata de personas, ya que el sistema de salud es convocado desde los organismos competentes para la asistencia integral de las víctimas de trata y, a la vez, se constituye en un ámbito para la detección de las mismas.

El personal de salud se encuentra en un ámbito propicio para poder identificar a las posibles víctimas de trata. La identificación posibilitará iniciar un proceso de protección y restitución de sus derechos, ya que se constituye en el punto de partida para la asistencia directa. Este proceso requiere, necesariamente, de un trabajo que permita garantizar un abordaje de tipo integral donde pueda evaluarse la situación y los riesgos, y proceder a la búsqueda de soluciones pertinentes que ofrezcan alternativas viables.

Es esencial reconocer que la experiencia de la trata tiene un impacto altamente traumático en la vida de las víctimas. Por ello, hay que ponderar cuáles son los efectos más habituales, sin que éstos sean utilizados como etiquetas diagnósticas de patologías mentales. Se debe propender a apoyar y garantizar un contexto de seguridad y respeto tanto para las víctimas como para las potenciales víctimas, que reafirme el valor del ser humano independientemente de sus características subjetivas. En el proceso de identificación el equipo de salud deberá tener en cuenta ciertos indicadores sociales, físicos y psicológicos. La existencia de los mismos alertarán al profesional para intervenir, siendo necesario reconocerlos, relacionarlos y realizar una indagación a profundidad.³¹

2.1.3.4 PERSONAS VÍCTIMAS DE DESAPARICIÓN

Aquí se hace referencia tanto a las víctimas de desaparición forzada como a las víctimas de desaparición por particulares. Se caracterizan por la privación de la libertad que se sufre, ya sea por parte de agentes del Estado o grupos o individuos que actúan con su apoyo, seguida de la negativa a reconocer dicha privación, con el fin de sustraerla de la protección de la ley.

Los efectos de la desaparición forzada perduran hasta que no se resuelve la suerte o paradero de las personas, prolongando y amplificando el sufrimiento que se causa a familiares o allegados, quienes por tener esa relación con la víctima directa se convierten en víctimas indirectas, que es en quien debe centrarse la atención a través de este Modelo de Atención Integral de Salud.

31 Cfr. Tundidor, Lidia (coord.), *Programa Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género. Protocolo de Atención para Víctimas de la Trata de Personas en el Sistema de Salud*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, p. 11, consultable en <http://noalatrata.gba.gob.ar/sites/default/files/Protocolo%20Salud.pdf>.

Estas víctimas indirectas, son las que requieren una atención especializada derivada de la pérdida o separación súbita e inesperada de un ser querido. La reacción ante la desaparición suele definirse como duelo, proceso en el cual los familiares no sólo enfrentan una serie de etapas, como lo haríamos ante una muerte natural, sino que, además, la impunidad, el terror, el miedo, la mentira, la incertidumbre, el silencio, el olvido, el ocultamiento, la tortura y la violación de todo derecho humano que rondan la desaparición y posible muerte de la víctima dificultan su recuperación. Ya no es sólo una pérdida repentina, una agonía dolorosa o una muerte traumática, es la soledad angustiada, el espacio clandestino, la detención injusta, ilegítima, ilegal, el encubrimiento del victimario, la transgresión del derecho y la furtividad del hecho.

A diferencia de una muerte donde existe un cuerpo, un funeral y un entierro que permite acercarse a la realidad de la pérdida, en el caso de las desapariciones el primer paso para la recuperación es entender que éstas son consecuencia de la lucha por combatir las estructuras del Estado y la injusticia social, de modo tal que la persona desaparecida, además de víctima, es una figura más del conflicto que enfrenta nuestra sociedad; pero la búsqueda de la verdad abre la puerta hacia el restablecimiento de sus vidas.

2.1.3.5 PERSONAS VÍCTIMAS DE HOMICIDIO

Víctima de homicidio, en estricto sentido, es aquella persona que ha sido privada de la vida, privación que deriva forzosamente de un ilícito penal, entendiendo al delito como una conducta típica, antijurídica y culpable cuya realización causa una alteración grave en la esfera jurídica de la persona, en este caso, la afectación al bien jurídico tutelado *vida* en su consecuente extinción.

El deceso de la víctima directa de homicidio produce perturbaciones en el entorno psicosocial de los familiares y allegados de la víctima, convir-

tiéndolos en víctimas indirectas. En el caso concreto, de conformidad con la Ley General de Víctimas, las personas que adquieren la calidad de víctimas indirectas de homicidio son los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella, víctimas que deberán contar con servicios multidisciplinarios específicos para cada caso en particular, que puedan proporcionar las herramientas básicas para su rehabilitación e interacción social desarrollada con normalidad hasta antes del hecho victimizante.

2.1.3.6 PERSONAS VÍCTIMAS DE TORTURA

Víctima de tortura es, según los tratados internacionales sobre la materia, aquella persona a la que intencionalmente le hayan sido infligidos dolores o sufrimientos físicos o mentales por una o un servidor público o a instigación de éstos, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. También son víctimas de tortura aquellas personas a las que hayan sido aplicados métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.

Las personas víctimas de tortura requieren de una atención integral en materia de salud que abarque la atención tanto médica como psicológica. No es poco común que la tortura deje lesiones permanentes, lo que conlleva un tratamiento especializado y continuo. Es frecuente también que las víctimas de tortura somaticen ciertos dolores a raíz del trauma infligido, lo que conduce a que la atención médica y psicológica sea llevada a cabo de forma coordinada e integral.

Asimismo, según lo establece el *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, mejor conocido como “Protocolo

de Estambul”, la tortura reduce a la persona a un desvalimiento y angustia extremos que puede producir un deterioro de las funciones mentales de la persona, ya que la tortura no busca solamente incapacitar físicamente, sino también desintegrar la personalidad de la víctima. Esto requiere de una atención psicológica brindada por personal capacitado especialmente para dar tratamiento a víctimas de tortura, sin que esto quiera decir que a toda víctima de tortura se dé el mismo tratamiento, ya que la modalidad y temporalidad de la atención deberán ajustarse a las necesidades de la víctima.

Las víctimas de tortura son víctimas del abuso de poder del Estado, por lo que es normal que las víctimas se resistan o definitivamente se nieguen a ser atendidas por las y/o los servidores públicos, ya sea por desconfianza o por temor a revivir eventos traumáticos. Ante todo, debe evitarse que la atención sea proporcionada por las o los servidores públicos pertenecientes a las dependencias a la que están adscritos los presuntos torturadores. En algunos casos, se deberá facilitar que la víctima sea atendida a través de organizaciones de la sociedad civil o instituciones de asistencia privada, cuando la atención a través de las dependencias del Estado resulte inviable.

La atención médica y psicológica a víctimas de tortura debe enmarcarse en un concepto mucho más amplio de rehabilitación, mismo que comprende el acompañamiento psicosocial y otras medidas de asistencia social que tienen implicaciones para el restablecimiento de la salud mental de la víctima.

Por otra parte, debe considerarse que, dado el contexto en el que se comete la tortura en México, muchas víctimas de tortura se encuentran privadas de su libertad como procesadas o sentenciadas. En este sentido, debe poder efectuarse una atención médica y psicológica de emergencia por parte del personal médico del centro de detención en el que se encuentre recluida la víctima, estableciendo que el plan de

atención de salud y la ejecución del mismo sea elaborado e implementado por profesionales externos, a fin de garantizar la especialización en el tratamiento a la víctima.

Por último, en materia de tortura es indispensable que el personal de salud mantenga una comunicación continua con autoridades de procuración de justicia, toda vez que los hallazgos que dicho personal encuentre en la examinación de la víctima son pruebas fundamentales para la investigación respectiva. En este sentido, la atención en salud a víctimas de tortura debe desarrollarse con base en protocolos de actuación del personal de salud para la notificación oportuna de hallazgos a las procuradurías del país.

2.1.3.7 PERSONAS VÍCTIMAS DE DETENCIÓN ARBITRARIA

Se entenderá por víctima de detención arbitraria a aquella persona que ha sido privada de la libertad por un agente del Estado sin que se cumplan con las causas y condiciones establecidas en la ley o que, a pesar de haberse cumplido formalmente los procedimientos, la detención es incompatible con el respeto a los derechos de la persona detenida por ser irrazonable, imprevisible o falta de proporcionalidad. En este sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos señala que el concepto de *arbitrariedad* de la detención no debe confundirse con el de *contrario a ley*, sino que debe interpretarse de manera más amplia a fin de incluir elementos de incorrección, injusticia e imprevisibilidad.³²

Para efectos de las necesidades específicas en salud de las personas detenidas arbitrariamente es indispensable que se considere, entre otras: i) realizar un examen médico y psicológico completo y detallado por personal idóneo y capacitado, en lo posible, del sexo que la víctima indique; ii) se

32 Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso J. vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 27 de noviembre de 2013. Serie C. Núm. 275, párr. 127.

brinde atención médica, sanitaria y psicológica a la víctima, tanto de emergencia como de forma continuada a fin de reducir las consecuencias de la violación de la detención, y iii) establecer registros detallados (certificaciones médicas) integrales de las condiciones físicas en las que se presenta la persona a recibir atención médica.

2.1.3.8 PERSONAS VÍCTIMAS DE SECUESTRO

Las definiciones de víctima de secuestro en la normatividad especializada nacional e internacional son insuficientes; el Manual de Lucha contra el Secuestro de la Organización de las Naciones Unidas³³ la menciona únicamente como “la persona secuestrada”, mientras que la Ley General para Prevenir y Sancionar los Delitos en Materia de Secuestro, Reglamentaria de la Fracción XXI del Artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,³⁴ también llamada ley antisequestro, dice que víctima es “el sujeto pasivo directo de los delitos a que se refiere esta Ley”. Frente a este escenario, la denominación de víctima de la Ley General de Víctimas resulta la menos escueta.

La atención a personas víctimas de secuestro debe considerar, al menos, dos aspectos: la atención psicosocial y la visibilización de impactos.

El tratamiento para restablecer la salud mental debe partir de que el daño psicológico no surgió de la psique (individualidad) de la víctima, sino que tuvo origen fuera de ella, en una agresión que vino de la colectividad, por lo que el componente social debe estar presente en el tratamiento. Al respecto, la terapia de grupo y entre iguales ha mostrado efectos de empoderamiento de la víctima bajo una visión no victimista.

Los efectos del secuestro en las víctimas son amplios y profundos; la responsabilidad de visibilizar sus impactos (destrucción de la identidad, pérdida del estatus, crisis de creencias, pérdida de sentido de la vida, estigmas, subhumanización, etcétera) depende de la calidad de la atención psicosocial brindada. Debe hacerse perceptible, por ejemplo, la duración de secuelas durante décadas de un secuestro expreso realizado en solamente unas horas. Los impactos psicológicos deben develarse plenamente, incluso hasta sus manifestaciones orgánico-fisiológicas (nutrición, excreción, sexo y sueño como las más comunes). Un diagnóstico y tratamiento deficiente repercute, entre otros rubros, en la recuperación, la reparación y el acompañamiento.

Sobre este particular, la atención brindada por las y los profesionales de la salud (física y mental) deberá ir de la mano con la atención jurídica. Es responsabilidad de los servicios de salud comunicar al asesor(a) jurídico(a) tanta información como sea posible, considerando que, a su vez, es responsabilidad de dichos asesores(as) jurídicos(as) saber no sólo qué pasa con el expediente de la víctima, sino qué pasa con la víctima misma.

2.1.3.9 PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN A LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES, CULTURALES Y AMBIENTALES

En términos generales, podemos entender por derechos económicos, sociales, culturales y ambientales aquéllos de tipo social cuyo reconocimiento jurídico principal consta en tratados internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, así como el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de los Estados Americanos. Estos derechos gradualmente han sido reconocidos por

33 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Manual de Lucha contra el Secuestro*, Organización de las Naciones Unidas, 2006.

34 Publicada en el *Diario Oficial* de la Federación de 30 de noviembre de 2010.

un alto porcentaje de países en sus constituciones, aunque siempre han presentado dificultades para su debida protección y justiciabilidad.³⁵

Dentro de este grupo de derechos se pueden señalar el derecho al trabajo (en su concepción social), incluyendo el goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias, derechos sindicales y derecho a la huelga; el derecho a la seguridad social, el derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental, el derecho a un nivel de vida adecuado, el derecho a una alimentación adecuada, el derecho a la educación, el derecho a una vivienda adecuada, el derecho al agua, el derecho a participar en la vida cultural y a los beneficios de la cultura, derecho a la constitución y protección de la familia, los derechos de los niños, niñas y adolescentes, derechos de las personas adultas mayores, derechos de las personas con discapacidad, así como el derecho a un medio ambiente sano, entre otros.

Tomando en consideración la variedad de derechos que se incluyen en este rubro, resulta complicado hacer una caracterización general de la persona que es víctima de violación de los mismos, ya que dependerá del tipo de derecho transgredido, sin embargo, como línea general puede decirse que la afectación a los derechos de tipo social incide, en mayor medida, en grupos de población en situación especial de vulnerabilidad y/o pobreza o marginación, además de que, por lo general, conlleva la imposibilidad o dificultad de gozar y ejercer otro tipo de derechos debido a que recaen en las necesidades básicas de las personas.

35 La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, además de ser pionera en el reconocimiento de derechos de tipo social, paulatinamente ha incorporado algunos de ellos. Por ejemplo, se reconoce el derecho al trabajo, a la educación, a la seguridad social, a la protección de la organización y el desarrollo de la familia; los derechos de los niños, niñas y adolescentes, atendiendo incluso al interés superior de la niñez; el derecho a la protección de la salud; el derecho a la vivienda digna y decorosa; el derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad; el derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible; diversos derechos de carácter cultural; el derecho a un medio ambiente sano para el desarrollo y bienestar de las personas, e, inclusive, el derecho a la cultura física y a la práctica del deporte.

Para efectos del presente Modelo de Atención Integral en Salud, cobra especial relevancia el derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud, el cual puede verse transgredido por la falta de acceso a servicios de salud que gocen de las características de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y calidez; o bien, por las indebidas injerencias en las decisiones individuales relativas a salud, libertad sexual y genésica; también involucra el derecho a que la persona no vea afectada su integridad y estado de salud por actos de terceros, incluyendo los delitos producidos con motivo del ejercicio profesional del personal de salud.

De esta manera, los casos en los que se ha comprometido la salud de las personas requieren que se brinde atención especializada que favorezca las condiciones para recuperarla, en la medida de lo posible, y atender a las necesidades psicológicas que se deriven del hecho particular.

Además, como parte del derecho a un nivel de vida adecuado y al disfrute del nivel más alto posible de salud, deben considerarse los principales factores determinantes de la salud, que a la vez constituyen derechos humanos, como son, el acceso al agua limpia potable, a condiciones sanitarias adecuadas, al suministro o capacidad de obtención de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente sano.

2.1.3.10 PERSONAS VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO INTERNO

Según se desprende de los Principios Rectores de los desplazamientos internos, de la Organización de las Naciones Unidas, “se entiende por desplazados internos las personas o grupos de personas que se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular como resultado o para evitar los efectos de un conflicto armado, de situaciones de violencia generalizada, de

violaciones de los derechos humanos o de catástrofes naturales o provocadas por el ser humano, y que no han cruzado una frontera estatal internacionalmente reconocida”³⁶.

Las problemáticas que aquejan a las personas víctimas de desplazamiento interno forzado son por demás complejas y multifactoriales, pues se generan afectaciones a diferentes aspectos de su vida; al separarlas de su entorno social se pierden vínculos laborales, de amistad, de acceso a servicios de salud, entre otros, además de que se vuelven especialmente vulnerables al ser violentados en sus derechos o ser sujetos pasivos de diferentes delitos, por lo cual se requerirá de una atención integral, en particular cuando se presenten afectaciones en la salud física o mental.

2.1.3.11 PERSONAS VÍCTIMAS EN SITUACIÓN DE MIGRACIÓN

La Ley de Migración define como “migrante: al individuo que sale, transita o llega al territorio de un Estado distinto al de su residencia por cualquier tipo de motivación”.

México es un país de origen, tránsito y destino de la migración, su cercanía con Estados Unidos y la propia situación del país han favorecido el aumento de la migración.

Las personas migrantes irregulares, cada vez con más frecuencia son objeto de vejaciones, delitos y violaciones a sus derechos humanos, al punto que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido en su reciente informe titulado Derechos humanos de los migrantes y otras personas en el contexto de la movilidad humana en México, que:

con relación a la situación de violencia y discriminación que afecta a los migrantes en situación irregular que transitan a través de México, la Comisión observa con suma preocupación que los robos, extorsiones, secuestros, agresiones físicas y psicológicas, abusos sexuales, asesinatos y desapariciones de los que son víctimas, y que ya se advertían desde la primera visita de la Relatoría a México en 2002, no solo han continuado sino que incluso han empeorado de forma dramática con el paso de los años. La Comisión nota que ha habido una expansión de las redes de tráfico de migrantes que funcionan en la región, las cuales se extienden a lo largo de los países de origen y tránsito de los migrantes hasta los países de destino. Sin embargo, respecto a la situación observada en 2002, la principal diferencia, observa la Comisión, ha sido el involucramiento pleno por parte de organizaciones del crimen organizado, en especial carteles del narcotráfico, en actividades relacionadas con el secuestro de migrantes, la trata de personas, el tráfico de migrantes, así como en otros delitos y violaciones a los derechos humanos que cometen al tiempo que realizan los hechos mencionados anteriormente.³⁷

Lo anterior también reclama una atención especializada a las personas migrantes que son víctimas y deberá prestarse especial atención a los casos en que se vea afectada su salud física y/o mental.

2.2 MARCO JURÍDICO

El Modelo de Atención Integral en Salud atiende las necesidades más apremiantes de las víctimas directas, indirectas y potenciales que requieren atención del Estado a consecuencia del hecho victimizante, para su plena inclusión social. Los principales ordenamientos jurídicos en los que se sustenta este Modelo son los siguientes:

36 Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos, Informe del Representante del Secretario General, Francis M. Deng, presentado con arreglo a la Resolución 1997/39. Adición: Principios Rectores de los Desplazamientos Internos. 11 de febrero de 1998, E/CN.4/1998/53/Add.2, Introducción, párr. 2. Disponible en: http://www.acnur.es/PDF/0022_20120416132756.pdf

37 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Derechos humanos de los migrantes y otras personas en el contexto de la movilidad humana en México*, 2013, p. 50. Consultable en <http://www.oas.org/es/cidh/migrantes/docs/pdf/Informe-Migrantes-Mexico-2013.pdf>

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Como se indicó, el artículo 1o. señala las obligaciones a cargo del Estado de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, además deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos.

Por su parte, el artículo 20, apartado C, de la Constitución, establece los derechos de la víctima, destacando el de recibir asesoría jurídica, a que se le proporcione atención médica y psicológica de urgencia desde la comisión del delito y a la reparación del daño.

Además, el artículo 4o. constitucional señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución.

Ley General de Víctimas

Su objeto es establecer las bases que permitan la plena inclusión de las víctimas directas, indirectas y potenciales en un marco de respeto a sus derechos. En su artículo 32 establece que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas definirá y garantizará la creación de un Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial, de educación y asistencia social, el cual deberá contemplar los mecanismos de articulación y coordinación entre las diferentes autoridades obligadas e instituciones de asistencia pública, que conforme al Reglamento de dicha Ley, presten los servicios subrogados a los que ella hace referencia. Este Modelo deberá contemplar el servicio a aquellas personas que no sean beneficiarias de un sistema de prestación social o será complementario cuando los servicios especializados necesarios no puedan ser brindados por el sistema al cual pertenece.

Asimismo, la Ley General de Víctimas establece, en su artículo 26, que:

Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

El artículo 8 de la mencionada Ley refiere que:

Las víctimas recibirán ayuda provisional, oportuna y rápida de acuerdo a las necesidades inmediatas que tengan relación directa con el hecho victimizante para atender y garantizar la satisfacción de sus necesidades de alimentación, aseo personal, manejo de abastecimientos, atención médica y psicológica de emergencia, transporte de emergencia y alojamiento transitorio en condiciones dignas y seguras, a partir del momento de la comisión del delito o de la violación de los derechos o en el momento en el que las autoridades tengan conocimiento del delito o de la violación de derechos. Las medidas de ayuda provisional se brindarán garantizando siempre un enfoque transversal de género y diferencial, y durante el tiempo que sea necesario para garantizar que la víctima supere las condiciones de necesidad inmediata.

Las víctimas de delitos o de violaciones de derechos contra la libertad y la integridad, recibirán ayuda médica y psicológica especializada de emergencia en los términos de la Ley.

Los servidores públicos deberán brindar información clara, precisa y accesible a las víctimas y sus familiares, sobre cada una de las garantías, mecanismos y procedimientos que permiten el acceso oportuno, rápido y efectivo a las medidas de ayuda contempladas en la Ley.

Las medidas de ayuda, asistencia, atención y demás establecidas en los Títulos Segundo, Tercero, Cuarto y Quinto de esta Ley, se brindarán exclusivamente por las instituciones públicas de los gobiernos Federal, de las entidades federativas y municipios, a través de los programas, mecanismos y servicios con que cuenten, salvo en los casos urgentes o de extrema necesidad en los que se podrá recurrir a instituciones privadas.

Por su parte, el artículo 29 menciona que:

Las instituciones hospitalarias públicas del Gobierno Federal, de los estados, del Distrito Federal y de los municipios tienen la obligación de dar atención de emergencia de manera inmediata a las víctimas que lo requieran, con independencia de su capacidad socioeconómica o nacionalidad y sin exigir condición previa para su admisión.

Es por ello que el Modelo de Atención Integral en Salud forma parte de las medidas de ayuda, asistencia, atención, rehabilitación y reparación contempladas en la Ley, en el que se establecen las estrategias que, de forma coordinada, proporcionarán las instituciones y organismos de acuerdo con su competencia.

Ley General de Salud

Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Asimismo, en su artículo 3o., establece como materia de salubridad general la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos en situación de vulnerabilidad.

El artículo 27, fracción III, menciona que para los efectos del derecho a la protección de la salud se

consideran servicios básicos de salud los referentes a la atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

Igualmente, el artículo 171 de dicha Ley establece que los integrantes del Sistema Nacional de Salud deberán dar atención preferente e inmediata a personas menores de edad y ancianos sometidos a cualquier forma de maltrato que ponga en peligro su salud física y mental. Asimismo, darán esa atención a quienes hayan sido sujetos pasivos de la comisión de delitos que atenten contra la integridad física o mental o el normal desarrollo psicosomático de las personas.

Por su parte, el artículo 61 Bis dispone que toda mujer embarazada tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de la Ley General de Salud, con estricto respeto de sus derechos humanos.

Ley de Asistencia Social

Se fundamenta en las disposiciones que en materia de asistencia social contiene la Ley General de Salud, para el cumplimiento de la misma, garantizando la concurrencia y la colaboración de la federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los sectores social y privado.

En su artículo 4o. establece que tienen derecho a la asistencia social las personas y familias que, por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas o sociales requieran de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar, en particular señala que son sujetos de la asistencia social, de manera preferente, las niñas, los niños y los adolescentes en conflicto con la ley penal o víctimas del delito, así como las mujeres víctimas de la comisión de delitos, entre otros.

Ley General de Desarrollo Social

Tiene por objeto garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, asegurando el acceso de toda la población al desarrollo social.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

Establece los tipos y modalidades de violencia contra las mujeres y determina cuáles son las obligaciones que tienen las distintas instituciones respecto de ellas.

El artículo 38 de esta Ley obliga a que el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres³⁸ prevea que las instituciones brinden servicios especializados y gratuitos de atención y protección a las víctimas; mientras que el artículo 51, fracción III, obliga a las autoridades a proporcionar, en sus ámbitos de competencia, atención médica, psicológica y jurídica de manera integral, gratuita y expedita.

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes³⁹

Desarrolla los derechos que la Constitución y los tratados internacionales de los que México es parte les reconoce a las niñas, niños y adolescentes. En particular, el artículo 48 establece la obligación de las autoridades de los tres órdenes de gobierno de “adoptar las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes para lograr el pleno ejercicio

de sus derechos y garantizar su reincorporación a la vida cotidiana”, además, el artículo 49 prevé de manera expresa que:

En los casos en que niñas, niños y adolescentes sean víctimas de delitos se aplicarán las disposiciones de la Ley General de Víctimas y demás disposiciones que resulten aplicables. En todo caso, los protocolos de atención deberán considerar su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez para la implementación de las acciones de asistencia y protección respectivas, así como la reparación integral del daño.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo anterior, el Sistema Nacional de Protección Integral a que se refiere la presente Ley, deberá coordinarse con el Sistema Nacional de Atención a Víctimas, el cual procederá a través de su Comisión Ejecutiva en los términos de la legislación aplicable.

Por otra parte, el artículo 50 desarrolla el contenido del derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de enero de 2014, que transforma a la Procuraduría Social de Atención a las Víctimas de Delitos en la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas

Señala que la naturaleza jurídica de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas es la de ser un organismo descentralizado, no sectorizado, que ejerce las atribuciones que le confiere la Ley General de Víctimas.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

Según el texto reformado, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de marzo de 2014, donde se adiciona un Capítulo IX Bis,

38 El Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018, se publicó en el *Diario Oficial* de la Federación de 30 de abril de 2014.

39 Publicada en el *Diario Oficial* de la Federación el 4 de diciembre de 2014.

denominado “De la Atención Médica a Víctimas”, se establece la obligatoriedad de la prestación de los servicios de atención médica a víctimas, incluyendo emergencias médicas, odontológicas, quirúrgicas y hospitalarias.

En virtud de lo dispuesto por dicho Capítulo, se fortalece la prestación de los servicios de atención médica en beneficio de las personas en situación de víctimas. Refiere que, en caso de emergencia médica, los establecimientos para la atención médica del sector público estarán obligados a brindar a la víctima los servicios a que se refiere el artículo 30 de la Ley General de Víctimas, tales como hospitalización, material médico quirúrgico, medicamentos, honorarios médicos, servicios de análisis médicos, laboratorios e imágenes diagnósticas; transporte y ambulancia, servicios de atención mental, servicios odontológicos reconstructivos, servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por ley, así como la atención para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas. Todo ello con independencia de la capacidad socioeconómica o nacionalidad de la persona en situación de víctima y sin que se pueda condicionar su prestación a la interposición de la denuncia o querrela, según corresponda, sin perjuicio de que con posterioridad se les reconozca tal carácter en términos de las disposiciones aplicables.

Es importante hacer mención que en el artículo transitorio segundo del Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el *Diario Oficial* de la Federación de 24 de marzo de 2014, se establece que las erogaciones que se generen con motivo de la entrada en vigor de dicho Decreto se realizarán con cargo al presupuesto autorizado, para tal fin, a la Secretaría de Salud o a las entidades de la Administración Pública federal que correspondan.

Reglamento de la Ley General de Víctimas⁴⁰

Detalla cuestiones sustantivas y operativas de las diversas medidas de ayuda, atención, asistencia y protección a las personas en situación de víctimas, regula la coordinación entre autoridades y al Sistema Nacional de Atención a Víctimas, detalla las atribuciones de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas; dispone la creación del Modelo Integral de Atención a Víctimas y la inclusión en éste del presente Modelo de Atención Integral en Salud, entre otras cosas.

2.3 MARCO PROGRAMÁTICO

2.3.1 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013–2018⁴¹

La Ley General de Víctimas establece, en su artículo 114, fracción II, que al Gobierno federal le corresponde formular y conducir la política nacional integral para reconocer y garantizar los derechos de las víctimas.

En este marco, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), establece en su meta nacional “México en Paz”, Objetivo 1.5 “Garantizar el respeto y protección de los derechos humanos y la erradicación de la discriminación”, la estrategia de proporcionar servicios integrales a las víctimas de delitos y, dentro de ésta, las líneas de acción siguientes:

- » Coadyuvar en el funcionamiento del nuevo Sistema Nacional de Atención a Víctimas en el marco de la Ley General de Víctimas;
- » Promover el cumplimiento de la obligación de reparación del daño a las víctimas del delito y de violaciones de derechos humanos;

40 Publicado en el *Diario Oficial* de la Federación de 28 de noviembre de 2014.

41 Publicado en el *Diario Oficial* de la Federación de 20 de mayo de 2013.

- » Fortalecer el establecimiento en todo el país de los medios alternativos de solución de controversias;
- » Establecer mecanismos que permitan al órgano de asistencia jurídica federal de atención a víctimas, proporcionar sus servicios en forma estandarizada, organizada y coordinada, y
- » Promover la participación y establecer los mecanismos de coordinación con instituciones públicas y privadas que intervienen en la prestación de servicios a víctimas directas e indirectas.

De igual manera, el citado PND, en la meta “México Incluyente”, Objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud”, estrategia 2.3.3, prevé “mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad”; señalando como una de sus líneas de acción “impulsar el enfoque intercultural de salud en el diseño y operación de programas y acciones dirigidos a la población”.

En concordancia con el PND, el Modelo de Atención Integral en Salud forma parte de una política pública que implica la articulación de esfuerzos interinstitucionales para garantizar el goce efectivo de los derechos de las víctimas; contribuye a construir una política nacional de atención y reparación integral a las víctimas de delito o de violaciones a derechos humanos, mediante un proceso de edificación conjunta

que permite diseñar e implementar una acción transformadora y emprender una adecuación institucional que haga posible la garantía de los derechos de las personas en situación de víctimas, en el marco de la reparación.

2.3.2 PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2013-2018⁴²

Este Programa, en correspondencia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece en su Objetivo 2 “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad”, en cuya estrategia 2.1.7 se prevé brindar atención médica, psicológica y servicios integrales a las víctimas asegurando que se respeten sus derechos humanos.

2.3.3 PROGRAMA INTEGRAL PARA PREVENIR, ATENDER, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES 2014-2018⁴³

Obliga a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a promover y ampliar servicios gratuitos y accesibles de atención con enfoque diferencial y especializado para mujeres, conforme a lo dispuesto en su línea de acción 3.1.1, y a promover que los protocolos interinstitucionales de atención a las víctimas de violencia que se elaboren tengan perspectiva de género, de acuerdo con lo previsto en su línea de acción 3.1.6.

42 Publicado en el *Diario Oficial* de la Federación de 12 de diciembre de 2013.

43 Publicado en el *Diario Oficial* de la Federación de 30 de abril de 2014.

2.3.4 PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOCIAL 2014-2018⁴⁴

Se funda en el principio de asistencia social orientado a mejorar las circunstancias socioeconómicas y la protección física y mental de la persona y la familia que se encuentren en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y/o mental para lograr su desarrollo integral y su incorporación a una vida plena y productiva.

Este Programa prevé en su Objetivo 2 “Salvaguardar los derechos de las niñas, niños y adolescentes y coordinar acciones que contribuyan al respeto, protección, atención y ejercicio efectivo de los mismos”, Estrategia 2.1 “Implementar alternativas que propicien la salvaguarda de los derechos de niñas, niños y adolescentes”, la línea de 2.1.8 para coadyuvar en el resguardo y protección de menores de edad víctimas del delito y de aquéllos que sufren abandono y maltrato, además de establecer una estrategia dedicada a producir información en materia de asistencia social con alcance nacional e internacional.

Asimismo, el Objetivo 6 “Impulsar la profesionalización, modelos innovadores y formulación de la Norma Oficial Mexicana (NOM) que aseguren la calidad de los servicios de asistencia social”, prevé como Estrategia 6.3 “Producir información en materia de asistencia social con alcance nacional e internacional”.

44 Publicado en el *Diario Oficial* de la Federación de 30 de abril de 2014.

3 | DIAGNÓSTICO

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en su Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2013 (Envipe)⁴⁵, estima que en el año 2012 hubo en el país 21 603 990 víctimas de algún delito, lo que equivale a una tasa de 27 337 víctimas por cada 100 000 habitantes de 18 años y más.

La Envipe estima que durante 2012 se generaron 27 769 447 delitos asociados a 21 603 990 víctimas, esto es 1.3 delitos por víctima. La tasa de delitos es de 35 139 por cada 100 000 habitantes de 18 años y más.

Dicha encuesta revela que la población de 18 años y más a nivel nacional manifiesta como su principal preocupación el tema de la inseguridad (57.8 %), seguido del desempleo (46.5 %) y la pobreza (33.7 %). Es importante señalar que esta encuesta capta únicamente delitos del fuero común ocurridos durante 2012 a hogares y a personas de 18 años y más.

Según se desprende del Informe de víctimas de homicidio, secuestro y extorsión que presenta el Centro Nacional de Información del Sistema Nacional de Seguridad Pública, de enero a agosto de 2014 se tienen contabilizadas 24 531 víctimas del delito de homicidio, 1410 por secuestro y 4540 de extorsión.⁴⁶ Esto constituye apenas un ejemplo de la situación de diversos procesos de victimización en nuestro país.

Asimismo, de conformidad con la entonces llamada Procuraduría Social de Atención a las Víctimas de

Delitos (Províctima), en el periodo comprendido de octubre de 2011 al mes de noviembre de 2013, atendió a 22 870 personas de manera presencial, a quienes se les proporcionaron 257 693 servicios.⁴⁷

Los delitos de los que han sido víctimas la mayoría de las personas que solicitaron los servicios de la entonces Províctima fueron: violencia familiar (26 %), desaparición de persona(s) (14.3 %), homicidio (8.9 %), violación (7.9 %) y secuestro (7.1 %).⁴⁸

Por su parte, los servicios médicos de la misma institución reportaron que en el mismo periodo se les otorgó atención médica en las oficinas centrales a un total de 3308 víctimas, de las cuales, 68 % correspondieron a mujeres y 32 % a hombres. Del total general, 78 % de los servicios médicos proporcionados fueron a víctimas directas y 22 % a víctimas indirectas.

Es importante señalar que el episodio y trastorno depresivo, la hipertensión arterial, trastornos abdominales del aparato digestivo (principalmente colitis), complicaciones de diabetes tipo II y trastornos alimenticios fueron las principales patologías de atención médica por las que acudieron las víctimas.⁴⁹

Por su parte, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos reporta que:

Durante 2013 se recibieron y clasificaron 45,972 escritos de quejosos y de algunos Organismos Locales de Protección a los Derechos Humanos. De este total, 23,716 dieron origen a 9,008 expedientes de queja, 8,167 de orientación directa, 6,115 de remisión y 426 de inconformidad. Los restantes 22,256 escritos

45 Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Boletines/Boletin/Comunicados/Especiales/2013/septiembre/comunica15.pdf>.

46 Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, *Informe de víctimas de homicidio, secuestro y extorsión 2014*, corte informativo al 19 de septiembre de 2014, consultable en [http://www.secretariadoejecutivo.snspp.gob.mx/work/models/SecretariadoEjecutivo/Resource/1406/1/images/publicacionvictimasago14\(1\).pdf](http://www.secretariadoejecutivo.snspp.gob.mx/work/models/SecretariadoEjecutivo/Resource/1406/1/images/publicacionvictimasago14(1).pdf).

47 Procuraduría Social de Atención a las Víctimas de Delitos, Boletín B091/2013, 19 de diciembre de 2013.

48 Ídem.

49 Información estadística elaborada por la Dirección de Servicios Médicos de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

se refieren a otro tipo de documentos, entre los que destacan las aportaciones de los quejosos para la integración de dichos expedientes. El total de las quejas corresponde a 143,819 víctimas y quejosos de violaciones a los Derechos Humanos.⁵⁰

De igual manera, se indicó que:

Del universo de quejas presentadas sobresalen:

Las 3,842 promovidas en contra de las autoridades del sector seguridad (Policía Federal, Procuraduría General de República, Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina) en relación con hechos violatorios como detención arbitraria; trato cruel, inhumano o degradante; incumplimiento de alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste; intimidación, y empleo arbitrario de la fuerza pública, entre otros.

Las relacionadas con violaciones al derecho a la salud, 1,660 en contra del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y 536 en contra del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) sumaron 2,196, por hechos violatorios consistentes en su mayoría en omitir proporcionar atención médica, obstaculizar o negar las prestaciones de seguridad social, negligencia médica y omitir suministrar medicamentos, entre otros.

Destacan también las 599 de la Secretaría de Educación Pública, las 454 del Instituto Nacional de Migración y las 432 quejas en contra de la Comisión Federal de Electricidad. Por su parte, la CNDH inició de oficio 84 quejas, entre las que se encuentran la investigación de hechos relacionados con las personas migrantes, así como agravios a periodistas y defensores civiles de los Derechos Humanos.⁵¹

3.1 PROBLEMÁTICA DE ATENCIÓN

Nuestro país cuenta con una infraestructura en servicios de salud, incluyendo los servicios para aquellas personas que cuentan con algún tipo de seguridad social que permite otorgar servicios de calidad. Sin embargo, la sobredemanda de atención ha generado saturación en áreas de urgencia y consulta externa en el sistema público de salud.

Esto ha creado, de manera indirecta, las siguientes problemáticas:

- » Retrasos en tiempo de atención;
- » Citas espaciadas y prolongadas para ser valorados por especialistas;
- » Citas prolongadas para toma de muestra o estudios de laboratorio, gabinete o imagenología, y
- » Tiempo de espera mayor al que la OMS considera adecuado en áreas de urgencia.

Además, otra situación que se observa es que no existe una coordinación vinculatoria interinstitucional que brinde a las víctimas del delito y de violaciones a derechos humanos un esquema integral que les permita, a corto plazo, su recuperación e integración social.

Por lo anterior, el artículo 34 de la Ley General de Víctimas dispone que, además de las medidas de emergencia en materia de asistencia y atención médica, psicológica, psiquiátrica y odontológica, la víctima tendrá todos los derechos establecidos por la Ley General de Salud para los usuarios de los servicios de salud, además de derechos adicionales, como son los siguientes:

- » A que se proporcione gratuitamente atención médica y psicológica de calidad en cualquiera de los hospitales públicos federales, estatales, del Distrito Federal y municipales, de acuerdo

50 Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Informe de Actividades, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013*, México, 2014, p. 16, consultable en http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/informes/anales/2013_i.pdf.

51 *Ibidem*, p. 17.

a su competencia, cuando se trate de lesiones, enfermedades y traumas emocionales provenientes del delito o de la violación a los derechos humanos sufridos por ella. Estos servicios se brindarán de manera permanente cuando así se requiera y no serán negados, aunque la víctima haya recibido las medidas de ayuda que se establecen en la Ley General de Víctimas, las cuales, si así lo determina el médico, se continuarán brindando hasta el final del tratamiento;

- » Los gobiernos federal, estatales y del Distrito Federal, a través de sus organismos, dependencias y entidades de salud pública, así como aquellos municipios que cuenten con la infraestructura y la capacidad de prestación de servicios deberán, en el marco de sus competencias, otorgar citas médicas en un periodo no mayor a ocho días a las víctimas que así lo soliciten, como lo marca la Ley. Tratándose de atención de emergencia la atención será inmediata;
- » Una vez realizada la valoración médica general o especializada, según sea el caso, y la correspondiente entrega de la receta médica, se hará la entrega inmediata de los medicamentos a los cuales la víctima tenga derecho y requiera según indicación médica. Además, se le canalizará con los especialistas necesarios del modelo de atención convencional y, en su caso, de otros modelos clínicos terapéuticos de eficacia comprobada para el tratamiento integral, si así hubiese lugar;
- » Se le proporcionará material médico quirúrgico, incluida prótesis y demás instrumentos o aparatos que requiera para su movilidad conforme al dictamen dado por el médico especialista en la materia, así como los servicios de análisis médicos, laboratorios e imágenes diagnósticas y los servicios odontológicos reconstructivos que requiera por los daños causados como consecuencia del hecho punible o la violación a sus derechos humanos;
- » Se le proporcionará atención permanente en salud mental en los casos en que, como consecuencia del hecho victimizante, quede gravemente afectada psicológica y/o psiquiátricamente;
- » La atención materno-infantil permanente, cuando sea el caso, incluyendo programas de nutrición;
- » A toda víctima de violación sexual o de cualquier otra conducta que afecte su integridad física o psicológica, se le garantizará el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la víctima.

Asimismo, se realizará práctica periódica de exámenes y tratamiento especializado, durante el tiempo necesario para su total recuperación y conforme al diagnóstico y tratamiento médico recomendado; en particular, se considerará prioritario para su tratamiento el seguimiento de eventuales contagios de enfermedades de transmisión sexual y del virus de inmunodeficiencia humana, y

- » En cada una de las entidades públicas que brinden servicios, asistencia y atención a las víctimas se dispondrá de personal capacitado en el tratamiento de la violencia sexual con un enfoque transversal de género.

Para garantizar lo anterior, la Ley General de Víctimas dispone que es la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas la que definirá y garantizará la creación de un Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial, de educación y asistencia social, el cual deberá contemplar los mecanismos de articulación y coordinación entre las diferentes autoridades obligadas e instituciones de asistencia pública que conforme al Reglamento de la Ley presten los servicios subrogados a los que ella hace referencia. Este Modelo deberá contemplar el servicio a aquellas personas que

no sean beneficiarias de un sistema de prestación social o será complementario cuando los servicios especializados necesarios no puedan ser brindados por el sistema al cual pertenece.

El presente Modelo de Atención Integral en Salud atiende a las disposiciones legales antes indicadas.

3.2 VÍNCULOS ENTRE LAS VÍCTIMAS, GRUPOS Y CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS

3.2.1 VÍCTIMA Y GÉNERO

La violencia contra las mujeres, generalmente, tiene su base en la discriminación de género, y sucede, sobre todo, en las relaciones de poder en el entorno de la vida privada. La magnitud de esta violencia se vislumbra alta, con base, primordialmente, en datos del INEGI que se proporcionan a continuación:⁵²

- » En México mueren diariamente, por causas violentas, un promedio de cerca de 30 mujeres; poco más de 23 por accidentes y 6 por homicidios y suicidios. Una de cada cinco muertes violentas femeninas sucede en el hogar; nueve de cada 100 mujeres de 15 años y más que conviven con su pareja son objeto de agresiones físicas cometidas por esa pareja; 8 de cada 100 padecen violencia sexual,⁵³ y 63 de cada 100 mujeres de 15

años y más han padecido algún incidente de violencia, proveniente de su pareja o de otra u otras personas.⁵⁴

- » La mitad de los suicidios son de jóvenes de 10 a 29 años de edad, particularmente mujeres, y el 63.5 % de las mujeres suicidas son menores de 29 años.⁵⁵
- » De cada 100 mujeres de 15 años de edad y más que han tenido pareja o esposo, 47 han vivido violencia emocional, económica, física o sexual durante su actual o última relación. Las agresiones más ampliamente experimentadas por las mujeres son de carácter emocional; 43.1 % ha vivido, al menos una vez a lo largo de su relación, insultos, amenazas, humillaciones y otras ofensas psicológicas o emocionales. Cerca de la mitad de las mujeres actualmente casadas o unidas ha sido agredida por su pareja o esposo al menos una vez durante su vida en común (44.8 %).⁵⁶

- » Entre las mujeres de 50 años de edad y más se ubica la mayor proporción de quienes han enfrentado agresiones físicas y sexuales; el 10 % de las mujeres casadas o unidas ha tenido dos o más uniones o matrimonios, y son las más agredidas por sus actuales parejas o esposos. Sólo el 25 % de las mujeres casadas o unidas que padecieron violencia física y/o sexual proveniente de su pareja recurrió a alguna autoridad en busca de apoyo.⁵⁷ Se estima que 1.2 millones de mujeres actual o anteriormente casadas o unidas enfrentaron violencia física muy grave o extrema que puso en riesgo su vida.⁵⁸ El 21 % de las mujeres que sufrieron violencia física y/o sexual ha pensado en suicidarse

52 Marcela Lagarde ha planteado, con base en los resultados del Diagnóstico elaborado por la Comisión Especial de Femicidios de la Cámara de Diputados con datos proporcionados por las procuradurías de justicia, que una gran cantidad de muertes de mujeres, debido a los datos que se registran sin que medie perspectiva de género alguna, no son reconocidas como muertes provocadas por la violencia de género. Cfr. Bullen, Margarte y Diez Mintegui, Carmen (coords.), "Antropología, feminismo y política: Violencia feminicida y derechos humanos de las mujeres", *Retos teóricos y nuevas prácticas*, disponible en http://www.femicidio.cl/jspui3/bitstream/123456789/456/1/femicidio_DDHH_Lagarde.pdf.

53 INEGI, Estadísticas a propósito del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres 2005. Datos nacionales; Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (Envim) 2003, y Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) 2003, disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2005/violencia05.pdf>.

54 INEGI, "Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer 2013", ENDIREH-2011.

55 Ídem.

56 Ídem.

57 Ídem.

58 Ídem.

(12 %) o lo ha intentado (9 %) y el 2.2 % de quienes sufrieron violencia emocional, tuvieron ideas o intento de suicidio.⁵⁹

3.2.2 VÍCTIMA Y NIÑEZ

Es válido afirmar que la violencia contra las niñas, niños y adolescentes tiene un origen discriminatorio, ya que éstos, en muchas ocasiones, no son reconocidos como personas con derechos humanos, lo cual lleva a que la violencia en su contra sea, contra natura y derecho, socialmente aceptada y, por tanto, generalizada.

Se trata de una violencia que tiene múltiples formas, todas éstas cometidas con abuso de poder que da al adulto la dependencia de los NNA mientras se desarrollan, y que van desde el abandono (falta de apoyo para que estudien, de atención médica, de cuidados de toda suerte) hasta la explotación y el maltrato emocional y físico. Así, la información censal nos deja ver lo siguiente:

- » En 2010 el 3.6 % de la población de 8 a 14 años no sabía leer ni escribir y el 29.6 % de esta población no asistía a la escuela;⁶⁰ en 2009 uno de cada diez niños (10.7 %) de 5 a 17 años forman parte de la población ocupada.⁶¹
- » De las adolescentes solteras de 15 a 17 años, un 34.9 % declaró haber sido objeto de al menos un incidente de violencia cometida por su pareja. El porcentaje asciende a 39.5 % entre las adolescentes casadas o en unión libre.⁶²

- » El 11.5 % de las niñas declararon que sus compañeros de escuela les habían pegado alguna vez.⁶³
- » El Módulo de Trabajo Infantil 2013 del INEGI, reporta que los niños y adolescentes hombres que cubren la triple jornada (trabajo, estudio y quehaceres domésticos) representan el 5 % de 14.9 millones, mientras que las niñas y adolescentes mujeres que cubren la triple jornada son 3.5 % de 14.3 millones. Indica también que 20.1 millones de niños, niñas y adolescentes realizan actividades domésticas, de los cuales 47.3 % son niños y 52.7 % niñas.

3.2.3 VÍCTIMA Y FAMILIA

La experiencia en la atención a víctimas ha demostrado que existen diversos impactos que alteran la relación del núcleo familiar, social y su entorno. El hecho victimizante puede originar desintegración familiar y agudizar diversas expresiones de violencia intrafamiliar.

También esto genera cambios en los roles y la participación en la generación de ingresos, alteraciones en los sistemas de comunicación intrafamiliar y la movilización de sentimientos negativos como la culpa. Todas estas afectaciones van más allá de los daños materiales ocasionados, causando en las víctimas directas e indirectas pérdida de proyectos de desarrollo, desconfianza, inseguridad grupal, sensación de miedo y confusión en torno al hecho victimizante, sentimientos de pérdida, intentos infructuosos de compensación, terror a que el hecho se repita, distanciamiento afectivo, sentimiento de soledad, deserción escolar, decremento en ingresos, deterioro de la salud por abandonar tratamientos médicos previamente establecidos, emergencia de los recursos ideológicos y de sus propios esquemas acerca de la vida y de las relaciones sociales.

59 Ídem.

60 INEGI, Estadísticas a propósito del Día del Niño. Datos nacionales, en CENSO 2010.

61 INEGI, Estadísticas a propósito del Día del Niño. Datos nacionales, en Módulo de Trabajo Infantil 2009 de la Encuesta de Ocupación y Empleo (ENOE).

62 INEGI, Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Niña. Datos nacionales, en ENDIREH 2011.

63 INEGI, Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Niña. Datos nacionales, en ENADIS 2010.

Por otra parte, no debe perderse de vista que, en muchos casos, el hecho victimizante también es producido dentro del propio entorno familiar, como se indicó previamente.

3.2.4 VÍCTIMA, POBREZA Y MARGINACIÓN

Las dimensiones para la medición de la pobreza, están íntimamente relacionadas con el grado de disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales toda vez que se basan en el ingreso corriente per cápita, el rezago educativo promedio en el hogar, el acceso a servicios de salud, el acceso a seguridad social, la calidad y espacios de la vivienda, el acceso a servicios básicos en la vivienda, así como el acceso a la alimentación y el grado de cohesión social.

Lo anterior, de conformidad con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval)⁶⁴, el cual indica que en 2012 había 53.3 millones de personas pobres en México, y que de 2010 a 2012 la población en pobreza extrema se redujo de 13 millones de personas a 11.5 millones.⁶⁵

Por su parte, la marginación ha sido definida como “un fenómeno multidimensional y estructural originado, en última instancia, por el modelo de producción económica expresado en la desigual distribución del progreso, en la estructura productiva y en la exclusión de diversos grupos sociales, tanto del proceso como de los beneficios del desarrollo. De esta manera, la marginación se asocia a la carencia de oportunidades sociales

y a la ausencia de capacidades para adquirirlas o generarlas, pero también a privaciones e inaccesibilidad a bienes y servicios fundamentales para el bienestar. En consecuencia, las comunidades marginadas enfrentan escenarios de elevada vulnerabilidad social cuya mitigación escapa del control personal o familiar, pues esas situaciones no son resultado de elecciones individuales, sino de un modelo productivo que no brinda a todos las mismas oportunidades”⁶⁶. De igual manera, para la medición de la marginación se toman en cuenta indicadores socioeconómicos relacionados con la educación, vivienda, distribución de la población y los ingresos.

La pobreza y la marginación guardan una estrecha relación con los diferentes tipos de victimización. En particular, respecto de los derechos económicos, sociales y culturales, “algunos grupos sufren de forma desproporcionada, como por ejemplo personas de bajos ingresos, mujeres, pueblos indígenas y tribales, poblaciones en situaciones de ocupación, personas que buscan asilo, refugiados y desplazados internos, minorías, personas mayores, niños, campesinos sin tierra, personas con discapacidad y los desamparados”⁶⁷.

3.2.5 VÍCTIMA Y EDUCACIÓN

No se cuenta con cifras oficiales claras sobre la relación entre la escolaridad y la victimización, si bien en cierto tipo de delitos de carácter patrimonial hay recurrencia en personas de baja escolaridad, esto no es una constante en otro tipo de delitos.⁶⁸

64 Coneval, *Medición de la pobreza en México y en las entidades federativas 2012*, Resumen ejecutivo Primera parte, 29 de julio de 2013, consultable en http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Resumen_ejecutivo.aspx.

65 Ídem. “La población en pobreza es la que tiene al menos una carencia social y percibe un ingreso inferior a la línea de bienestar, cuyo valor equivale al costo de las canastas alimentaria y no alimentaria juntas. Se considera que se encuentran en pobreza extrema las personas que tienen tres o más carencias sociales y perciben un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo, es decir, tienen un ingreso total que es menor al costo de la canasta alimentaria básica”.

66 Consejo Nacional de Población, *Índice absoluto de marginación 2000-2010*, México, 2013, p. 11.

67 *Directrices de Maastricht sobre Violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, 1997.

68 “Se aprecia tanto en 2007 como en 2008 que a mayor el grado de estudios, mayor es la tendencia o probabilidad de ser víctima. Entre las personas que tienen más de primaria hasta preparatoria o equivalente, en 2008 el promedio de victimización fue de 13.2 % cuando entre las personas que a lo más tienen primaria el promedio de victimización resultó de 5.9 %; por otra parte, la victimización de personas que tienen más de preparatoria en el mismo año, fue de 18.7 %, cuando el promedio nacional

Por otra parte, debe considerarse que un efecto recurrente que se presenta como consecuencia de algunas clases de delitos o por la violación de derechos humanos es la deserción escolar. En muchos casos, la afectación psicológica sufrida genera la falta de ánimo y disposición para estudiar; en otros, ante la pérdida, desaparición o secuestro de un familiar se hace necesario ingresar a la vida laboral o bien se requiere llevar a cabo gestiones de búsqueda, trámites legales, entre otras cuestiones que generan el abandono de los estudios.

Por lo anterior, en aplicación de un modelo de atención psicosocial, se debe proveer a la víctima atención psicológica para que supere las consecuencias del hecho victimizante y, a la vez, ofrecerle alternativas para continuar con sus estudios, cuando sea el caso; de igual manera se debe favorecer su inclusión en actividades de carácter cultural, de capacitación o educación no escolarizada y realizar acciones para generar proyectos de vida nuevos, todo encaminado a lograr su recuperación integral.

3.2.6 VÍCTIMA Y TRABAJO

La victimización sucede tanto a personas ocupadas como desocupadas laboralmente.⁶⁹ Sin duda, el trabajo es un factor muy importante en el desarrollo de cualquier persona y éste puede verse afectado como consecuencia del delito o de la violación de derechos humanos.

es de 11.5 %. [...]De ninguna manera se debe interpretar estos planteamientos como de causa y efecto, sino más bien como tendencias o asociaciones que nos ayudan a conocer y describir el comportamiento de la victimización". Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad A. C., *Victimización, incidencia y cifra negra en México. Análisis de la ENSI-6/2009*, pp. 26–27.

69 "Al examinar la victimización por condición de actividad se aprecia que tanto en 2007 como en 2008 entre las personas que trabajan y las desocupadas no hay diferencia, sin embargo, los inactivos son menos victimizados que las personas en las otras clasificaciones según su actividad. Mientras que en 2008 la victimización de las personas que trabajan fue de 13.1% y de las personas desocupadas fue de 13.5%, sólo el 8.5% de los inactivos fue victimizado". *Ibidem*, p. 28.

Según indica el INEGI, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, en el segundo trimestre del 2014, se contabilizan 2 539 069 personas desocupadas.⁷⁰ Sin embargo, se carece de datos oficiales precisos para conocer cuántas personas víctimas han perdido su fuente de trabajo, aunque puede señalarse que es muy común que esto suceda.

En tal sentido, una atención integral a las víctimas debe tener presente esta problemática y, por tanto, favorecer la inclusión de las víctimas en programas sociales tendentes a favorecer su incorporación o reincorporación al sector laboral, o bien a proyectos de carácter productivo con la intención de coadyuvar a su plena recuperación, la reconstrucción de lazos sociales y su mejoramiento económico.

3.2.7 VÍCTIMA Y SALUD

La protección de la salud es un derecho consagrado en nuestra Constitución, sin embargo, tradicionalmente ha enfrentado dificultades para su garantía y, sobre todo, para lograr una respuesta judicial efectiva ante su violación.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha señalado que:

El derecho a la protección de la salud, reviste serios problemas derivados, por un lado, del incumplimiento en que incurren de manera reiterada las autoridades que no permiten garantizar, en un gran número de casos, la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de dichos servicios. Por otra parte, existen retos como por ejemplo, la falta de médicos, especialistas y personal de enfermería necesarios; la falta de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y otorgar tratamientos adecuados a las enfermedades; y, la ineficiencia de las áreas contenciosas para recuperar los adeudos

70 INEGI, "Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo", *Boletín de prensa núm. 352/14*, 13 de agosto de 2014, p. 4.

por conceptos de créditos fiscales en favor de los institutos nacionales.

El tema de salud, resulta prioritario para la CNDH, ya que dos de cada diez principales hechos violatorios de los que conoce esta Institución, están vinculados con el derecho a la protección de la salud: 6,063 quejas relacionadas con la omisión de proporcionar atención médica y 3,454 por negligencia médica.⁷¹

Además de lo anterior, en las personas que han sido víctimas de otro tipo de violaciones a sus derechos humanos o bien del delito, la salud se ve deteriorada por el mismo hecho victimizante o por la limitación al acceso de servicios de salud. Es por ello que la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud se ocupará de diversas facetas, desde un enfoque psicosocial, con lo cual se pretende evitar la revictimización y las posibles consecuencias en su salud mental, además, se desarrollarán mecanismos para mitigar los efectos ocasionados por la violación de sus derechos, transformando sus condiciones de salud en potenciales de fortalecimiento. Estos procedimientos están encaminados a garantizar una atención diferencial, oportuna, integral y con calidad a las víctimas, estableciendo así un marco institucional estandarizado para brindarles una respuesta integral en salud, que responda a sus condiciones particulares y que tenga en cuenta la magnitud de las distintas afectaciones físicas y emocionales.

3.2.8 VÍCTIMA Y DISCAPACIDAD

La Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicada en el *Diario Oficial* de la Federación el 30 de mayo de 2011, define a la persona con discapacidad como toda persona que, 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, pueden impedir su inclusión plena y efectiva en igualdad de condiciones con los demás.

La Encuesta Mundial de Salud indica que la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de bajos ingresos que en los de mayores ingresos; las personas en el quintil más pobre, las mujeres y las personas adultas mayores también presentan una mayor prevalencia de la discapacidad; las personas con pocos ingresos, sin trabajo o con poca formación académica tienen mayor riesgo de discapacidad; la encuesta revela que las niñas y los niños de las familias más pobres y los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que las demás niñas y niños.⁷²

El Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011 aporta información sustantiva de los obstáculos a que se enfrenta la población con discapacidad, entre las que señala que el diseño de políticas no siempre tiene en cuenta sus necesidades, o bien no cumplen las normas existentes y, por otra parte, las personas con discapacidad son particularmente vulnerables a las deficiencias que presentan los servicios tales como la atención de salud, la rehabilitación y la asistencia social.⁷³

La información del Censo de Población y Vivienda 2010 reveló que en México existen 5 739 270 personas con algún tipo de discapacidad, es decir, el 5.13 % de la población total del país presentaba, en ese entonces, algún tipo de discapacidad. La distribución porcentual por sexo es muy semejante: 5.15 % de los hombres reportó tener alguna limitación y 5.10 % las mujeres.

71 Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Agenda Nacional de Derechos Humanos 2013, p. 17, consultable en http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/conocenos/Agenda_2013_1.pdf.

72 Cfr. OMS, *Resumen del Informe Mundial sobre la Discapacidad*, OMS y Banco Mundial, 2011, p. 8, consultable en http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf.

73 *Ibidem*, pp. 9-11.

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH-2012) señala que las personas con problemas para caminar es el tipo de discapacidad de mayor presencia (57.5 %), con dificultades para ver (32.5 %), oír (16.5 %), hablar o comunicarse (8.6 %), mental (8.1 %), atender el cuidado personal (7.9 %) y poner atención (6.5 %). La distribución es relativamente igual entre mujeres y hombres, aunque éstos presentan una frecuencia más alta en comunicarse o hablar, poner atención o aprender. Por grupo de edad se observan diferencias importantes en la distribución de los tipos de dificultad. En los adultos mayores las dificultades para caminar, ver y oír aumentan (en algunos casos son hasta dos veces más altas que para niños y jóvenes); en cambio, en los niños y jóvenes las discapacidades para hablar, poner atención y mental tienen un lugar importante (en algunos casos 2 y 4 veces más altas que en los adultos). Lo que evidencia cómo los cambios en el ciclo de vida también son un factor importante en el riesgo de adquirir algún tipo de discapacidad.

Esta encuesta determinó que la principal causa de discapacidad entre el total de dificultades reportadas son la enfermedad (38.5 %), la edad avanzada (31 %), el nacimiento (15 %) y los accidentes (12 %). La distribución es relativamente igual para hombres y mujeres, aunque los varones reportan porcentajes más altos en discapacidad por accidentes (15.3 %) y nacimiento (18.2 %) y las mujeres en edad avanzada (35.6 %) y enfermedad (39.6 %). Por grupo de edad, es claro que en los niños y jóvenes la discapacidad a consecuencia de un problema antes o durante el nacimiento es el origen principal y considerablemente más alta que en los adultos y las personas adultas mayores, ya que representa la causa del 68.9 % y 53.9 % de los casos, respectivamente. Mientras que en

los adultos y las personas adultas mayores la enfermedad y la edad es el factor detonante. En las personas adultas mayores el 50.9 % de las discapacidades tienen por origen la edad avanzada.

El número de personas con discapacidad está creciendo debido al envejecimiento de la población, lo que conlleva un mayor riesgo de discapacidad, así como al incremento de problemas crónico degenerativos de salud asociados a discapacidad como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales.

De acuerdo con los datos generados por el Censo de Población y la ENIGH 2012, México cuenta con datos epidemiológicos que permiten conocer el número de personas con algún tipo de discapacidad, sin embargo, no se cuenta con el detalle del porcentaje de personas con discapacidad víctimas de delito o de violación a sus derechos.

A este respecto, el trabajo del Registro Nacional de Víctimas al que hace referencia la Ley General de Víctimas permitirá recabar información del número de personas con discapacidad que han sido víctimas, y el número de personas en las que, como consecuencia del hecho victimizante, se generó algún tipo de discapacidad.

Siguiendo la legislación y normatividad aplicable relativa a personas con discapacidad, el Modelo de Atención Integral en Salud tendrá un enfoque transversal de género y diferencial, particularmente en atención a las personas con discapacidad, previendo en toda acción de carácter operativa contar con ayudas funcionales e intérprete en los casos de discapacidad auditiva o visual.

4 | ORGANIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

4.1 MISIÓN

Establecer las bases de una política pública social orientada a incentivar el desarrollo humano y el bienestar de las personas en situación de víctimas a través de servicios de salud y sociales profesionales, que les permitan recuperarse a nivel físico y psicosocial, favoreciendo el restablecimiento de sus relaciones sociales y actividades económicas.

4.2 VISIÓN

Tener un Modelo de Atención Integral en Salud consolidado en todo el territorio nacional, que facilite la atención a las víctimas y coadyuve al fortalecimiento de los servicios de los sistemas nacionales de Salud y de Asistencia Social.

4.3 OBJETIVO GENERAL

Garantizar a las personas en situación de víctimas la prestación de servicios de salud, de manera integral, con enfoque psicosocial, para favorecer la recuperación de su salud física y mental, colaborando, de esta manera, a lograr su resiliencia y reconstrucción del proyecto de vida, con absoluto respeto al ejercicio de sus derechos, con un trato digno y de calidad.

4.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Favorecer la reparación integral de la víctima, con un enfoque de derechos humanos, de género, diferencial y especializado, intercultural, de empoderamiento y resiliente.
2. Establecer los mecanismos de coordinación interinstitucional para la atención que

requiera la persona en situación de víctima, con acciones transversales en los diferentes momentos de la atención con base en el Modelo Integral de Atención a Víctimas.

3. Generar el marco legal e institucional de la política pública de atención integral en salud a personas víctimas de delito o de violación a sus derechos humanos.
4. Formar parte integrante del Modelo Integral de Atención a Víctimas, en el tema específico de atención a las necesidades de salud. Estas medidas se complementarán con los supuestos contenidos en dicho Modelo en todo lo que resulte aplicable y, en particular, en las cuestiones relativas a la educación y asistencia y desarrollo social.

4.5 ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

Para cumplir con los objetivos establecidos en este Modelo de Atención Integral en Salud, derivados del artículo 32 de la Ley General de Víctimas, se instrumentarán dos estrategias con sus respectivas líneas de acción, las cuales se aplicarán en las instituciones que brindan atención médica del sector salud en sus tres ámbitos de gobierno.

Resulta importante resaltar que las cuestiones relativas a la educación y asistencia social no son abordadas en el presente Modelo debido a que el mismo se centra en el aspecto de salud.

Como se indicó previamente, este Modelo forma parte integrante del Modelo Integral de Atención a Víctimas por disposición expresa del artículo 6 del Reglamento de la Ley General de Víctimas, esto implica que la atención que reciban las personas en situación de víctimas será de

acuerdo a lo que establecen ambos instrumentos de manera congruente y complementaria.

A este respecto, cabe señalar que el Modelo Integral de Atención a Víctimas contempla los diferentes tipos de medidas a que pueden acceder las personas víctimas, entre las que destacan las medidas de asistencia que, entre otras, comprenden las relativas a la educación, así como las económicas y de desarrollo. Con esto se incorpora el componente de educación y asistencia social en la atención a las personas en situación de víctimas.

ESTRATEGIA 1. SALUD Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL⁷⁴

Como ya se ha indicado, la salud física y mental es una condición necesaria cuando hablamos de la promoción del bienestar y fortalecimiento de las víctimas. Es por ello que resulta prioritario garantizar la atención integral, oportuna y adecuada de este grupo de la población, para lo cual se requieren mecanismos de coordinación que permitan su rápido acceso a los servicios de salud, evitando la revictimización de la persona.

Para facilitar el desarrollo y la inclusión social de las víctimas, es necesario el total restablecimiento de la salud, cuando sea posible lograrlo, o bien hasta que se recobre la funcionalidad perdida,⁷⁵ es por ello que para garantizar la atención oportuna y adecuada de este grupo de la población, se requieren mecanismos que permitan su rápido acceso a los servicios de salud evitando la revictimización y favoreciendo la resiliencia y fortalecimiento integral. Es por ello que el Modelo de Atención Integral en Salud prevé otorgar atención médica integral, dentro de un marco de

respeto a la dignidad y a los derechos humanos con el fin de empoderar a las víctimas, para que tomen sus propias decisiones y, en la medida de lo posible, retomen su proyecto de vida,⁷⁶ logrando la resiliencia.

Como estrategia de coordinación intersectorial, este Modelo permite la atención completa e integral atendiendo desde el enfoque de la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, así como la rehabilitación de las personas en situación de víctimas en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizarles un mayor nivel de bienestar.

Las víctimas tienen derecho a recibir servicios de salud integrales apropiados a sus características y necesidades particulares con los mayores estándares de calidad, incluidos los servicios de psicología y salud sexual.

Los problemas de salud mental tienen gran relevancia en todas las sociedades, contribuyen de forma significativa a la carga que suponen las enfermedades y a la pérdida de calidad de vida, además, conllevan enormes costos económicos y sociales.⁷⁷

Las consecuencias sociales y económicas de la discapacidad psicosocial son diversas y de gran alcance, millones de personas en el mundo entero las padecen.

Además, es importante señalar que cierto número de trastornos mentales son prevenibles y que un trastorno temporal o transitorio mal atendido se puede convertir en crónico y progresivo e, incluso, puede resultar en suicidio.⁷⁸

74 En particular sobre la forma de incorporar el enfoque psicosocial en la atención a las personas víctimas, véase el Modelo Integral de Atención a Víctimas.

75 CNDH, *Lineamientos para la Atención Integral a Víctimas del Delito*, México, CNDH, 2010 p. 42, disponible en <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/Provincia/5%20PUBLICACIONES/4LINEAMIENTOS/LineamientosVictimasDelito.pdf>.

76 *Ibidem*, p. 33.

77 Cfr. Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución A/RES/65/95, Salud mundial y política exterior, 9 de diciembre de 2010, p. 3, disponible en http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/65/95&Lang=S.

78 OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Ginebra, 2001, pp. 64 y 73. En particular, sobre la prevención del suicidio, véase: OPS, *Prevención del suicidio: un imperativo global*,

En este sentido, el Modelo de Atención Integral en Salud constituye la línea técnica que le permitirá a las diferentes instituciones atender los daños a la salud física y mental de las víctimas, en los ámbitos individual y familiar, con un enfoque psicosocial y con el fin de mitigar dicho impacto y contribuir a la recuperación integral de las víctimas y a la reconstrucción del tejido social.

La intervención psicosocial para la atención a víctimas, de acuerdo con el Comité Permanente entre Organismos (IASC) de la ONU, que se encarga de la coordinación de la asistencia humanitaria, debe:

- » Regirse por principios rectores y lineamientos establecidos, ya que son intervenciones complejas y delicadas⁷⁹ para las que resulta imprescindible llevarlas a cabo de manera responsable, ética y cuidando la calidad de la ayuda humanitaria que se brinda.
- » Incluir la participación de los afectados: maximizar la participación de los afectados,⁸⁰ hacerlos sujetos de su propia reconstrucción y transformación, así como aprovechar las capacidades locales de apoyo psicosocial, sin despreciarlas o minimizarlas.
- » Aprovechar respetuosamente el conocimiento, los recursos y las capacidades locales,⁸¹ a través del conocimiento, respeto y promoción de las prácticas locales que ayuden a crear situaciones resilientes, así como la promoción de la auto-organización y la auto-ayuda.⁸²

También plantea que los principios que deben regir la atención humanitaria son los siguientes:

- » El enfoque de derechos humanos;⁸³
- » El enfoque de no discriminación, equidad y justicia,⁸⁴ y
- » El enfoque bioético de no daño o no maleficencia.⁸⁵

Respecto a lo dicho anteriormente debe considerarse, por una parte, que pudiera presentarse el caso de víctimas a consecuencia de emergencias humanitarias y que, aun en el caso de víctimas del delito y de violación de derechos humanos, los parámetros y estándares aludidos resultan aplicables a su atención integral.

Además de lo anterior, para facilitar el proceso de las víctimas se debe transitar de la mirada asistencial y compasiva hacia las víctimas, a la de seres humanos a los que les han sido vulnerados sus derechos (transitar de víctimas a personas vulneradas sujeto de derechos), incluyendo también la reparación integral y el enfoque de resiliencia.

Todo lo antes señalado permitirá a la población inmersa en una crisis o emergencia:

- » Fortalecerse;
- » Reconocer su propia capacidad individual, familiar y comunitaria para hacer frente y superar, en la medida de lo posible, situaciones adversas;⁸⁶
- » Recuperar su equilibrio interior y sensación de bienestar,⁸⁷ y

Washington, D. C., 2014, consultable en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1&ua=1&ua=1.

79 Comité Permanente entre Organismos (IASC), Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, IASC, Ginebra, 2007, pp. 12-13.

80 *Ibidem*, p. 11.

81 *Ibidem*, p. 12.

82 *Ibidem*, p. 14.

83 *Ibidem*, p. 10.

84 *Ibidem*, p. 11.

85 *Ídem*.

86 *Ibidem*, p. 113.

87 *Ibidem*, pp. 115, 116 y 134.

- » Evitar que se generen alteraciones a la salud mental y al equilibrio social a mediano o largo plazo en las víctimas.⁸⁸

En este sentido, todas las acciones que se realicen en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud cumplirán con los principios fundamentales que establece la Ley General de Víctimas, como el principio de buena fe, de complementariedad, debida diligencia, de enfoque diferencial especializado, de enfoque transformador, de gratuidad, de igualdad y no discriminación y de trato preferente, así como con los principios que se señalan en el mismo.

Líneas de acción

- 1.1 Proporcionar a las víctimas directas, indirectas y potenciales el acceso a los servicios de salud del primero, segundo y tercer nivel de atención mediante un proceso de referencia y contrarreferencia dinámico. La Secretaría de Salud y sus homólogas en los Estados y el Distrito Federal, como responsables de garantizar el acceso a los servicios de salud, deberán ajustar sus procedimientos para permitir el desarrollo ágil y oportuno de los mecanismos de referencia, definiendo responsables y procedimientos, en aras de cumplir con los lineamientos y parámetros de la Ley General de Víctimas, la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en lo conducente a la atención a víctimas.
- 1.2 Definir, en consenso con las instituciones de salud, los recursos mínimos indispensables y los principios operativos que debieran tener las unidades médicas para proporcionar la atención a víctimas de acuerdo al Modelo Integral de Atención en Salud.
- 1.3 Elaborar un diagnóstico respecto de las instituciones públicas de salud y sus unidades médicas,

en relación con la aplicación del Modelo de Atención Integral en Salud.

De manera enunciativa, el diagnóstico tendrá los siguientes objetivos:

- Determinar los recursos (de infraestructura, de personal, presupuestario, etcétera) con que cuentan las unidades médicas para la aplicación del Modelo de Atención Integral en Salud;
- Determinar las necesidades de las unidades médicas para lograr una aplicación efectiva de este Modelo;
- Determinar las instituciones que prestan atención médica cuyas leyes y reglamentos se hayan reformado a efecto de reconocer su obligación de prestar la atención de emergencia, según lo dispone el artículo octavo transitorio de la Ley General de Víctimas;
- Determinar cuáles instituciones participantes en el Modelo de Atención Integral en Salud han reglamentado sobre la capacitación de los servidores públicos a su cargo, sobre el contenido de rubro denominado: De la capacitación, Formación, Actualización y Especialización, de la Ley General de Víctimas; y cuáles han establecido planes y programas tendentes a capacitar a su personal, en términos de lo que disponen los artículos décimo primero y décimo quinto transitorios del mismo ordenamiento legal;
- Determinar cuáles instituciones participantes en este Modelo han realizado las previsiones presupuestales necesarias para la operación de la Ley General de Víctimas, en el ramo de atención médica y psicosocial, y establecido una partida presupuestal específica en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2015; según lo dispone el artículo décimo segundo transitorio de la Ley General de Víctimas, y

⁸⁸ *Ibidem*, p. 94.

- Determinar los costos que se generan para las instituciones públicas de salud en la atención a víctimas.
- 1.4 Establecer en cada entidad federativa, en coordinación con su propia Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, una unidad básica de primer nivel que gestione, de forma oportuna, la referencia al segundo y tercer nivel de atención.
 - 1.5 Poner a disposición de la víctima directa, indirecta y potencial la red de servicios e infraestructura hospitalaria y de atención a la salud que le permita el restablecimiento de su salud física y psicosocial. Para el caso de las víctimas que no sean derechohabientes de instituciones de seguridad social y no estén previamente afiliadas al Sistema Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular), en caso de requerir atención médica, se les afiliará al mismo.
 - 1.6 Promover la actualización de los marcos jurídicos estatales y del Distrito Federal, en materia de prestación de servicios de atención médica, según lo dispone la Ley General de Víctimas.
 - 1.7 Fortalecer e impulsar la utilización de guías de práctica clínica, en el marco de enfermedades relacionadas con víctimas directas, indirectas y potenciales.
 - 1.8 Definir la conveniencia de elaborar una guía de práctica clínica, en salud mental para la atención a víctimas.
 - 1.9 Intervención psicosocial. Todas las unidades médicas del sector salud que atiendan a víctimas deberán otorgar o, en su caso, remitir a los servicios de psicología a las víctimas directas, indirectas y potenciales para facilitar los procesos de recuperación de la salud mental y de su bienestar psicosocial e incorporar en su práctica el enfoque psicosocial.
- Esta actividad estará enfocada a potencializar las capacidades y habilidades necesarias de la víctima que le permitan aumentar la calidad de vida y su bienestar social en un entorno saludable.
- La rehabilitación psicosocial involucra todas las intervenciones y soportes de manera profesional que deban ejecutarse con el objetivo de ayudar a la víctima para que logre recuperar o adquirir habilidades y capacidades que le serán necesarias, para desarrollar de manera óptima su vida cotidiana en la sociedad donde está inmersa, de manera autónoma y también digna, contribuyendo a la reconstrucción del proyecto de vida y resiliencia.
- Las unidades médicas del sector salud, al momento de la atención inicial a víctimas, identificarán los daños e impactos psicosociales sufridos a nivel individual y familiar para mitigar su impacto mediante un plan de atención psicosocial.
- 1.10 La Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, las comisiones ejecutivas de atención a víctimas a nivel local y las delegaciones de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas en los Estados, podrán promover convenios de colaboración con los sistemas estatales de salud y con instituciones y organizaciones con amplia experiencia y reconocimiento en materia de apoyo psicosocial y atención a la salud mental para brindar atención especializada a víctimas directas, indirectas y potenciales.
 - 1.11 La víctima recibirá atención médica de primer nivel, que incluye: elaboración de historia clínica, somatometría, estado nutricional y tratamiento farmacológico. La atención médica integral para la salud de las víctimas se proporcionará en los espacios previamente definidos en los que se tengan los recursos humanos y materiales para su adecuada y oportuna atención, para proporcionar atención médica familiar.

- 1.12 Los servicios de atención médica integral en salud de primer contacto, de las instituciones públicas de salud, los efectuará el profesional de la salud de las áreas de Medicina General o Familiar. El personal médico debe tener experiencia en atención a víctimas.
- 1.13 En los casos de víctimas que refieran haber sufrido una violación, violencia sexual o cualquier otra conducta que afecte su integridad física o psicológica o que tenga signos y síntomas de ello, se les garantizará el acceso a los servicios de profilaxis y de anticoncepción de emergencia; además, se les informará de los riesgos de enfermedades de transmisión sexual, para lo cual se les recomendará realizar estudios de laboratorio necesarios, conforme lo establecen las Normas Oficiales Mexicanas NOM-039-SSA2-2002 “Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual” y la NOM-010-SSA2-2010 “Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana”.
- Se garantizará el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la víctima, en términos de lo dispuesto por los artículos 30 y 35 de la Ley General de Víctimas.
- 1.14 En caso de víctimas de violación sexual se aplicará el algoritmo de atención y anticoncepción de emergencia en unidades médicas del sector salud hasta 120 horas posteriores al evento.
- 1.15 Otorgar, por especialistas en salud mental, atención oportuna para tratar el estrés postraumático, trastorno depresivo recurrente u otras alteraciones resultado del hecho victimizante, con el fin de recuperar el estado de bienestar.
- 1.16 La Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas promoverá la creación de Centros de Apoyo Psicológico o Centros de Atención a Crisis para víctimas del delito y de violaciones a derechos humanos, en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, a fin de lograr una atención integral.
- 1.17 La Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y sus delegaciones contarán con una unidad de atención inmediata y primer contacto que permitirá la valoración médica de la víctima para su pronta referencia a unidades de segundo o tercer nivel con mayor poder resolutivo médico.
- 1.18 Llevar a cabo las medidas de atención integral, considerando las particularidades y especificidades necesarias según la situación en que se encuentre la víctima, así como que, de conformidad con el marco de la Ley General de Víctimas, el enfoque diferencial y especializado reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual, grupo étnico y situación de discapacidad.

ESTRATEGIA 2. CAPACITACIÓN

Para todo proceso es de suma relevancia la capacitación. La atención a víctimas no es la excepción, por el contrario, se requiere de un proceso constante, metodológico y sistemático de capacitación a todos los operadores del Sistema Nacional de Atención a Víctimas (SNAV) y de cualquier servidor o servidora pública u organización de la sociedad civil que preste servicios de atención a víctimas.

De conformidad con lo que dispone el artículo 158 de la Ley General de Víctimas, los integrantes del SNAV que tengan contacto con la víctima en cumplimiento de medidas de atención, asistencia, ayuda, apoyo, reparación integral o cualquier mecanismo de acceso a la justicia, deberán incluir, dentro de sus programas, contenidos temáticos sobre los principios, derechos, mecanismos, acciones y procedimientos reconocidos por la Ley General de Víctimas, así como las disposiciones específicas de derechos humanos contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos

Mexicanos y tratados internacionales, protocolos específicos y demás instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos.

Dichas entidades deberán diseñar e implementar un sistema de seguimiento que logre medir el impacto de la capacitación en los miembros de sus respectivas dependencias. Para ello, deberán tenerse en cuenta, entre otros aspectos, las denuncias y quejas hechas contra dichos servidores o servidoras públicas, las sanciones impuestas, las entrevistas y los sondeos directos practicados a las víctimas.

Líneas de acción

- 2.1 Promover, desde una perspectiva intercultural, que a través de los colegios de médicos, instituciones académicas, organizaciones de la sociedad civil con experiencia reconocida y legalmente constituidas y del Sistema Nacional de Salud se elaboren y desarrollen programas de capacitación que permitan la sensibilización y profesionalización de las y los prestadores de servicios de salud; con el fin de lograr un acercamiento ético, fortalecedor y con sentido humanista y enfoque psicosocial que permita el restablecimiento de la salud de las víctimas.
- 2.2 Analizar las implicaciones y, en su caso, promover, a través de los mecanismos institucionales que tiene la Secretaría de Educación Pública, la elaboración de una Norma de Competencia Laboral que permita certificar a las y los prestadores de salud que atienden personas en situación de víctimas. Esta certificación deberá incluir las competencias interculturales, con el fin de promover los derechos humanos de las personas víctimas en contextos multiculturales del país.
- 2.3 Difundir en el Sistema Nacional de Salud, en particular a las y los prestadores de servicios de salud, técnicas, herramientas y modelos de intervención que les permitan brindar una atención oportuna, adecuada y profesional a las personas en situación de víctimas con enfoque intercultural,

de derechos humanos, psicosocial, de género, diferencial y especializado.

- 2.4 Elaborar y difundir material informativo sobre los derechos de las víctimas a los que hace referencia la propia Ley General de Víctimas.
- 2.5 Realizar actividades que permitan difundir el Modelo de Atención Integral en Salud, en los sistemas estatales de salud.

4.6 MODELO OPERATIVO

La persona en situación de víctima tendrá acceso a los servicios de salud y, en particular, al Modelo de Atención Integral en Salud cuando se le haya reconocido la calidad de víctima en términos de lo que dispone el artículo 110 de la Ley General de Víctimas, a menos de que se trate de servicios de salud de emergencia, en términos de lo que dispone la Ley General de Salud, su Reglamento en materia de servicios de atención médica y la Ley General de Víctimas, o que la persona requiera atención médica especializada y sea remitida por la Unidad de Atención Inmediata y Primer Contacto de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

PROCESO DE ATENCIÓN EN LA CEAV

El proceso de atención a víctimas en la Unidad de Atención Inmediata y Primer Contacto de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas se realiza de conformidad con el Protocolo general de la Unidad de Atención Inmediata y Primer Contacto, e inicia con la entrevista multidisciplinaria en la que participan un profesional por cada una de las áreas siguientes: jurídica, médica, psicológica y de trabajo social; quienes en forma conjunta atienden a la víctima y conocen del caso para evitar su revictimización.

La duración de esta entrevista se determinará en función del cumplimiento de los objetivos

planteados, el equipo jerarquizará las necesidades más apremiantes de acuerdo al área que le corresponda y establecerá la ruta de atención.

En la aplicación del enfoque psicosocial, el equipo utiliza la técnica de escucha activa y empática, formulándole preguntas precisas y eficaces, posteriormente, debatirán sobre el caso activamente y ofrecerán las alternativas que, desde cada especialidad, se sugieren por la problemática expuesta. De esta manera, la persona en situación de víctima será atendida de forma inmediata recibiendo la asesoría u orientación requerida en cada una de las disciplinas.

En caso que la víctima requiera de atención médica inmediata se le abrirá un expediente y se le realizará la valoración en los espacios destinados para tal fin.⁸⁹

Posterior a la elaboración de la historia clínica, si se detecta la necesidad de una atención médica especializada o de interconsulta con especialistas, el personal médico de guardia le notificará a la Dirección de Servicios Médicos, la cual, previa elaboración del oficio respectivo, dispondrá que se efectúe de manera ágil la referencia así como el traslado a la unidad hospitalaria que, de acuerdo al diagnóstico, requiera la persona, para lo cual, de ser necesario, se solicitará el servicio y tipo de ambulancia conforme a la gravedad del paciente.

El seguimiento específico de cada una de las áreas (médica, psicológica, jurídica o de trabajo social) estará a cargo del especialista respectivo, quien le otorgará la cita correspondiente en términos del Protocolo general de la Unidad de Atención Inmediata y Primer Contacto.

PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

La víctima tendrá acceso a los servicios públicos de salud, cuando:

- a) Sea referido por el agente del Ministerio Público, órgano jurisdiccional u organismos público de protección de derechos humanos;⁹⁰
- b) Sea referido por la Unidad de Atención Inmediata y Primer Contacto de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctima o por otra área facultada de dicha institución;
- c) Sea referido por alguna de las delegaciones de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas;
- d) Ingrese de manera personal;
- e) Ingrese por los servicios de traslado prehospitalario, o
- f) Sea referido por una institución de seguridad social.

Se tendrá en cuenta lo siguiente:

- I. En los supuestos de los incisos a, b y c, la autoridad correspondiente emitirá el documento de referencia que identifique a la persona como víctima para su atención.
- II. Cuando una persona que, sin contar con documento que lo acredite, se asuma como víctima y acuda de manera personal a una unidad hospitalaria (inciso d), deberá atenderse al principio de buena fe y realizar una consulta inicial para descartar situaciones de emergencia, las cuales, en su caso, serán atendidas. Posteriormente, se

⁸⁹ Los expedientes clínicos de las víctimas serán de carácter confidencial y sólo podrán darse a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, de acuerdo al numeral 5.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 "Del expediente clínico".

⁹⁰ Con relación a las autoridades que pueden reconocer la calidad de víctima véase la Ley General de Víctimas, en particular los artículos 110 y 101, así como las disposiciones emitidas por el Pleno de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

deberá notificar a la CEAV y solicitarle a la persona que se asume como víctima a que acuda a la CEAV para que se le reconozca tal calidad.

- III. En caso de que una persona que presumiblemente tenga la calidad de víctima y que derivado de su condición de salud física o mental ingrese a los servicios de urgencia de una unidad hospitalaria de algún sistema de seguridad social del que no sea beneficiaria, previa estabilización física y emocional, la unidad referirá a la persona a la red hospitalaria del Sistema Nacional de Protección Social en Salud⁹¹ o, cuando sea necesario, de acuerdo a la situación del paciente, efectuará el traslado respectivo, además, notificará a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas para que se determine si tiene o no la calidad de víctima.
- IV. En cualquier caso, la urgencia médica se atenderá, sin necesidad de acreditar la calidad de víctima, y de acuerdo a la gravedad de cada caso; el personal médico incluirá en su plan terapéutico valoración y diagnóstico psicosocial.
- V. Posterior a la valoración médica inicial en una unidad de primer nivel, el médico determinará el plan terapéutico a seguir, incluyendo la valoración psicológica y, en su caso, la referencia a un segundo o tercer nivel de atención observando en todo momento lo que establece la fracción II del artículo 34 de la Ley General de Víctimas, para que la referencia y/o la cita no exceda los ocho días para su atención.

91 Se encuentran en proceso pláticas entre la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y la Comisión de Protección Social en Salud para establecer mecanismos de afiliación al Seguro Popular para las víctimas que carezcan de algún sistema de seguridad social, con el propósito de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley General de Víctimas, en la parte que dispone que "este modelo deberá contemplar el servicio a aquellas personas que no sean beneficiarias de un sistema de prestación social o será complementario cuando los servicios especializados necesarios no puedan ser brindados por el sistema al cual pertenece".

Es importante destacar que, salvo en los casos en que la víctima ingrese por el área de urgencias, durante la consulta inicial se realizará la valoración médica, sin tiempo específico, brindándole a la víctima apoyo de contención en el desarrollo de la historia clínica. De ser posible, en dicha consulta estará presente un profesional de trabajo social para evitar que la víctima tenga que repetir en varias ocasiones los hechos que le causaron el daño y, consecuentemente, sufrir revictimización.

VI. La aplicación del Modelo de Atención Integral en Salud incluye:

- La atención médica en términos de lo señalado en la Ley General de Víctimas, la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y el presente Modelo.
- El tratamiento médico-terapéutico-farmacológico durante su estancia y hasta el alta médica.
- Terapia física, si el caso lo requiere.
- Identificación de necesidades en salud mental. Con base en esto se determinará la terapia individual o familiar que recibirá la víctima. En caso de que la unidad médica no cuente con el servicio, lo referirá a otra institución que pueda atenderlo y lo hará del conocimiento de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.
- Desde su ingreso hospitalario y si las condiciones lo permiten, se iniciará con el programa psicosocial intrahospitalario, que continuará a su egreso.
- La realización de un plan de atención psicosocial, en el cual se detallarán los procedimientos a seguir. Cuando corresponda,

también se gestionará la asistencia educativa y proyectos de reinserción laboral o bien se informará sobre los programas de asistencia social y proyectos productivos con que cuenta el Gobierno federal, las entidades federativas y los municipios en términos del Modelo Integral de Atención a Víctimas.

- Se deberá tener en cuenta los antecedentes clínicos de la persona en situación de víctima para evitar consecuencias o prever posibles reacciones, incluyendo tratamientos previos por enfermedades crónico-degenerativas, hormonales o de salud mental.
- En todas las actividades realizadas en el marco de este Modelo, al interior de las instituciones encargadas de brindarles atención y tratamiento, el eje que determinará las prioridades será la gravedad del daño sufrido por las víctimas.
- En el rubro de salud mental, las víctimas tendrán acceso a lo siguiente:
 - ≈ Valoración y, en su caso, tratamiento por los servicios de salud mental, y
 - ≈ Terapia psicológica individual o familiar, la cual se definirá de acuerdo al diagnóstico inicial y teniendo en cuenta el enfoque psicosocial.

Para víctimas directas o indirectas de delitos violentos se otorgará tratamiento en salud mental, consistente en terapia semanal hasta por un máximo de 16 sesiones; en los casos de víctimas directas de secuestro, hasta por un máximo de 6 meses; en los casos de víctimas indirectas de secuestro, se determinará la terapia individual y familiar hasta la resolución del proceso jurídico; para el caso de víctimas indirectas de desaparición de personas

(individual o familiar), se determinará la duración de la terapia según la valoración médica y, de requerirse, incluirá atención tanatológica.

- La aplicación de una encuesta aleatoria a las víctimas y prestadores de servicios de salud para evaluar la satisfacción del servicio.

ATENCIÓN MÉDICA CON ENFOQUE DIFERENCIAL Y ESPECIALIZADO

Tal como lo dispone el artículo 28 de la Ley General de Víctimas, los servicios a que se refiere este Modelo de Atención Integral en Salud tomarán en cuenta si la víctima pertenece a un grupo en condiciones de vulnerabilidad, sus características y necesidades especiales, particularmente tratándose de mujeres, personas menores de edad, adultos mayores, población indígena y personas con discapacidad, así como los señalados en el artículo 5 del mismo ordenamiento legal respecto del enfoque diferencial y especializado.

En cuanto a la incorporación de los enfoques psicosocial, de derechos humanos, de género, diferencial y especializado debe tomarse en consideración lo dispuesto en el Modelo Integral de Atención a Víctimas, en lo que corresponda a la atención médica.

Personas con discapacidad

En el caso de que la víctima sea una persona con discapacidad auditiva se solicitará la intervención de un intérprete de lengua de señas certificado.

En caso de que la víctima sea una persona con discapacidad visual y requiera la información en medio audible o un sistema de braille, se solicitarán las herramientas y el intérprete que se requiera. Lo anterior en términos del Reglamento de la Ley General de Víctimas.

En caso de que la víctima tenga una discapacidad intelectual se pondrán a su disposición formatos en lenguaje sencillo, para que pueda tomar decisiones libres e informadas sobre el tratamiento que deba ser aplicado. Asimismo, se ofrecerán servicios de apoyo en la toma de decisiones, a solicitud de la persona interesada, con el objeto de que esté en condiciones de adoptar decisiones libres e informadas sobre el tratamiento de salud que más le convenga.

Niños, niñas y adolescentes

Además de tener en cuenta los criterios y principios específicamente derivados de su condición de personas en desarrollo, en caso de personas menores de edad la atención médica deberá practicarse previa autorización y en presencia del padre, la madre, tutor o representante. Salvo en el caso de que las circunstancias del hecho victimizante y el interés superior de la infancia aconsejen lo contrario.

Se deberá realizar una detección temprana de maltrato o abuso físico, conforme a las normas oficiales mexicanas NOM-046-SSA2-2005 “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención” y NOM-031-SSA2-1999 “Para la atención a la salud del niño”, la Guía de Práctica Clínica: Detección Temprana del Abuso Físico desde el nacimiento hasta los 12 años de edad en el primer nivel de atención,⁹² así como la Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infante-Juvenil.⁹³

Personas adultas mayores

En los casos de adultos mayores la atención será con base en las normas oficiales mexicanas NOM-167-SSA1-1997 “Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores” y NOM-031-SSA3-2012 “Asistencia social. Prestación

de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad”, y la Guía de Práctica Clínica Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor.⁹⁴

Personas indígenas

En caso de que no comprendan el idioma español, el personal médico solicitará apoyo al Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (Inali) de un intérprete o traductor certificado de su lengua.

Alternativas médicas de eficacia comprobada

En los casos que las víctimas manifiesten su preferencia por otros modelos clínicos terapéuticos para su atención, el personal estará abierto para identificar aquellas medicinas alternativas que se encuentran dentro del marco legal y de eficacia comprobada y, en su caso, referir a las instituciones de salud que cuenten con los citados servicios. Es importante señalar que debido a la cantidad y calidad de investigaciones realizadas y publicadas,⁹⁵ algunos de estos modelos clínico-terapéuticos han sido validados⁹⁶ a través de los principios de eficacia comprobada, seguridad, costo–efectividad, adherencia a normas éticas y profesionales y aceptabilidad social propuestos por la Organización Mundial de la Salud, quien conduce la estrategia de medicina tradicional y medicinas complementarias a nivel mundial.⁹⁷

94 Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2013.

95 PubMed: National Library of Medicine, refiere en su página web que a diciembre de 2009 se tenía el registro de 27 778 artículos científicos sobre herbolaria, 3994 sobre homeopatía, 4835 sobre quiropráctica y 14 479 sobre acupuntura. Cfr. Secretaría de Salud, Modelos Clínicos Terapéuticos y de Fortalecimiento de la Salud, México, p. 6, disponible en http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta3/10_10modelos_clinicos.pdf.

96 Cfr. OMS, Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la acupuntura, Ginebra, 2002, y OMS, Directrices sobre formación básica e inocuidad en quiropráctica, Ginebra, 2005.

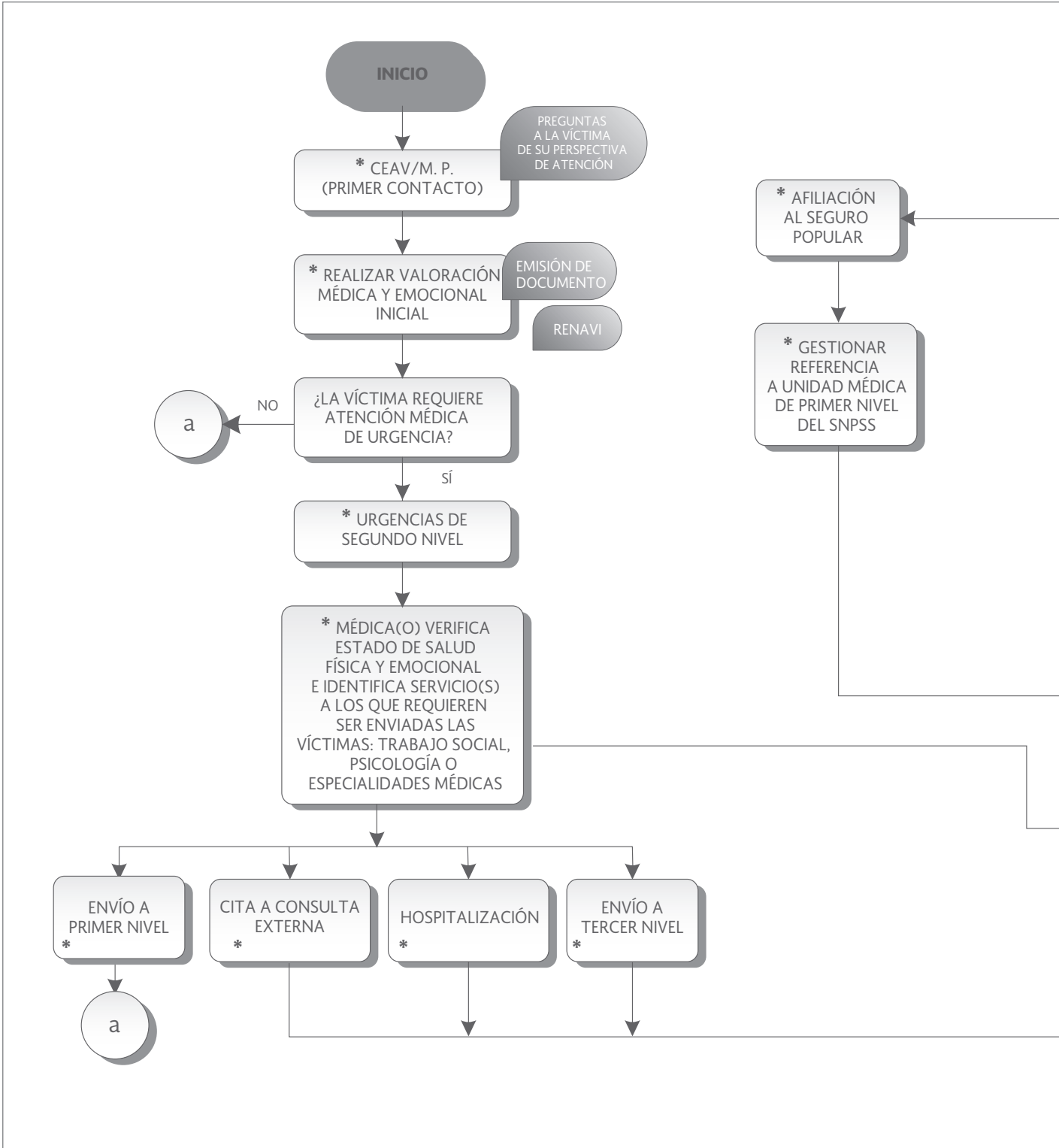
97 OMS, Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional (y medicinas complementarias) 2002-2005, Ginebra, 2002.

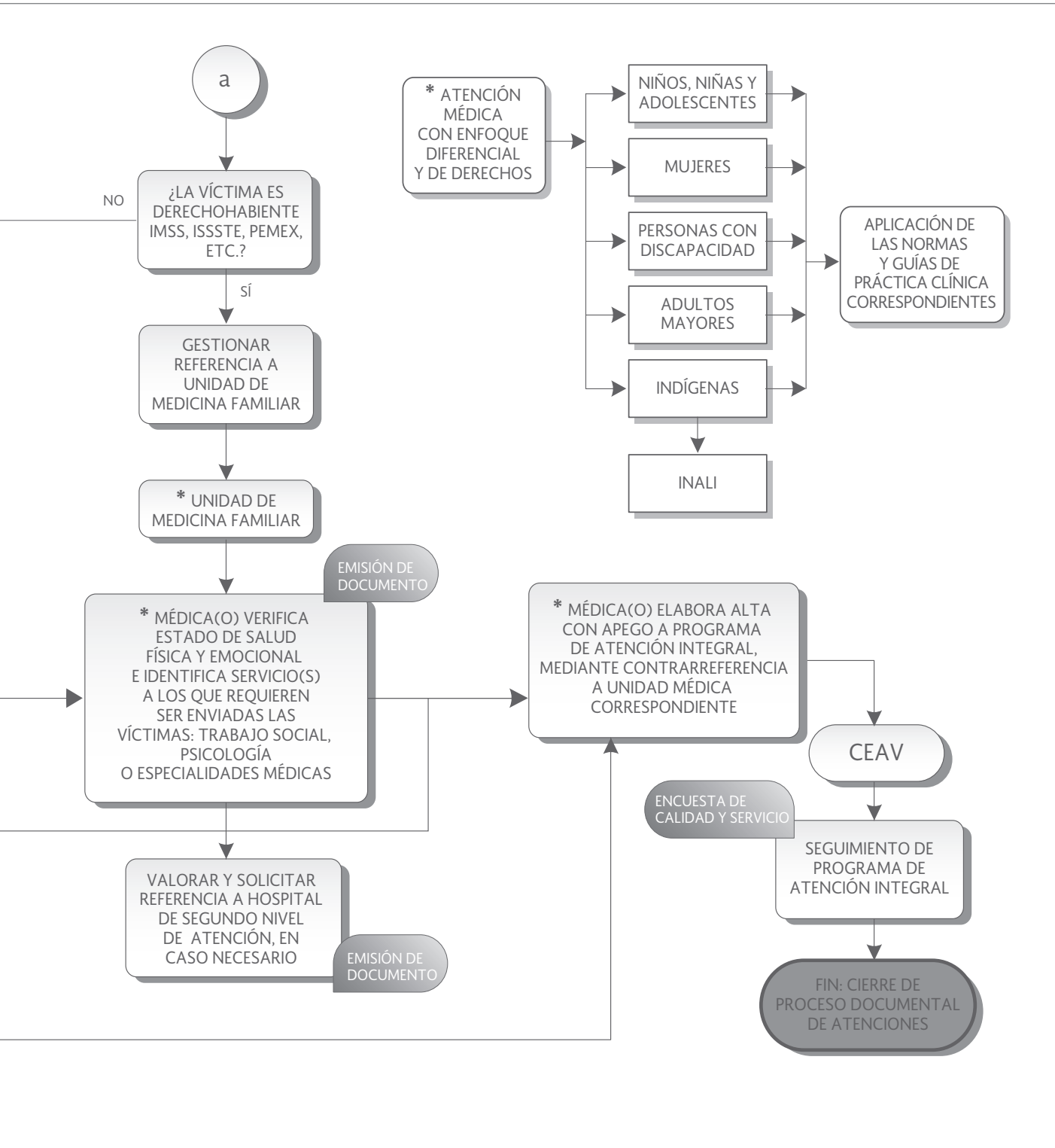
OMS, Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional (y medicinas complementarias) 2014-2023, Ginebra, 2014.

92 Secretaría de Salud, México, 2011.

93 Secretaría de Salud, México, 2006.

FLUJOGRAMA





4.7 NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Es importante considerar que la Ley General de Víctimas, en su artículo 116, precisa competencias a todas las instituciones públicas en materia de atención a víctimas.

En principio, cabe señalar que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas es el órgano operativo del Sistema Nacional de Atención a Víctimas y que entre sus facultades le corresponde ejecutar y dar seguimiento a los acuerdos y resoluciones adoptadas por el Sistema Nacional de Atención a Víctimas, así como garantizar el acceso a los servicios multidisciplinarios y especializados que el Estado proporcionará a las víctimas de delitos o por violación a sus derechos humanos, para lograr la reconstrucción de su proyecto de vida, su reincorporación a la vida social y, finalmente, su resiliencia. De este modo, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas se constituye como un órgano rector y normativo respecto de la atención integral a víctimas.

De igual manera, le corresponde operar y administrar el Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, al cual podrán acceder las víctimas de forma subsidiaria y complementaria en términos de la Ley General de Víctimas y su Reglamento, así como de los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral publicados en el *Diario Oficial* de la Federación el 15 de enero de 2015.

A continuación se destacan las principales competencias y atribuciones de las distintas autoridades, que tienen relación con el rubro de salud:

- » La Ley General de Víctimas “obliga, en sus respectivas competencias, a las autoridades de todos los ámbitos de gobierno y de sus poderes constitucionales, así como a cualquiera de sus oficinas, dependencias, organismos o instituciones públicas o privadas que velen por la protección de las víctimas, a

proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral” (artículo 1).

- » Las medidas de ayuda, asistencia, atención y demás establecidas en los Títulos Segundo, Tercero, Cuarto y Quinto de La Ley General de Víctimas, “se brindarán exclusivamente por las instituciones públicas de los gobiernos Federal, de las entidades federativas y municipios, a través de los programas, mecanismos y servicios con que cuenten, salvo en los casos urgentes o de extrema necesidad en los que se podrá recurrir a instituciones privadas” (artículo 8).

Lo anterior, se refiere a las medidas de ayuda inmediata, asistencia y atención, así como a la reparación integral, según se detalla en el Modelo Integral de Atención a Víctimas y que de manera enunciativa incluyen atención médica y psicológica, alojamiento, alimentación, aseo personal, gastos funerarios, transporte de emergencia, asesoría jurídica, medidas en materia de protección, de educación, de salud, de procuración y administración de justicia, así como económicas y de desarrollo; además de la reparación integral que incluye medidas de restitución, de compensación, de rehabilitación, de satisfacción y garantías de no repetición.

- » Las instituciones hospitalarias públicas del Gobierno federal, de los Estados, del Distrito Federal y de los municipios tienen la obligación de dar atención de emergencia, de manera inmediata, a las víctimas que lo requieran con independencia de su capacidad socioeconómica o nacionalidad y sin exigir condición previa para su admisión (artículo 29).
- » Los Gobiernos federal, estatales y del Distrito Federal, a través de sus organismos, dependencias y entidades de salud pública, así como aquellos municipios que cuenten con la infraestructura y la capacidad de prestación

de servicios en el marco de sus competencias serán las entidades obligadas a otorgar el carnet que identifique a las víctimas ante el sistema de salud, con el fin de garantizar la asistencia y atención urgentes para efectos reparadores (artículo 33).

- » En materia de asistencia y atención médica, psicológica, psiquiátrica y odontológica, la víctima tendrá todos los derechos establecidos por la Ley General de Salud para los usuarios de los servicios de salud, además de los derechos adicionales previstos por la Ley General de Víctimas (artículo 34).
- » Los Gobiernos federal, estatales y del Distrito Federal, a través de sus organismos, dependencias y entidades de salud pública, así como aquellos municipios que cuenten con la infraestructura y la capacidad de prestación de servicios, definirán los procedimientos para garantizar, de manera gratuita, los servicios de asistencia médica preoperatoria, postoperatoria, quirúrgica, hospitalaria y odontológica a que hubiese lugar de acuerdo al concepto médico y valoración, que permita atender lesiones transitorias y permanentes y las demás afectaciones de la salud física y psicológica que tengan relación causal directa con las conductas (artículo 36).
- » Conforme a los lineamientos desarrollados por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, las secretarías, dependencias, organismos y entidades del orden federal y de las entidades federativas del sector salud, educación, desarrollo social y las demás obligadas, así como aquellos municipios que cuenten con la infraestructura y la capacidad de prestación de servicios, en el marco de sus competencias y fundamentos legales de actuación, deberán tener en cuenta las principales afectaciones y consecuencias del hecho victimizante, respetando siempre los principios generales establecidos en la Ley General de Víctimas y,

en particular, el enfoque diferencial para las mujeres, niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad, adultos mayores y población indígena (artículo 45).

- » Todas las medidas de asistencia, atención, protección o servicios otorgados por las instituciones públicas federales, de los Estados, del Distrito Federal y de los municipios a las víctimas por cualquier hecho, serán gratuitos y éstas recibirán un trato digno con independencia de su capacidad socio-económica y sin exigir condición previa para su admisión a éstos que las establecidas en la Ley (artículo 46).
- » Las instituciones del sector salud, de manera integral e interdisciplinaria, brindarán atención médica, psicológica y servicios integrales a las víctimas, asegurando que en la prestación de los servicios se respeten sus derechos humanos (artículo 116).
- » Para el caso de las medidas de desarrollos social, se dispone que la federación, los Estados, el Gobierno del Distrito Federal y los municipios en sus respectivos ámbitos, formularán y aplicarán políticas y programas de asistencia, que incluyan oportunidades de desarrollo productivo e ingreso en beneficio de las víctimas destinando los recursos presupuestales necesarios y estableciendo metas cuantificables para ello. Además, están obligadas a proporcionar la información necesaria de dichos programas, sus reglas de acceso, operación, recursos y cobertura, sin que pueda, por ningún motivo, excluir de dichos programas a las víctimas (artículos 57 y 58).

4.8 META

Lograr la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud en las instituciones de salud pública, en términos de la Ley General de Víctimas.

4.9 INDICADORES

INDICADOR 1	PORCENTAJE DE INSTITUCIONES QUE HAN INICIADO PROCESOS DE CAPACITACIÓN Y/O SENSIBILIZACIÓN AL PERSONAL RESPONSABLE DE DAR ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS
OBJETIVO	Dar seguimiento a los procesos de capacitación y/o sensibilización que se están llevando a cabo en las instituciones que forman parte del Modelo de Atención Integral en Salud.
MÉTODO DE CÁLCULO	$CS = (ICS/IT) * 100$ <p>CS=Porcentaje de instituciones que han iniciado procesos de capacitación y/o sensibilización al personal responsable de dar atención a las víctimas. ICS=Número de instituciones que han iniciado procesos de capacitación y/o sensibilización al personal responsable de dar atención a las víctimas. IT=Número total de instituciones que participan en el Modelo.</p>
FUENTES DE INFORMACIÓN	Cuestionario semestral de seguimiento de actividades relacionadas con el Modelo de Atención Integral en Salud.
PERIODICIDAD	Semestral.

INDICADOR 2	PORCENTAJE DE INSTITUCIONES QUE HAN ADECUADO SUS MECANISMOS ADMINISTRATIVOS PARA PONER EN PRÁCTICA EL MODELO, A PARTIR DE LA PRESENTACIÓN DEL MISMO
OBJETIVO	Identificar a las instituciones que han modificado procedimientos internos que les permita establecer mecanismos efectivos para atender a las víctimas.
OBSERVACIONES	Debido a la naturaleza de los procesos administrativos para modificar los procesos internos de las instituciones, se espera que los cambios en este indicador se observen en el mediano y largo plazo, dependiendo de las agendas de cada institución.
MÉTODO DE CÁLCULO	$PI = (IPI/IT) * 100$ PI=Porcentaje de instituciones que han modificado procedimientos internos que les permita establecer mecanismos efectivos para atender a las víctimas. IPI= Número de instituciones que han modificado procedimientos internos que les permita establecer mecanismos efectivos para atender a las víctimas. IT= Número total de instituciones que participan en el Modelo.
FUENTES DE INFORMACIÓN	Cuestionario semestral de seguimiento de actividades relacionadas con el Modelo de Atención Integral en Salud.
PERIODICIDAD	Semestral.

INDICADOR 3	NÚMERO DE PERSONAS ATENDIDAS
OBJETIVO	Dar seguimiento al número de víctimas que están siendo atendidas en las instituciones que participan en el Modelo.
MÉTODO DE CÁLCULO	$NT = A + B + C$ NT=Número total de personas atendidas en todas las instituciones que participan en el Modelo. A= Número de personas atendidas en la CEAV. B =Número de personas atendidas en las instituciones de salud pública. C= Número de personas atendidas en otras instituciones (instituciones especializadas, organizaciones de la sociedad civil, otros).
FUENTES DE INFORMACIÓN	Área de primer contacto de la CEAV. Cuestionario semestral de seguimiento de actividades relacionadas con el Modelo de Atención Integral en Salud.
PERIODICIDAD	Semestral.

INDICADOR 4	NÚMERO DE VÍCTIMAS ATENDIDAS POR EL ÁREA DE PRIMER CONTACTO DE LA CEAV QUE HAN SIDO REFERIDAS A INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD U OTRAS INSTITUCIONES
OBJETIVO	Dar seguimiento a los mecanismos de vinculación entre la CEAV y las instituciones de salud pública y otras instituciones especializadas.
MÉTODO DE CÁLCULO	Valor absoluto.
OBSERVACIONES	Los datos que se obtengan de este indicador durante el primer año servirán como línea de base para establecer metas para el siguiente año.
FUENTES DE INFORMACIÓN	Área de primer contacto de la CEAV.
PERIODICIDAD	Semestral.

INDICADOR 5	NÚMERO DE VÍCTIMAS AFILIADAS AL SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (SEGURO POPULAR), CON BASE EN EL MODELO
OBJETIVO	Dar seguimiento al número de víctimas que han sido afiliadas al Seguro Popular con base en el Modelo de Atención Integral en Salud.
MÉTODO DE CÁLCULO	Valor Absoluto.
OBSERVACIONES	Los datos que se obtengan de este indicador durante el primer año servirán como una línea de base para establecer metas para el siguiente año.
FUENTES DE INFORMACIÓN	Área de primer contacto de la CEAV.
PERIODICIDAD	Semestral.

INDICADOR 6	PORCENTAJE DE INSTITUCIONES QUE DIFUNDEN MATERIAL INFORMATIVO SOBRE LOS DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS A LOS QUE HACE REFERENCIA LA LEY GENERAL DE VÍCTIMAS
OBJETIVO	Dar seguimiento a los mecanismos de difusión de material informativo sobre los derechos de las víctimas.
MÉTODO DE CÁLCULO	$DI = (IDI/IT) * 100$ DI= Porcentaje de instituciones que difunden material informativo sobre los derechos de las víctimas a los que hace referencia la Ley General de Víctimas. IDI= Número de instituciones que difunden material informativo sobre los derechos de las víctimas a los que hace referencia la Ley General de Víctimas. IT= Número total de instituciones que participan en el Modelo.
FUENTES DE INFORMACIÓN	Cuestionario semestral de seguimiento de actividades relacionadas con el Modelo de Atención Integral en Salud.
PERIODICIDAD	Semestral.

INDICADOR 7	NÚMERO DE DELEGACIONES DE LA COMISIÓN EJECUTIVA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS CON UNA UNIDAD DE ATENCIÓN INMEDIATA Y PRIMER CONTACTO
OBJETIVO	Dar seguimiento al proceso de ampliación de la cobertura de atención de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas en las entidades federativas.
MÉTODO DE CÁLCULO	Valor absoluto.
FUENTES DE INFORMACIÓN	Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.
PERIODICIDAD	Anual.

5. EVALUACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Supervisión permanente a través de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, las comisiones ejecutivas de atención a víctimas de cada entidad federativa y/o delegaciones de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

6. MODIFICACIONES AL MODELO

El presente Modelo estará en constante revisión y podrá ser adicionado o modificado para lograr su operatividad y correcto desempeño. En estos procesos intervendrán las instituciones participantes en el mismo, bajo la conducción de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CEAV	Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012
Envipe	Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2013
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
NNA	Niños, niñas y adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
Províctima	Procuraduría Social de Atención a las Víctimas de Delitos
SEP	Secretaría de Educación Pública
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Complementariedad

Los mecanismos, medidas y procedimientos contemplados en la Ley General de Víctimas, en especial los relacionados con la de asistencia, ayuda, protección, atención y reparación integral a las víctimas, deberán realizarse de manera armónica, eficaz y eficiente entendiéndose siempre como complementarias y no excluyentes.

Delito

Acto u omisión que sancionan las leyes penales.

Enfoque diferencial y especializado

De acuerdo a la Ley General de Víctimas, se reconoce la existencia de grupos de población con características particulares o con mayor situación de vulnerabilidad en razón de su edad, género, preferencia u orientación sexual, etnia, condición de discapacidad y otros, en consecuencia, se reconoce que ciertos daños requieren de una atención especializada que responda a las particularidades y grado de vulnerabilidad de las víctimas.

Las autoridades que deban aplicar la Ley General de Víctimas ofrecerán, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantías especiales y medidas de protección a los grupos expuestos a un mayor riesgo de violación de sus derechos, como niñas y niños, jóvenes, mujeres, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, migrantes, miembros de pueblos indígenas, personas defensoras de derechos humanos, periodistas y personas en situación de desplazamiento interno. En todo momento se reconocerá el interés superior de la infancia.

Este principio incluye la adopción de medidas que respondan a la atención de dichas particularidades y grado de vulnerabilidad, reconociendo igualmente que ciertos daños sufridos por su gravedad requieren de un tratamiento especializado para dar respuesta a su rehabilitación y reintegración a la sociedad.

Enfoque intercultural y de género

Las autoridades en el ámbito de sus respectivas competencias, realizarán los esfuerzos necesarios encaminados a que las medidas de ayuda, protección, atención, asistencia y reparación integral a las que tienen derecho las víctimas se realicen con enfoque intercultural y de género.

Enfoque transformador

Las autoridades, en el ámbito de sus respectivas competencias, realizarán los esfuerzos necesarios encaminados a que las medidas de ayuda, protección, atención, asistencia y reparación integral a las que tienen derecho las víctimas contribuyan a la eliminación de los esquemas de discriminación y marginación que pudieron ser la causa de los hechos victimizantes.

Hecho victimizante

Actos u omisiones que dañan, menoscaban o ponen en peligro los bienes jurídicos o derechos de una persona convirtiéndola en víctima. Éstos pueden estar tipificados como delito o constituir una violación a los derechos humanos reconocidos por la Constitución y los tratados internacionales de los que México forme parte.

Modelos clínico-terapéuticos (medicinas complementarias)

Conocidos con la denominación general de medicinas complementarias o alternativas. En algunos países se tienen datos del porcentaje de la población que las utiliza, incluso como primera opción, en la atención a problemas de salud, lo que ha generado el creciente número de nuevos adeptos que hace uso de ellas.

ASÍ LO APROBÓ EL PLENO DE LA COMISIÓN EJECUTIVA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS EN LA QUINTA SESIÓN ORDINARIA 2015, CELEBRADA EL 6 DE FEBRERO DE 2015.- EL COMISIONADO PRESIDENTE SERGIO JAIME ROCHÍN DEL RINCÓN.- FIRMA.- LA COMISIONADA SUSANA THALÍA PEDROZA DE LA LLAVE Y EL COMISIONADO JULIO ANTONIO HERNÁNDEZ BARROS.- FIRMAS.- LA SECRETARIA TÉCNICA DEL PLENO ALEJANDRA SOTO ALFONSO, QUIEN DA FE DE LA PRESENTACIÓN Y VOTACIÓN DEL DOCUMENTO POR UNANIMIDAD DE LOS PRESENTES.- FIRMA.

Resiliencia

Está referida a la capacidad de las personas para sobreponerse a periodos de dolor emocional y situaciones adversas, y resultar fortalecido de ellos.⁹⁸

Trato preferente

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de garantizar el trato digno y preferente a las víctimas.

Violación de derechos humanos

Todo acto u omisión que afecte los derechos humanos reconocidos en la Constitución o en los tratados internacionales, cuando el agente sea una o un servidor público en el ejercicio de sus funciones o atribuciones o una o un particular que ejerza funciones públicas. También se considera violación de derechos humanos cuando la acción u omisión referida sea realizada por un particular instigado o autorizado, explícita o implícitamente, por una o un servidor público o cuando actúe con aquiescencia (aprobación) o colaboración de éstos(as).

98 Cfr. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, *Programa Nacional de Asistencia Social 2014-2018*, México, *Diario Oficial* de la Federación de 30 de abril de 2014.

CEAV

COMISIÓN EJECUTIVA DE
ATENCIÓN A VÍCTIMAS

DIRECTORIO

- COMISIONADOS -

Sergio Jaime Rochín del Rincón

Comisionado Presidente

Adrián Franco Zevada

Comisionado

Susana Thalía Pedroza de la Llave

Comisionada

Julio Antonio Hernández Barros

Comisionado

- DIRECCIONES GENERALES -

Rubén Vasconcelos Méndez

Director General de la Asesoría Jurídica Federal

Mario Federico Herrera Montalvo

Director General del Registro Nacional de Víctimas

Elba Matilde Loyola Orduña

Directora General del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral

Ana María Echeverri Correa

Directora General de Políticas Públicas, Capacitación e Investigación

Miriam Rosa Morales Sanhueza

Directora General de Vinculación Interinstitucional

Anabel Naachiely Romero López

Directora General de Asuntos Jurídicos

Héctor Manuel Llerena Fernández

Director General de Comunicación Social

Armando Castro Castro

Director General de Administración y Finanzas

América Alejandra Nava Trujillo
Directora General de Atención Inmediata y Primer Contacto

Marcela Benavides Hernández
Directora General del Comité Interdisciplinario Evaluador

Alejandra Soto Alfonso
Secretaria Técnica del Pleno

- COORDINACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD -

Laura Maribel Rangel Hernández
Titular del Comité de
Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales

Óscar Martín Nacif Rojas
Director de Servicios Médicos de la
Dirección General de Atención Inmediata y Primer Contacto

Vania Bárcenas Piña
Subdirectora de Servicios Médicos de la
Dirección General de Atención Inmediata y Primer Contacto

- INSTITUCIONES PARTICIPANTES*-

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas

Dirección General de Atención Inmediata y Primer Contacto/Dirección de Servicios Médicos
Comité de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales
Dirección General de Políticas Públicas, Capacitación e Investigación

* Se reconoce y agradece la participación de todas las instituciones y organizaciones de la sociedad civil que hicieron posible la integración de este importante documento estratégico para la atención integral a víctimas en nuestro país. De igual manera, se agradece la colaboración de las siguientes áreas de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas:

- Comité de Igualdad, No Discriminación y Grupos de Víctimas;
- Comité de Violencia Familiar;
- Comité de Violencia Sexual;
- Comité de Trata y Tráfico de Personas;
- Comité de Personas Desaparecidas, No Localizadas, Ausentes o Extraviadas;
- Comité de Personas Víctimas de Homicidio;
- Comité de Tortura, Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes;
- Comité de Detención Arbitraria, y
- Comité de Secuestros.

Secretaría de Salud

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
Dirección General de los Servicios de Atención Psiquiátrica
Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”
Instituto Nacional de Rehabilitación
Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dirección de Prestaciones Médicas

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dirección Médica
Subdirección de Prevención y Protección a la Salud
Departamento de Salud Mental y Prevención de las Adicciones
Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria

Secretaría de Educación Pública**

Subsecretaría de Planeación y Evaluación de Políticas Educativas
Dirección General Adjunta de Igualdad de Género

Secretaría de Economía***

Instituto Nacional de la Economía Social

Secretaría de Desarrollo Social****

Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Dirección Ejecutiva de los Servicios de Salud
Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias
Coordinación del Servicio de Trabajo Social

Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal

Instituto de Atención a Víctimas del Delito del Estado de Tamaulipas

Asociaciones Civiles

Tech - Palewi, A. C.

** La Secretaría de Educación Pública realizó comentarios a este Modelo y proporcionó información relativa al tema de educación, además, participó en el foro realizado el 20 de junio de 2014.

*** La Secretaría de Economía participó en el Foro realizado el 20 de junio de 2014.

**** La Secretaría de Desarrollo Social asistió al Foro realizado el 20 de junio de 2014.

Modelo de Atención Integral en Salud, edición al cuidado
de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



CEAV
COMISIÓN EJECUTIVA DE
ATENCIÓN A VÍCTIMAS