

---

**MIGUEL ÁNGEL ALONSO DE LOS SANTOS**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**miguel.alonso.delossantos@gmail.com**

**MARÍA ELENA RAMOS TOVAR**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**maria.ramostv@uanl.edu.mx.**

---

## **EL EXPEDIENTE DIGITAL DE SALUD MIGRANTE: SUS INDICADORES DE OPERACIÓN CON ESTÁNDARES DE DERECHOS HUMANOS**

## **THE DIGITAL MIGRANT HEALTH RECORD: ITS OPERATIONAL INDICATORS WITH HUMAN RIGHTS STANDARDS**

---

Cómo citar el artículo:

Alonso M, Ramos M, (2025). El expediente digital de salud migrante: Sus indicadores de operación con estándares de derechos humanos Derecho Global. Estudios sobre Derecho y Justicia, XI (31) <https://DOI.org/10.32870/dgedj.v11i31.644>. pp. 385-410

Recibido: 17/02/23 Aceptado: 17/08/23

## RESUMEN

El contenido de este artículo ofrece un acercamiento a la metodología utilizada para determinar los indicadores de operación de la incidencia denominada “Expediente Digital de Salud Migrante”, la cual fue implementada en su etapa inicial bajo el impulso de los Programas Nacionales Estratégicos. Este proyecto tiene como principal objetivo garantizar el acceso a la información de salud de las personas migrantes a través de una herramienta tecnológica de expediente médico. Las próximas líneas dan cuenta del ejercicio de convencionalidad realizado para encontrar los estándares de derechos humanos adecuados para evaluar la etapa inicial del proyecto mencionado.

## PALABRAS CLAVE

Convencionalidad, derecho a la salud, indicadores, derechos humanos, migración.

## ABSTRACT

The content of this article offers an approach to the methodology used to determine the operation indicators of the incidence called “Digital Record of Migrant Health”, which was implemented in its initial stage under the impulse of the Strategic National Programs. The main objective of the project is to guarantee access to health information for migrants through a technological tool for medical records. The following lines give an account of the exercise of conventionality carried out to find the adequate human rights standards to evaluate the initial stage of the aforementioned project.

## KEYWORDS

Conventionality, right to health, indicators, human rights, migration.

**Sumario:** I. Introducción. II. Expediente digital de salud migrante (EDSM). III. Metodología. IV. Consideraciones sobre la interpretación de normas de derechos humanos en México. V. La interpretación de la salud como derecho humano desde la perspectiva convencional. VI. Indicadores de operación para el expediente digital de salud migrante a partir de los elementos esenciales del derecho a la salud. VII. Conclusiones. Bibliografía.

## I. INTRODUCCIÓN

El proyecto de “Derecho y acceso a la salud de los migrantes: trayectorias de atención a la salud de personas en movilidad por ciudades del noreste de México y región del valle de Texas”, autorizado en el marco de los Programas Nacionales Estratégicos (Pronaces) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), es un esfuerzo colectivo de académicos e investigadores de universidades públicas y privadas, integrantes de instituciones de la sociedad civil y servidores públicos de instituciones gubernamentales que han tenido el objetivo principal de incidir en la protección derecho a la salud de las personas migrantes en tránsito por los estados de Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas.

Los Pronaces han sido ideados para que la academia participe en la búsqueda de soluciones a problemáticas nacionales como la migración internacional en tránsito, el cual es un fenómeno que coloca en vulnerables condiciones a las personas que deciden partir de sus países de origen. Las personas migrantes carecen de documentación de salud que provea de sus antecedentes médicos a las instituciones de salud en situaciones de enfermedades o de ocurrencia de accidentes, en el transcurso de la ruta que recorren hacia Estados Unidos de América. El Expediente Digital de Salud Migrante (EDSM) es una herramienta tecnológica que fue diseñada para que los pacientes migrantes tengan la opción de hacer portátiles sus antecedentes de salud y que, en caso de ser necesario, en su tránsito por México los puedan utilizar cuando requieran atención médica.

La iniciativa ha tenido como principal puente de incidencia garantizar el acceso a la información de salud de las personas migrantes. La plataforma es de acceso gratuito para sus usuarios, quienes tendrán la opción de consultar su expediente médico cuando se encuentre en México o en el país de destino. Al momento de elaboración de estas líneas existe el interés de la Secretaría de Salud del estado de Nuevo León para participar en la etapa inicial de operación del EDSM, por lo que tiene amplias posibilidades de que capte el interés de la agenda pública y se constituya como un elemento de la política de salud estatal.

El colectivo de participantes se ha enfrentado no tan solo al reto de diseñar una herramienta funcional. En el tema de los derechos humanos ha existido la

preocupación de que el expediente clínico sea encausado como un instrumento de protección y garantía del derecho al acceso a la información de salud, y que también respete todas las garantías fundamentales que se especifican para los servicios de salud. Ante esta dificultad, ¿cómo se determinará el grado de fiabilidad del EDSM en términos de los derechos humanos? La detección oportuna de los diversos instrumentos normativos del derecho a la salud ha permitido que se incorporen características específicas de derechos humanos en el EDSM. Pero, la ubicación en el terreno de las prerrogativas fundamentales no tendría que ser exclusivamente teórica. En un segundo nivel, la incorporación de estándares de derechos humanos tendría la ventaja de llevarse a la operación del EDSM a través de indicadores que permitan apreciar su cumplimiento.

El objetivo de este artículo es desarrollar todas aquellas acciones analíticas que se han llevado a cabo en el diseño del EDSM, por cuanto al cumplimiento de los derechos humanos, hasta llegar al establecimiento de indicadores. Entre las motivaciones que tenemos para generar un artículo de este tipo es compartir información con organizaciones o grupos de trabajo que están implementando incidencias desde la academia de similares condiciones, puesto que una de las virtudes que tienen las iniciativas que luchan por llegar al campo de las políticas públicas es que son fuente inagotable de transferencia de experiencias (Dussauge, 2020).

El artículo se desenvuelve en cinco apartados subsecuentes, en el primero se da un panorama sobre el funcionamiento del EDSM. En el posterior, se describe la metodología que se utilizó para llegar a la detección de los indicadores del EDSM. Acto seguido, se establecerán las consideraciones normativas que la Constitución mexicana prevé para armonizar las interpretaciones desde los sistemas universal e interamericano de los derechos humanos. Asimismo, se tocarán las interpretaciones del derecho a la salud y sus componentes, en las que se clarifican los estándares principales. Ulteriormente, se establecerán los indicadores principales que utiliza el EDSM para seguir su desempeño. Al cierre, se concluye sobre la importancia del establecimiento de mediciones en materia de derechos humanos para un proyecto científico académico en relación con los hallazgos detectados en la revisión documental.

## II. EXPEDIENTE DIGITAL DE SALUD MIGRANTE (EDSM)

El EDSM, como se mencionó en líneas anteriores, nace a partir de la necesidad de documentar los antecedentes de salud de las personas migrantes que transitan por México, quienes asisten a diversos centros hospitalarios y asistencia, pero que no cuentan con un expediente médico único a causa de la segmentación del sistema de salud en el país y del recorrido que las personas efectúan hacia Estados Unidos de América, lo cual involucra estar bajo la competencia de distintas entidades federativas<sup>1</sup> (MESM, 2022, p. 5).

El proyecto del EDSM tuvo su etapa preparativa desde el año 2021, desde este periodo se agruparon, entre el total de integrantes del colectivo, los equipos de trabajo por materia de: a) expediente de salud, b) modelos de intervención o trabajo social, c) derecho y constitucionalidad, d) bases de datos e información, e) enlace y cabildeo y, f) producción y difusión. Particularmente, el tercer grupo desarrolló los escenarios donde se pudieran encontrar obstáculos en la normatividad. Esta actividad conllevó la revisión de instrumentos jurídicos nacionales y la revisión de otros que adicionalmente tienen un carácter técnico como la regulación en normas oficiales mexicanas de los expedientes clínicos.<sup>2</sup> Una vez elaborado el proyecto de manera global, en conjunto con los trabajos del resto de los equipos, se puso a consideración del Conacyt.

La solicitud fue aprobada y se iniciaron los trabajos de ejecución en el 2022. A partir de la revisión normativa se diseñó el contenido, respetando las disposiciones internacionales y nacionales en materia de protección de datos personales. El equipo de derecho y constitucionalidad elaboró los documentos de aviso de privacidad, consentimiento informado y responsivas, así como las disposiciones internas para la operación regulada del EDSM que quedaron plasmadas en un manual. El resto del colectivo llevó a cabo diversas tareas de contenido como la configuración de las notas médicas y los cuestionarios de trabajo social. El EDSM tiene estos dos

<sup>1</sup> En el noreste de México, los estados de Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas tienen su propia legislación de salud y sus instituciones hospitalarias operan de acuerdo a sus presupuestos.

<sup>2</sup> De manera específica se analizaron la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico y la NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

segmentos, el de salud y el enfocado a detectar las necesidades de soporte social para las personas migrantes.

Imagen. Vista del acceso al EDSM



Fuente: EDSM Conacyt (2022).

Posteriormente, se efectuaron algunas pruebas en campo, en paralelo con capacitaciones a cargo del equipo de modelos de intervención en casas de migrantes de Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas. El primer registro de un paciente migrante tuvo lugar el 9 de agosto de 2022 en las instalaciones del refugio de migrantes “Casa INDI” que se ubica en la zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León. En la etapa preliminar, alrededor de 500 personas migrantes contaron con un expediente clínico electrónico susceptible de consultarse desde cualquier dispositivo móvil, sin limitantes como el territorio de tránsito o destino, o bien, la institución de salud a la que acudieren.

Desde luego, en otras entregas se abordarán de manera más amplia los trabajos preparativos del EDSM y de las actividades de cada uno de los grupos del colectivo. Por cuestiones de espacio, se hizo un recorrido sucinto para poner en perspectiva en qué consiste la herramienta tecnológica y la trascendencia que conlleva la revisión y el análisis de la normatividad en un proyecto de estas características.

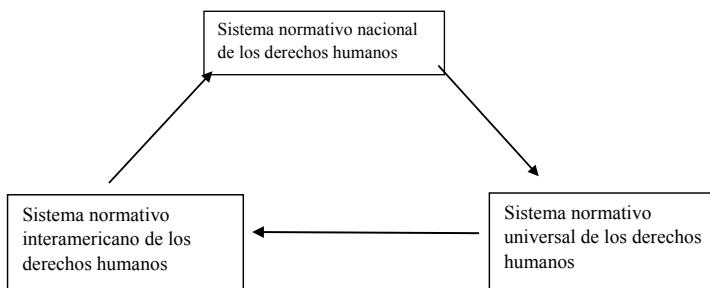
Tras ponerse en funcionamiento el EDSM, surgió la necesidad de robustecer los indicadores que se habían plasmado desde un inicio, pero a partir de una

metodología obtenida desde los derechos humanos. El mecanismo propuesto fue el control de la convencionalidad y al paso llevar a cabo la detección del derecho a la salud que protege el EDSM, pero sin más preámbulo la metodología se desarrolla a continuación.

### III. METODOLOGÍA

El diseño metodológico utilizado es de tipo cualitativo en su vertiente descriptiva, llevándose a cabo una revisión documental de la normativa del derecho a la salud. Las unidades de análisis incorporan las interpretaciones de los instrumentos de los ámbitos universal, interamericano y nacional de derechos humanos. La causa por las que se incorporan estos niveles de análisis es la apertura que otorga la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) para obtener una interpretación denominada “conforme” a partir de los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por México. La figura 1 nos pone en perspectiva del ámbito de generación de las principales directrices de esa materia, puesto que las fuentes son distintas dependiendo el sistema que las genera. Pero, a su vez nos da cuenta de que los tres sistemas constituyen el marco de garantías de los derechos humanos en México, puesto que a partir de la cláusula constitucional establecida en su artículo 1º es posible entrelazarlos para generar como producto, el cuerpo jurídico sustancial.

Figura 1. Sistema amplio protector de derechos humanos en México



Fuente: elaboración propia

Asimismo, en el ámbito universal se consideró importante incorporar al análisis, los criterios que desenvuelven el derecho a la salud, puesto que las normas en la mayoría de las ocasiones, por su naturaleza y espacio, dejan esa tarea a organismos como los comités de los dos grandes pactos derechos. En específico, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) ha sido importante en la elaboración de los contenidos mínimos que los Estados tendrían que atender para otorgar una mejor protección a las personas en el disfrute de estos derechos. En el ámbito interamericano, las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) y los posicionamientos de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) también han sido referente en el estudio de este derecho humano que nos ocupa. El análisis de las normas y de sus interpretaciones tuvo una doble función, en primer término, la detección del derecho en específico que protege y garantiza el EDSM. Si bien, adelantamos que es el derecho a la información de salud del paciente, se hace necesario determinar cómo llegamos hasta ahí. En un segundo aspecto, se detectaron las obligaciones mínimas para los Estados en relación con la facultad mencionada, que tienen que ver con ella directamente o las que le son interdependientes. De esta forma se categorizaron los indicadores que permitirán vigilar la operación del EDSM.

Ahora bien, es importante tener una perspectiva del porqué no es arbitraria la consulta y análisis de los tres sistemas de derechos humanos que conforman un sistema amplio protector en México. En el apartado que a continuación se aborda, se dará un breve acercamiento a la cláusula constitucional que permitió la edificación de ese conjunto de normas de derechos fundamentales.

#### **IV. CONSIDERACIONES SOBRE LA INTERPRETACIÓN DE NORMAS DE DERECHOS HUMANOS EN MÉXICO**

En el año 2011, la Constitución Mexicana tuvo la reforma más trascendental del siglo XXI que derivó en la reconfiguración de la jerarquía de normas tradicional. Se pasó de tener un techo de aplicación normativa máximo, que se enmarcaba en el derecho estrictamente interno, a la incorporación de una gama más amplia de criterios fundados en los tratados internacionales de derechos humanos. La modificación del artículo 1º contempló esa interpretación conforme y la aplicación

de la norma más protectora, entre el conjunto de normas nacionales e internacionales. Además, se estipularon las obligaciones del Estado mexicano para proteger, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, en el marco de principios ampliamente reconocidos.

La reforma implicó que la Corte IDH y los tribunales mexicanos pudieran hacer un ejercicio llamado de control de convencionalidad (García, 2011) (Ferrer, 2012). Esta tarea implica la resolución de asuntos o controversias en base al contraste de la aplicación de la norma en el derecho interno frente a los tratados de derechos humanos interamericanos y de índole universal. Ferrer (2012) menciona que la labor que realiza la Corte IDH, en el marco del sistema continental, implica que esa ponderación se realice en primera instancia con la Convención Americana de los Derechos Humanos (CADH), que desde luego tiene una lógica implícita, es el máximo tratado de derechos humanos de la región, pero que no limita interpretar su contenido a partir de otros tratados de los que México sea parte.<sup>3</sup>

En ese sentido, el Estado mexicano ha ratificado tratados internacionales en diversas materias de derechos humanos, los cuales tienen una equivalencia a la norma nacional, su peso específico lo determina el grado de protección que proporciona a los individuos de acuerdo con el principio *pro persona* referido líneas arriba. En este sentido, para efectos de clasificación de los instrumentos internacionales, de acuerdo con la organización de naciones que las emite, se encuadran en el sistema universal o en el interamericano. En el primer caso, se pueden ubicar los tratados internacionales que fueron adoptados en el seno de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como por ejemplo el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC), al cual México se adhirió en el año de 1981. En cuanto a las normas interamericanas son aquellas emitidas bajo el sello de la Organización de los Estados Americanos como lo es el Protocolo

<sup>3</sup>Para Gutiérrez (2016, p.241) la tarea de la Corte IDH, en sus facultades del control concentrado de la convencionalidad, no implica que sus resoluciones se basen en resolver la preponderancia de normas, sino lo que puede llegar a especificar es la incompatibilidad de la norma nacional como consecuencia de presentar discordancias con la CADH. Sobre las determinaciones de la Corte IDH, es pertinente mencionar, que los elementos de jurisprudencia que hayan sido expresados en aquéllas pudieran ser replicadas por los jueces nacionales en sus propias sentencias, pese a que en el caso de que se trate no sea parte el Estado mexicano, siempre y cuando favorezca a los intereses de la persona. Este aspecto fue establecido en la jurisprudencia de la SCJN con tesis P.J.21/2014 (10<sup>o</sup>). Desde nuestro punto de vista, no hay alguna limitación para que los particulares atiendan estos criterios de manera voluntaria.

Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también conocido como Protocolo de San Salvador (PSS), el cual fue decretado por el país en 1998.

Ahora bien, el ejercicio de convencionalidad, si bien es una práctica constante que se lleva a cabo tanto en la Corte IDH como en los organismos jurisdiccionales nacionales para la determinación de responsabilidades de los Estados, no quiere decir que sea restrictivo a una actividad de los tribunales. Desde el punto de vista de García (2011) todas las personas y autoridades tendrían que realizar la ponderación entre las normas internas y de derecho internacional de derechos humanos. En efecto, el artículo 1º constitucional, en su primer párrafo, especifica que “todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte”, mientras el tercer párrafo establece que “[t]odas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad” (CPEUM, Art. 1.; párrfs. 1º y 3º).

El primer párrafo, no es una mera declaración, establece la implicación que en territorio mexicano se tendrán que respetar los derechos fundamentales de las personas, por lo que esta obligación además de estar dirigida hacia los agentes estatales también es una responsabilidad de los particulares. Aunque, en el siguiente párrafo transcrita, se coloque especial atención a las autoridades, esto no significa una exclusión de otros agentes no estatales para que en sus actos observen los derechos humanos. Desde este punto de vista, la iniciativa del Expediente Digital de Salud Migrante (EDSM) impulsada por el Conacyt tenía la especial obligación de atender al ejercicio de convencionalidad o de confrontación de normas detectando la más protectora en cuanto al derecho a la salud. En el próximo apartado, se entrará al estudio de este derecho social, utilizando como una herramienta útil el mecanismo de la convencionalidad y, un tanto, el método del desempaque propuesta por Paul Hunt y, retomado por Serrano y Vázquez (2013).

#### IV. LA INTERPRETACIÓN DE LA SALUD COMO DERECHO HUMANO DESDE LA PERSPECTIVA CONVENCIONAL

El derecho a la salud se encuentra estatuido dentro del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), específicamente en el párrafo cuarto.<sup>4</sup> Su última modificación fue una adición en el año 2020, la cual tuvo que ver con el cambio de denominación del sistema de salud dirigido a personas que no cuentan con seguridad social. No obstante, la redacción garantista data de 1983, mucho antes de la reforma constitucional de derechos humanos. En este contexto, se puede dividir la estructura del párrafo cuarto. Por una parte, la inferencia de que el derecho a la salud es universal, puesto que es para “todas las personas”. En otro tanto, se define la operación de competencias donde se indica que la Constitución delega en la Ley, que expida el congreso, las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, y finalmente se establece el sistema de salud (CPEUM, 2021, Art. 4: párr. 4). Se podrá denotar que, más allá de los implícitos principios de universalidad y no discriminación, no hay más elementos a partir de los cuales sea posible interpretar el derecho a la salud, como lo son obligaciones del Estado frente a las personas, elementos esenciales y otros principios. Tampoco se detectan las especificaciones de cuáles grupos con posible grado de vulnerabilidad son los receptores de este derecho, como lo pueden ser las personas migrantes en tránsito quienes, aunado a otros, son los grandes ausentes en el texto constitucional del acceso a la salud. Si nos remitimos a la Ley General de Salud (LGS) se encuentran más elementos pragmáticos para llevar a cabo la labor de salud por parte de las instituciones de esta rama. La frase derechos humanos se utiliza para puntualizar la protección de las mujeres embarazadas, las personas que padecen trastornos mentales, las personas originarias de comunidades indígenas y la supremacía de la

<sup>4</sup> Ha existido un debate amplio sobre lo que debiera significar el derecho a la salud, particularmente en los textos constitucionales. Figueiroa (2013) establece que hay una corriente que se posiciona en el sentido que la salud de las personas no es posible garantizarla, puesto que depende de muchos factores. Otra más que sostiene la conceptualización del derecho a la salud a partir de “la protección” y “el cuidado”, es decir, desde la visión de los servicios e instituciones para conservar la salud o prevenir las enfermedades. Por tal razón, consideramos que una conceptualización más elaborada, de este derecho, se encuentra en la OG-14 (2001) que involucra el disfrute de otros derechos, una condición física y mental lo mejor posible, y; las obligaciones de los Estados por cuando a sus servicios de sanidad.

dignidad humana en el caso de las investigaciones clínicas (LGS, Arts. 61 bis; 72; 93; 103 bis 5, y; 192 bis, frac. VIII).

En el caso de las tres entidades, en las que se desarrolla el proyecto del EDSM, dos de las tres cartas fundacionales de las entidades del noreste, es decir, Coahuila y Nuevo León reconocen expresamente el derecho a la salud bajo el principio de no discriminación. En el caso del principio de máxima utilización de recursos, que implica la optimización del presupuesto para el otorgamiento de servicios y bienes de salud a las personas, solamente está contenido en la Constitución Política del Estado de Tamaulipas (CPET). Por cuanto a la prohibición de regresividad que conlleva a la implementación de normas o políticas públicas, y la cualidad progresiva de estas ha destacado la Constitución Política del Estado de Coahuila (CPEC), la cual expresamente lo reconoce. En el caso de Nuevo León (CPNL) se ubicó implícitamente, por lo que se tendría que recurrir a la conjugación del o los artículos de derechos humanos en general. En ese tenor de ideas, las tres constituciones delegan en las leyes de salud, la mayor parte de las garantías y disposiciones de salud.

Las tres leyes estatales de salud también ponen énfasis en el acceso, incluso incorporan a las áreas de la investigación y la tecnología como mecanismos para la prevención de enfermedades. En el caso de la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas ya prevé la utilización de un expediente electrónico para documentar la atención y tratamientos de las y los pacientes (LGSET, art. 5, fracc. XXIV; art. 8, frac. XXV). Asimismo, esta legislación es la que define expresamente el elemento esencial de calidad (LGSET, art. 2, fracc. V), aspecto que ningún texto constitucional o normativa secundaria analizada ha referido.

Ahora bien, si dirigimos la mirada a las interpretaciones del Poder Judicial Federal, el ministro Alfredo Gutiérrez Ortiz elaboró un artículo denominado *La Justiciabilidad del Derecho a la Salud en México*. En este documento se abordan algunos de los criterios más relevantes en el tema de la salud. El autor especificó que el párrafo cuarto del artículo 4º constitucional no agota su interpretación en el propio texto (Gutiérrez Ortiz, 2017), sino que con la ayuda del artículo 1º, esto es, con el precepto del sistema amplio protector se tendría que conjugar el derecho a la salud de conformidad con los tratados internacionales de derechos humanos. El

ministro establece que la principal fuente de esta facultad es el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) y de manera concreta la Observación General número 14, la cual es utilizada recurrentemente por el máximo tribunal en México, esto es, la SCJN (Gutiérrez Ortiz, 2017).

Ahora bien, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha generado diversas sentencias en donde ha interpretado el derecho a la salud. Un asunto nos llamó la atención, en particular. El caso *Chinchilla Sandoval vs. Guatemala*, el cual versa sobre la Señora María Inés Chinchilla Sandoval, quien se encontraba en un doble estado de vulnerabilidad, por un lado, su situación de salud disminuida y a su vez su reclusión en un centro de detención guatemalteco, donde finalmente falleció. En este caso, la Corte IDH detectó, entre otros hechos de responsabilidad para el Estado Guatemalteco, la inexistencia de un expediente médico para la víctima. En principio, la Corte IDH encontró el incumplimiento a los derechos a la integridad personal y a la vida; no obstante, haber puntualizado que era de relevancia el aspecto del expediente clínico (*Chinchilla Sandoval vs. Guatemala*, párrs. 224 y 225). El voto concurrente del juez Ferrer Mac-Gregor Poisot abundó en el derecho a la salud, ausente al menos en las conclusiones de la sentencia, haciendo particular énfasis en la OG-14 cuando señala: “[e]l Comité DESC refiere que el concepto del *más alto nivel de salud*, debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el *más alto nivel posible de salud*” (*Chinchilla Sandoval vs. Guatemala*; Vot. Conc., párr. 34) y específica que los elementos esenciales del derecho a la salud resultan importantes para determinar que las instituciones de salud son protectoras de las personas.

Así pues, una aproximación al encuentro de los indicadores, la otorgan el tribunal nacional y por otra parte la Corte IDH, los cuales coinciden en recurrir frecuentemente al sistema normativo universal. De manera puntual revisan el contenido de la Observación General número 14 (OG-14) del CDESC, la cual describe los elementos esenciales que tendrían que garantizar los establecimientos, bienes y servicios de salud de los Estados firmantes del PIDESC. Esta raíz normativa, en el derecho a la salud, también nos habla de que la interpretación en el sistema interamericano es un asunto que ha quedado en ralentí, aspecto que visibilizó el voto particular del juez Ferrer Mac Gregor.

La OG-14 conceptualiza el derecho a la salud bajo dos vertientes principales. La primera, a partir del principio de interdependencia de los derechos humanos, esto es, desde la premisa que el disfrute de los derechos humanos para las personas se da a partir del goce de todos y cada uno de ellos, sin la presencia de una jerarquía que privilegie el cumplimiento de un derecho y sea omiso en la atención de otros. En ese sentido, prevé que el derecho a la salud estaría en falta si no se cumplen los derechos a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la alimentación, entre otros. Recíprocamente, tampoco se cumplirían estos sin la salud (OG-14, 2001). En cuanto a la segunda faceta, se menciona que el derecho a la salud está condicionado por los factores socioeconómicos que están ligados a las personas y que obstaculizan el acceso a la salud. La OG-14 (2001) establece que entre estos factores se encuentran las condiciones de la vivienda que se habite, la calidad del agua que se consuma, el nivel de nutrición que proporcione la alimentación, los servicios sanitarios con que se cuenten en las comunidades y lo aceptable que pueda llegar a ser el medio ambiente.

La OG-14 prevé la existencia de establecimientos, bienes y servicios destinados a la preservación o recuperación de la salud de las personas y que están bajo la jurisdicción de los Estados.<sup>5</sup> Estas instituciones tendrían que cumplir con determinados elementos esenciales los cuales se abordarán en el apartado que a continuación se desarrollará. Pero, antes de ello, es necesario retomar que el Expediente Digital de Salud Migrante (EDSM) fue creado para que opere en entornos hospitalarios o de clínicas de primer nivel de atención, con lo cual tendrían que verse desde la mirada de un servicio de salud como expediente clínico que garantiza el acceso a la información de salud de los pacientes. La Observación General 22 (OG-22) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva menciona que el acceso a la información tiene que ver también con los datos que se proporciona a las personas sobre su propio estado de salud (OG-22, 2016, párr. 18).

---

<sup>5</sup> Cuando la OG-14 habla de los Estados parte, desde nuestro punto de vista, estas recomendaciones no tan solo están dirigidas para las instituciones públicas en forma de establecimientos, bienes o servicios de salud. También se incluyen las personas privadas, puesto que la Recomendación General número 35 del Comité para la Eliminación de la Discriminación en contra de la Mujer ha mencionado que los establecimientos privados del ámbito de salud o educativos desarrollan actividades que se consideran propiamente de los Estados (Cedaw-35, p. 9).

También resulta relevante, el pronunciamiento de Tlaleng Mofokeng, Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, quien plantea que “[l]a salud digital debe mejorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud para todos. Estas tecnologías deben contribuir a satisfacer las necesidades específicas de poblaciones diversas, facilitando el acceso a la información y los servicios a personas [...]” (ONU, 2021, pár. 65). En este sentido, llegamos a la convicción que el EDSM garantiza el derecho a la información de salud de las personas migrantes, por lo cual tendrían que formularse sus indicadores a partir de los elementos esenciales del derecho a la salud, previstos en la OG-14, instrumento que es el más recurrido en el ejercicio de la convencionalidad en el ámbito de los organismos de impartición de justicia.

## **V. INDICADORES DE OPERACIÓN PARA EL EXPEDIENTE DIGITAL DE SALUD MIGRANTE A PARTIR DE LOS ELEMENTOS ESENCIALES DEL DERECHO A LA SALUD**

La OG-14 establece los elementos esenciales para los establecimientos, bienes y servicios de salud (EBSS) que los Estados tendrían que garantizar dentro de sus territorios. Estos fragmentos de criterios están encaminados a garantizar la suficiencia de los propios EBSS, la inclusión de personas en situación vulnerable, la ética médica y el nivel de cualidades necesarios para su prestación. Como se verá en la tabla 1 estos son la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad.

**Tabla 1.** Elementos esenciales de los establecimientos, bienes y servicios de salud.

<i>Elemento esencial</i>	Criterio principal de los ESBS	S u b e l e m e n t o esencial	Criterio en segundo nivel de los ESBS
<i>Disponibilidad</i>	Suficiencia en número y debidamente equipados o dotados en insumos.		
<i>Accesibilidad</i>	Accesible para todas las personas	No discriminación	Incorporar a los sectores más vulnerables
		Accesibilidad física	Estar presente geográficamente
		Accesibilidad económica	No representar un gasto desproporcionado y accesible para las personas más desfavorecidas.
		Acceso a la información	Garantizar la posibilidad de solicitar, recibir y difundir información de salud libremente.
<i>Aceptabilidad</i>	Respetar la ética médica y la cultura de las personas; la confidencialidad de los pacientes, y; que sean factor para el mejoramiento de la salud.		
<i>Calidad</i>	Apropriados científica y medicamente. Su desempeño tendrá que ser con calidad. Aunado a que el personal tendría que estar capacitado y debidamente equipado.		

Elaboración propia con información de OG-14 (2001)

Una vez detectada esta fuente de indicadores, fue necesario encontrar qué tipo de estos se requerían para evaluar la operación del EDSM. De acuerdo con la *Guía para la medición y la aplicación de indicadores de derechos humanos* (2012), elaborado por la ONU, identifica tres tipos de indicadores: estructurales, de proceso y de resultados. Los primeros ponen en perspectiva el grado de convicción que tienen los Estados para comprometerse con los derechos humanos, la forma de identificar esta voluntad es la adhesión a tratados internacionales de la materia. En cuanto a los indicadores de proceso, se refieren a la medición de las decisiones o políticas implementadas para garantizar los derechos. Finalmente, los indicadores de resultados están dirigidos a determinar el resultado más global de las acciones implementadas, es decir, a comparación de los indicadores de proceso, son de más largo plazo porque en cierta forma son la parte culminante de los efectos de las actividades conjuntas. Otra diferencia, es que los indicadores de proceso detectan los pequeños progresos que se van presentando y que redundan en el beneficio, en corto tiempo, de los derechos de las personas (ONU, 2012, pp. 38-42).

A ese respecto, el EDSM por delimitación su incidencia no pretende tener un efecto en indicadores estructurales. Pero, sí resulta deseable establecer los parámetros desde el punto de vista del proceso y de los resultados, puesto que es una iniciativa que, si bien aún no ha llegado a determinarse como una decisión o política pública tiene condiciones para serlo. A este respecto, y en base a los criterios de los elementos esenciales y a las cualidades que hasta el momento se detectan en el propio EDSM se propusieron los indicadores de operación y de resultados que se observan en la tabla 2.

**Tabla 2.** Indicadores de operación del EDSM en base a los elementos esenciales del derecho a la salud.

<i>Tipo de indicador</i>	<b>Disponibilidad</b>	<b>Accesibilidad</b>	<b>Aceptabilidad</b>	<b>Calidad</b>
<i>Proceso</i>	Proporción de registros en el EDSM por entidad federativa del noreste de México	Proporción de mujeres y hombres migrantes atendidas en los módulos del EDSM.	Proporción de casos en los que se le enteró al paciente migrante el aviso de privacidad del EDSM.	Proporción de reportes de lentitud o inoperancia parcial del EDSM.
	Aumento en el número de módulos de registro del EDSM.	Proporción de personas migrantes con discapacidad atendidas en los módulos del EDSM.	Proporción de casos en los que se le enteró al paciente migrante el consentimiento informado.	Número de capacitaciones llevadas a cabo a personal de salud y de trabajo social con la temática del Manual de Operación del EDSM.
	Proporción de cuestionarios completados totalmente (segmento trabajo social y médico).	Número de niños y niñas migrantes atendidos en los módulos del EDSM.	Número de actualizaciones del aviso de privacidad en la plataforma del EDSM.	Proporción de encuestas de calidad en el uso del EDSM, a personal de salud.
		Proporción de personas migrantes adultas mayores atendidos a través del EDSM.	Proporción de quejas recibidas por utilización indebida de la información contenida en el EDSM.	Proporción de encuestas de calidad en el uso del EDSM, a pacientes migrantes.

<i>Tipo de indicador</i>	<b>Disponibilidad</b>	<b>Accesibilidad</b>	<b>Aceptabilidad</b>	<b>Calidad</b>
		Proporción de personas migrantes pertenecientes a pueblos originarios o comunidades indígenas.	S o l i c i t u d e s de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición al procesamiento de la información de datos personales (derechos ARCO).	Número de s u p e r v i s i o n e s efectuadas al funcionamiento de la plataforma realizadas por la Administración.
		Proporción de atención médica, con la utilización del EDSM, en las tres entidades del noreste de México.	P r o p o r c i ó n de quejas o inconformidades con motivo de que el registro en el EDSM no se llevó de manera libre, en contravención a los derechos humanos de las personas migrantes.	Proporción de d i s p o s i t i v o s móviles (tabletas) en funcionamiento para la operación del EDSM, por módulo de atención.

<i>Tipo de indicador</i>	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
		Presencia del EDSM en los principales municipios del noreste de México con mayor impacto de migración.	Proporción de quejas recibidas con motivo de que se solicitó a la persona migrante algún cobro u otra contraprestación por registrarse en la plataforma del EDSM.	Cantidad de asistencias en el registro con presencia de trabajadores sociales.
		Proporción de consultas médicas gratuitas, con operación gratuita del EDSM.	Inconformidades recibidas a causa de que se condicionó la atención médica con el registro en el EDSM.	
		Proporción de reportes o quejas recibidas de discriminación en el acceso al EDSM.		

<i>Tipo de indicador</i>	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
--------------------------	----------------	---------------	---------------	---------

<i>Resultado</i>	Incorporación de albergues o centros hospitalarios con módulos de registro del EDSM, en otras entidades federativas no pertenecientes a la región noreste de México			
	Proporción de utilización del EDSM por las personas pacientes migrantes en consultas de seguimiento (segunda vez).			
	Proporción de utilización del EDSM por las personas pacientes migrantes en el país de destino.			

Fuente: elaboración propia en base a OG-14 (2001) y ONU (2012)

Como se podrá advertir la operación del EDSM es posible medirse a través de los elementos esenciales prescritos en la OG-14, al ser una herramienta que constituye un servicio de salud que tiende a garantizar el derecho a la información de salud, en este caso de los pacientes migrantes en tránsito por México. En la medición, se procurará establecer qué impacto tiene en su disposición geográfica, sus alcances de acceso, qué tanto respetará los lineamientos éticos médicos y desde luego, su calidad en su desempeño, todo ello bajo estándares de derechos humanos. Aspectos que, a su vez, retoma los principios de universalidad y progresividad, y el derecho a la no discriminación, los cuales fueron detectados en la revisión del derecho orden jurídico nacional.

En el establecimiento de indicadores si bien puede haber un resultado numérico, ello no quiere decir que la interpretación sea exclusivamente cuantitativa, sino que también se requerirá una cualificación de los resultados. La ONU (2012) ha hecho hincapié que el uso de indicadores va más allá de la comparativa numérica. En ese tenor la Organización de los Estados Americanos (OEA) se ha pronunciado en la *Normas para la confección de informes periódicos previstos en el Protocolo de San Salvador* (AG RES. 2074) cuando refiere que estos ejercicios basados en indicadores “[n]o pretenden contabilizar denuncias sino avances o progresos” (AG RES. 2074, p. 3). Esta directriz implica que se otorgue una traducción argumentada a la luz de los derechos humanos, en este caso de las facultades que están inmersas en los elementos esenciales que evaluará la operación del EDSM propuesto como incidencia por parte del colectivo de investigadores.

## **VI. CONCLUSIONES**

La Constitución mexicana obliga a todas las personas, públicas o privadas, a atender las disposiciones en materia de derechos humanos. Cuando se implementa un proyecto académico es importante determinar los posibles obstáculos normativos y la manera de cómo afrontarlos. Este y otros diagnósticos determinarán la viabilidad de los trabajos en colectivo, más aún si se tiene la perspectiva de que el producto final compita en el campo de las políticas públicas. Una parte trascendental de los trabajos que efectúen los integrantes del o los grupos legales es desagregar los derechos que se contengan en la iniciativa. Además de atender los instrumentos

nacionales e internacionales, para nosotros, adicionalmente, fue importante dar una mirada a la práctica jurisdiccional.

Uno de los hallazgos es que el documento más recurrido para consulta de los tribunales es la OG-14 como instrumento que por excelencia establece las obligaciones de los Estados firmantes del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Asimismo, que el ejercicio de la convencionalidad no está restringido a la solución de conflictos en vía jurisdiccional, sino que también es aplicable para iniciativas o nacientes propuestas de programas con enfoque de derechos humanos.

La OG-14 resultó muy ilustrativa para la construcción de los índices que se ajustan a un servicio de salud como lo es un expediente clínico electrónico. Al paso se detectó, con la ayuda tersa del método de desempaque, que el derecho a garantizar con el EDSM es el de acceso a la información de salud del paciente migrante. Esto ha permitido establecer aspectos que pueden evaluar la trayectoria o progresividad de la plataforma tecnológica y que incluso otorgará mayor fundamento para justificar su puesta en escena de la agenda pública de los derechos sociales.

El apoyo de indicadores le otorgará al proyecto un sentido de transparencia y de fiabilidad, a través de los datos de operación, los cuales podrían, en un futuro, ser consultados por cualquier persona o institución. El EDSM, de esta forma, podría ser concebido como un paso hacia la universalidad del acceso a la salud que rebase el obstáculo de las competencias de salud para la elaboración y consulta de un expediente clínico. Paralelamente, trascienda hacia la portabilidad de los datos de salud para todas las personas que no cuentan con un esquema de seguridad social fijo, o bien, que sea el paso necesario para avanzar hacia la accesibilidad de la salud digital. Remarcamos que esto no es posible sin que se atiendan las posibilidades jurídicas y, puntualmente, se respeten los derechos humanos por todas las organizaciones involucradas.

La interpretación cualitativa de los indicadores, además de darnos una perspectiva más amplia sobre el elemento esencial de accesibilidad, en este caso del EDSM, adicionalmente nos permitirá planear la evolución de los documentos éticos internos desde las reales necesidades de las personas que usen el expediente. En este tenor, hay un sentido de participación en el funcionamiento de la iniciativa, los

indicadores están dirigidos a diversos actores, tanto a las personas migrantes como aliados y colaboradores. Estamos convencidos de que la aplicación del conocimiento demanda una interpretación acerca de la efectividad y resulta oportuno que los derechos humanos posean esa característica argumentativa.

Así pues, desde la planificación de los proyectos tendría que estar involucrada la evaluación jurídica. Desde luego, en nuestro caso, el siguiente paso será establecer las variables de estos indicadores iniciales, el cual es un tópico pendiente que dejaremos en pausa para una futura entrega, en esta experiencia que ha resultado enriquecedora para el colectivo de investigadores que participamos en el Pronaces.

## BIBLIOGRAFÍA

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)*, (1917). Cámara de Diputados, última reforma publicada en el Diario Oficial de la federación el 28 de mayo de 2021.
- Constitución Política del Estado de Coahuila de Zaragoza (CPECZ)*, (2020). Congreso de Coahuila de Zaragoza, última reforma publicada el 2 de octubre de 2020.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León (CPNL)*, (1917). Congreso de Nuevo León, última reforma publicada el 28 de mayo de 2021.
- Constitución Política del Estado de Tamaulipas (CPET)*, (2021) (Congreso de Tamaulipas).
- Dussauge, M. (2020). “El enfoque de transferencia de políticas públicas”, en XXX En *Enfoques teóricos de políticas públicas: Desarrollos contemporáneos para América Latina*. Flacso México (pp. Xxx-xx).
- EDSM-Conacyt. (2022). “Expediente Digital de Salud Migrante” (EDSM). Recuperado de <https://www.expediente.pro/login>
- Ferrer, E. (2012). “Interpretación conforme y control difuso de convencionalidad. El nuevo paradigma para el juez mexicano”, en Ugarte, S., y Carbonell, M., (coords.), *La Reforma constitucional de derechos humanos. Un nuevo paradigma*. (pp. 339-429). México: UNAM.
- Figueroa, R. (2013). El derecho a la salud. *Estudios Constitucionales*, 11, 2, 283-332.
- García, S. (2011). El control interno de convencionalidad. *IUS*, 28, 123-159.
- Gutiérrez Ortiz, A. (2017). La Justiciabilidad del Derecho a la Salud en México. *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, 5, 325-263.
- Gutiérrez, L. (2016). Control de constitucionalidad y control de convencionalidad: Interacción, confusión y autonomía. *IIDH*, 64, 239-264.
- Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas (LSET)*, (2021) (Poder Legislativo de Tamaulipas).

- Ley Estatal de Salud de Coahuila (LESC), (2021) (Congreso del Estado de Coahuila de Zaragoza).*
- Ley Estatal de Salud de Nuevo León (LESNL), (2021) (Congreso de Nuevo León).*
- Normas para la confección de informes periódicos previstos en el Protocolo de San Salvador (AG RES. 2074), (2005). Organización de los Estados Americanos (OEA).*
- Observación General núm. 14 el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (OG-14), Recopilación de las observaciones generales y recomendaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos (2001). Organización de las Naciones Unidas (ONU).*
- Observación General núm. 18 relativa a la no discriminación (OG-18), (1989) (Comité de Derechos Humanos).*
- Observación general núm. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (OG-22), E/C.12/GC/22 (2016).*
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2012). Guía para la medición y aplicación. Indicadores de derechos humanos.*
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2021). Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng (p. 28).*
- P.J.21/2014 (10<sup>a</sup>) (2014) (SCJN). Contradicción de Tesis con rubro “Jurisprudencia emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos. es vinculante para los jueces mexicanos siempre que sea más favorable a la persona”.*
- Recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general num. 19 (RGCEDAW-35), 22 (2017) (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer).*
- Serrano, S. y Vázquez, D. (2013). Los derechos en acción. Flacso sede México.*