



LXI
— LEGISLATURA —
QUERÉTARO

Poder Legislativo de Querétaro



OP61

36026

10/12/25 13:09

251106-35EH2TI09AL10

Sistema de Control de Asunto:



1825 - 2025

CONMEMORACIÓN

BICENTENARIO
CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DEL ESTADO DE QUERÉTARO

Asunto: se presenta iniciativa de Ley por la que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de Salud del Estado de Querétaro, en materia del derecho al acceso a la salud y acceso a la información de las personas indígenas y las personas con discapacidad.

HONORABLE PLENO DE LA SEXAGÉSIMA PRIMERA LEGISLATURA DEL ESTADO DE QUERÉTARO P R E S E N T E

Diputada Rosalba Vázquez Munguía y Diputada María Eugenia Margarito Vázquez, integrantes de la Sexagésima Primera Legislatura del Estado de Querétaro, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 18, fracción II de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Querétaro, así como 42 de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Querétaro, presentan la siguiente **INICIATIVA DE LEY POR LA QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO, EN MATERIA DEL DERECHO AL ACCESO A LA SALUD Y ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS INDÍGENAS Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD;** ello, a fin de que la misma sea turnada a la Comisión Legislativa competente para su respectiva discusión y dictaminación.

Lo anterior, conforme a la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. Del reconocimiento constitucional e internacional del derecho a la salud.

El derecho humano a la salud se encuentra reconocido por el cuarto párrafo del artículo 4o. constitucional:

“Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.”



Además, existen diversos instrumentos internacionales suscritos y ratificados por el Estado mexicano que también reconocen este derecho; a guisa de ejemplo, se citan las siguientes disposiciones:

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que:

“1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”

A su vez, el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos dispone:

“1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; ...”

Por último, a través del artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se estableció que:

“1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.”

Esto último, toda vez que la Convención Americana sobre Derechos Humanos señala que, dentro de un Estado de Derecho en el cual se rigen las instituciones democráticas, la garantía de derechos de los seres humanos se basa en el establecimiento de condiciones básicas necesarias para su sustentación, siendo obviamente el caso del derecho a la salud.

Ahora, independientemente de que el catálogo de obligaciones que el Estado tiene para garantizar el pleno goce y ejercicio del comentado derecho es sumamente amplio —en virtud de su especial naturaleza—, para efectos del caso concreto me limitaré a desarrollar la que corresponde al acceso a los servicios de salud, y particularmente por lo que ve a una debida y oportuna atención médica para la persona usuaria.

Al respecto, es conveniente empezar esta exposición resaltando que los instrumentos internacionales antes invocados ya establecen ciertos deberes concretos sobre este punto:

En primer lugar, el mismo artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dispone que:



"2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

...

d) La creaciones de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad..."

Y, por su lado, el artículo 10 del Protocolo de San Salvador señala lo siguiente:

"2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; ..."

En efecto, de lo anterior se sigue que las citadas disposiciones coinciden en que el derecho a la salud debe ser garantizado para *todas* las personas. En consecuencia, es dable colegir que:

- El acceso efectivo a la salud debe ser alcanzable para *todas* las personas, de modo que resultará inadmisibles que, por motivos de discriminación o distinciones injustificadas, las autoridades competentes se nieguen a brindar la atención médica o los servicios de salud que, de forma particular, requieran los usuarios.
- En caso de que un usuario enfrente alguna desventaja para acceder a los servicios de salud en virtud de encontrarse en una situación diferenciada del resto de la población, el Estado estará obligado a ajustar y empatar las condiciones necesarias para permitir una igualdad real de oportunidades en el ejercicio de este derecho.

Ahora bien, en cuanto al alcance que se le ha otorgado desde el derecho interno, es relevante señalar que la protección de la salud puede proyectarse tanto en una dimensión individual –relativa al estado físico, mental, emocional y social de la persona– como en una social o pública –que consiste en el deber estatal de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como en la implementación de políticas públicas en materia de salud–. Esta distinción se aprecia con mayor claridad en el siguiente criterio jurisprudencial, a través del cual la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la



Nación destacó algunas de las obligaciones del Estado que surgen a partir de estas dos dimensiones:

“DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL.

La protección de la salud es un objetivo que el Estado puede perseguir legítimamente, toda vez que se trata de un derecho fundamental reconocido en el artículo 4o. constitucional, en el cual se establece expresamente que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Al respecto, no hay que perder de vista que este derecho tiene una proyección tanto individual o personal, como una pública o social. Respecto a la protección a la salud de las personas en lo individual, el derecho a la salud se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva otro derecho fundamental, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica. De ahí que resulta evidente que el Estado tiene un interés constitucional en procurarles a las personas en lo individual un adecuado estado de salud y bienestar. Por otro lado, la faceta social o pública del derecho a la salud consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como en establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud. Lo anterior comprende el deber de emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin, tales como el desarrollo de políticas públicas, controles de calidad de los servicios de salud, identificación de los principales problemas que afecten la salud pública del conglomerado social, entre otras.”¹

El subrayado es propio.

Como puede observarse, una vez más se pone de manifiesto el deber del Estado de establecer los mecanismos necesarios para garantizar que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud, destacando su obligación de prestarlos y de realizar las adecuaciones o adaptaciones en las políticas públicas que permitan maximizar su eficacia. Esto, como se dijo, se traduce en la obligación de velar por un acceso a la atención y a los servicios de la salud en igualdad de condiciones, lógicamente con la finalidad de brindar a todas las personas las mismas oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

¹ Tesis: 1a./J. 8/2019 (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, t. I, febrero de 2019, p. 486.



II. Del acceso a la atención médica y servicios de salud en igualdad de condiciones.

El derecho de igualdad y no discriminación se encuentra reconocido por el último párrafo del artículo 1o. constitucional:

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

Asimismo, está consagrado en el artículo 24 del Pacto de San José:

“Artículo 24. Igualdad ante la Ley

Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley.”

Ahora, aunque existe una multiplicidad de criterios interpretativos desarrollados para explicar el contenido y alcance de este derecho, para efectos de la especie resulta de particular relevancia destacar el siguiente:

A través de la tesis jurisprudencial de rubro **“LIBERTAD CONFIGURATIVA DEL LEGISLADOR. ESTÁ LIMITADA POR LOS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN QUE OPERAN DE MANERA TRANSVERSAL”²** integrada por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se determinó que el principio de igualdad y no discriminación aplica de manera transversal a los demás derechos humanos, y que cualquier distinción, restricción, exclusión o preferencia en el ejercicio de dicho derecho que atente contra la dignidad humana constituirá una violación al mismo. Además, específicamente por lo que ve a la discriminación, la Primera Sala del Máximo Tribunal señaló que ésta puede operar de manera legal o de hecho, por objeto o resultado –directa o indirecta–, o a través de la omisión de adoptar medidas diferenciadas para responder o evitar perpetuar situaciones de discriminación estructural.

² Tesis: 1a./J. 45/2015 (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, t. I, junio de 2015, p. 533.



Sobre este último punto –relativo a la adopción de medidas diferenciadas–, en el Amparo Directo en Revisión 1464/2013³, la citada Sala resolvió que la igualdad jurídica, en su dimensión sustantiva o de hecho, impone a las diversas autoridades del Estado la obligación de llevar a cabo ciertos actos que tiendan a obtener una correspondencia de oportunidades entre los integrantes de ciertos grupos sociales y el resto de la población. En efecto, lo anterior a través de la adopción de medidas de carácter administrativo, legislativo o de cualquier otra índole que tengan como finalidad evitar que se siga produciendo una diferenciación injustificada o discriminación sistemática, o bien, que se reviertan los efectos de la marginación histórica y/o estructural de un grupo social relevante.

Dicho en otras palabras, a través de lo anterior se estudió el principio de igualdad por compensación que previamente había sido desarrollado por el procesalista Eduardo J. Couture, el cual consiste básicamente en otorgar un trato desigual en relaciones desiguales para compensar o equilibrar una relación naturalmente asimétrica. Así, para que estos grupos logren alcanzar un mismo grado de oportunidades en el ejercicio de sus derechos, en algunos casos será necesario darles un trato formalmente desigual *de iure* o *de facto* respecto de otras personas o grupos; ello, obviamente, siempre que el trato desigual esté justificado por la consecución de la igualdad de hecho y cumpla con los criterios de proporcionalidad.⁴ De lo contrario, de asumir que todas las personas parten de un mismo “ piso parejo ” y que no existen circunstancias que colocan a determinados individuos o grupos en una posición de desventaja para ejercer sus derechos, se seguirán perpetuando las situaciones de discriminación estructural que históricamente les han afectado.

Ahora, es cierto que no existe una lista definitiva o específica sobre las medidas que pueden llevarse a cabo para la obtención de esta igualdad de hecho o sustantiva, pues dependerá de las circunstancias fácticas, sociales, económicas, culturales, políticas y jurídicas que imperen al momento de tomarse la decisión, así como de la entidad o autoridad que vaya a llevar a cabo la medida correspondiente. Sin embargo, lo que sí es común entre este tipo de medidas, es que todas buscan conferir un mismo nivel de oportunidades para el goce y ejercicio de los derechos humanos de los miembros de ciertos grupos sociales, los cuales se caracterizan por ser o haber sido objeto de una discriminación o exclusión recurrente y sistemática, como ocurre con las personas indígenas y las personas con discapacidad.

³ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Primera Sala, Amparo Directo en Revisión 1464/2013, resuelto el 13 de noviembre de 2013, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación.

⁴ A estas medidas se les pueden catalogar como acciones positivas o de igualación positiva. Ejemplos de las primeras pueden ser ciertas políticas públicas que tengan como sujetos a las mujeres o a las personas con algún grado de discapacidad y que busquen otorgarles bienes o servicios adicionales para que alcancen un mismo grado de oportunidades para el ejercicio de sus derechos; mientras que ejemplos de las segundas consisten en las cuotas o los actos específicos de discriminación inversa en favor de una persona que pertenezca a un determinado grupo social.



Lo anterior se sostiene dado que, si bien distintas normas jurídicas reconocen que todas las personas son iguales y gozan de los mismos derechos humanos, lo cierto es que los individuos que pertenecen a estos grupos parten de desventajas históricas y estructurales que todavía siguen impidiendo el ejercicio pleno de sus derechos; es decir, aunado a los siglos de exclusión institucional de la que han sido objeto, actualmente existen múltiples barreras que siguen colocándolos en una importante desventaja en materia de salud, educación, justicia, trabajo, participación política, entre otros.

En gran medida, esto se explica al advertir que la discriminación estructural – profundamente clavada en el diseño histórico de las instituciones– se reproduce en los sistemas sociales de educación, trabajo, justicia, salud y economía. Las leyes, políticas públicas y prácticas del Estado fueron creadas desde una noción mestiza, urbana y occidental que afectó y sigue afectando a los pueblos indígenas; asimismo, éstas se construyeron desde la perspectiva capacitista que toma a la persona que no tiene ninguna discapacidad como la “persona normal”. En consecuencia, toda vez que los sistemas que nos rigen no consideraron originalmente la diversidad lingüística, cultural y funcional que existe, los discursos que colocaban a estos grupos como inferiores siguen aún vigentes en muchas de las decisiones estatales y en el trato cotidiano.

Así las cosas, una vez reconocida la existencia de las múltiples barreras y desventajas que las personas indígenas y las personas con discapacidad siguen enfrentando en el día a día –y entendiendo que dichos obstáculos están sustentados en prácticas históricamente discriminatorias–, resulta innegable que el Estado tiene el ineludible deber de implementar medidas especiales que permitan nivelar las condiciones y oportunidades necesarias para el pleno ejercicio y goce de sus derechos. Todo ello, desde luego, bajo la premisa de que no basta con el reconocimiento formal y genérico de los derechos en las leyes, sino que deben generarse las condiciones necesarias para que su ejercicio se haga efectivo para *todas* las personas.

III. Del derecho al acceso a la información en materia de salud reconocido en favor de las personas indígenas y las personas con discapacidad.

Hasta este momento, ya ha quedado por demás claro que la adecuada satisfacción de las obligaciones estatales que nacen con el reconocimiento del derecho de acceso a la salud depende de varios factores; entre ellos, destaca el deber de generar las condiciones materiales, culturales, institucionales y sociales necesarias para igualar las oportunidades y garantizar que *todas* las personas puedan ejercerlo de manera real y efectiva.



Al respecto, lo anterior adquiere especial relevancia en materia de derechos de las personas indígenas y de las personas con discapacidad, pues trae aparejada la obligación del aparato estatal a considerar, entre otros aspectos, las barreras lingüísticas que enfrentan estos grupos al momento de querer acceder a los servicios de salud y atención médica. Dicho en otras palabras, para alcanzar una igualdad real y efectiva en el acceso a la salud, resulta imperativo que los hospitales y clínicas garanticen una debida asistencia lingüística y mecanismos de comunicación inclusivos e interculturales, por ejemplo, a través de intérpretes y traductores de lenguas indígenas, así como con especialistas en los diferentes tipos de lenguaje inclusivo; de lo contrario, las dificultades para comprender los diagnósticos, indicaciones, tratamientos, consentimientos y demás información relevante sobre los procesos clínicos continuarán vulnerando en su perjuicio el derecho a la igualdad y no discriminación, en relación con el derecho al acceso a los servicios de salud.

Ahora, con la finalidad de proporcionar mayores elementos para entender la importancia de lo anterior, es conveniente hablar del derecho al acceso a la información en materia de salud.

A través de diversos criterios⁵, el Tribunal Pleno ha establecido que el acceso a la información constituye un componente fundamental para garantizar el derecho a la salud en igualdad de condiciones, siendo que a éste le reviste un carácter instrumental que debe ser respetado por el Estado de conformidad con los artículos 4o. y 6o. constitucionales, así como el parámetro convencional aplicable. Para explicar este punto, es importante destacar que el derecho a la información consagrado en el citado artículo 6o. constitucional exige que la información proporcionada a la persona sea comprensible para ella, lo cual resulta de obvia importancia en materia de salud. Esto, pues el acceso a la información comprensible –sobre los diagnósticos, indicaciones, tratamientos, consentimientos y demás información relevante sobre los procesos clínicos– es lo que habilitará a la persona en cuestión para tomar decisiones libres y conscientes sobre su estado de salud, conociendo y comprendiendo todos los alcances de la decisión tomada en ejercicio de su autonomía.

De hecho, a propósito de esta lógica, la Ley General de Salud señala lo siguiente:

“Artículo 51 Bis 2.- Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos...

...

⁵ A modo de ejemplo, se cita la Acción de Inconstitucionalidad 109/2020.



Todos los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, están obligados a comunicar a la persona, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa, incluyendo los objetivos, los posibles beneficios y riesgos esperados, y las alternativas de tratamiento, para asegurar que los servicios se proporcionen sobre la base del consentimiento libre e informado.

...

Artículo 52 Bis 2.- Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos...

...

El consentimiento informado, que constituye el núcleo del derecho a la salud, tanto desde la perspectiva de la libertad individual como de las salvaguardas para el disfrute del mayor estándar de salud.

El consentimiento informado es la conformidad expresa de una persona, manifestada por escrito, para la realización de un diagnóstico o tratamiento de salud.

Todos los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, están obligados a comunicar a la persona, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa, incluyendo los objetivos, los posibles beneficios y riesgos esperados, y las alternativas de tratamiento, para asegurar que los servicios se proporcionen sobre la base del consentimiento libre e informado.

Una vez garantizada la comprensión de la información a través de los medios y apoyos necesarios, la población usuaria de los servicios de salud tiene el derecho de aceptarlos o rechazarlos..."

El subrayado es propio.

Y, en el ámbito local, la Ley de Salud del Estado de Querétaro estableció:

"Artículo 45. Los trabajadores de...

Los usuarios tendrán derecho, previo consentimiento libre e informado, a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y



éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares...

Artículo 51. Los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a:

...

VI. Tener información apropiada sobre su historia médica y condiciones de salud: ..."

El subrayado es propio.

Bajo esa tónica, si de lo anterior se obtiene que los gobiernos tienen la obligación de garantizar el acceso a la información en materia de salud, resulta evidente que ello deberá realizarse no solo en las lenguas predominantes como el español, sino también en las lenguas y formas de comunicación minoritarias; lo anterior, a efecto de que éstas sean incluidas en el ámbito de su aplicación y, como consecuencia, se logre garantizar el ejercicio de los derechos que le asisten a las personas que las hablan o que se comunican a través de ellas. De lo contrario, la omisión de proporcionar al usuario la correspondiente información en una forma que le resulte comprensible vulnerará su autonomía y autodeterminación en materia del cuidado de la salud —que incluye las libertades de elegir de manera plena, libre e informada los procedimientos o tratamientos médicos a los que desea someterse, así como el entendimiento total de los diagnósticos e indicaciones respectivas—, lo que, como resultado, impedirá que el derecho a la salud pueda ejercerse en condiciones de igualdad respecto del resto de la población.

Ahora bien, tomando como base todo lo expuesto y con la finalidad de superar las barreras lingüísticas y de comunicación que, a la fecha, siguen obstaculizando el ejercicio pleno y efectivo del derecho a la salud de las personas indígenas y de las personas con discapacidad, además de admitir e incorporar formalmente diversas disposiciones del derecho internacional, las distintas autoridades del Estado mexicano han desarrollado un amplio marco normativo interno; veamos:

Para empezar, por lo que ve al derecho que corresponde a las **personas indígenas**, es importante considerar que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos prevé:

"Artículo 2o. La Nación Mexicana...

...



B. La Federación, las entidades federativas, los Municipios y, en su caso, las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, deberán establecer las instituciones y determinar las políticas públicas que garanticen el ejercicio efectivo de los derechos de los pueblos indígenas y su desarrollo integral, intercultural y sostenible, las cuales deben ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

Para tal efecto, dichas autoridades tienen la obligación de:

...

V. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional con perspectiva intercultural, así como reconocer las prácticas de la medicina tradicional.

...

D. Esta Constitución reconoce...

Se reconoce y garantiza el derecho de la niñez, adolescencia y juventud indígena y afroamericana a una atención adecuada, en sus propias lenguas, para hacer efectivo el conocimiento y ejercicio pleno de sus derechos de acceso a la educación, a la salud, a la tecnología, al arte, la cultura, el deporte y la capacitación para el trabajo, entre otros. Asimismo, para garantizar una vida libre de exclusión, discriminación y violencia, en especial de la violencia sexual y de género, y para establecer políticas dirigidas a prevenir y atender las adicciones, con visión de respeto a sus identidades culturales.

La Federación, las entidades federativas y los municipios adoptarán las medidas necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en esta Constitución con el propósito de eliminar la discriminación, racismo, exclusión e invisibilidad de las que sean objeto los pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas.

La ley general debe establecer las normas y mecanismos que aseguren el respeto y la implementación de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas reconocidos en esta Constitución.

Las constituciones y leyes de las entidades federativas establecerán las bases y mecanismos para asegurar la efectiva observancia de todo lo dispuesto en el presente artículo, en sus respectivos ámbitos de competencia..."

El subrayado es propio.



Por su lado, la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas señala:

“ARTÍCULO 4.- Las lenguas indígenas que se reconozcan en los términos de la presente Ley y el español son lenguas nacionales por su origen histórico y tendrán la misma validez, garantizando en todo momento los derechos humanos a la no discriminación y acceso a la justicia de conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales en la materia de los que el Estado Mexicano sea parte.

ARTÍCULO 7. Las lenguas indígenas serán válidas, al igual que el español, para cualquier asunto o trámite de carácter público, así como para acceder plenamente a la gestión, servicios e información pública...

ARTÍCULO 8. Ninguna persona podrá ser sujeto a cualquier tipo de discriminación a causa o en virtud de la lengua que hable.”

El subrayado es propio.

En atención a ello, la Ley General de Salud establece:

“Artículo 51 Bis 1.- Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua.

Artículo 54. Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos. En el caso de los pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas, las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad.”

El subrayado es propio.



Finalmente, en el ámbito local, la Ley de Derechos y Cultura de los Pueblos y Comunidades Indígenas del Estado de Querétaro dispone:

“Artículo 40. El Poder Ejecutivo del Estado, a través de la Secretaría de Salud garantizará el acceso efectivo de los pueblos y comunidades indígenas a los servicios de salud, a través de la ampliación de su cobertura, mediante la implementación de programas prioritarios de atención médica.

...

Los servicios de atención básica que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, a fin de proteger el derecho a la salud, la libertad de elección y la seguridad de los usuarios que opten por la medicina tradicional como forma de atender sus malestares físicos, emocionales y/o mentales.

Artículo 43. Los médicos, enfermeras, trabajadores sociales y personal administrativo, designados por el Poder Ejecutivo del Estado para la atención de las personas indígenas, observarán el trato digno y humano que requiere todo ciudadano.

Se considera de orden preferente, que cuenten con los conocimientos básicos sobre la cultura, costumbres y lengua indígena.”

El subrayado es propio.

Además, lo anterior ha sido iterado como criterio protector por el Poder Judicial de la Federación en diversos asuntos que incluso tienen que ver con el acceso pleno a la justicia; a guisa de ejemplo, tenemos el criterio de rubro **“PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS. LAS RESOLUCIONES JUDICIALES QUE DECIDEN SOBRE ASPECTOS QUE LES CONCIERNEN DEBEN EMITIRSE TAMBIÉN EN FORMATO DE LECTURA FÁCIL Y ÉSTE TRADUCIRSE A LA LENGUA INDÍGENA RESPECTIVA.”**⁶:

“Las personas, pueblos y comunidades indígenas se han enfrentado histórica y sistemáticamente a barreras para acceder a la justicia en igualdad de condiciones, por no tomar en cuenta su lengua y formas de vida, entre otros aspectos.”

⁶ Tesis: XVII.2o.P.A. 9 K (11a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Undécima Época, t. II, marzo de 2025, p. 1165.



En efecto, de ello se sigue la necesidad de proteger a estos pueblos mediante la más amplia garantía de que conozcan con claridad sus derechos y el acceso a ellos. Es decir, si las resoluciones que abordan aspectos relacionados con personas y pueblos indígenas deben elaborarse en formato de lectura fácil –además del formato “tradicional”– con el fin de que participen en igualdad de condiciones en el sistema de justicia y ejerzan el derecho que tienen a comprender la información en un lenguaje sencillo que no sea técnico e inaccesible, entonces, por analogía, este mismo criterio debe aplicarse e introducirse como política pública en materia de acceso a la salud; esto, desde luego, a efecto de facilitar su difusión entre quienes integran los pueblos y comunidades indígenas.

Así, como conclusión, de las disposiciones citadas se obtiene como axioma que:

- Las personas indígenas tienen derecho al acceso efectivo a la salud, por lo que resulta imperativo que se adopten las medidas necesarias para garantizarles una atención adecuada con perspectiva intercultural y, desde luego, en sus propias lenguas.
- Lo anterior con la finalidad de eliminar la discriminación, racismo, exclusión e invisibilidad que sistemáticamente se ejerce en contra de las personas indígenas cuando tratan de acceder a los servicios médicos; máxime si se considera que las lenguas indígenas reconocidas en la legislación son, al igual que el español, lenguas nacionales que tienen la misma validez para acceder plenamente a cualquier servicio público, incluido el relativo a la atención de la salud.
- En el Estado de Querétaro, compete al Poder Ejecutivo, a través de la Secretaría de Salud, garantizar el acceso efectivo de los integrantes de los pueblos y comunidades indígenas a los servicios de salud.

Ahora, en una segunda línea de análisis, respecto del derecho que corresponde a las **personas con discapacidad**, es importante considerar que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos prevé:

“Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

...



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

Artículo 4o.- La mujer y...

...

Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud...

El subrayado es propio.

Adicionalmente, en el contexto internacional, a través del preámbulo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se señaló lo siguiente:

"Los Estados Partes en la presente Convención, ...

...

v) Reconociendo la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, ..."

El subrayado es propio.

De forma ulterior, dentro de su articulado se estableció:

"Artículo 9, Accesibilidad

1. A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público,



tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

...

2. Los Estados Partes también adoptarán las medidas pertinentes para:

...

f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información; ...

Artículo 21, Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención⁷, entre ellas:

...

b) Aceptar y facilitar la utilización de la lengua de señas, el Braille, los modos, medios, y formatos aumentativos y alternativos de comunicación y todos los demás modos, medios y formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad en sus relaciones oficiales; ...

Artículo 25, Salud

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

⁷ De conformidad con el Artículo 2 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la "comunicación" incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso. Además, por "lenguaje" se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal.



las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

...

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado; ..."

El subrayado es propio.

En este sentido, y en cumplimiento al mandato contenido en las disposiciones constitucionales e internacionales en cita, el legislador mexicano ha adaptado el marco legal vigente de la siguiente manera:

En primer lugar, por medio de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad se señaló que:

"Artículo 4. Las personas con discapacidad gozarán de todos los derechos que establece el orden jurídico mexicano, sin distinción de origen étnico, nacional, género, edad, o un trastorno de talla, condición social, económica o de salud, religión, opiniones, estado civil, preferencias sexuales, embarazo, identidad política, lengua, situación migratoria o cualquier otro motivo u otra característica propia de la condición humana o que atente contra su dignidad. Las medidas contra la discriminación tienen como finalidad prevenir o corregir que una persona con discapacidad sea tratada de una manera directa o indirecta menos favorable que otra que no lo sea, en una situación comparable..."

Artículo 32. Las personas con discapacidad tienen derecho a la libertad de expresión y opinión; incluida la libertad de recabar, recibir y facilitar información mediante cualquier forma de comunicación que les facilite una participación e integración en igualdad de condiciones que el resto de la población.

Para tales efectos, las autoridades competentes establecerán entre otras, las siguientes medidas:

...



II. Promover la utilización de la Lengua de Señas Mexicana, el Sistema Braille, y otros modos, medios y formatos de comunicación, así como el acceso a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluido Internet; ...

El subrayado es propio.

A su vez, en la Ley General de Salud se estableció que:

“Artículo 51 Bis 2.- Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos...

...

Todos los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, están obligados a comunicar a la persona, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa, incluyendo los objetivos, los posibles beneficios y riesgos esperados, y las alternativas de tratamiento, para asegurar que los servicios se proporcionen sobre la base del consentimiento libre e informado.

...

Se entenderá como ajustes razonables a las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales...”

El subrayado es propio.

Y, por lo que ve al ámbito local, en la Ley para la Integración al Desarrollo Social de las Personas con Discapacidad del Estado de Querétaro se plasmó la siguiente disposición:

“Artículo 6. Esta Ley reconoce y protege todos los derechos humanos en los ámbitos político, económico, social, laboral, cultural, civil o de otro tipo, a favor de las personas con discapacidad. De manera particular, les reconoce los siguientes derechos, en igualdad de condiciones con las demás personas:

...



V. A los servicios de salud y de asistencia social, recibiendo un trato digno, que contemple criterios de calidad, especialización, género e igualdad; ...”

El subrayado es propio.

En efecto, del análisis realizado se desprende una lógica similar a la ya explicada para el caso de las personas indígenas: las autoridades encargadas de garantizar el derecho a la salud tienen la ineludible obligación de asegurar que las personas con discapacidad reciban toda la información relativa a su estado de salud, debiendo comunicarla de forma tal que sea plenamente accesible y comprensible para ellas. Y es que, como se explicó, solo a través de la comprensión de esa información será posible garantizar su autonomía y autodeterminación y, en consecuencia, el ejercicio efectivo del derecho a la salud en igualdad de condiciones.

IV. Del marco normativo de regulación en el Estado de Querétaro.

Ahora bien, con la intención de dar cumplimiento –aunque de forma parcial– a las obligaciones puntualizadas en los párrafos anteriores, el legislador local decidió incorporar un artículo específico en la Ley de Salud del Estado de Querétaro, mismo que fue redactado en los siguientes términos:

“Artículo 6. *El Sistema de Salud del Estado de Querétaro tendrá como principal objetivo, prestar los servicios de salud en el Estado a la población en general y asegurar el acceso efectivo a dichos servicios a las comunidades indígenas, mediante la ampliación de la cobertura y la implementación de programas prioritarios.*

Los municipios del Estado en los que existan pueblos y comunidades indígenas, deberán contar por lo menos con un médico, enfermera o traductor, por cada centro de salud, que hable la lengua indígena predominante del lugar y tenga los conocimientos sobre la cultura y costumbres indígenas, para la atención de su población.”

No obstante, sobre este punto conviene advertir dos cuestiones relevantes:

- En primer lugar, la citada disposición resulta insuficiente e incompleta, lo que genera la inoperancia en su aplicación, ya que es omisa en establecer mecanismos efectivos para la defensa de derechos, tal como se expondrá en párrafos siguientes.
- En segundo lugar, el legislador únicamente consideró el derecho que les asiste a las personas indígenas, empero fue totalmente omiso en incorporar lo tocante al



derecho de las personas con discapacidad, pues en ninguna parte de la norma se advierte la inclusión de una obligación dirigida a garantizarles el ya explicado derecho de acceso a la información en materia de salud; esto, en efecto, actualiza una omisión legislativa relativa que debe ser subsanada, lo que precisamente constituye la *ratio legis* de la presente iniciativa.

A fin de evidenciar lo anterior, como punto de partida, resulta necesario analizar que el artículo 6 antes invocado, en esencia, establece que el Estado está obligado a garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud en favor de las comunidades indígenas. Para ello, dicho numeral exige que cada centro de salud ubicado en los municipios donde existan pueblos y comunidades indígenas cuente, al menos, con un médico, enfermera o traductor que hable la lengua indígena predominante del lugar. Sin embargo, si bien en un primer momento pudiera pensarse que esto alcanza para satisfacer las obligaciones vigentes en la materia, lo cierto es que, posterior a un análisis más riguroso de compatibilidad normativa, se colige que la disposición en cuestión no se encuentra debidamente armonizada en los términos que exige el bloque de constitucionalidad, ni supera los estándares del control de convencionalidad:

Para empezar, la forma en la que se estableció la obligación de “contar con un traductor” no es lo suficientemente sólida para los efectos buscados, siendo que la redacción del artículo genera una serie de problemáticas que complican el ejercicio del derecho reconocido en favor de las personas indígenas. Esto, toda vez que las condiciones para fungir como traductor no están debidamente precisadas, omitiéndose, verbigracia, si se le exigirá la acreditación del dominio de la lengua indígena y del español; al respecto, ello resulta de capital importancia pues un error de interpretación o comunicación en esta materia puede comprometer severamente el estado de salud de las personas e, incluso, poner en riesgo su vida.

Por otro lado, el hecho de que pueda ser un médico o enfermera quien hable la lengua indígena predominante tampoco asegura que la traducción será adecuada, ya que hablar una determinada lengua no implica, *per se*, poseer la capacidad necesaria para interpretar información médica compleja de forma precisa ni, en su caso, comunicarla al usuario de manera clara y comprensible. Obviamente, en virtud de la omisión a que se hace referencia, tampoco se establecieron mecanismos de supervisión, evaluación o capacitación que aseguren la calidad del servicio de traducción o interpretación, lo que profundiza la insuficiencia normativa.

En tercer lugar, es conveniente advertir que el fragmento normativo en análisis también es omiso en establecer lo relativo a la disponibilidad del traductor o del personal médico que domine la lengua indígena predominante. Lógicamente, la consecuencia de no exigir la



prestación permanente del servicio de traducción o interpretación, o bien, de establecer mecanismos de sustitución para el caso de ausencias, es que la atención a los usuarios que requieran dicha asistencia lingüística quedará supeditada a las posibilidades y horarios de esa única persona que domine la lengua, siendo que eso no se traduce en una debida protección jurídica del derecho comentado.

Incluso, vale la pena agregar que el enfoque intercultural pretendido por el artículo está dirigido únicamente al personal disponible, ya sea traductor, médico o enfermera. Sin embargo, a efecto de asegurar la debida satisfacción a esta exigencia, no basta con que se cuente con una sola persona que hable la lengua indígena; es necesario que se garanticen también protocolos, materiales informativos, consentimientos informados traducidos, señalética accesible y otras formas alternativas de comunicación para las personas indígenas que presenten alguna discapacidad.

Aunado a lo anterior, resulta oportuno reflexionar que la obligación prevista se limita a considerar únicamente la lengua indígena predominante del lugar, ignorando por completo la diversidad lingüística que puede existir en las comunidades e, incluso, la posible presencia de personas indígenas migrantes que no hablan la lengua que se considera predominante, lo que sin duda deja sin protección a muchos hablantes. Ahora bien, aunque es lógico que exista una dificultad para garantizar, desde la norma, que los centros de salud cuenten con traductores e intérpretes de todas las lenguas indígenas y que, además, posean especialización en terminología médica, lo cierto es que sí pueden preverse mecanismos alternativos, como intérpretes móviles o remotos, o bien, el uso de bancos de intérpretes que permitan asegurar la asistencia lingüística cuando sea requerida.

El sexto punto débil que se identifica está configurado por la omisión de reconocer expresamente el acceso a la información como un componente fundamental para garantizar el derecho a la salud en igualdad de condiciones. Y es que, aunque el artículo 6 en estudio establece la obligación del Estado de asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud en favor de las comunidades indígenas, lo cierto es que dicho numeral omite hacer una vinculación expresa entre ese derecho y el de acceso a la información en lengua indígena, siendo este segundo elemento indispensable para que las personas indígenas puedan ejercer su derecho a la salud de forma autónoma, efectiva y en igualdad de condiciones. Naturalmente, el vacío normativo que se genera en virtud de esta omisión permite que las autoridades realicen interpretaciones abiertas y restrictivas que terminan por debilitar la exigibilidad del cumplimiento de la obligación y, por ende, lesionando los derechos de las personas indígenas.

Finalmente, resulta importante destacar que la ausencia de mecanismos efectivos para verificar y exigir que la obligación sea acatada por las autoridades correspondientes, así



como la falta de sanciones por su infracción, amplía significativamente las posibilidades de su incumplimiento. Esto así, pues al no preverse procedimientos, responsabilidades institucionales o sanciones frente a la inobservancia de una obligación tan relevante⁸ –que, además, es parte de la adopción de medidas necesarias para garantizar los derechos humanos a los que aquí se ha hecho alusión–, la norma queda reducida a meras declaraciones de intenciones sin fuerza vinculante, lo que, sin duda, dificulta la efectividad en su aplicación práctica.

En suma, una vez analizado lo anterior, considerando que la redacción del artículo 6 resulta vaga, incompleta y limitada en cuanto alcance –lo que, lógicamente, la vuelve insuficiente y deficiente para garantizar el acceso a la salud en igualdad de condiciones para las personas indígenas–, es dable concluir que dicho precepto incurre en una omisión legislativa relativa; ello, en tanto su regulación parcial no cumple con el estándar previsto por la Suprema Corte de Justicia de la Nación ni por el derecho internacional de los derechos humanos, en los términos previamente explicados.

Ahora bien, aunque el referido artículo 6 reconoce que el acceso efectivo a la salud impone la eliminación de barreras lingüísticas y de comunicación –y, para ello, la Ley de Salud del Estado⁹ prevé el deber de contar con traductores o personal médico que hable la lengua indígena correspondiente–, lo cierto es que ese razonamiento solo aplica para las personas indígenas, empero no se hace extensivo a las personas con discapacidad ni a cualquier otra que requiera de una comunicación accesible. Es decir, la legislación local de la materia es absolutamente omisa en contemplar obligaciones equivalentes para garantizar este derecho en favor de otros sectores vulnerables –como las personas con discapacidad–, y ello pese a que todos los individuos tienen derecho a acceder a los servicios de salud en igualdad de condiciones.

Al respecto, vale la pena recordar que las autoridades del Estado mexicano están obligadas a:

- Garantizar que la comunicación y el acceso a la información sean accesibles y comprensibles para todas las personas, tomando en cuenta las distintas condiciones

⁸ Que tiene como finalidad garantizar la asistencia lingüística a las personas indígenas a efecto de que puedan contar con la información necesaria sobre su estado de salud y, en ese tenor, acceder a los servicios de forma efectiva y en igualdad de condiciones.

⁹ Que, de conformidad con su artículo 1, tiene por objeto regular las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud a la población en el Estado; fijar las normas conforme a las cuales se ejercerán atribuciones y competencias en la prestación de los servicios de salubridad; y determinar la estructura administrativa y los mecanismos adecuados para la prestación de los servicios de salud referidos en la Ley General de Salud y que sean competencia del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro.



LXI
— LEGISLATURA —
QUERÉTARO



y necesidades que puedan presentar, máxime cuando se trata de información esencial como la relativa a la salud.

- En caso de ser necesario, prever ajustes razonables o alternativas que permitan garantizar una comunicación efectiva y accesible, verbigracia, a través del uso de la Lengua de Señas Mexicana, formatos de lectura fácil, sistemas aumentativos y alternativos, y los demás medios accesibles reconocidos por la legislación de la materia.

En este sentido, toda vez que dichos deberes resultan vinculantes para los legisladores – en tanto forman parte del aparato estatal–, es evidente que éstos tienen la obligación de armonizar el marco jurídico correspondiente para asegurar que los derechos reconocidos sean plenamente exigibles. Así, considerando que la redacción del artículo 6 de la Ley de Salud del Estado de Querétaro resulta insuficiente para garantizar el derecho que corresponde a las personas indígenas y, a su vez, que existe una absoluta omisión respecto de una regulación equivalente para las personas con discapacidad dentro de esa misma norma, es dable colegir que existe una contravención a los mandatos constitucionales y convencionales en la materia, actualizándose con ello una omisión legislativa relativa.

Para efectos de mayor claridad, es relevante señalar que la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha definido y diferenciado las omisiones legislativas de la siguiente manera:

“OMISIONES LEGISLATIVAS. SUS TIPOS.

En atención al principio de división funcional de poderes, los órganos legislativos del Estado cuentan con facultades o competencias de ejercicio potestativo y de ejercicio obligatorio, y en su desarrollo pueden incurrir en diversos tipos de omisiones. Por un lado, puede darse una omisión absoluta cuando aquéllos simplemente no han ejercido su competencia de crear leyes ni han externado normativamente voluntad alguna para hacerlo; por otro lado, puede presentarse una omisión relativa cuando al haber ejercido su competencia, lo hacen de manera parcial o simplemente no la realizan integralmente, impidiendo el correcto desarrollo y eficacia de su función creadora de leyes. Ahora bien, combinando ambos tipos de competencias o facultades -de ejercicio obligatorio y de ejercicio potestativo-, y de omisiones -absolutas y relativas-, pueden presentarse las siguientes omisiones legislativas: a) Absolutas en competencias de ejercicio obligatorio, cuando el órgano legislativo tiene la obligación o mandato de expedir una determinada ley y no lo ha hecho; b) Relativas en competencias de ejercicio obligatorio, cuando el órgano legislativo emite una ley teniendo una obligación o un mandato para hacerlo, pero lo realiza de manera incompleta o deficiente; c) Absolutas en competencias de ejercicio potestativo, en las que el órgano legislativo decide no

Av. Fray Luis de León No. 2920. Desarrollo Centro Sur. C.p. 76090.

Santiago de Querétaro, Qro.

www.legislaturaqueretaro.gob.mx



actuar debido a que no hay ningún mandato u obligación que así se lo imponga; y, d) Relativas en competencias de ejercicio potestativo, en las que el órgano legislativo decide hacer uso de su competencia potestativa para legislar, pero al emitir la ley lo hace de manera incompleta o deficiente.”¹⁰

Por lógica, de lo anterior se sigue que se actualizará una omisión legislativa relativa cuando se excluya injustificadamente a ciertos grupos –como las personas indígenas o las personas con discapacidad– de una protección legal que sí se otorga a otros, o bien, cuando exista una obligación de protegerlos y no se cumpla de manera adecuada. En tal supuesto, el legislador estará obligado a modificar los ordenamientos correspondientes, máxime que este tipo de exclusiones normativas reproducen prácticas discriminatorias estructurales y sistemáticas, en tanto no persiguen una finalidad constitucionalmente imperiosa ni resultan necesarias o proporcionales.

En efecto, con base en estos elementos, es posible concluir que en la especie nos encontramos frente a una omisión legislativa relativa; esto, toda vez que, aunque el artículo 6 de la Ley de Salud del Estado de Querétaro sí contiene una disposición destinada a proteger y garantizar el derecho de las personas indígenas, lo cierto es que su regulación resulta insuficiente e ineficaz para los efectos buscados, tal como se analizó supra líneas.

Aunado a lo anterior, si bien existen otros cuerpos normativos que reconocen derechos de las personas con discapacidad en materia de salud –por ejemplo, la Ley para la Integración al Desarrollo Social de las Personas con Discapacidad del Estado de Querétaro, cuya regulación, cabe mencionar, también presenta ciertas deficiencias–, lo cierto es que la Ley de Salud del Estado de Querétaro es totalmente omisa en establecer obligaciones equivalentes en materia de asistencia lingüística y de comunicación. Esto, a pesar de que ambos grupos –las personas indígenas y las personas con discapacidad– enfrentan barreras similares al momento de comprender diagnósticos, tratamientos, consentimientos informados y demás actos médicos que, ordinariamente, se comunican en español hablado.

Desde luego, la exclusión normativa de las personas con discapacidad a la que se ha hecho referencia impide el ejercicio efectivo tanto del derecho a la salud como del derecho a la información en esa materia, siendo que, sin este último, no puede existir plena autonomía, consentimiento informado, seguridad del paciente ni un acceso real y efectivo a la atención médica. Esto, de suyo, constituye una violación directa a los artículos 1o. y 4o. constitucionales, así como a las disposiciones del derecho internacional de los derechos humanos antes citadas.

¹⁰ Tesis: P./J. 11/2006, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXIII, febrero de 2006, p. 1527.



V. Propuesta legislativa.

Con la finalidad de proporcionar mayores elementos para justificar la necesidad de la reforma legislativa propuesta, resulta oportuno recordar que el bloque de constitucionalidad¹¹ impone a los legisladores –como autoridades del Estado mexicano– la obligación de expedir un marco jurídico que se ajuste a los estándares de protección más favorables para las personas, asegurando una coherencia y unidad normativa conforme a lo previsto en las disposiciones de carácter fundamental.

Por su parte, las obligaciones derivadas de los compromisos internacionales y convencionales adquiridos por el Estado exigen que toda autoridad pública, dentro de su respectivo marco competencial, realice un control destinado a verificar la compatibilidad entre los actos internos que emita –ya sea normas o cualquier otro tipo de actos– y las disposiciones del derecho internacional de los derechos humanos; a efecto de ilustrar lo anterior, se cita lo resuelto por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el Caso Maldonado Vargas y otros vs. Chile:

*“124. Asimismo, la Corte ha determinado que un Estado que ha celebrado un tratado internacional debe introducir en su derecho interno las modificaciones necesarias para asegurar la ejecución de las obligaciones asumidas, y que este principio recogido en el artículo 2 de la Convención establece la obligación general de los Estados parte de adecuar su derecho interno a las disposiciones de la misma, para garantizar los derechos en ella contenidos, lo cual implica que las medidas de derecho interno han de ser efectivas (**effet utile**). Asimismo, este Tribunal ha entendido que tal adecuación implica la adopción de medidas en dos vertientes, a saber: i) la supresión de las normas y prácticas de cualquier naturaleza que entrañen violación a las garantías previstas en la Convención o que desconozcan los derechos allí reconocidos u obstaculicen su ejercicio lo cual implica que la norma o práctica violatoria de la Convención debe ser modificada, derogada, o anulada, o reformada, según corresponda, y ii) la expedición de normas y el desarrollo de prácticas conducentes a la efectiva observancia de dichas garantías.”¹²*

¹¹ Integrado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales en materia de derechos humanos suscritos y ratificados por el Estado mexicano, así como la jurisprudencia emitida por los tribunales facultados para interpretar su contenido y alcance.

¹² Cfr. **Caso Omar Humberto Maldonado Vargas y otros vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas.** Sentencia de 2 de septiembre de 2015. Serie C No. 300, párr. 124.



Así las cosas, toda vez que en la especie ya fueron identificadas las omisiones y deficiencias normativas que existen respecto del derecho al acceso a la información en materia de salud, así como el propio acceso a los servicios de salud que se reconoce en favor de las personas indígenas y las personas con discapacidad, se propone realizar el correspondiente ajuste normativo; esto, se insiste, en atención al deber irrestricto del Estado a garantizar de manera amplia los derechos humanos, potenciarlos e introducir las medidas y políticas públicas necesarias para hacerlos efectivos.

Dado lo anterior, con la finalidad de superar las omisiones legislativas antes explicadas y cumplir con el mandato previsto por las disposiciones constitucionales e internacionales en la materia, se propone la reforma y adición de diversas disposiciones de la Ley de Salud del Estado de Querétaro. Al respecto, para efectos de mejor referencia en la propuesta legislativa que se presenta, me permito insertar el siguiente cuadro comparativo que desprende el texto vigente y los cambios sugeridos:

Texto vigente	Texto propuesto
Artículo 2. Para los efectos...	Artículo 2. Para los efectos...
I. a XXIII. ...	I. a XXIII. ...
XXIV. Nacimiento múltiple: al alumbramiento de dos o más bebés producto de un embarazo múltiple; y	XXIV. Nacimiento múltiple: al alumbramiento de dos o más bebés producto de un embarazo múltiple;
XXV. Prevención de obesidad y sobrepeso: el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de bebidas y alimentos con alto contenido calórico y bajo o nulo contenido nutricional, y limitar los daños asociados al consumo de dichos productos.	XXV. Prevención de obesidad y sobrepeso: el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de bebidas y alimentos con alto contenido calórico y bajo o nulo contenido nutricional, y limitar los daños asociados al consumo de dichos productos;
<i>Sin correlativo.</i>	XXVI. Accesibilidad lingüística: las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas indígenas y las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, tanto a la información como
<i>Sin correlativo.</i>	
<i>Sin correlativo.</i>	



LXI
—LEGISLATURA—
QUERÉTARO

Sin correlativo.

a las comunicaciones en materia de salud;

XXVII. Ajustes razonables: se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;

XXVIII. Auxiliar lingüístico: persona con dominio acreditado de una lengua indígena y del español, capacitada para auxiliar con la comunicación, interpretación y traducción de documentos e información entre el personal de salud y las personas usuarias indígenas; y

XXIX. Comunicación accesible: se entenderá el lenguaje escrito, oral y la lengua de señas mexicana, la visualización de textos, sistema Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia escritos o auditivos de fácil acceso, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios, sistemas y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología



LXI
—LEGISLATURA—
QUERÉTARO



1825 - 2025
CONMEMORACIÓN
BICENTENARIO
CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DEL ESTADO DE QUERÉTARO

	de la información y las comunicaciones de fácil acceso.
<p>Artículo 6. El Sistema de Salud del Estado de Querétaro tendrá como principal objetivo, prestar los servicios de salud en el Estado a la población en general y asegurar el acceso efectivo a dichos servicios a las comunidades indígenas, mediante la ampliación de la cobertura y la implementación de programas prioritarios.</p> <p><i>Sin correlativo.</i></p> <p><i>Sin correlativo.</i></p> <p><i>Sin correlativo.</i></p> <p><i>Sin correlativo.</i></p> <p>Los municipios del Estado en los que existan pueblos y comunidades indígenas, deberán contar por lo menos con un médico, enfermera o traductor, por cada centro de salud, que hable la lengua indígena predominante del lugar y tenga los conocimientos sobre la cultura y costumbres indígenas, para la atención de su población.</p> <p><i>Sin correlativo.</i></p> <p><i>Sin correlativo.</i></p>	<p>Artículo 6. El Sistema de Salud del Estado de Querétaro tendrá como principal objetivo prestar servicios de salud en el Estado a la población en general y asegurar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, y cultural y lingüísticamente adecuado a dichos servicios para los pueblos y comunidades indígenas, mediante la ampliación de la cobertura y la implementación de programas prioritarios.</p> <p>Cuando la persona usuaria sea hablante de una lengua indígena, la prestación de los servicios de salud deberá garantizar:</p> <p>I. Que toda la información relacionada con la prestación del servicio, incluida la clínica, administrativa y preventiva, le sea comunicada y entregada en la lengua indígena que domine, independientemente de la existencia del expediente clínico en español;</p> <p>II. Que dicha información sea proporcionada de forma completa, clara y comprensible, a fin de asegurar el consentimiento informado y el acceso efectivo a la atención médica; y</p> <p>III. Que, cuando así lo solicite, tanto el expediente clínico y los documentos que lo integran, le sean</p>



LXI
— LEGISLATURA —
QUERÉTARO

	<p>entregados en la lengua indígena que domine.</p> <p>El Estado velará porque en los municipios en donde existan pueblos o comunidades indígenas se garantice que cada centro de salud o unidad médica familiar cuente con personal capacitado que domine la lengua indígena predominante del lugar y tenga los conocimientos sobre la cultura y costumbres indígenas para la atención de su población y garantizar la accesibilidad lingüística de las personas usuarias indígenas. El personal referido en este párrafo deberá acreditar tener dominio pleno de la lengua indígena predominante del lugar y del español, así como contar con las capacidades necesarias para prestar servicios de traducción, fungiendo como auxiliares lingüísticos del personal de salud para asegurar la comprensión de las personas indígenas usuarias respecto de su estado de salud.</p>
<i>Sin correlativo.</i>	<p>Artículo 6 Bis. Para poder garantizar la accesibilidad lingüística, las autoridades sanitarias competentes deberán implementar:</p> <p>I. Protocolos de atención intercultural;</p> <p>II. Materiales informativos relacionados con los servicios de salud, mismos que deberán estar traducidos a las lenguas indígenas</p>



LXI
—LEGISLATURA—
QUERÉTARO



1825 - 2025
CONMEMORACIÓN
BICENTENARIO
CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DEL ESTADO DE QUERÉTARO

	<p>habladas en las localidades donde desarrollen los servicios de salud;</p> <p>III. Formatos de consentimiento informado en español y en las lenguas indígenas reconocidas por la legislación aplicable en las localidades donde se desarrollen los servicios de salud;</p> <p>IV. Señalética accesible y culturalmente pertinente; y</p> <p>V. Formas alternativas de comunicación para personas indígenas que cuenten con alguna discapacidad.</p>
<i>Sin correlativo.</i>	<p>Artículo 6 Ter. Los centros de salud y unidades médicas familiares deberán contar con mecanismos alternativos de interpretación y traducción, incluidos servicios remotos, móviles o aquellos provenientes del Registro Estatal de Intérpretes y Traductores en Materia de Salud, para la atención de población indígena que hable una lengua para la cual no exista material disponible o no se cuente con un auxiliar lingüístico en el lugar.</p> <p>Las herramientas tecnológicas o modalidades remotas podrán emplearse como apoyo complementario.</p> <p>Las autoridades sanitarias competentes deberán implementar mecanismos permanentes de</p>



LXI
— LEGISLATURA —
QUERÉTARO

		supervisión, evaluación, certificación y profesionalización del personal auxiliar e intérpretes previstos en esta Ley, con el fin de garantizar la calidad, idoneidad y pertinencia cultural y lingüística de los servicios de interpretación y traducción, conforme a los estándares nacionales e internacionales aplicables.
<i>Sin correlativo.</i>		Artículo 6 Quáter. El Estado deberá crear y mantener un Registro Estatal de Intérpretes y Traductores en Materia de Salud, el cual estará integrado por personas con dominio acreditado de las diversas lenguas indígenas habladas en el Estado y reconocidas por la normatividad aplicable, capacitación en terminología médica y formación continua en comunicación intercultural.
<i>Sin correlativo.</i>		Artículo 6 Quinquies. El Sistema de Salud del Estado deberá garantizar que todas las personas con discapacidad tengan acceso efectivo, oportuno, de calidad y en igualdad de condiciones a los servicios de salud. Las autoridades sanitarias competentes deberán asegurar que toda la información clínica, administrativa y preventiva correspondiente sea comunicada a la persona usuaria con discapacidad mediante formatos y medios accesibles, completos, claros y comprensibles. Asimismo, deberán implementar los ajustes razonables, apoyos a la comunicación y medidas



LXI
—LEGISLATURA—
QUERÉTARO



1825 - 2025
CONMEMORACIÓN
BICENTENARIO
CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DEL ESTADO DE QUERÉTARO

	<p>de accesibilidad universal que resulten necesarios para garantizar el consentimiento informado y el acceso efectivo a la atención médica, en términos de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.</p> <p>Los centros de salud y las unidades médicas deberán contar, de manera permanente, con formatos accesibles, sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, así como con los insumos necesarios para garantizar la comunicación accesible. Asimismo, deberán disponer de personal capacitado en la atención a personas con discapacidad y en comunicación accesible, a fin de garantizar la comunicación efectiva de las personas con discapacidad sensorial, intelectual o psicosocial, conforme a las formas de comunicación previstas por la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.</p> <p>Asimismo, se deberán implementar protocolos de atención y disponer de apoyos tecnológicos, bancos de intérpretes, facilitadores o herramientas de asistencia remota que aseguren la comunicación accesible.</p>
Artículo 50. La población tiene derecho a la atención médica apropiada, independientemente de su condición	Artículo 50. La población tiene derecho a la atención médica apropiada en igualdad de condiciones y sin discriminación , independientemente



LXI
— LEGISLATURA —
QUERÉTARO

<p>económica, cultural, identidad étnica y género.</p> <p><i>Sin correlativo.</i></p>	<p>de su condición económica, cultural, identidad étnica, discapacidad o género.</p> <p>El Sistema Estatal de Salud adoptará los ajustes razonables, medidas de apoyo a la comunicación e interpretación, así como los demás mecanismos que se requieran para asegurar el consentimiento informado y el ejercicio efectivo del derecho a la salud de las personas indígenas y de las personas con discapacidad.</p>
<p>Artículo 51. Los usuarios de...</p> <p>I. a VI. ...</p> <p>VII. Tener información apropiada sobre su historia médica y condiciones de salud;</p> <p>VIII. a XI. ...</p> <p>XII. Negar su consentimiento para participar en la investigación o enseñanza de la medicina; y</p> <p>XIII. Elegir la medicina tradicional como forma de atención médica, especialmente cuando el paciente por motivo de sus creencias así lo manifieste.</p> <p><i>Sin correlativo.</i></p> <p><i>Sin correlativo.</i></p>	<p>Artículo 51. Los usuarios de...</p> <p>I. a VI. ...</p> <p>VII. Recibir información apropiada, suficiente, clara, comprensible, oportuna y veraz sobre su historia médica y condiciones de salud, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;</p> <p>VIII. a XI. ...</p> <p>XII. Negar su consentimiento para participar en la investigación o enseñanza de la medicina;</p> <p>XIII. Elegir la medicina tradicional como forma de atención médica, especialmente cuando el paciente por</p>



LXI
—LEGISLATURA—
QUERÉTARO



	<p>motivo de sus creencias así lo manifieste; y</p> <p>XIV. Aceptar o rechazar, previo consentimiento informado, los procedimientos, tratamientos o alternativas que se les sugieran.</p> <p>Para asegurar que los servicios se proporcionen sobre la base del consentimiento libre e informado, todos los servidores de salud, públicos o privados, están obligados a comunicar a la persona usuaria, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa, incluyendo los objetivos, los posibles beneficios y riesgos esperados, así como las alternativas de tratamiento.</p>
<p>Artículo 55. Las autoridades sanitarias del Estado y las instituciones de salud, establecerán los procedimientos de orientación y asesoría para los usuarios, sobre el uso de los servicios que requieran, así como los mecanismos para la presentación de quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y de falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos.</p> <p><i>Sin correlativo.</i></p> <p><i>Sin correlativo.</i></p>	<p>Artículo 55. Las autoridades sanitarias del Estado y las instituciones de salud establecerán los procedimientos de orientación y asesoría para los usuarios, sobre el uso de los servicios que requieran, así como los mecanismos para la presentación de quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y de falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos.</p> <p>Tratándose de los pueblos y comunidades indígenas y de personas con discapacidad, las autoridades sanitarias contarán con insumos documentales o</p>



LXI
—LEGISLATURA—
QUERÉTARO



	<p>tecnológicos que permitan a las personas usuarias comprender la información necesaria en su propia lengua o mediante los medios de comunicación accesible correspondientes. En su caso, deberán brindar la asesoría y orientación previstas en este artículo tanto en español como en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad, cuando así lo solicite o requiera la persona usuaria.</p>
--	---

Así, pues, se presenta la siguiente:

INICIATIVA DE LEY POR LA QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO, EN MATERIA DEL DERECHO AL ACCESO A LA SALUD Y ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS INDÍGENAS Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

ÚNICO.- Se reforma el primer y segundo párrafo del artículo 6, el primer párrafo del artículo 50, las fracciones VII, XII y XIII del artículo 51 y el primer párrafo del artículo 55; y se adicionan las fracciones XXVI, XXVII, XXVIII y XIX al artículo 2, dos párrafos al artículo 6, las fracciones I, II y III al artículo 6, el artículo 6 Bis, el artículo 6 Ter, el artículo 6 Quáter, el artículo 6 Quinquies, un párrafo al artículo 50, un último párrafo al artículo 51, la fracción XIV al artículo 51 y un párrafo al final del artículo 55, todos de la Ley de Salud del Estado de Querétaro, para quedar como sigue:

Artículo 2. Para los efectos...

I. a XXIII. ...

XXIV. Nacimiento múltiple: al alumbramiento de dos o más bebés producto de un embarazo múltiple;

XXV. Prevención de obesidad y sobrepeso: el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de bebidas y alimentos con alto contenido calórico y bajo o nulo contenido nutricional, y limitar los daños asociados al consumo de dichos productos;



XXVI. Accesibilidad lingüística: las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas indígenas y las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, tanto a la información como a las comunicaciones en materia de salud;

XXVII. Ajustes razonables: se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;

XXVIII. Auxiliar lingüístico: persona con dominio acreditado de una lengua indígena y del español, capacitada para auxiliar con la comunicación, interpretación y traducción de documentos e información entre el personal de salud y las personas usuarias indígenas; y

XXIX. Comunicación accesible: se entenderá el lenguaje escrito, oral y la lengua de señas mexicana, la visualización de textos, sistema Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia escritos o auditivos de fácil acceso, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios, sistemas y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso.

Artículo 6. El Sistema de Salud del Estado de Querétaro tendrá como principal objetivo prestar servicios de salud en el Estado a la población en general y asegurar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, y cultural y lingüísticamente adecuado a dichos servicios para los pueblos y comunidades indígenas, mediante la ampliación de la cobertura y la implementación de programas prioritarios.

Cuando la persona usuaria sea hablante de una lengua indígena, la prestación de los servicios de salud deberá garantizar:

I. Que toda la información relacionada con la prestación del servicio, incluida la clínica, administrativa y preventiva, le sea comunicada y entregada en la lengua indígena que domine, independientemente de la existencia del expediente clínico en español;

II. Que dicha información sea proporcionada de forma completa, clara y comprensible, a fin de asegurar el consentimiento informado y el acceso efectivo a la atención médica; y

III. Que, cuando así lo solicite, tanto el expediente clínico y los documentos que lo integran, le sean entregados en la lengua indígena que domine.



El Estado velará porque en los municipios en donde existan pueblos o comunidades indígenas se garantice que cada centro de salud o unidad médica familiar cuente con personal capacitado que domine la lengua indígena predominante del lugar y tenga los conocimientos sobre la cultura y costumbres indígenas para la atención de su población y garantizar la accesibilidad lingüística de las personas usuarias indígenas. El personal referido en este párrafo deberá acreditar tener dominio pleno de la lengua indígena predominante del lugar y del español, así como contar con las capacidades necesarias para prestar servicios de traducción, fungiendo como auxiliares lingüísticos del personal de salud para asegurar la comprensión de las personas indígenas usuarias respecto de su estado de salud.

Artículo 6 Bis. Para poder garantizar la accesibilidad lingüística, las autoridades sanitarias competentes deberán implementar:

- I. Protocolos de atención intercultural;
- II. Materiales informativos relacionados con los servicios de salud, mismos que deberán estar traducidos a las lenguas indígenas habladas en las localidades donde desarrollen los servicios de salud;
- III. Formatos de consentimiento informado en español y en las lenguas indígenas reconocidas por la legislación aplicable en las localidades donde se desarrollen los servicios de salud;
- IV. Señalética accesible y culturalmente pertinente; y
- V. Formas alternativas de comunicación para personas indígenas que cuenten con alguna discapacidad.

Artículo 6 Ter. Los centros de salud y unidades médicas familiares deberán contar con mecanismos alternativos de interpretación y traducción, incluidos servicios remotos, móviles o aquellos provenientes del Registro Estatal de Intérpretes y Traductores en Materia de Salud, para la atención de población indígena que hable una lengua para la cual no exista material disponible o no se cuente con un auxiliar lingüístico en el lugar.

Las herramientas tecnológicas o modalidades remotas podrán emplearse como apoyo complementario.



Las autoridades sanitarias competentes deberán implementar mecanismos permanentes de supervisión, evaluación, certificación y profesionalización del personal auxiliar e intérpretes previstos en esta Ley, con el fin de garantizar la calidad, idoneidad y pertinencia cultural y lingüística de los servicios de interpretación y traducción, conforme a los estándares nacionales e internacionales aplicables.

Artículo 6 Quáter. El Estado deberá crear y mantener un Registro Estatal de Intérpretes y Traductores en Materia de Salud, el cual estará integrado por personas con dominio acreditado de las diversas lenguas indígenas habladas en el Estado y reconocidas por la normatividad aplicable, capacitación en terminología médica y formación continua en comunicación intercultural.

Artículo 6 Quinquies. El Sistema de Salud del Estado deberá garantizar que todas las personas con discapacidad tengan acceso efectivo, oportuno, de calidad y en igualdad de condiciones a los servicios de salud. Las autoridades sanitarias competentes deberán asegurar que toda la información clínica, administrativa y preventiva correspondiente sea comunicada a la persona usuaria con discapacidad mediante formatos y medios accesibles, completos, claros y comprensibles. Asimismo, deberán implementar los ajustes razonables, apoyos a la comunicación y medidas de accesibilidad universal que resulten necesarios para garantizar el consentimiento informado y el acceso efectivo a la atención médica, en términos de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Los centros de salud y las unidades médicas deberán contar, de manera permanente, con formatos accesibles, sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, así como con los insumos necesarios para garantizar la comunicación accesible. Asimismo, deberán disponer de personal capacitado en la atención a personas con discapacidad y en comunicación accesible, a fin de garantizar la comunicación efectiva de las personas con discapacidad sensorial, intelectual o psicosocial, conforme a las formas de comunicación previstas por la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Asimismo, se deberán implementar protocolos de atención y disponer de apoyos tecnológicos, bancos de intérpretes, facilitadores o herramientas de asistencia remota que aseguren la comunicación accesible.

Artículo 50. La población tiene derecho a la atención médica apropiada en igualdad de condiciones y sin discriminación, independientemente de su condición económica, cultural, identidad étnica, discapacidad o género.



LXI
—LEGISLATURA—
QUERÉTARO



El Sistema Estatal de Salud adoptará los ajustes razonables, medidas de apoyo a la comunicación e interpretación, así como los demás mecanismos que se requieran para asegurar el consentimiento informado y el ejercicio efectivo del derecho a la salud de las personas indígenas y de las personas con discapacidad.

Artículo 51. Los usuarios de...

I. a VI. ...

VII. Recibir información apropiada, suficiente, clara, comprensible, oportuna y veraz sobre su historia médica y condiciones de salud, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;

VIII. a XI. ...

XII. Negar su consentimiento para participar en la investigación o enseñanza de la medicina;

XIII. Elegir la medicina tradicional como forma de atención médica, especialmente cuando el paciente por motivo de sus creencias así lo manifieste; y

XIV. Aceptar o rechazar, previo consentimiento informado, los procedimientos, tratamientos o alternativas que se les sugieran.

Para asegurar que los servicios se proporcionen sobre la base del consentimiento libre e informado, todos los servidores de salud, públicos o privados, están obligados a comunicar a la persona usuaria, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa, incluyendo los objetivos, los posibles beneficios y riesgos esperados, así como las alternativas de tratamiento.

Artículo 55. Las autoridades sanitarias del Estado y las instituciones de salud establecerán los procedimientos de orientación y asesoría para los usuarios, sobre el uso de los servicios que requieran, así como los mecanismos para la presentación de quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y de falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos.

Tratándose de los pueblos y comunidades indígenas y de personas con discapacidad, las autoridades sanitarias contarán con insumos documentales o tecnológicos que permitan a las personas usuarias comprender la información necesaria en su propia lengua o mediante los medios de comunicación accesible correspondientes. En su caso, deberán brindar la



asesoría y orientación previstas en este artículo tanto en español como en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad, cuando así lo solicite o requiera la persona usuaria.

TRANSITORIOS

PRIMERO. La presente Ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Estado de Querétaro, "La Sombra de Arteaga".

SEGUNDO. El Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, a través de la Secretaría de Salud, expedirá los lineamientos, protocolos y demás disposiciones administrativas necesarias para la correcta implementación de las reformas previstas en esta Ley, dentro de un plazo no mayor a noventa días naturales contados a partir de su entrada en vigor.

TERCERO. El Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, a través de la Secretaría de Salud, creará y pondrá en funcionamiento el Registro Estatal de Interpretes y Traductores en Materia de Salud previsto en el artículo 6 Quáter de esta Ley, dentro de un plazo no mayor a doce meses contados a partir de su entrada en vigor.

CUARTO. El Sistema Estatal de Salud deberá cumplir con las obligaciones de accesibilidad lingüística y comunicativa previstas en los artículos 6, 6 Bis, 6 Ter, 6 Quáter y 6 Quinquies de esta Ley en un plazo no mayor a doce meses contados a partir de su entrada en vigor.

QUINTO. Las erogaciones que, en su caso, deriven de la entrada en vigor de la presente Ley, se realizarán con cargo al presupuesto aprobado para el ejercicio fiscal correspondiente a la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro.

SEXTO. Los procedimientos, trámites y servicios iniciados con anterioridad a la entrada en vigor de la presente Ley continuarán tramitándose de conformidad con las disposiciones que estaban vigentes al momento de su inicio, sin perjuicio de que la persona usuaria solicite que la información derivada del servicio de salud sea entregada en formatos accesibles o en la lengua indígena que domine, de conformidad con los artículos de esta Ley.

Atentamente


Diputada Rosalba Vázquez Munguía


Diputada María Eugenia Margarito Vázquez

Av. Fray Luis de León No. 2920. Desarrollo Centro Sur. C.p. 76090.

Santiago de Querétaro, Qro.

www.legislaturaqueretaro.gob.mx