

SERVICIO MEDICO



Informe especial

sobre el derecho a la salud de las personas
privadas de la libertad en los centros
de reclusión del Distrito Federal

▶ 2010-2011

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL

PRESIDENTE

Luis González Placencia

CONSEJO

Mercedes Barquet Montané
Santiago Corcuera Cabezut
Denise Dresser Guerra
Manuel Eduardo Fuentes Muñiz
Patricia Galeana Herrera
Ernesto López Portillo Vargas
Nashieli Ramírez Hernández
Carlos Ríos Espinosa
José Woldenberg Karakowsky

VISITADURÍAS GENERALES

Primera Mario Ernesto Patrón Sánchez
Segunda Rosalinda Salinas Durán
Tercera Luis Jiménez Bueno
Cuarta Guadalupe Ángela Cabrera Ramírez

CONTRALORÍA INTERNA

Rosa María Cruz Lesbros

SECRETARÍAS

Ejecutiva José Luis Gutiérrez Espíndola
Vinculación con la Sociedad Civil e Incidencia en Políticas Públicas
José Antonio Guevara Bermúdez

CONSULTORÍA GENERAL JURÍDICA

Fernando Francisco Coronado Franco

Direcciones generales

Quejas y Orientación Alfonso García Castillo*
Administración Irma Andrade Herrera
Comunicación por los Derechos Humanos Hugo Morales Galván
Educación por los Derechos Humanos Paz Echeñique Pascal

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SEGUIMIENTO

Montserrat Matilde Rizo Rodríguez
CENTRO DE INVESTIGACIÓN APLICADA EN DERECHOS HUMANOS
Ricardo A. Ortega Soriano

SECRETARIA PARTICULAR DE LA PRESIDENCIA

Gabriela Gutiérrez Ruz

COORDINACIONES

Asesores María José Morales García
Interlocución Institucional y Legislativa Soledad Guadalupe López Acosta
Tecnologías de Información y Comunicación Rodolfo Torres Velázquez
Servicios Médicos y Psicológicos Sergio Rivera Cruz*
Instituciones de Derechos Humanos Leonardo Mier Bueno
Relatorías Gerardo Sauri Suárez
Servicio Profesional en Derechos Humanos Mónica Martínez de la Peña

* Encargado de despacho



Informe especial

sobre el derecho a la salud de las personas
privadas de la libertad en los centros
de reclusión del Distrito Federal

► 2010-2011

COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN: Domitille Marie Delaplace.

EQUIPO ASESOR: Rosalinda Salinas Durán, Mónica Martínez de la Peña, Jorge Ruiz del Ángel.

REVISIÓN: Santiago Corcuera Cabezut y Sergio Bautista Arredondo (Instituto Nacional de Salud Pública).

CRÉDITOS DE IMÁGENES: Sonia Blanquel Díaz y Ernesto Gómez Ruiz/CDHDF.

FORMACIÓN: Ana Lilia González Chávez.

EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO ES RESPONSABILIDAD DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL Y NO REFLEJA NECESARIAMENTE LA POSTURA DE LAS PERSONAS EXTERNAS QUE PARTICIPARON CON SUS COMENTARIOS.

Primera edición, 2011

D. R. © 2011, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
Av. Universidad 1449, col. Florida, pueblo de Axotla,
del. Álvaro Obregón, 01030 México, D. F.
www.cd hdf.org.mx

ISBN: 978-607-7625-54-4

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación, siempre y cuando se cite la fuente.

Ejemplar de distribución gratuita, prohibida su venta.

Impreso en México

Printed in Mexico

CONTENIDO

Agradecimientos	7
Presentación	9
Introducción	11
I. Salud pública y derechos humanos de las personas privadas de la libertad	17
A. Consideraciones preliminares sobre el concepto de salud pública	19
1. La salud y sus determinantes	19
2. Salud pública: entre teoría y práctica	20
B. El derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en el derecho internacional de los derechos humanos	21
1. Derecho a la salud: fundamentos y obligaciones del Estado	21
2. Derecho a la salud y personas privadas de la libertad	23
3. Derecho a la salud y grupos de población en situación de vulnerabilidad	25
C. Modelo de referencia para la atención a la salud de las personas privadas de la libertad	26
1. Ámbito de la intervención pública.	26
2. Atención a la salud	28
3. Atención a los factores determinantes de la salud	30
II. La atención a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal: marco jurídico, modelo organizacional y consideraciones preliminares	33
A. La atención a la salud en los centros de reclusión, un imperativo jurídico	36
1. La protección a la salud, una prerrogativa constitucional	36
2. Marco jurídico federal y local	36
B. Modelo organizacional de la atención a la salud en los centros de reclusión	38
1. Misión, visión y objetivos del modelo de atención.	38
2. Modelo organizacional de las unidades médicas	39
C. Violaciones al derecho a la salud de las personas en reclusión: consideraciones preliminares a partir del trabajo de la CDHDF	42
1. Panorama general	42
2. Principales violaciones al derecho a la salud de las personas en reclusión	44
3. Puntos recomendatorios relacionados con el derecho a la salud de personas en reclusión	48
III. Capacidad instalada, procedimientos y percepción: descripción de los servicios de atención médica para personas privadas de la libertad	51
A. Descripción de los servicios médicos en cada centro de reclusión	53
1. Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.	53
2. Reclusorio Preventivo Varonil Norte.	57
3. Reclusorio Preventivo Varonil Sur	62
4. Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla.	66

5.	Penitenciaría del Distrito Federal	71
6.	Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente	76
7.	Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte	79
8.	Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial	83
9.	Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla	87
10.	Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan	94
B.	Atención médica especializada: referencia y contrarreferencia	100
1.	Disponibilidad de la atención médica especializada	100
2.	Accesibilidad a la atención médica especializada	104
3.	Calidad de la atención en instituciones especializadas	106
4.	Condiciones de traslado	107
iv.	Los determinantes de la salud en los centros de reclusión:	
	factores de riesgo y discriminación	111
A.	Salud y condiciones de reclusión: una relación poco favorable	113
1.	Diagnóstico de morbilidad de la población en reclusión.	113
2.	Condiciones físicas y satisfacción de las necesidades básicas	114
3.	Conductas nocivas, adicciones y violencia	118
B.	Salud y discriminación múltiple en los centros de reclusión	121
1.	Discriminación en contra de las personas privadas de la libertad	121
2.	Mujeres, salud y reclusión	121
3.	Niñas y niños que viven con sus madres en reclusión	123
4.	Personas adultas mayores	124
5.	Personas con discapacidad física o sensorial	125
6.	Personas con discapacidad intelectual mental o psicosocial	126
7.	Personas que viven con VIH/sida	127
C.	Promoción de la salud en los centros de reclusión: prácticas y alcance	129
1.	Prevención de enfermedades.	129
2.	Atención a los determinantes de la salud	131
v.	Consideraciones finales.	135
vi.	Propuestas.	141
A.	Marco jurídico y modelo organizacional	143
B.	Atención a la salud.	144
1.	Disponibilidad de recursos materiales y humanos en las unidades médicas	144
2.	Accesibilidad a los servicios médicos en los centros de reclusión.	144
3.	Aceptabilidad y ética médica.	145
4.	Calidad de la atención, tratamiento y seguimiento médico	145
5.	Acceso a la atención especializada y procedimiento de referencia y contrarreferencia.	146
C.	Atención de los factores determinantes de la salud.	147
1.	Diagnóstico de morbilidad de la población en reclusión.	147
2.	Vigilancia epidemiológica, prevención de enfermedades y condiciones de estancia.	147
3.	Atención a las inequidades en salud	148

Anexos

1. Recomendaciones emitidas por la CDHDF en relación con violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal	153
2. Nota metodológica	159
Siglas y acrónimos	163
Bibliografía	165

Agradecimientos

El *Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011* es el resultado de un esfuerzo conjunto entre el Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos (CIADH) y la Segunda Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF). Su integración estuvo a cargo de Domitille Delaplace con el apoyo del personal del CIADH, en particular de Mónica Martínez de la Peña e Irwin Genaro Salazar Vega, y del personal de servicio social y prácticas profesionales que colaboró en este proyecto, Martha Alejandra Martínez Flores, Fabiola González Barrera, Grisel Yosadara Rodríguez Cano, Irma Flores Álvarez y Norma Miriam Aguillón González.

La participación del personal directivo y de todo el equipo de la Segunda Visitaduría General permitió reflejar la visión institucional y recoger los aprendizajes del trabajo cotidiano que esta área realiza en defensa del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal. Se agradece en lo particular a Rosalinda Salinas Durán y Jorge Ruiz del Ángel por su disponibilidad y acompañamiento en todas las fases de este proceso de investigación. Nuestros agradecimientos también van dirigidos a las y los visitantes por sus aportaciones en la revisión del texto. Gracias en particular a Cruz Arteaga Chicoténcatl, Gabriela Fernández Guerra, Georgette Rosas Morales, Juan Jesús Mora Puga, Lourdes Alegre Chávez y Óscar Armando Prado Miranda. Agradecemos también a la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de la CDHDF que nos facilitó la información que obra en los expedientes de las recomendaciones emitidas por la CDHDF y cuyo seguimiento se encuentra bajo su supervisión. En particular, agradecemos los aportes de Myriam Nallely Ugalde Hernández, Miguel Alfredo Lindig León, Mara Argentina Moreno Medina y Norma González Benítez.

Las visitas a los centros de reclusión involucraron a personas de distintas áreas de la CDHDF a quienes queremos agradecer su disposición y el tiempo invertido, en particular al doctor David Velasco Calderón de la Segunda Visitaduría General por su participación en todas las visitas y la verificación minuciosa de las condiciones materiales de las unidades médicas y de una muestra de expedientes clínicos, así como al personal de la Dirección de Comunicación por los Derechos Humanos de la CDHDF, por el trabajo fotográfico de Sonia Margarita Blanquel Díaz y Ernesto Jesús Gómez Ruiz. En la aplicación de los cuestionarios a internas, internos y personal de seguridad y custodia participaron las siguientes personas: Irwin Genaro Salazar Vega, Martha Alejandra Martínez Flores, Fabiola González Barrera, Norma Miriam Aguillón González, Grisel Yosadara Rodríguez Cano, Perla Dalila Sánchez Domínguez, Mónica Martínez de la Peña, Domitille Delaplace, Francisco Javier Cruz Vázquez, Diana Santillán Ortega, Andrea Ornelas Maceiras, Lourdes Alegre Chávez, Cruz Arteaga Chicoténcatl, Juan Jesús Mora Puga, Jorge Ruiz del Ángel, Óscar Armando Prado Miranda, Georgette Rosas Morales, Sonia de Ángel Olivos, Reyna Padilla González, Luz Teresa Vergara Perezcastro, Gabriela Fernández Guerra, Talía Berenice Mejía Hernández, Eduardo Schroeder Campillo, Héctor Ángeles Hernández, Victoria Lyssette Mendoza Ponce, Rafael Hernández Ramírez, Montserrat Ramírez Espinosa, Joel Chávez Velázquez, Rosalinda Salinas Durán, Ana María Sánchez Rodríguez, Marcela María Aguilar Esquivel, Claudia Viviana Vásquez Ortuño y Guadalupe Isabel Lucero González. ¡Gracias por su participación!

El trabajo de campo no hubiera sido posible sin el apoyo de las y los directores de cada centro de reclusión quienes, junto con su personal, nos facilitaron las condiciones necesarias para el buen desarrollo de las visitas. La integración de este informe también se benefició de la colaboración de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal y de las y los encargados de las unidades médicas en los centros de reclusión, quienes nos dieron acceso a información valiosa.

Finalmente queremos agradecer a Sergio Bautista Arredondo, investigador del Instituto Nacional de Salud Pública, y a Santiago Corcuera Cabezut, consejero de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, por la minuciosa revisión que aceptaron hacer al documento, así como sus comentarios y sugerencias, las cuales permitieron enriquecer el texto y la perspectiva de análisis.

Nuestro mayor agradecimiento está reservado para las y los internos de los 10 centros de reclusión del Distrito Federal que aceptaron responder a nuestras preguntas, nos entregaron su confianza y compartieron parte de su vivencia en la cárcel, relatos cargados de mucho dolor, sufrimiento, frustración y/o enojo. Esperamos que el presente Informe sea fiel reflejo de esa realidad y sirva como herramienta para combatir los obstáculos que las personas en reclusión enfrentan, día tras día, para ser tratadas en igualdad de condiciones, acceder a servicios médicos y disfrutar plenamente de su derecho a la salud.

Presentación

Cuando repasamos las asignaturas pendientes en materia de derechos humanos para nuestra ciudad, los centros de reclusión ocupan un lugar preponderante como enclaves de opacidad y violaciones sistemáticas a derechos, de entre todos los avances democráticos y de accesibilidad a libertades y oportunidades que nos convierten en un espacio que protege y promueve la diversidad y la inclusión.

En principio, esto es así por dos razones, una estructural y otra de percepción. La primera es que la población al interior de los centros de reclusión ha crecido de tal manera que es prácticamente imposible garantizar condiciones de convivencia dignas, seguras, promotoras de la integración social y, en breve, compatibles con el espectro de derechos que el Estado está obligado a promover. Así, no sólo es que haya demasiadas personas compartiendo espacios reducidos y poco proclives a la recuperación del sentido de la autonomía y el autorespeto que, en general, el sistema de justicia mexicano poco se ha preocupado por favorecer; más importante resulta que las personas que ingresan quedan en condición de especial sujeción hacia el Estado, por lo que la falta de garantía de sus derechos puede colocarlas en situación de vulnerabilidad, al no existir una estrategia de atención diferenciada que conciba a las personas internas como poseedoras de un historial de discriminación que, muchas veces, es uno de los factores para la ejecución de delitos. En este sentido, las mujeres, las personas jóvenes o con discapacidad, particularmente la psicosocial, se encuentran con que los centros de reclusión son ámbitos en donde se reproducen los prejuicios y estereotipos que les han colocado como personas de “segunda categoría”.

En este sentido, debe reconocerse, que el sistema penitenciario de la ciudad no fue diseñado para albergar al número de personas que en la actualidad tiene bajo su custodia. Esta situación influye, entre otras áreas de oportunidad, en la precaria prestación de los servicios de salud, la insuficiencia de los recursos clínicos, terapéuticos, de rehabilitación y, en general, en el recrudecimiento de las dificultades estructurales para acceder de manera efectiva y sin discriminación al derecho a la salud. Para completar el panorama, la ausencia de una política permanente y efectiva para la prevención, atención y seguimiento de las enfermedades con mayor incidencia en la población en reclusión, hace imposible su adecuado control.

Sin embargo, es en el terreno de la percepción donde se sitúa la otra razón del deficiente estado de la protección de los derechos de las personas internas. La sociedad ha asumido acríticamente que ellas, al haber cometido delitos que significan afectaciones particulares para otras personas y para el tejido social en los términos que define la justicia penal, pueden ser sustraídas del sistema de protección de derechos, simplemente porque habrían de merecerlo y como una forma de pagar el daño cometido. Por eso es que el tema de la falta de garantía de los derechos en los centros de reclusión no ocupa el lugar de relevancia que debería en la agenda pública, ni se destinan los recursos suficientes para mejorar las condiciones de vida de las y los internos; así como tampoco para diseñar programas de sensibilización para el personal que allí labora o estrategias de empoderamiento para las personas reclusas. En relación con las personas privadas de libertad perdemos de vista algo obvio: tienen derecho a todos los derechos, a ver garantizado lo que se ha convertido en la protección fundamental en los regímenes constitucionales modernos, a saber, *el derecho a tener derechos*.

El *Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011* que ahora presentamos, es un esfuerzo por saber en qué posición estamos respecto de una deuda particular de justicia y reconocimientos de derechos, hacia un grupo ampliamente estigmatizado; también es un esfuerzo por visibilizar las acciones a tomar para que las afectaciones a la salud de las personas privadas de la libertad no sólo no generen más efectos negativos en ellas, sino que sea posible revertirlos y generalizar condiciones dignas y seguras en estos ámbitos que, no por estar diseñados para albergar a personas que han infringido la ley, pueden permanecer al margen del Estado de derecho.

Luis González Placencia
Presidente de la cdhdf

Introducción

En julio de 2010, un total de 40 145 personas se encontraban privadas de la libertad en alguno de los 10 centros de reclusión del Distrito Federal para población adulta. Menos de 5% eran mujeres, 84% había sido involucrada en la comisión –o presunta comisión– de un delito del fuero común, 80% cumplía una sentencia y 20% estaba en prisión preventiva.¹ Entre mayo y junio de 2011, la población había alcanzado un total de 40 762 personas. La responsabilidad de proveer condiciones de vida digna y velar por la reinserción de las personas en reclusión incumbe a la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal, a través de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario. Por su parte, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal coordina la atención a la salud para esta población, a través de la operación de unidades médicas en la mayoría de los centros de reclusión.

Las condiciones de vida en los centros de reclusión del Distrito Federal² constituyen un foco de atención prioritario para la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) por el alto número de quejas que anualmente recibe. Los hechos denunciados evidencian situaciones de abstención u omisión en brindar una adecuada protección a la integridad física o psicológica de las personas privadas de la libertad, actos de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, así como la ausencia de condiciones adecuadas de estancia e instalaciones para vivir dignamente. De 2003 a 2004, las quejas relacionadas con el servicio médico en el ámbito penitenciario aumentaron de 447 a 700,³ por lo que la atención proporcionada en las unidades médicas es otro tema de preocupación. En 2009 se registraron 862 quejas presuntamente violatorias del derecho a la salud en el sistema penitenciario y, durante 2010, un total de 958.⁴ Desde su creación y hasta el mes de abril de 2011, la CDHDF ha emitido 22 recomendaciones relacionadas con violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad.⁵

En 2002, la CDHDF inició un trabajo de investigación acerca de las condiciones de vida de las personas en reclusión a fin de documentar su situación e identificar las fortalezas y debilidades del sistema penitenciario. Uno de los temas señalados fue precisamente los servicios de salud. Los informes especiales sobre la situación de los centros de reclusión del Distrito Federal, publicados en 2005 y 2006, dedican capítulos específicos a esta problemática,⁶ y revelan que las deficiencias en la prestación del servicio médico resultan, en primer lugar, de la falta de personal médico tanto de medicina general como de especialidad, así como de la ausencia o insuficiencia de medicamentos y recursos materiales. Ambos documentos evidencian la carencia de un diagnóstico general sobre las condiciones de salud y señalan, en lo particular, la falta de programas de vigilancia sanitaria, así como de prevención y atención en materia de enfermedades crónico-degenerativas, de salud sexual y reproductiva, de nutrición y de adicciones.

¹ Gobierno del Distrito Federal, *Cuarto Informe de Gobierno, Ciudad de Vanguardia 2009-2010*, Anexo Estadístico, Cuadro 3.23. Situación jurídica de la población en reclusorios 2007-2010, México, 2010, pp. 192-193.

² Se utiliza el término *centro de reclusión* para referirse a las instituciones públicas destinadas a la internación de las personas que se encuentran restringidas o privadas de su libertad por una resolución judicial. Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 24 de septiembre de 2004, artículo 4°.

³ CDHDF, *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión del Distrito Federal, 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2004*, México, CDHDF, 2005, p. 89, Tabla 18. Quejas presentadas ante la CDHDF concernientes a la atención médica en los reclusorios de la ciudad de México, 2003-2004.

⁴ Datos proporcionados por la Subdirección de estadística de la CDHDF con base en el Sistema Integral de Gestión de Información (Siigesi).

⁵ Véase Anexo 1. Recomendaciones emitidas por la CDHDF en relación con violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal, al final del presente informe.

⁶ CDHDF, *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión del Distrito Federal 2003-2004*, op.cit., pp. 89-100; y CDHDF, *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión en el Distrito Federal 2005*, México, CDHDF, 2006, pp. 115-141.

En apego al mandato legal establecido en el artículo 146 *bis* del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, el Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos (CIADH), en coordinación con la Segunda Visitaduría General, elaboraron el presente *Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011*. En continuidad a los informes publicados anteriormente, esta nueva investigación pretende profundizar el análisis diferenciado por cada uno de los centros de reclusión, así como revisar los avances y retrocesos en el respeto del derecho a la salud de las personas en reclusión.

A. Planteamiento del problema

En cumplimiento a la Recomendación 20/2009 emitida por la CDHDF, la Secretaría de Salud del Distrito Federal publicó el Modelo de atención a la salud en los centros de reclusión de la ciudad de México y diseñó el Manual de organización de las unidades médicas y el Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia, los cuales pretenden unificar y fijar criterios técnicos y administrativos para la organización y funcionamiento de los servicios de salud en los centros de reclusión. En 2010, se habilitaron las unidades médicas de los centros de readaptación social femenil y varonil de Santa Martha Acatitla (Cefereso y Ceresova) aunque albergaban personas privadas de la libertad desde los años 2004 y 2003 respectivamente, sin que fuesen habilitadas áreas especializadas de atención a la salud bajo la supervisión de la Secretaría de Salud. En 2008 se inició un proyecto de remodelación de la Torre Médica, ubicada en el Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan, con el propósito de mejorar la atención especializada de segundo nivel que se brinda a la población en reclusión.

Estos esfuerzos buscan ampliar la disponibilidad de los recursos y servicios de salud en el sistema penitenciario y, por ende, las oportunidades de atención médica general y especializada para las personas privadas de la libertad. No obstante, las visitas a las unidades médicas revelan situaciones de desigualdad; por ejemplo, los Centros de Ejecución de Sanciones Penales Varoniles Norte y Oriente carecen de unidades médicas. Asimismo, la infraestructura médica de los Reclusorios Preventivos Varoniles Norte, Sur y Oriente contrasta con las instalaciones de recién habilitación en el Cefereso y Ceresova. Por otra parte, como lo veremos más adelante, la plantilla de personal no corresponde con el número de población beneficiaria de los servicios en cada centro. Esta divergencia se manifiesta en el precario goce del derecho a la salud.

La valoración de posibles mejorías en el goce efectivo del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad, no puede quedarse en la descripción de avances tangibles en materia de infraestructura. El derecho internacional de los derechos humanos insiste en que toda estrategia en materia de salud, se sustente a partir de un abordaje integral de las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que conforman los elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud.⁷ Por ejemplo, la disponibilidad de recursos materiales y humanos se encuentra estrechamente entrelazada con la calidad y aceptabilidad de los mismos. Asimismo, en un contexto de reclusión, cobra especial relevancia el componente de accesibilidad a los bienes, servicios y programas de salud.

El disfrute del derecho a la salud en el ámbito penitenciario debe ser analizado y valorado desde el marco normativo integral de los derechos humanos y de la perspectiva teórica de los determinantes de la salud. En efecto, más allá del aspecto biológico de ausencia de afecciones o enfermedades, la salud implica un proceso de interacción compleja de las personas con su entorno físico y otros factores deter-

⁷ Observación General núm. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (E/C.12/2000/4), aprobada el 11 de agosto del 2000 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, durante el 22º periodo de sesiones en Ginebra, párr. 12.

minantes de carácter social, económico, político y cultural. Esta perspectiva invita a analizar las condiciones de salud de las personas en reclusión, y las estrategias gubernamentales en la materia, a la luz del contexto mismo de reclusión donde la falta de acceso directo a los satisfactores de las necesidades básicas de alimentación, agua y vivienda, así como las condiciones sanitarias y de higiene, se vuelven aspectos fundamentales del análisis. Asimismo, las prácticas de obstaculización, restricción o negativa de los servicios de salud deben entenderse a partir de las circunstancias de violencia generalizada que caracterizan el ámbito penitenciario y la total sujeción en la que se encuentran las personas internas frente al personal de seguridad y médico. Las quejas recibidas en la CDHDF evidencian esta situación. En ellas, se denuncian violaciones al derecho a la salud que no resultan solamente de la falta de recursos humanos y materiales, sino que se sitúan en las relaciones que se tejen entre el personal técnico o médico y las y los internos. Se han identificado grupos de población que merecen especial atención y protección por la situación de mayor vulnerabilidad en la que se encuentran: las mujeres y sus hijas e hijos que viven con ellas, las personas que viven con VIH/sida, con discapacidad física, sensorial, intelectual, mental o psicosocial y las personas adultas mayores, son algunos de los grupos de personas que se encuentran más expuestas a situaciones de discriminación, y presentan dificultades adicionales para el acceso a sus derechos, en particular el derecho a la salud.

El goce del derecho a la salud implica la estructuración y el cabal funcionamiento de un sistema de prevención y atención médica complejo e integral, que coloque en el centro a la persona en su relación con el entorno específico en el que se desenvuelve. La política pública en materia de salud no se reduce a proveer de infraestructura y garantizar recursos humanos, servicios y programas de prevención, tratamiento y rehabilitación, sino que abarca un espectro amplio de actividades, conectadas entre sí, incluyendo la promoción de la salud con su intervención hacia los determinantes de la salud. Ese enfoque integral utilizado en la presente investigación permite profundizar el diagnóstico de la situación que guarda el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal. En la medida en que se identifican con mayor precisión los factores determinantes de la salud, así como los avances y pendientes en términos de disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad de los bienes, servicios y programas de salud en los centros de reclusión se podrá contribuir a la generación y formulación de políticas públicas más pertinentes y efectivas.

B. Objetivos generales y específicos

Con la finalidad de actualizar y profundizar los diagnósticos realizados en años anteriores e identificar posibles avances y/o retrocesos sobre la situación de los derechos de las personas en reclusión, la CDHDF decidió la realización del presente informe, cuyo principal objetivo es hacer un análisis sistemático de la situación que guarda el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los 10 centros de reclusión del Distrito Federal para personas adultas.⁸ Para ello, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

⁸ Cabe aclarar que el sistema de justicia para adolescentes y las violaciones a derechos humanos que se dan al interior de los centros de internamiento para jóvenes en conflicto con la ley penal, es un asunto de mucha relevancia que debe ser abordado desde los principios rectores del derecho internacional especializado en materia de infancia. Su análisis rebasa los objetivos del presente informe que se ciñe exclusivamente a los centros de reclusión para personas adultas. El análisis tampoco incluye al Centro de Sanciones Administrativas cuya finalidad es el arresto administrativo no mayor a 36 horas. Centro de Sanciones Administrativas “Torito”, Portal de internet de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario, <www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/torito.html>.

- Verificar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las instalaciones, servicios y programas de salud en los centros de reclusión del Distrito Federal.
- Identificar patrones de violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad, desde la perspectiva de género y de grupos de población específicos.
- Identificar los factores estructurales que obstaculizan, restringen o contribuyen a la negación del derecho a la salud.
- Promover estrategias y acciones para revertir los obstáculos existentes para garantizar el derecho a la salud de las personas en situación de reclusión.

C. Metodología⁹

Este informe especial se diseñó como continuación de los informes especiales publicados en 2005 y 2006, en virtud de que pretende retomar y revisar los indicadores utilizados anteriormente con la finalidad de actualizarlos y evaluar el cumplimiento del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad. En esta ocasión, se optó por un análisis diferenciado de cada uno de los 10 centros de reclusión para profundizar el diagnóstico e identificar la situación específica en la que se encuentran las unidades médicas, tanto por la complejidad al interior de cada centro, como por las variadas condiciones entre éstos.

La información requerida provino de distintas fuentes. Por un lado, se revisó información oficial presentada en los portales de internet de las dependencias gubernamentales, así como información a la que la CDHDF tiene acceso en el marco de sus funciones y a través de solicitudes de información pública. La revisión de las quejas interpuestas ante la CDHDF o iniciadas de oficio, durante 2010, por presuntas violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad, así como las recomendaciones emitidas por este organismo autónomo, abonaron en la identificación de patrones de violaciones al derecho a la salud, autoridades presuntamente responsables y focos rojos de urgente atención.

La recolección de información se complementó con la realización de visitas a cada uno de los centros de reclusión, realizadas entre mayo y junio de 2011 en las que se aplicaron un total de 535 cuestionarios a internas e internos, 83 cuestionarios a personal de seguridad y custodia, se realizaron seis entrevistas con las personas responsables de los programas contra las adicciones en los centros y 10 entrevistas semiestructuradas con las personas encargadas de los servicios médicos. Se verificó la integración de 40 expedientes clínicos, así como las condiciones de infraestructura y equipamiento con base en los criterios establecidos en la normatividad vigente.¹⁰ El trabajo de campo atendió a los objetivos específicos de esta investigación, en tanto que permitió la verificación de la situación de los servicios de salud, así como identificar las percepciones que, de éstos, tienen el personal y las personas en reclusión.

⁹ Para mayor información respecto de la metodología aplicada para la realización del presente informe especial, véase Anexo 2. Nota metodológica, al final de este documento.

¹⁰ Nos referimos, en particular, a la Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios; la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; y la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

D. Estructura

El Informe especial que se presenta a continuación se estructura en cuatro partes. En un primer momento, se plantea el marco de referencia del estudio, el cual se construye a partir de una revisión conjunta y complementaria de las principales enseñanzas de la disciplina y práctica de la salud pública y del derecho a la salud, cuyos contenidos esenciales y obligaciones del Estado están reconocidos en el derecho internacional de los derechos humanos. Esa revisión permite presentar y precisar el enfoque metodológico y las herramientas teórico-conceptuales utilizadas en este informe y que guían la reflexión y el análisis de la situación que guarda el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad.

En un segundo momento, la investigación se enfoca en una revisión del marco jurídico nacional y del modelo de atención a la salud que sustentan, orientan y estructuran la política sanitaria y la práctica médica en los centros de reclusión del Distrito Federal. Después de esa breve introducción, se presentan algunas consideraciones preliminares respecto de las principales violaciones al derecho a la salud que enfrentan las personas privadas de la libertad, a través de una lectura general de las quejas investigadas y de las recomendaciones emitidas por la CDHDF en esa materia.

En la tercera parte, se ofrece una descripción de los recursos materiales y humanos con los que cuenta cada unidad médica y se incluye una presentación de los procedimientos establecidos para acceder a la atención. Adicionalmente se aborda la problemática del acceso a la atención de segundo y tercer nivel, incluyendo el procedimiento vigente para la referencia y contrarreferencia de pacientes. El análisis se construye a partir de las cuatro dimensiones del derecho a la salud, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad y retoma los resultados de las visitas de campo. La descripción de los servicios médicos se fortalece con la inclusión de la valoración que la CDHDF tiene de los mismos, adquirida a través del trabajo cotidiano que este organismo realiza en los centros de reclusión.

Finalmente, en la última parte se reflexiona alrededor de las actividades de promoción a la salud implementadas en el contexto penitenciario y, en la inclusión en ellas, de los determinantes de la salud. A partir de la revisión del perfil epidemiológico de este grupo de población y de aspectos generales de las condiciones de vida, en particular las condiciones sanitarias, la vivienda, la alimentación y el acceso al agua potable, se presentan valoraciones generales respecto de las acciones promovidas por la autoridad para atender esos factores que determinan y afectan el estado de salud de la población. Las adicciones y la violencia que predominan en las relaciones entre las personas internas, o entre ellas y el personal, son otros aspectos claves del análisis. Asimismo, con el propósito de evidenciar posibles situaciones de discriminación en el acceso y pleno goce del derecho a la salud en el contexto penitenciario, se aborda la situación específica de algunos grupos de población: las mujeres, niñas y niños que viven en reclusión, personas con discapacidad física, sensorial, intelectual, mental o psicosocial, personas adultas mayores y personas que viven con VIH/sida.

**i. Salud pública y derechos humanos
de las personas privadas de la libertad**



Para tener una perspectiva amplia y general de los problemas y retos que enfrenta el sector salud en los centros de reclusión, en primer lugar, es fundamental abundar sobre el concepto de salud, desde una perspectiva histórica y multidisciplinaria. Asimismo, se precisa el contenido del derecho a la salud y el alcance de las obligaciones del Estado en la materia, de acuerdo con los instrumentos internacionales de derechos humanos. Esta revisión conceptual nos permite precisar el enfoque de análisis, utilizado en este informe, para medir el grado de realización del derecho a la salud de las personas en reclusión en el Distrito Federal.

A. Consideraciones preliminares sobre el concepto de salud pública

1. La salud y sus determinantes

La revisión histórica del desarrollo de los conceptos de salud y enfermedad en distintas culturas¹¹ permite determinar que la salud se aproxima de manera casi universal a la armonía y el equilibrio entre el ser humano y su ambiente, mientras que la enfermedad se asocia a lo opuesto. En la antigüedad, esta relación armónica se estructuraba a partir de creencias religiosas y de la cosmovisión. En siglos recientes, impulsada por el desarrollo de la ciencia y de la medicina, se fue constituyendo progresivamente otra perspectiva. Si bien persiste la idea de un necesario equilibrio para vivir en armonía, éste se sitúa en el plano terrenal, entre el ser humano, los elementos que lo constituyen y el medio ambiente en el que vive.

El texto de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que funda esta institución en el año 1948, define la salud a partir de una concepción holista, al asimilarla no sólo a la ausencia de enfermedad o invalidez sino a un “completo estado de bienestar físico, mental y social”.¹² El concepto planteado por la OMS tiene la virtud de invitar a un enfoque amplio y multidisciplinario, en el que la salud se entiende como un equilibrio entre el cuerpo físico, la mente y las relaciones sociales que se tejen con las demás personas o grupos, en los ámbitos familiar y laboral o en la comunidad.

Desde esta perspectiva, la comprensión de la salud y de los procesos patológicos no se puede reducir al abordaje de las características individuales de cada persona (metabolismo, patrón genético, edad, sexo, etc.), y de la relación de adaptación de cada individuo, como organismo biológico, a agentes externos de carácter físico, químico o biológico, sino que debe ampliarse al contexto social en el que se desenvuelven las personas. En efecto, el ser humano es también un ente psicosocial en constante interacción con realidades de orden psicológico, social y cultural, las cuales influyen de forma combinada en la determinación de su estado de salud. De esta manera, se puede afirmar que los determinantes de la salud constituyen un amplio espectro que abarca “desde el nivel micro en que operan los factores biológicos individuales hasta los niveles macro que expresan las condiciones sociales en que viven las poblaciones y en las cuales se produce el fenómeno salud-enfermedad”.¹³

¹¹ Vega-Franco, Leopoldo, “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica”, en *Salud Pública de México*, volumen 44, número 3, mayo-junio de 2002, pp. 258-265.

¹² Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, en Nueva York el 19 de junio al 22 de julio de 1946, entró en vigor el 7 de abril de 1948, Preámbulo.

¹³ Organización Panamericana de la Salud, “Introducción a la Epidemiología Social” en *Boletín Epidemiológico*, vol. 23, núm. 1, OPS-OMS, Washington, marzo de 2002, p. 7, <www.paho.org/spanish/sha/EB_v23n1.pdf>.

2. Salud pública: entre teoría y práctica

La salud pública se refiere tanto a un campo científico como a un ámbito de prácticas que se ocupan de los procesos de salud y enfermedad en la sociedad, así como a las respuestas sociales destinadas a manejar estos fenómenos. Es un campo multidisciplinario que se sitúa entre la epidemiología, la planificación de la salud y la ciencia social; contempla el estudio del fenómeno salud-enfermedad en poblaciones, en su carácter de proceso social. En el ámbito de la práctica, la salud pública se interesa en las estrategias e intervenciones puestas en marcha por los Estados en materia de protección, prevención, y atención en salud de la población.¹⁴

A principios de la década de los setenta, Marc Lalonde, entonces ministro de Salud Pública de Canadá, publicó un informe que marca las bases para la teoría y práctica de la Nueva Salud Pública,¹⁵ corriente que se inspira de los avances en la conceptualización de la salud como un sistema complejo de factores y determinantes interrelacionados de carácter biológico, físico, psicológico y social. En este informe se esboza un modelo de intervención con cuatro áreas estratégicas: la biológica humana que incluye factores individuales y herencia genética; los sistemas organizados de salud vinculados con la recuperación, curación y prevención; el ambiente físico, psicológico y social; y el estilo de vida.¹⁶

Años después, en 1978, en la Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, organizada por la OMS en Alma Ata, Kazajstán, se reafirma la responsabilidad política de los países miembros en materia de salud que se comprometen a través de la meta Salud para todos 2000 (SPT-2000).¹⁷ Se articula la salud con la noción de bienestar y calidad de vida y se definen estrategias de acción a partir de la consideración de los determinantes de la salud a nivel individual y colectivo, cimentando con ello el enfoque de la promoción en salud.¹⁸ Se recomienda a los Estados no sólo emprender estrategias para promover comportamientos más saludables en las personas sino también intervenir, de forma complementaria, en la dirección de las condiciones de vida y factores que influyen en la aparición de la enfermedad y se sitúan en los niveles grupal y social.¹⁹

Otra de las preocupaciones ha sido el combate de las inequidades sanitarias. En 2005, la Organización Mundial de la Salud estableció la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, para profundizar el tema y ofrecer asesoramiento a los Estados. El informe publicado en 2008, denunció las grandes diferencias existentes en el ámbito de salud de los países y dentro de ellos, entre los diferentes grupos de población, e invitó a analizarlas desde la óptica del concepto de desigualdad social. Este informe hace énfasis en que los determinantes sociales de la salud son resultado “de la distribución del dinero, el poder y los recursos tanto a nivel mundial, nacional, como local, y que depende a su vez de las políticas adoptadas por los distintos gobiernos”.²⁰ Por ejemplo, se relacionan las condiciones sanitarias en las que se encuentran las niñas y mujeres, con la violencia a la que son sometidas y

¹⁴ Almeida Filho, Naomar, y Silva Paim Jairnilson, “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”, en *Cuadernos médico sociales*, núm. 75, mayo de 1999, pp. 5-30.

¹⁵ López Moreno, Sergio, “La salud en el contexto de la nueva salud pública. Página de salud pública”, en *Salud Pública de México*, vol. 42, núm. 4, 2000, p. 371.

¹⁶ Almeida Filho, Naomar, y Silva Paim Jairnilson, “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”, *op. cit.*, p. 12.

¹⁷ *Idem.*

¹⁸ Guzmán Urrea, María del Pilar, “Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 25, núm. 1, 2009, p. 85.

¹⁹ Ortiz Hernández, Luis, “Contribuciones de la epidemiología social a la comprensión de las condiciones de salud de las poblaciones”, en *Nueva Época, Salud Pública*, año 8, núm. 14-15, junio-diciembre de 2003, p. 19.

²⁰ Organización Mundial de la Salud, *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, Resumen analítico del Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*, (WHO/IER/CSDH/08.1), OMS, Ginebra, 2008, parte introductoria, <www.who.int/social_determinants>.

con los prejuicios sexistas que reflejan una situación de desigualdad anclada en la sociedad.²¹ En este sentido, la reducción de las inequidades en salud debe ser atendida a través de estrategias “integrales y complejas con el propósito de estructurar plataformas igualitarias y universales”.²² Desde esa perspectiva, “la salud pública es una actividad del Estado, quien debe garantizar el acceso equitativo a los servicios disponibles y funcionar como abogado de los más vulnerables, trascendiendo las actividades ejercidas por el personal de salud”.²³

El enfoque de la salud pública resulta importante para la presente investigación en la medida que nos invita a considerar el proceso de salud-enfermedad en los centros de reclusión a la luz de un conjunto complejo de determinantes no sólo de carácter individual sino también colectivo y relacionados con el entorno físico en el que vive la población privada de la libertad. Esta problemática justifica una respuesta social y una intervención sistemática del Estado en la organización de un sistema de salud de prevención, tratamiento y rehabilitación al que tengan acceso todas las personas, así como una atención a las condiciones de vida de la población, en particular para mitigar y combatir aquellos factores de riesgo que contribuyen a la aparición y propagación de enfermedades dentro del ámbito carcelario.

B. El derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en el derecho internacional de los derechos humanos

1. Derecho a la salud: fundamentos y obligaciones del Estado

El derecho a la salud está reconocido como derecho humano en múltiples instrumentos internacionales de protección, incluyendo las declaraciones, pactos y observaciones generales de los comités de la Organización de las Naciones Unidas, así como en los instrumentos y jurisprudencia del sistema interamericano. Desde 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Constitución de la OMS reconocen este derecho como un imperativo de la comunidad internacional.²⁴ Décadas después, tanto el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) como el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –Protocolo de San Salvador–,²⁵ consagran el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Ambos textos utilizan una concepción amplia de la salud; incluso el Protocolo de San Salvador reconoce a la salud como un bien público y la define como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

²¹ *Idem.*, p. 22.

²² López Arellano, Olivia, y Blanco Gil, José, “Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones”, en *Nueva Época, Salud Problema*, año 8, núm. 14-15, junio-diciembre de 2003, p. 13.

²³ López Moreno, Sergio, “La salud en el contexto de la nueva salud pública. Página de salud pública”, *op. cit.*, p. 371.

²⁴ La Declaración Universal de Derechos Humanos estipula que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. Véase Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948, artículo 25, párr. 1. La Constitución de la Organización Mundial de la salud reconoce que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Véase Constitución de la Organización Mundial de la Salud, *op. cit.*, Preámbulo.

²⁵ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1960, entrada en vigor en 1976 y en México en 1981, artículo 12, párr. 1; Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –Protocolo de San Salvador–, aprobado el 17 de noviembre de 1988 en el decimotercero periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, entrada en vigor en 1999 y en México en 1996, artículo 10, párr. 1.

El derecho a la salud comprende un conjunto de libertades y derechos.²⁶ Por un lado, figura la libertad de controlar la salud y el cuerpo, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y de no ser sometido a torturas o a tratamientos médicos sin previo consentimiento informado. Por otro lado, comprende el derecho a contar con un sistema de protección de la salud que brinde a todas las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud y vivir en un ambiente sano. Desde esta perspectiva, se vuelve evidente y fundamental el vínculo existente entre el derecho a la salud y los demás derechos humanos, en particular la vivienda y la alimentación adecuada, el suministro de agua potable y el pleno goce de un medio ambiente sano, entre otros. Asimismo, el derecho a la salud está íntimamente relacionado con el de integridad personal y a la vida, en particular, porque, la negación al derecho a la salud puede vulnerar el derecho a la integridad personal al materializar tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes,²⁷ o bien afectar el derecho a la vida.

El reconocimiento de la salud en el derecho internacional de los derechos humanos transforma la obligación moral al origen de las prácticas de salud pública, en un imperativo jurídico de los Estados²⁸ los cuales, al firmar y ratificar los instrumentos vinculantes –los pactos o las convenciones internacionales– contraen la obligación de adoptar medidas de diversa índole, en un plazo razonable, para lograr la progresiva realización de los derechos, sin discriminación alguna, y hasta el máximo uso de los recursos disponibles.²⁹ El PIDESC y el Protocolo de San Salvador precisan, a título de ejemplo, algunas de las medidas básicas a adoptarse en los Estados para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud. Entre otras, destacan las siguientes:

- La creación de condiciones que aseguren a todas las personas, asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.
- La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todas las personas bajo la jurisdicción del Estado, con especial atención en los grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad.
- La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.
- La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud.
- El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.³⁰

Esas prescripciones no se deben leer de manera restrictiva. El derecho internacional compromete legalmente a los Estados partes a respetar, proteger y cumplir –entendida como la obligación de facilitar, proporcionar y promover– el derecho a la salud. La obligación de respetar implica que el Estado no

²⁶ Observación General núm. 14..., *op. cit.*, párr. 8.

²⁷ Corte IDH, Caso Montero Aránguren y Otros (Retén de Catia) vs. Venezuela. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 5 de julio de 2006. Serie C, núm. 150, párr. 103.

²⁸ Organización Mundial de la Salud, *Salud pública, innovación y derechos de propiedad intelectual. Informe de la Comisión de derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública*, OMS, Suiza, 2006, p. 9. Cabe señalar que la adopción del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales marca un paso fundamental hacia la justiciabilidad del derecho a la salud a nivel internacional. Al entrar en vigor, el Comité DESC podrá recibir y examinar comunicaciones de personas o grupos de personas que se hallen bajo la jurisdicción de un Estado Parte y que aleguen ser víctimas de una violación de cualquiera de los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el PIDESC. Véase Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (A/RES/63/117), adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 2008, artículos 1º y 2º.

²⁹ Observación General núm. 3, sobre la índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto) (E/1991/23), adoptada el 14 de diciembre de 1990 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales durante el 5º periodo de sesiones.

³⁰ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *op. cit.*, artículo 12, párr. 2; Protocolo de San Salvador, *op. cit.*, artículo 10, párr. 1.

puede limitar el acceso a los bienes, servicios o programas de salud preventivos, curativos o paliativos ni contaminar o liberar en el medio ambiente sustancias nocivas para la salud. Tampoco se podrán aplicar tratamientos médicos de manera coercitiva ni infligir torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Asimismo, el Estado está obligado a proteger a las personas contra abusos de terceras personas –hospitales o clínicas privadas– en la realización del derecho a la salud. La obligación de cumplir es la más compleja en tanto implica que todo el aparato de Estado se organice, a través de la adopción y aplicación de medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, de tal forma que las personas tengan la posibilidad de acceder al derecho, con un especial énfasis en los grupos en situación de vulnerabilidad o discriminación.³¹ El derecho internacional hace particular énfasis en la igualdad entre hombres y mujeres en el acceso a los derechos, en particular el derecho a la salud. De forma específica, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés)³² y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Conferencia del Cairo)³³ reconocen la obligación del Estado para garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de salud sin distinción alguna, incluyendo los que se refieren a la salud sexual y reproductiva.

2. Derecho a la salud y personas privadas de la libertad

La igualdad y la no discriminación, principios rectores consagrados en la mayoría de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, advierten que la situación jurídica de una persona –de la misma forma que su origen, sexo u orientación sexual– no puede ser usada como pretexto para limitar su acceso a los derechos. En este sentido, con excepción de aquellos derechos restringidos por la condición de privación de la libertad, las personas en reclusión deben gozar de los mismos derechos reconocidos a toda persona en los instrumentos nacionales e internacionales sobre derechos humanos, en particular el derecho a la salud. Más aún, frente a las personas privadas de la libertad, la obligación del Estado de cumplir el derecho a la salud se convierte en un imperativo jurídico irrenunciable dado que estas personas, por su condición de reclusión, están imposibilitadas para acceder a otros servicios médicos y a ejercer, por sí solas y con los medios a su disposición, su derecho a la salud.

Paralelamente a estas prescripciones de alcance general, se han adoptado una serie de instrumentos específicos a nivel internacional y regional con la finalidad de precisar los derechos humanos en el ámbito penitenciario y proteger a las personas de cualquier abuso por parte de la autoridad. Estos instrumentos integran lo que Elías Carranza llama el “modelo penitenciario de derechos y obligaciones de las Naciones Unidas”.³⁴ Si bien en su mayoría no son instrumentos de carácter vinculante sino declarativo, reflejan el consenso de la comunidad internacional acerca de los principios básicos para la protección de los derechos humanos de las personas privadas de la libertad.

³¹ Observación General núm. 14..., *op. cit.*, párr. 33.

³² Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General de Naciones Unidas, en su Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, entrada en vigor general y en México en 1981.

³³ Naciones Unidas, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (A/CONF.171/13/Rev.1), Naciones Unidas, Nueva York, 1995, Anexo Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

³⁴ Carranza, Elías, “Cárcel y justicia penal: el modelo de derechos y deberes de las Naciones Unidas”, en *Memorias, Seminario Sistemas Penitenciarios y Derechos Humanos*, México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal/Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente, 2007, p. 22.

En primer lugar, se pueden citar las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, que reflejan las condiciones mínimas aceptadas por las Naciones Unidas respecto de la buena organización penitenciaria y de la práctica relativa al tratamiento de las personas en reclusión.³⁵ Respecto de su salud se admite que:

Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación.³⁶

En 1979, se promulga el Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Este conjunto de ocho artículos reafirma el principio de legalidad, el respeto de la dignidad humana y los derechos humanos, el uso proporcional de la fuerza, la confidencialidad, la prohibición de la corrupción y de actos de tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, en la actuación de las y los servidores públicos responsables del cumplimiento de la ley. El artículo 6° les responsabiliza de la salud de las personas bajo su custodia, exigiéndoles una actuación inmediata cuando una interna o un interno requiere de atención médica.³⁷ De igual forma, se pueden mencionar los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.³⁸

A finales de la década de los ochenta, la entonces Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas emite el Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión en el que se incluye la protección de la salud de las personas detenidas o en reclusión, y se insiste en el principio de gratuidad de los servicios médicos.³⁹ Algunos años después en una Resolución de 1990, la Asamblea General adopta los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos en la que reitera la aplicación de forma imparcial en el ámbito penitenciario del principio de no discriminación y del conjunto de las declaraciones, pactos y demás instrumentos de las Naciones Unidas.⁴⁰

En el marco del sistema interamericano de protección de los derechos humanos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha insistido, a través de varias de sus sentencias, en que el Estado como responsable de los establecimientos de detención es el garante de los derechos de los detenidos,⁴¹ y se encuentra obligado a generar condiciones de detención compatibles con su dignidad, integridad personal y vida,⁴² siendo una de ellas la salud física y mental. En 2008, la Comisión Interamericana adopta una resolución en la que se plasman Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. Este texto que comprende 25 reglas, fue motivado por la situación crítica de violencia, hacinamiento y falta de condiciones dignas de vida que persisten en los centros de

³⁵ Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (xxiv), del 31 de julio de 1957, y 2076 (LXII), del 13 de mayo de 1977 (22.1 al 26.1), Preámbulo.

³⁶ *Ibid.*, artículo 22.

³⁷ Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, adoptado en la Resolución 34/169 de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, el 17 de diciembre de 1979, artículo 6°.

³⁸ Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, adoptados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su Resolución 37/194, del 18 de diciembre de 1982.

³⁹ Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión, adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su Resolución 43/173 del 9 de diciembre de 1988, Principio 24.

⁴⁰ Principios básicos para el tratamiento de los reclusos, adoptados en la Resolución 45/111, de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su 68ª sesión plenaria, el 14 de diciembre de 1990, párr. 5.

⁴¹ Corte IDH. Caso Cantoral Benavides vs. Perú. Fondo. Sentencia de 18 de agosto de 2000. Serie C, núm. 69, párr. 87.

⁴² Corte IDH. Caso Castillo Petruzzi y otros vs. Perú. Fondo. Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de mayo de 1999. Serie C, núm. 52, párr. 195.

reclusión de las Américas a comienzos del siglo XXI. Su pretensión es reafirmar la plena vigencia de todos los derechos humanos en el ámbito carcelario a excepción de la privación de la libertad, protegerlos y prevenir cualquier tipo de abuso de poder en contra de las personas en reclusión.⁴³ Los principios IX y X refieren que las personas privadas de la libertad, tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social.⁴⁴ Este texto constituye uno de los más precisos respecto del derecho a la salud en las cárceles, recoge la mayoría de las reglas y principios asentados en documentos anteriores y proporciona un énfasis especial en la situación de vulnerabilidad adicional en la que se encuentran ciertos grupos de población, en particular las personas con discapacidad mental, la infancia, las mujeres y las personas adultas mayores.

3. Derecho a la salud y grupos de población en situación de vulnerabilidad

La ocurrencia de violaciones sistemáticas a los derechos humanos de ciertos grupos de población, ha inspirado la elaboración de una serie de instrumentos temáticos en los que se reafirman y precisan los derechos de esas personas y grupos con el fin de protegerlos de cualquier tipo de abuso por parte de la autoridad. En efecto, estos grupos, como son mujeres, niños y niñas, las y los jóvenes, personas adultas mayores o personas con discapacidad, requieren de una protección específica, acorde a sus condiciones y necesidades, en particular en relación con la protección de su salud. Observando el principio de no discriminación, las prerrogativas consagradas en estos instrumentos son de aplicación obligatoria en el ámbito penitenciario.

En este sentido, la CEDAW y el Programa de Acción de la Conferencia del Cairo instan a los Estados partes a incorporar la perspectiva de género en sus políticas y programas a fin de mejorar la salud de las mujeres y suprimir “todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva”.⁴⁵ El pleno respeto, protección y realización del derecho a la salud de las mujeres, en particular en la esfera de la sexualidad y la reproducción, debe perseguir la prevención y tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer a lo largo de su vida, a través de un sistema de atención médica específica y de alta calidad. La CEDAW es el primer instrumento internacional vinculante que reconoce la obligación de asegurar a las mujeres, condiciones de salud adecuadas durante el embarazo, el parto y la lactancia.⁴⁶ Por su parte, el Programa de Acción de la Conferencia del Cairo establece el concepto de salud reproductiva y reconoce el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia, así como a otros métodos de su elección para la regulación de su fecundidad; y el derecho de la mujer a tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos.⁴⁷ En 1995, la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing, concluyó que el derecho de las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud debe ser reconocido explícitamente, en particular su propia fecundidad, a fin de fortalecer su papel activo dentro de la sociedad.⁴⁸

⁴³ Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas, adoptados por la Resolución 1/08 de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, 13 de marzo de 2008, Preámbulo.

⁴⁴ *Ibid.*, principio X.

⁴⁵ Observación General núm. 14 ..., *op. cit.*, párr. 21.

⁴⁶ Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, *op. cit.*, artículo 12.

⁴⁷ Naciones Unidas, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, *op. cit.*, párrs. 7.2 y 7.3.

⁴⁸ Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz, adoptada en Beijing el 15 de septiembre de 1995, artículo 17.

En la Convención sobre los Derechos del Niño⁴⁹ se exhorta a los Estados a que garanticen a la infancia el acceso pleno a los servicios esenciales de salud, incluyendo el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación, y a un sano desarrollo. En relación con la juventud, se insta a proporcionar una atención respetuosa de la salud de las y los jóvenes así como servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.⁵⁰ Se insiste en que sea el interés superior de la niñez el que guíe todos los programas y políticas en materia de salud infantil.

En la Observación General núm. 6, el Comité DESC reitera la importancia de una política sanitaria con un enfoque integral que integre la prevención, la curación y la rehabilitación de la salud de las personas adultas mayores. Se establece el imperativo de que las prestaciones de atenciones y cuidados para las personas con una enfermedad crónica o que se encuentran en fase terminal, se orienten a ahorrarles dolores evitables y permitirles morir con dignidad.⁵¹

Las personas con discapacidad son todas aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás,⁵² en particular en el ámbito de la salud. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad insiste en la accesibilidad sin discriminación de las personas con discapacidad a los mismos servicios de salud que la población en general, incluyendo la rehabilitación. Asimismo, deben disponer y acceder a los servicios de salud que requieren en consecuencia de su discapacidad, incluyendo la pronta detección e intervención para prevenir al máximo la aparición de nuevas enfermedades.⁵³ Los instrumentos de protección de los derechos humanos de las personas privadas de la libertad llaman la atención sobre la situación de las personas con discapacidad mental o psicosocial. Desde las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos se manifiesta la preocupación por su internamiento en establecimientos especializados,⁵⁴ evitar la privación innecesaria de la libertad y garantizar una atención psiquiátrica integral, continua, preventiva, participativa y comunitaria a su favor.⁵⁵

En el plano internacional, los Estados también han asumido compromisos jurídicos y políticos para garantizar el derecho a la salud de las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida), en particular, aumentar el acceso al tratamiento y medicamentos esenciales y combatir la discriminación en su contra.⁵⁶

C. Modelo de referencia para la atención a la salud de las personas privadas de la libertad

1. *Ámbito de la intervención pública*

El marco teórico de la salud pública y el conjunto de instrumentos internacionales de derechos humanos, permiten conformar un modelo integral de políticas públicas en materia de salud, en beneficio

⁴⁹ Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de Naciones Unidas en su Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989, vigente en México a partir de 1990, artículo 24.

⁵⁰ Observación General núm. 14..., *op. cit.*, párr. 23.

⁵¹ Observación General núm. 6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores (E/1996/22), aprobada en 1995 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales durante el 13º periodo de sesiones, párrs. 34 y 35.

⁵² Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (A/RES/61/106), adoptada por una Resolución de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, el 24 de enero de 2007, en su sexagésimo primer periodo de sesiones, artículo 1º.

⁵³ *Ibid.*, artículo 25.

⁵⁴ Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, *op. cit.*, Regla 82.

⁵⁵ Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad..., *op. cit.*, principio III, inciso 3.

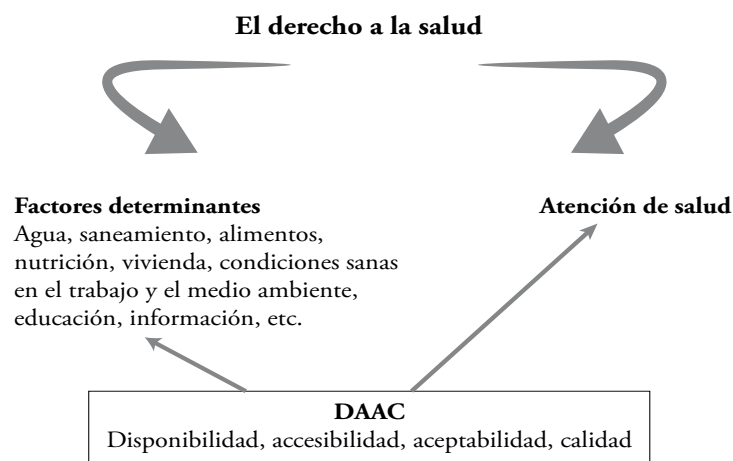
⁵⁶ Naciones Unidas, Asamblea General, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Informe de Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos (A/58/427), Naciones Unidas, 14 de febrero de 2005, párrs. 65 y 66.

de las personas en reclusión. En primer lugar, obliga a la conformación de una verdadera política de Estado que requiere la participación de todos los niveles y órdenes de gobierno, en el marco de sus respectivas atribuciones, tendentes al pleno respeto, protección y satisfacción del derecho a la salud de todas las personas privadas de la libertad.

El Poder Legislativo tiene la encomienda de armonizar los instrumentos jurídicos que regulan la atención en salud de las personas privadas de la libertad, con base en los principios y grandes orientaciones plasmadas en el derecho internacional de los derechos humanos. Las comisiones de derechos humanos, los ministerios públicos y el Poder Judicial, en el marco de sus respectivas atribuciones, son responsables de garantizar la existencia de recursos no jurisdiccionales y jurisdiccionales respectivamente efectivos para el acceso a la justicia en caso de violaciones al derecho a la salud, garantizar una investigación pronta e imparcial y, en su caso, sancionar a las personas responsables y promover una reparación integral del daño a las víctimas, en forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de no repetición. Por su parte, el poder ejecutivo tiene la obligación de respetar ese derecho y de impulsar políticas, programas y medidas tendentes a hacerlo efectivo para toda la población en reclusión, sin distinción alguna.

Esas medidas de índole programática, presupuestal, normativa o judicial, y su debida coordinación, deben confluir hacia lo que el relator de las Naciones Unidas llama el “derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, que englobe la atención de la salud y los determinantes subyacentes de la salud, capaz de responder a las prioridades nacionales y locales y accesible para todos”.⁵⁷ El esquema de la Organización Mundial de la Salud, abajo reproducido, ilustra con claridad estos dos ámbitos de acción en los que debe interactuar cualquier modelo de salud pública.

Esquema i.1 El derecho a la salud, según la OMS



Observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Fuente: “El derecho a la salud, nota descriptiva núm. 323, agosto de 2007”, portal de internet de la Organización Mundial de la Salud, <www.who.int>, página consultada el 16 de julio de 2011.

⁵⁷ Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe de Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos* (E/CN.4/2006/48), Naciones Unidas, 3 de marzo de 2006, párr. 62.

2. Atención de la salud

En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, el sistema de atención a la salud en los establecimientos penitenciarios debe sustentarse en un abordaje integral de las dimensiones de disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad que conforman los elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud.⁵⁸ La dimensión de *disponibilidad* hace énfasis en la importancia de contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud para brindar atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada a la población en reclusión e implementar programas de medicina preventiva, curativa y de rehabilitación. La disponibilidad también refiere a la necesidad de disponer del personal médico y profesional suficiente para atender la demanda, capacitado y bien remunerado así como a los medicamentos esenciales.⁵⁹ Si un centro cuenta con servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, instrumental y productos farmacéuticos necesarios para proporcionar a las personas en reclusión los cuidados y el tratamiento adecuados.⁶⁰

La *accesibilidad* se refiere a que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser al alcance de todas las personas; comprende el acceso físico, económico, sin discriminación y a la información.⁶¹ Las personas en reclusión deben poder acceder a la atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario,⁶² sin discriminación alguna. Cuando las y los internos lo necesiten, el personal penitenciario debe tomar todas las medidas correspondientes de forma inmediata para facilitarles el acceso.⁶³ Asimismo, es deber del personal médico visitar diariamente a las personas enfermas,⁶⁴ incluyendo aquellas que se encuentran en zonas de aislamiento,⁶⁵ para vigilar su estado de salud física y mental. Respecto de la accesibilidad económica, distintos instrumentos internacionales estipulan que el acceso al tratamiento y a los medicamentos para las personas en reclusión, debe ser gratuito.⁶⁶ La accesibilidad también contempla el derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.⁶⁷ En particular, cada paciente debe tener acceso, de forma gratuita, a la información oportuna acerca de su estado de salud, incluyendo los resultados de los estudios de gabinete que se le realizan.⁶⁸

La Observación General núm. 14 considera que “todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades”.⁶⁹ El concepto de *aceptabilidad* comprende el respeto a la confidencialidad de la información, la autonomía de las y los pacientes y

⁵⁸ Observación General núm. 14..., *op. cit.*, párr. 12.

⁵⁹ Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, *op. cit.*, Reglas 22.1 y 23.1; principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad..., *op. cit.*, principio x; y, Observación General núm. 14..., *op. cit.*, párr. 12.

⁶⁰ Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, *op. cit.*, Regla 22.2.

⁶¹ Observación General núm. 14..., *op. cit.*, párr. 12.

⁶² Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas..., *op. cit.*, Principio 24.

⁶³ Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, *op. cit.*, artículo 6°.

⁶⁴ Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, *op. cit.*, Regla 25.1.

⁶⁵ *Ibid.*, Regla 32.3. En este instrumento se considera que las penas de aislamiento sólo se aplicarán previa certificación del estado físico y mental de la persona por parte del personal médico. En los Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas se prohíben las medidas o sanciones de aislamiento en celdas de castigo, así como cualquier medida de aislamiento de las mujeres embarazadas y de las madres que conviven con sus hijos al interior de los establecimientos de privación de libertad. Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad..., *op. cit.*, Principio xxii, inciso 3.

⁶⁶ Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas..., *op. cit.*, principio 24; y principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad, *op. cit.*, principio x.

⁶⁷ Observación General núm. 14..., *op. cit.*, párr. 12, inciso b.

⁶⁸ Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad, *op. cit.*, Principio x.

⁶⁹ Observación General núm. 14..., *op. cit.*, párr. 12, inciso c.

su consentimiento informado en la relación médico-paciente.⁷⁰ En virtud de la ética médica, el personal de salud adscrito a los centros de reclusión tiene la obligación de atender y tratar a sus pacientes de la misma forma y en el mismo nivel de calidad, que las personas en libertad. Queda prohibida la participación del personal médico en actos de tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, así como toda relación entre médico y paciente que no sea con el fin de evaluar, diagnosticar y proteger la salud física y mental de éste.⁷¹

La *calidad* es la última dimensión considerada por la Observación General núm. 14 que establece que “además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad”.⁷² Esta dimensión refiere que el personal médico disponible esté capacitado y que los medicamentos y el equipo hospitalario con el que se cuente, sean científicamente aprobados y en buen estado. La normatividad internacional contempla la práctica de un examen médico, desde el ingreso de la persona al centro de reclusión, para constatar su estado de salud físico y mental, certificar posibles malos tratos o torturas y asegurar la identificación y tratamiento de cualquier problema significativo de salud,⁷³ y precisa que el tratamiento y medicamentos esenciales que reciben los pacientes en reclusión sean apropiados, basados en principios científicos y sustentados bajo las mejores prácticas.⁷⁴ Como parte del tratamiento, las personas internas deben tener acceso a dietas especiales determinadas por criterios médicos cuando lo necesiten.⁷⁵ En caso de requerir de atención de especialidad, deberán ser trasladadas a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles.⁷⁶ Queda prohibido el transporte de personas en malas condiciones de ventilación o de luz o por cualquier medio que les imponga un sufrimiento físico o mental o que propicie la exhibición pública o cualquier acto humillante.⁷⁷

La *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad* de la atención médica implica también la adopción de medidas especiales para satisfacer las necesidades específicas de las personas privadas de la libertad pertenecientes a grupos vulnerables.⁷⁸ Por ejemplo, los centros femeniles deben garantizar la disponibilidad y acceso a una atención médica especializada para las mujeres, que corresponda a sus características físicas y biológicas. Se deben respetar las libertades y garantizar los derechos de las mujeres en materia de acceso a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva, a través, en particular, de la atención médica ginecológica antes, durante y después del parto y la atención obstétrica en instalaciones destinadas para ellas.⁷⁹ A fin de garantizar el interés superior de la niñez que vive con su madre privada de la libertad, se exhorta la creación de guarderías infantiles en los centros femeniles así como la disponibilidad de personal calificado y servicios educativos, pediátricos y de nutrición apropiados.⁸⁰ Asimismo, las personas adultas mayores serán valoradas de forma periódica a fin de

⁷⁰ Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad..., *op. cit.* Principio x.

⁷¹ Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud..., *op. cit.*, Principios 1 a 6.

⁷² Observación General núm. 14..., *op. cit.*, párr. 12, inciso d.

⁷³ Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, *op. cit.*, Regla 24; Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad..., *op. cit.*, Principio ix, inciso 3; y Naciones Unidas-Subcomité para la Prevención de la Tortura, *Informe sobre la visita a México del Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes* (CAT/OP/MEX/1), 31 de mayo de 2010, párr. 172.

⁷⁴ Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad..., *op. cit.*, Principio x; y, Observación General núm. 14..., *op. cit.*, párr. 17.

⁷⁵ Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad..., *op. cit.*, Principio xi, inciso 1.

⁷⁶ Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, *op. cit.*, Regla 22.2.

⁷⁷ Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, *op. cit.*, Regla 45.2; y Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad..., *op. cit.*, principio ix, inciso 4.

⁷⁸ Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad..., *op. cit.*, Principio x.

⁷⁹ Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, *op. cit.*, Regla 23.1; Observación General núm. 14..., *op. cit.*, párr. 20; y Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad ..., *op. cit.*, principio x

⁸⁰ Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad..., *op. cit.*, Principio x.

proporcionarles la atención y seguimiento que requieren, así como medidas de rehabilitación física y psicológica, destinadas a mantener su funcionalidad y su autonomía. La atención proporcionada a las personas con discapacidad física o sensorial deberá ser aceptable y apropiada a su estado de salud. Las personas con discapacidad mental o psicosocial deberán ser observadas y tratadas en servicios médicos y bajo la vigilancia de personal médico especializado así como acceder al tratamiento psiquiátrico que requieren.⁸¹ Para prolongar la vida de las personas con VIH/sida y aliviar sus estragos, se recomienda la utilización eficaz del tratamiento antirretroviral, en forma cuidadosa y vigilada y bajo control de calidad, que permite reducir la incidencia de infecciones oportunistas y otras infecciones graves, como la tuberculosis.⁸²

3. Atención a los factores determinantes de la salud

En apego al enfoque de salud pública, los instrumentos internacionales de derechos humanos insisten en que la realización del derecho a la salud comprende no sólo el acceso a la atención médica suficiente, aceptable, de calidad y sin discriminación, sino también a las condiciones que permiten una vida saludable, en particular el acceso a la información en salud y la satisfacción de las necesidades básicas.

En virtud de lo anterior, en las unidades médicas y en los centros de reclusión se deberá garantizar el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.⁸³ Esos programas de educación y promoción en salud⁸⁴ deberán ser suficientes, accesibles, aceptables y de calidad, y enfocarse a promover la adopción de estilos de vida saludables, por ejemplo, a través de la habilitación y mantenimiento de instalaciones deportivas, el fomento a la práctica constante del ejercicio o la eliminación del uso indebido de alcohol y tabaco y el consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas. Los programas de prevención y educación en las cárceles deberán abordar las preocupaciones por las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH/sida así como los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación y la igualdad de género.⁸⁵

No obstante, estas medidas no resultan suficientes. El “modelo penitenciario de derechos y obligaciones de las Naciones Unidas” anteriormente referido, hace larga mención de la obligación de la autoridad penitenciaria de velar por condiciones dignas de vida de las personas en reclusión, es decir por el acceso, en todo momento, al agua potable, a una alimentación y a un espacio para el descanso nocturno suficiente y adecuado y con exposición diaria a la luz natural, ventilación y calefacción apropiadas. Además, las instalaciones deben tomar en cuenta las necesidades especiales de las personas enfermas, con discapacidad, los niños y niñas, las mujeres embarazadas o madres lactantes y las personas adultas mayores, entre otras, y garantizar la privacidad y dignidad de las personas en reclusión.⁸⁶ En este sentido, el personal médico debe realizar inspecciones regulares y emitir informes y recomendaciones para mejorar las condiciones de estancia. Los aspectos a verificar deben incorporar los siguientes aspectos:

⁸¹ Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, *op. cit.*, Regla 82; y Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad..., *op. cit.*, Principio III, inciso 3.

⁸² Naciones Unidas, Asamblea General, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Informe de Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos, (A/58/427), Naciones Unidas, 14 de febrero de 2005, párrs. 65 y 66.

⁸³ Observación General núm. 14..., *op. cit.*, párr. 11.

⁸⁴ Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad..., *op. cit.*, Principio x.

⁸⁵ Observación General núm. 14..., *op. cit.*, párr. 11.

⁸⁶ Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad..., *op. cit.*, Principios XI y XII.

- a) La cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos;
- b) La higiene y el aseo de los establecimientos y de los reclusos;
- c) Las condiciones sanitarias, la calefacción, el alumbrado y la ventilación del establecimiento;
- d) La calidad y el aseo de las ropas y de la cama de los reclusos;
- e) La observancia de las reglas relativas a la educación física y deportiva cuando ésta sea organizada por un personal no especializado.⁸⁷

En este mismo tenor se inscribe el mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental contemplado en el PIDESC que anhela reducir los peligros para la salud resultantes del medio ambiente e implica la adopción de medidas preventivas respecto de los accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como la prevención y reducción de la exposición de la población penitenciaria a sustancias nocivas.⁸⁸ Esta disposición es de obligada materialización en los reclusorios de la ciudad toda vez que, como lo veremos más adelante, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce al trabajo como pilar de la reinserción. La población que desempeña una actividad laboral también debe de tener una especial protección a su salud que atienda y mitigue los riesgos de trabajo.

⁸⁷ Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, *op. cit.*, Reglas 26.1 y 26.2. Las inspecciones de las instalaciones también se consideran en los Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas, Principio XXI.

⁸⁸ Observación General núm. 14..., *op. cit.*, párr. 15.

ii. La atención a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal: marco jurídico, modelo organizacional y consideraciones preliminares



En julio de 2010, la población adulta privada de la libertad en el Distrito Federal ascendía a un total de 40 145 personas,⁸⁹ distribuida en 10 centros de reclusión: los Reclusorios Preventivos Varoniles Norte, Sur y Oriente, la Penitenciaría del Distrito Federal, el Centro de Readaptación Social Varonil de Santa Martha Acatitla (Ceresova), los Centros de Ejecución de Sanciones Penales Varoniles Norte y Oriente, el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (Cevarepsi) y los dos Centros Femeniles de Readaptación Social, el de Santa Martha Acatitla (Cefereso) y el de Tepepan. Para esta fecha, la población femenil representaba menos de 5% de la población total. La gran mayoría de la población en reclusión (84%) eran personas privadas de la libertad por la comisión –o presunta comisión– de delitos del fuero común, 80% se encontraba cumpliendo una sanción penal y el resto estaba en prisión preventiva.⁹⁰ La población en reclusión sigue una tendencia a la alza como lo indica el crecimiento de 18% observado en el periodo 2007 a mediados de 2011.

Cuadro ii.1 Población privada de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal, 2007-2010

Reclusorios del Distrito Federal	2007	2008	2009	2010*	2011**
Centros varoniles					
Reclusorio Preventivo Varonil Oriente	10 481	11 834	12 201	12 135	12 275
Reclusorio Preventivo Varonil Norte	10 433	11 654	12 235	12 066	11 862
Reclusorio Preventivo Varonil Sur	6 018	6 736	7 792	7 939	8 278
Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla	2 612	2 571	2 499	2 485	2 484
Penitenciaría del Distrito Federal	2 215	2 355	2 348	2 321	2 757
Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente	346	343	353	512	471
Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte	281	268	343	405	404
Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial	352	357	360	381	412
Centros femeniles					
Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla	1 646	1 805	1 745	1 684	1 607
Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan	193	178	226	217	232
Total	34 577	38 101	40 102	40 145	40 782
Crecimiento			+18%		

* Cifra al 31 julio de 2010. ** Cifra al día de las visitas realizadas entre mayo y junio de 2011, véase Anexo 2. Nota metodológica.

Fuente: elaboración del CIADH con base en Gobierno del Distrito Federal, *Cuarto Informe de Gobierno*, op. cit. pp. 192-193.

La gran mayoría de las personas que fueron entrevistadas en el marco de la realización de este Informe especial afirma que, cuando está enferma, acude con el personal médico del centro de reclusión para recibir atención (91%).⁹¹ Este dato refleja la dependencia que las y los internos presentan hacia los servicios médicos prestados por la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. En 2010, la atención de este sector de la población implicó un total de 140 406 consultas de medicina general; 24 388 de odontología; 10 421 de medicina especializada y 9 060 de salud mental, así como la expedición de 85 878 certificados médico-legales; la atención de 24 737 urgencias y la realización de 3 946 estudios de laboratorio.⁹² A continuación, se analiza el marco de actuación y el modelo de atención en que se inscriben estas acciones y se señalan los principales obstáculos y violaciones de derechos humanos que la CDHDF ha identificado.

⁸⁹ Gobierno del Distrito Federal, *Cuarto Informe de Gobierno, Ciudad de Vanguardia 2009-2010*, op. cit., pp. 192-193.

⁹⁰ *Idem*.

⁹¹ El cuestionario fue aplicado a un total de 535 internas e internos, equivalente a 1.3% de la población penitenciaria a mediados del año 2011. Para mayor información, véase Anexo 2. Nota metodológica, al final del Informe.

⁹² Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal-Jefatura de Unidad Departamental de Servicios Médicos en Reclusorios, oficio JUDSMR/0458/11, 8 de abril de 2011, en CDHDF-Dirección Ejecutiva de Seguimiento, expediente de la Recomendación 20/2009.

A. La atención a la salud en los centros de reclusión, un imperativo jurídico

1. La protección a la salud, una prerrogativa constitucional

La realización del derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental de las personas privadas de la libertad constituye un mandato constitucional en México y en el Distrito Federal. En efecto, está protegido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo cuarto constitucional, que reconoce a todas las personas el derecho a la protección de la salud.⁹³ Incluso la Carta Magna coloca a la salud en el centro del proceso de reinserción social de las personas sentenciadas, al igual que el acceso al trabajo, la educación y el deporte.⁹⁴

En una tesis aislada, la Suprema Corte de Justicia de la Nación confirmó en 2008 que el contenido y el alcance de ese derecho eran complementarios con lo establecido en los tratados internacionales en materia de derechos humanos.⁹⁵ Más aún, con la reforma constitucional publicada el 10 de julio de 2011 que consagra como normas constitucionales a los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de la materia, se reconoce de forma explícita que todos los entes del Estado, en el ámbito de sus respectivas competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos,⁹⁶ incluyendo, por definición, el derecho a la salud reconocido en el PIDESC, así como en otros tratados de derecho internacional como el Protocolo de San Salvador, por ejemplo.

2. Marco jurídico federal y local

La Ley General de Salud, reglamentaria del artículo cuarto constitucional, establece la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de servicios de salud y de salubridad. Con base en el artículo 13, corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general, en particular la atención médica.⁹⁷ La Ley de Salud del Distrito Federal precisa esas atribuciones y establece con toda claridad la responsabilidad del Gobierno del Distrito Federal en materia de regulación y control sanitario de los reclusorios y centros de readaptación social.⁹⁸ En el Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal se precisa que la operación y funcionamiento de los centros de reclusión del Distrito Federal corresponde a la Secretaría de Gobierno, actualmente a través de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario. La intervención en materia de servicios médicos generales y hospitalarios compete a la Secretaría de Salud,⁹⁹ a través de la Dirección de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios, y de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, respectivamente. Esa distinción no exime, sin embargo, una actuación coordinada entre ambas secretarías.

⁹³ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial de la Federación*, 5 de febrero de 1917, última reforma publicada el 14 de julio de 2011, artículo 4°.

⁹⁴ *Ibid.*, artículo 18.

⁹⁵ Suprema Corte de Justicia de la Nación, "Derecho a la salud. Su regulación en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su complementariedad con los tratados internacionales en materia de derechos humanos", Tesis aislada, novena época, Instancia: Primera Sala, Fuente: *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta* xxviii, julio de 2008, p. 457, Tesis: 1a. Lxv/2008.

⁹⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, *op. cit.*, artículo 1°.

⁹⁷ Ley General de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 1984, última reforma publicada el 26 de abril de 2010, artículo 13.

⁹⁸ Ley de Salud para el Distrito Federal, *Diario Oficial de la Federación*, 15 enero 1987, últimas reformas publicadas en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 1 de octubre de 2008, artículo 5°, fracción VIII.

⁹⁹ Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, *op. cit.*, artículo 1°.

El Reglamento de los Centros de Reclusión sienta las bases y los elementos rectores a partir de los cuales se debe organizar y operar el modelo de atención a la salud. Lo hace considerando aspectos importantes de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos. En primer lugar establece que “los servicios médicos de los centros de reclusión velarán por la salud física y mental de la población interna y salud pública de esa comunidad, así como por la higiene general dentro de la institución”.¹⁰⁰ Respecto de la regulación de los servicios de atención médica, esta normatividad impone a la autoridad asegurar la disponibilidad permanente de servicios médicos-quirúrgicos generales, de psicología, de psiquiatría y de odontología, así como el acceso a traslados a otra unidad médica u hospitales en caso de diagnóstico, tratamiento o urgencia. Las personas privadas de la libertad deben disponer de los medicamentos necesarios y acceder a dietas especiales por razón de salud en caso de requerirlas.¹⁰¹ Se incluyen disposiciones de importancia respecto de la detección y seguimiento de enfermedades, al obligar a la autoridad a la realización de un examen médico para conocer con precisión el estado físico y mental de las personas que ingresan a los centros de reclusión.¹⁰² En materia de disponibilidad y accesibilidad, se reconoce que las personas en los módulos de máxima seguridad contarán con atención técnica permanente, médica, de trabajo social, psicológica y psiquiátrica.¹⁰³ En relación con la seguridad, se precisa que será la dirección de los centros de reclusión la autoridad responsable de garantizar la seguridad y custodia en los traslados, y de asignar el personal de seguridad y custodia suficiente para garantizar el resguardo de los servicios médicos.¹⁰⁴

Además de la atención médica, el Reglamento obliga al personal médico a involucrarse en la implementación de programas nutricionales y de prevención de enfermedades, incluyendo la educación sexual y hábitos de higiene, así como en la aplicación periódica de pruebas de enfermedades infecto-contagiosas.¹⁰⁵ La Secretaría de Gobierno debe proporcionar los recursos humanos y materiales necesarios para que las personas en reclusión vivan dignamente y el personal médico tiene la obligación de supervisar constantemente las condiciones de vida de las y los internos con el fin de asegurarse que las instalaciones del reclusorio se encuentren apegadas a los lineamientos de higiene y salud, incluso los dormitorios o secciones en aislamiento.¹⁰⁶

Considerando las necesidades específicas de ciertos grupos de población, el Reglamento exige garantizar la atención médica especializada en ginecología y obstetricia para las mujeres y la atención nutricional y pediátrica hasta la edad de seis años para las hijas e hijos de las mujeres en reclusión.¹⁰⁷ Adicionalmente se prevé la ubicación en el Cevarepsi de las personas con discapacidad mental, jurídicamente inimputables y aquellas que requieran tratamiento especializado con el fin de proporcionarles el tratamiento adecuado a sus necesidades.¹⁰⁸

En la nueva Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, se precisan algunos aspectos de la protección a la salud a que tienen derecho las personas privadas de la libertad, en particular el acceso a una alimentación de buena calidad, suficiente y balanceada¹⁰⁹ y acceder, de forma gratuita, a los servicios de atención médica general, de psicología, psiquiatría y

¹⁰⁰ *Ibid.*, artículo 132.

¹⁰¹ *Ibid.*, artículos 131, 136 y 137.

¹⁰² *Ibid.*, artículo 39.

¹⁰³ *Ibid.*, artículo 107.

¹⁰⁴ *Ibid.*, artículo 131.

¹⁰⁵ *Ibid.*, artículo 136.

¹⁰⁶ *Ibid.*, artículos 20 y 134.

¹⁰⁷ *Ibid.*, artículos 138 a 140.

¹⁰⁸ *Ibid.*, artículo 135.

¹⁰⁹ Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 17 de junio de 2011, artículo 3º, fracción VIII; y artículo 75.

odontológicos, incluyendo la prevención, curación y rehabilitación; y beneficiarse de programas de medicina preventiva, en particular de inspecciones periódicas de sus condiciones de alimentación y de higiene y salubridad en las instalaciones.¹¹⁰

B. Modelo organizacional de la atención a la salud en los centros de reclusión

1. Misión, visión y objetivos del modelo de atención

La Recomendación 20/2009 emitida por la CDHDF evidenció la ausencia de instrumentos de planeación y organización para regular de forma oportuna la atención en las unidades médicas así como el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes. En respuesta al tercer punto recomendatorio, la Secretaría de Salud se comprometió a revisar y actualizar su normatividad. En este marco integró los siguientes instrumentos de planeación:

- Modelo de atención a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal.
- Manual de organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal.
- Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de derechohabientes o usuarios.¹¹¹

Estos documentos de referencia comprenden elementos de diagnóstico, el marco jurídico que sustenta la actuación, la visión y los objetivos del modelo de atención, el organigrama y la descripción de las áreas y puestos que deben integrar cada unidad médica, así como los procedimientos, formatos y diagramas de flujo que regulan el proceso de referencia y contrarreferencia.

En el Modelo de atención a la salud, la Secretaría de Salud se plantea como misión “hacer efectivo el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad mediante un Modelo de atención a la salud, con eficacia, eficiencia, oportunidad y calidad, en las unidades médicas de los centros de reclusión, dependientes de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal”.¹¹² Ésta es la única referencia que se hace al derecho a la salud en el conjunto de los instrumentos de planeación, los cuales no se sustentan en una perspectiva de derechos humanos ni tienen un enfoque de género; el apartado de marco jurídico no hace referencia explícitamente al derecho internacional de los derechos humanos. Como lo veremos más adelante, en las visitas a los centros de reclusión y a través de las quejas recibidas por la CDHDF, se evidencia que, en la práctica, la Secretaría de Salud capitalina no cumple en su totalidad con su misión de satisfacer el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad, siendo este derecho sujeto a violaciones reiteradas, por parte de las y los operadores en materia de salud.

¹¹⁰ *Ibid.*, artículos 101, 102 y 106.

¹¹¹ Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal-Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, *Modelo de atención a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal (junio 2010)*, *Manual de organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal* (octubre 2010) y *Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de derechohabientes o usuarios* (junio 2010), en CDHDF, Recomendación 20/2009.

¹¹² Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal-Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, *Modelo de atención a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal*, *op. cit.*, p. 31.

2. Modelo organizacional de las unidades médicas

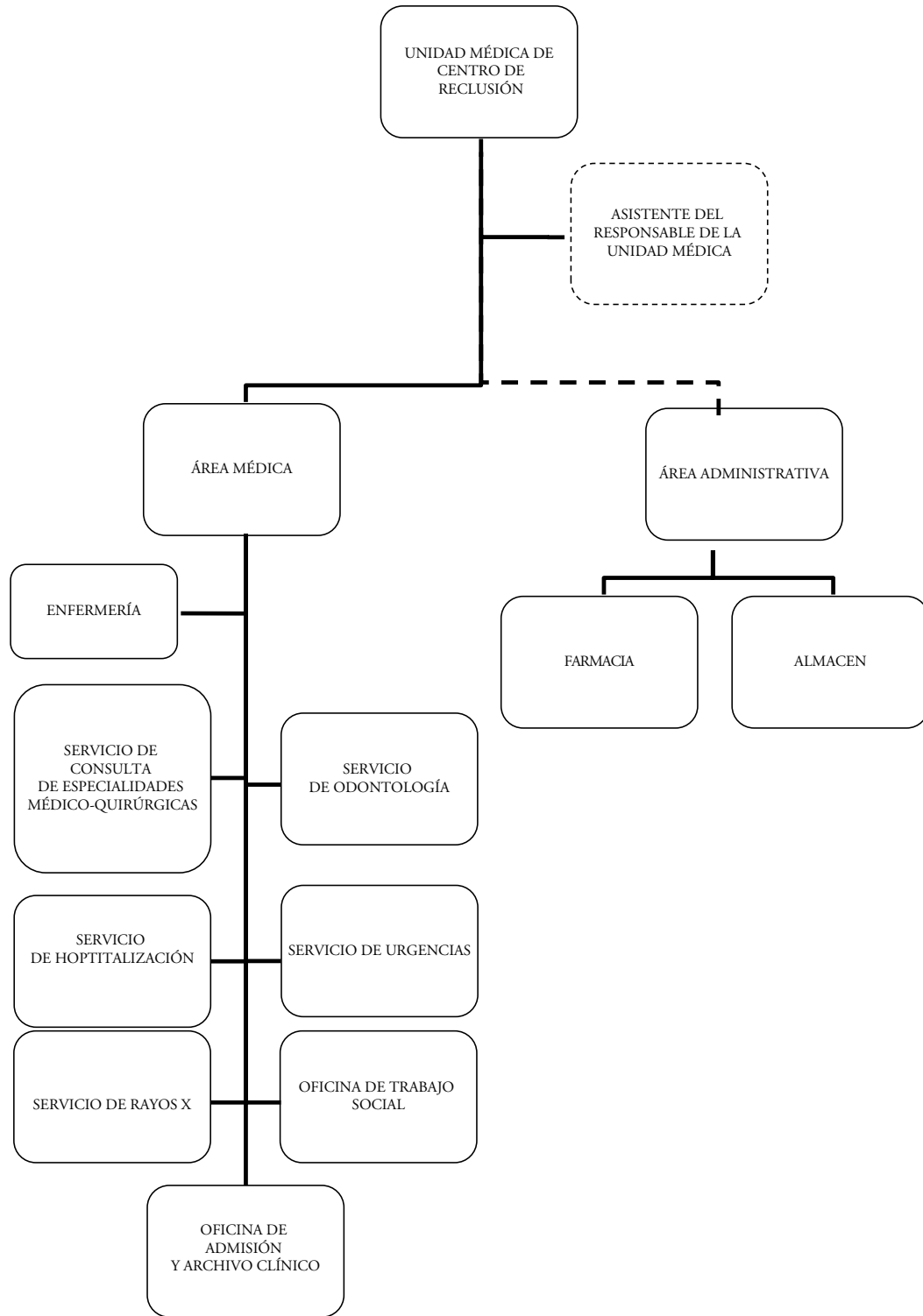
El modelo de atención a la salud en vigor en los centros de reclusión del Distrito Federal se adecua al esquema del Sector Salud que clasifica los establecimientos con base en el nivel de atención que brindan y, dentro de él, a su complejidad. Bajo este esquema, las unidades médicas de los reclusorios preventivos varoniles Sur, Norte y Oriente, del Cevarepsi, del Ceresova y del Cefereso son centros de salud con internamiento o clínica para población ambulatoria, es decir establecimientos del primer nivel de atención y del más alto nivel de complejidad en esa categoría (establecimientos de tipo I-4).

Estas unidades médicas deben otorgar servicios de salud de primer nivel con apoyo de la consulta externa general, de alguna especialidad básica, en particular psiquiatría, y de un servicio de salud bucal; disponen de servicios auxiliares de diagnóstico, de un área de hospitalización para rehabilitación y tratamiento de la urgencia. Por su lado, las unidades médicas de la Penitenciaría y de la Torre Médica Tepepan se integran como unidades hospitalarias de segundo nivel de atención, con un nivel de complejidad cinco en la categoría II-1, es decir pertenecen a la categoría baja de ese nivel de atención. Además de los servicios del primer nivel, estas unidades deben disponer de algunas de las cuatro especialidades básicas de pediatría, ginecobstétrica, cirugía y medicina interna, de entre 20 y 35 camas censables y de un área de quirófano. El organigrama contempla asimismo un área de almacén en cada unidad médica para resguardar insumos y materiales así como una farmacia para proporcionar los medicamentos del cuadro básico y catálogo de medicamentos,¹¹³ cuya administración se realiza a través del Sistema de Abasto, Inventarios y Control de Almacenes (SAICA).

Como lo veremos en el siguiente capítulo, en el sistema penitenciario capitalino, estas disposiciones de carácter organizativo no se cumplen cabalmente, dado que varias de las unidades médicas no cuentan con la totalidad de los servicios contemplados en el Manual de organización, o éstos no funcionan de forma adecuada y continua. Cabe señalar, por ejemplo, que en la Penitenciaría, el servicio de quirófano no está funcionando por presentar deficiencias en su construcción.

¹¹³ En 2002 se definió un cuadro básico y catálogo de medicamentos aplicable en todas las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud en sus distintos niveles de atención. Todas las actualizaciones se publican en el *Diario Oficial de la Federación* por acuerdo del Consejo de Salubridad General a través de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.

Esquema ii.1 Organigrama de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal



Fuente: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal-Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, Manual de organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal, *op. cit.*, p. 16.

En caso de enfermedades graves o emergencia, o cuando así lo requiere el tratamiento, la Ley de Salud del Distrito Federal autoriza el traslado de las personas en reclusión a centros hospitalarios con mayor nivel de resolución,¹¹⁴ pudiendo ser una unidad médica u hospitalaria de otro centro de reclusión, un hospital de la red de la Secretaría de Salud o, en su caso, instituciones federales. En algunas ocasiones, se llega a referir pacientes a instituciones privadas. El Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de derechohabientes o usuarios, arriba mencionado, informa que para la operación de estos procesos, se requiere una estrecha coordinación entre la unidad médica, la dirección de los centros de reclusión y los hospitales de referencia.¹¹⁵ No obstante, varias de las quejas investigadas por la CDHDF han demostrado que, por falta de coordinación entre estas instituciones, muchas de las referencias de pacientes a hospitales o instituciones externas no se llevan a cabo, o no se realizan de forma oportuna y respetuosa de la dignidad y derechos humanos de las personas.

Siendo instituciones públicas de salud, para operar las unidades médicas deben contar con la autorización sanitaria de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) la cual verifica el cumplimiento de la normas oficiales mexicanas vigentes en relación con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios (NOM-197-SSA1-2000) y para hospitales y consultorios de atención médica especializada (NOM-025-SSA2-1994). Cabe señalar que las unidades médicas del Cefereso y del Ceresova que están en operación así como el quirófano de la Penitenciaría, no cuentan aún con esa autorización dado que, a través del proceso de certificación, se observaron anomalías en sus instalaciones y/o recursos materiales.

Más allá del control inicial de la Cofepris, las unidades médicas no cuentan con un mecanismo transparente de monitoreo y evaluación del estado y de la disponibilidad de infraestructura, equipamiento, mobiliario, instrumental y recursos humanos. La Secretaría de Salud realiza visitas de supervisión en las unidades médicas con base en el formato de “Cedula de supervisión dirigida al cumplimiento normativo de las unidades médicas de los centros de reclusión y comunidades para adolescentes en conflicto con la ley”.¹¹⁶ No obstante, a la fecha, esta información no se encuentra sistematizada en un documento que sea público y de fácil acceso, que permita identificar y orientar las acciones correctivas requeridas para un funcionamiento oportuno de los servicios médicos.

Otro dato a considerar es la falta de algún mecanismo formal para la evaluación del desempeño profesional del personal adscrito a las unidades médicas. A través del Comité del expediente clínico o del Comité de vigilancia, se supervisan las acciones de las y los médicos en relación con la integración de los expedientes clínicos y del manejo de casos de pacientes en una situación de salud grave y urgente. No obstante, no existe un proceso formal de evaluación del desempeño individual ni institucional. Tampoco existen mecanismos para monitorear los resultados de la atención proporcionada por las unidades médicas aunque, durante las entrevistas, se mencionó que la Secretaría de Salud estaba trabajando en un proyecto de buzón de quejas que permita además recolectar las opiniones y sugerencias de las y los usuarios. Este tema queda pendiente.

Finalmente, ninguno de los documentos de planeación arriba mencionados, incluye disposiciones respecto a los horarios y días de atención de cada servicio ni del tamaño de la plantilla de personal médico, de enfermería, técnico y administrativo necesaria para atender eficazmente y satisfacer la demanda de

¹¹⁴ Ley de Salud para el Distrito Federal, *op. cit.*, artículo 52.

¹¹⁵ Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal-Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de derechohabientes o usuarios de la Secretaría de Salud, *op. cit.*

¹¹⁶ Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal-Dirección de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios, *Cédula de supervisión dirigida al cumplimiento normativo de las unidades médicas de los centros de reclusión y comunidades para adolescentes en conflicto con la ley*, marzo 2011, en CDHDF-Dirección Ejecutiva de Seguimiento, Recomendación 20/2009.

atención de la población en reclusión. Tampoco incorporan metas cuantitativas ni resultados esperados en materia de disponibilidad de consultas o productividad del personal, entre otros elementos. Lo anterior limita la posibilidad de un monitoreo de la implementación del modelo y de la valoración de su eficacia y eficiencia. Para efecto de la presente investigación, se consideran como indicadores de referencia los vigentes para la población en libertad en el Distrito Federal, aun cuando se considera que las personas en reclusión tienen una dependencia absoluta respecto de los servicios médicos que ofrecen las unidades médicas y, dado los riesgos que presenta la situación de las prisiones, deben tener acceso a una atención continua. Los indicadores de disponibilidad de servicios y personal deben situarse muy por arriba de los de la población abierta. A título de ejemplo, vale señalar que la población abierta en el Distrito Federal cuenta con:

- 4.3 médicos(as) en contacto con la o el paciente por cada 1 000 habitantes (2010).¹¹⁷
- 2.3 camas censables por cada 1 000 habitantes (2010).¹¹⁸
- 4.4 enfermeros(as) en contacto con pacientes por cada 1 000 habitantes (2005).¹¹⁹

El análisis de los recursos materiales y humanos asignados a las unidades médicas de los centros de reclusión que se desarrolla en el capítulo III, revela que la mayoría de los centros de reclusión opera con una plantilla de personal proporcionalmente inferior a la que se cuenta para la atención de la población abierta. El personal asignado resulta insuficiente para asegurar un servicio médico continuo durante los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno) y toda la semana, incluyendo sábado, domingo y días festivos. Esta situación es contraria al principio de no discriminación y resulta particularmente preocupante en el contexto penitenciario, dado que las personas en reclusión se encuentran inmersas en condiciones de vida que exacerban los factores de riesgo para su salud.

C. Violaciones al derecho a la salud de las personas en reclusión: consideraciones preliminares a partir del trabajo de la cdhdf

1. Panorama general

La CDHDF es un organismo público autónomo de protección de los derechos humanos cuya atribución principal es conocer e investigar quejas por presuntas violaciones a los derechos humanos cometidas por una acción u omisión de cualquier autoridad o servidor público que desempeñe un empleo, cargo o comisión local en el Distrito Federal o en los órganos de procuración o de impartición de justicia locales.¹²⁰ Las quejas recibidas e investigadas por este organismo así como las recomendaciones emitidas proporcionan elementos valiosos para valorar el estado de cumplimiento de las obligaciones de las autoridades penitenciarias en relación con la protección del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad. Si bien estos instrumentos no constituyen una muestra representativa de la realidad, son indicadores importantes que reflejan, entre otras cosas, las problemáticas y situaciones violatorias más denunciadas por las y los internos.

¹¹⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), *Indicadores sobre el derecho a la salud en México*, México, OACNUDH, 2011, p. 135.

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 139.

¹¹⁹ Secretaría de Salud, *Programa nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, 2007, Anexos, Cuadro A.9, p. 163.

¹²⁰ Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Diario Oficial de la Federación*, 22 de junio de 1993, última reforma publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 14 de mayo del 2010, artículo 17.

Las denuncias por hechos violatorios en agravio de personas privadas de la libertad representan 37% del total de las quejas recibidas o iniciadas de oficio por la CDHDF en 2010.¹²¹ Las presuntas violaciones al derecho a la salud son mencionadas en casi un tercio de ellas. A lo largo del año 2010, este organismo investigó 958 quejas sobre este tema las cuales incluyen un total de 1 347 menciones de violaciones específicas al derecho a la salud, 68% implica una presunta acción u omisión por parte del personal adscrito a la Secretaría de Salud, las demás involucran a la Secretaría de Gobierno.¹²² Se observó un incremento de 11% en las quejas presentadas por presuntas violaciones al derecho a la salud entre los años 2009 y 2010.

Cuadro ii.2 Quejas presuntamente violatorias del derecho a la salud de personas privadas de su libertad

Año	Quejas presuntamente violatorias
2009	862
2010	958
Crecimiento	+11%

Fuente: CDHDF-Subdirección de Información-DGQYO, 2009.

CDHDF-Subdirección de Estadística-CIADH, con base en datos del Siigesi, 2010.

A partir de la valoración de las quejas, y en caso de que se haya comprobado la comisión de una violación de derechos humanos por parte de la autoridad, se emiten recomendaciones las cuales son instrumentos importantes para la defensa de los derechos humanos que señalan públicamente las irregularidades en las que incurrir algunas autoridades. Hasta el mes de abril de 2011, la CDHDF había emitido 22 recomendaciones relacionadas con violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en centros de reclusión del Distrito Federal,¹²³ eso representa 10% del total y casi la mitad de las recomendaciones relacionadas con el sistema penitenciario.¹²⁴ Lo anterior da cuenta de la recurrencia de este tipo de agravio hacia las personas en reclusión.

Los temas más frecuentes en las narraciones de hechos de los expedientes de quejas y recomendaciones incluyen la negativa o negligencia en la atención médica, la obstaculización o negativa a proporcionar atención médica especializada a las personas que lo requieren, la deficiencia en la disponibilidad de personal y recursos materiales o la negativa de acceso a medicamentos. De manera particular, siete recomendaciones están dirigidas a proteger los derechos de algunos grupos en situación de vulnerabilidad en el sistema penitenciario de las cuales cuatro están relacionadas con los derechos de las mujeres privadas de la libertad (12/2008; 8/2005; 1/2002 y 3/1997), una con el interés superior de la niñez que vive en reclusión con sus madres (12/2008), otra con una persona con discapacidad mental (3/2007) y una última con una persona menor de edad de origen mazateco (5/2004). Tres recomendaciones reportan casos de detecciones inoportunas del VIH-sida en agravio de tres internos (20/2009, 18/2007 y 12/2006).¹²⁵

¹²¹ Durante 2010, la CDHDF recibió o inició de oficio un total de 8 263 quejas, de las cuales 3 059 denuncian presuntas violaciones en agravio de personas privadas de su libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal para población adulta. Datos proporcionados por la Subdirección de Estadística de la CDHDF con base en el Sistema Integral de Gestión de Información (Siigesi).

¹²² En 2010, se mencionaron 918 presuntas violaciones por parte de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y 429 por la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal. Datos proporcionados por la Subdirección de Estadística de la CDHDF con base en el Sistema Integral de Gestión de Información (Siigesi).

¹²³ Véase Anexo 1. Recomendaciones emitidas por la CDHDF en relación con violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal.

¹²⁴ Al mes de abril de 2011, la CDHDF había emitido 229 recomendaciones, 46 por violaciones a los derechos humanos de las personas privadas de su libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal. Información proporcionada por la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de la CDHDF.

¹²⁵ Véase Anexo 1.

2. Principales violaciones al derecho a la salud de las personas en reclusión

Al hacer un análisis de las quejas y recomendaciones se observa que, en la práctica, el proceso de atención médica en los centros de reclusión se divide en tres fases o momentos específicos los cuales presentan características propias así como una serie de limitaciones y obstáculos de naturaleza y alcance diferenciados. La primera fase corresponde al proceso de acceso y admisión en la unidad médica; la segunda se refiere a la atención proporcionada por el personal de las unidades; finalmente, un tercer momento se relaciona con el proceso de referencia y contrarreferencia para pacientes que requieren de atención especializada de segundo o tercer nivel.

a) PRIMERA FASE: PROCESO DE ACCESO Y ADMISIÓN EN LAS UNIDADES MÉDICAS

Si bien la mayoría de los centros de reclusión cuentan con unidades médicas y personal médico, el acceso a los servicios de salud no es siempre garantizado por diversas razones. Un grupo no menor de quejas refieren denuncias en cuanto al acceso y a la admisión de pacientes en la unidad médica, previa a recibir la atención. En ellas se denuncia, en primer lugar, al personal de seguridad y custodia quien, en ocasiones, se constituye como un primer filtro que restringe el acceso físico de las y los internos a la unidad médica. Al no abrir las puertas de los dormitorios a tiempo o al impedir la salida de los dormitorios o el paso en las esclusas,¹²⁶ los elementos de seguridad cometen una violación al derecho a la salud de las personas bajo su custodia, en su dimensión de accesibilidad. También se presentan casos de extorsión del personal de seguridad de los dormitorios, en las esclusas o incluso en la unidad médica, hacia las y los internos, hecho que limita a las personas que no cuentan con recursos propios y no pueden costear ese sistema de corrupción.

Otro punto de preocupación se refiere a la situación de la población segregada, sea en los módulos de máxima seguridad, en zona de castigo o en las áreas de protección, porque encuentran barreras físicas que impiden su movilidad a través de los centros. La posibilidad de acceso a los servicios médicos depende en gran medida de la valoración inicial, sin criterio médico objetivo, que el personal técnico o de seguridad hace respecto del estado de salud de las personas que solicitan atención médica, así como de la disponibilidad de los elementos de seguridad para acompañarlas a la unidad médica. Los hechos que motivaron las recomendaciones 1/2010 y 6/2009 evidencian violaciones al derecho a la salud provocados por esa dilación de personal de seguridad y custodia en referir a las personas agraviadas al servicio médico.¹²⁷ El acceso a la atención médica también se ve obstaculizado por el personal de la unidad médica por la insuficiencia de fichas para la atención de pacientes y la falta de personal para atender la demanda o de tiempo para ello. Asimismo, se manifiestan casos de negación sin razón explícita, así como malos tratos y actos discriminatorios. Es común que las y los internos denuncien que el personal médico sólo los atiende en los casos de extrema gravedad, cuando su salud se encuentra en un estado crítico. Pero, incluso en caso de urgencias graves, se detecta a través de las quejas una respuesta tardía por parte del personal médico. En muchas ocasiones, el acceso a la atención o el seguimiento médico se garantiza a las y los pacientes únicamente tras la interposición de una queja y una vez que la CDHDF haya intervenido.

¹²⁶ Las esclusas son filtros de seguridad establecidos en los pasillos de los centros de reclusión para controlar el movimiento de las y los internos; están bajo la supervisión del personal de Seguridad y Custodia.

¹²⁷ CDHDF, Recomendación 1/2010 y Recomendación 6/2009.

b) SEGUNDA FASE: ATENCIÓN MÉDICA PROPORCIONADA EN LAS UNIDADES MÉDICAS

En la segunda fase relativa a la atención médica general proporcionada por las unidades médicas, las quejas hacen mención principalmente a una atención deficiente, mala práctica médica o negligencia por parte de las y los servidores públicos; en segundo lugar, se encuentran los casos de negativa de acceso y/o carencia de medicamentos; y en una menor medida, se mencionan casos sobre negativa a proporcionar información, a realizar estudios o a la ausencia o carencia de material e insumos.

El personal de la unidad médica es la principal autoridad mencionada como responsable de la atención deficiente, mala práctica médica o negligencia. Dentro de esa categoría encontramos casos que refieren la falta de un adecuado diagnóstico y valoración médica, deficiencias en el seguimiento del tratamiento, negligencia del personal para brindar una adecuada atención médica, inadecuada integración de los expedientes clínicos, deficiencias en la disponibilidad del personal médico o ausencia de consentimiento informado para la aplicación de pruebas clínicas, entre otros. Por ejemplo, la Recomendación 20/2009 fue motivada por la muerte de 10 internos a causa de la falta de diagnóstico y valoración médica adecuada, deficiencias en el seguimiento y dilación en el tratamiento, aunado a la ausencia de infraestructura y recursos materiales, entre otras razones.¹²⁸

El acceso a los medicamentos básicos y la carencia de medicamentos específicos para brindar un tratamiento especializado, es otra problemática que atañe a las personas en reclusión y, por lo tanto, motivo de numerosas quejas. Lo anterior conlleva consecuencias particularmente graves en relación con la eficacia de los tratamientos prescritos, por ejemplo, para las personas con enfermedad psiquiátrica, hasta el punto de llevarlas a sufrir inestabilidad emocional cuando no tienen acceso a la totalidad de los medicamentos incluidos en su tratamiento. En estos casos, han sido los familiares de los pacientes quienes han tenido que proveer de medicamentos. Cuando un medicamento no se encuentra dentro del cuadro básico, el personal de la unidad médica lo puede solicitar a la Secretaría de Salud; no obstante, la CDHDF ha sido informada de que el proceso resulta muy largo, en particular porque el personal administrativo retarda el trámite. Las quejas recibidas en la CDHDF denuncian la existencia de un mercado informal de compra-venta de medicamentos dentro de los centros, que constituye una de las principales fuentes de abastecimiento. A través del trabajo de campo, se pudo apreciar una divergencia entre el abasto casi óptimo de las farmacias, reportado por el personal de las unidades médicas, y el acceso restringido a los medicamentos, denunciados por los internos, que deja suponer que, más allá del abasto, el problema del acceso a los medicamentos responde a una distribución discrecional de los mismos.

En relación con la asequibilidad, varias quejas denuncian también el costo de la consulta y material de odontología, que los limita para acceder a ella. El mismo problema se presenta con el acceso a materiales ortopédicos como muletas, prótesis o sillas de ruedas, que no se contemplan dentro de los insumos de las unidades médicas, incluso en algunos casos, el personal de las unidades médicas niega la importancia de disponer de los mismos.

Por otro lado, se identifican casos que incluyen la negativa del personal de la unidad médica a explicar el padecimiento, tratamiento y cuidados a seguir; negativa a realizar estudios de gabinete a fin de contar con un diagnóstico certero y acceder a un tratamiento adecuado; carencia de material de curación y aparatos adecuados para proporcionar atención médica integral, entre otros. En algunas quejas, personas en un estado de salud crítico o después de una intervención quirúrgica, denuncian no contar con un espacio digno y oportuno para su recuperación.

Por último, varias de las recomendaciones emitidas por la CDHDF presentan casos de negativa de atención especializada por parte del personal de las unidades médicas que niegan a los internos

¹²⁸ CDHDF, Recomendación 20/2009.

o internas la oportunidad de ser referidos a una institución externa con mayor grado de especialización. Por ejemplo, el instrumento recomendatorio 20/2009, comprende un caso en el que servidores públicos de la unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur y de la Torre Médica Tepepan no valoraron de forma adecuada el padecimiento que sufría el interno y le negaron la referencia de forma oportuna a una institución de atención médica especializada para recibir la atención de calidad que requería.¹²⁹

c) TERCERA FASE: ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA Y PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

La tercera fase comienza cuando el personal del área de trabajo social tiene conocimiento de la necesidad de referencia, porque un paciente necesita una interconsulta de especialidad, estudios de gabinete, cirugías o en caso de una urgencia, y debe hacer las gestiones necesarias para la referencia al hospital o institución externa. Esta fase incluye las condiciones de traslado de las personas privadas de la libertad, la atención médica que reciben en los hospitales externos y el regreso al centro penitenciario.

A través de las quejas, se aprecian, en primer lugar, problemas de accesibilidad y de retraso en las gestiones necesarias para realizar la referencia, violaciones a derechos humanos que involucran al personal médico y de trabajo social. Muestra de ello es la Recomendación 19/2008 cuya conclusión enfatiza que los daños neurológicos sufridos por un interno del Reclusorio Sur, y su posterior fallecimiento, fueron causados, en parte, por el retraso en el acceso a los servicios de salud especializados que requería. Se precisa que “transcurrieron 103 días entre la solicitud de la resonancia magnética nuclear y el día en que la doctora pudo revisar el resultado del estudio solicitado”.¹³⁰ Otros pacientes reportan no haber sido referidos porque no pueden costear la consulta, el estudio o la cirugía en las instituciones externas que cobran la atención médica.

Por otro lado, se denuncian malos tratos del personal de seguridad y custodia así como la falta de vehículos adecuados para el traslado de pacientes, o el extravío de estudios y otros documentos necesarios para la atención en hospitales externos. Las recomendaciones 20/2009 y 8/2005 emitidas por casos comprobados de violaciones al derecho a la salud de personas en reclusión, evidenciaron incumplimientos durante los traslados a instituciones médicas especializadas atribuibles a personal de seguridad adscritos a la Secretaría de Gobierno. En la Recomendación 20/2009 se incluye el caso de un interno que murió en el vehículo durante el traslado. En otro de los expedientes de queja que motivaron esa Recomendación, se menciona que un interno no pudo acceder a un estudio de tomografía porque no se contaba con una ambulancia de cuidados especiales para su traslado.¹³¹

Algunas quejas refieren atención deficiente, mala práctica médica o negligencia por parte del personal de los hospitales externos. En este sentido, se hace mención de la ausencia de personal, de carencia de material, de condiciones inadecuadas para la hospitalización o rehabilitación o de la negativa de realización de estudios. La Recomendación 20/2009 incluye tres casos de fallecimiento de internos a consecuencia de la atención inadecuada, incompleta e inoportuna proporcionada en el Hospital General Rubén Leñero y posteriormente en la unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte; por el diagnóstico, valoración y seguimiento inadecuados por parte de funcionarios de la unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, Hospital General Xoco y Torre Médica

¹²⁹ *Idem.*

¹³⁰ CDHDF, Recomendación 19/2008, p. 19.

¹³¹ CDHDF, Recomendación 20/2009 y Recomendación 8/2005.

Tepepan; y por la falta de infraestructura y recursos materiales que limitó el actuar de los médicos del Hospital General Ticomán, respectivamente.¹³²

En relación con el seguimiento al paciente después de la contrarreferencia, se denuncia al personal de trabajo social que no cumple con su responsabilidad de asegurar el tratamiento postoperatorio requerido y/o dar continuidad en la atención médica recibida y requerida. Se identifican casos en los que se modifica el tratamiento prescrito por el personal médico del hospital de referencia y frecuentemente se suministra una dieta que no corresponde con las necesidades de las y los enfermos.

d) CONSIDERACIONES GENERALES

La falta de insumos, la carencia de personal y las malas prácticas médicas denunciadas en las quejas, resultan en una atención médica deficiente y una inexistencia de seguimiento médico para las personas privadas de la libertad. Las consecuencias llegan a ser trágicas cuando una paciente o un paciente tardan meses e incluso varios años para obtener un diagnóstico certero de su enfermedad o padecimiento, o no recibe la atención de forma oportuna y pierde un miembro u órgano e incluso la vida. Las autoridades penitenciarias no asumen su obligación de proteger los derechos humanos y garantizar la debida custodia y protección a la salud de las personas en reclusión que se encuentran en una condición de especial sujeción hacia ellos. Al contrario, se observan situaciones en las que esa relación de sujeción es usada por el personal para actuar de forma autoritaria. Lo anterior se refleja, por ejemplo, en el acceso al tratamiento y seguimiento médico, que no responde a criterios médicos ni éticos, sino que se proporciona bajo criterios discrecionales del personal médico y de trabajo social.

La situación asentada en los expedientes de las quejas investigadas y recomendaciones emitidas por la CDHDF en materia del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad, es violatoria de los derechos, principios y estándares consagrados en el derecho internacional de los derechos humanos. En lo particular, reflejan violaciones a los siguientes derechos específicos:

- A la accesibilidad de los servicios de salud.
- A disponer de recursos materiales y personal médico.
- A la atención médica integral de calidad.
- Al consentimiento informado.
- A contar con un expediente clínico de atención médica debidamente integrado.
- A condiciones que aseguren asistencia médica y sanitaria a las personas en reclusión.
- A prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas.
- A que se garantice el bienestar físico y psicológico de las personas en reclusión.

En muchos de los casos, los hechos denunciados se relacionan con violaciones al derecho a la integridad de las personas en reclusión que fueron víctimas de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes (malos tratos), o de la omisión en el deber de custodia y prevención que tiene el personal de custodia. La pérdida de la vida documentada en varias de las recomendaciones emitidas, advierte, violaciones al derecho a la salud en conexidad con el derecho que la tutela.

¹³² CDHDF, Recomendación 20/2009, *op. cit.*

3. Puntos recomendatorios relacionados con el derecho a la salud de personas en reclusión

En las recomendaciones emitidas por la CDHDF se especifican las medidas que proceden para la efectiva restitución de las víctimas en sus derechos, mediante puntos recomendatorios dirigidos a la Secretaría de Salud (65%) o a la Secretaría de Gobierno (35%), ambas del Distrito Federal.¹³³ Al hacer un análisis sobre el estatus de aceptación de los 110 puntos recomendatorios relacionados con la salud en el sistema penitenciario, encontramos que uno de ellos no fue aceptado por la autoridad (primer punto de la Recomendación 20/2009) el cual tiene que ver con la reparación del daño a familiares de las víctimas.

La investigación de los hechos, y en su caso la sanción, tanto por la vía administrativa como la penal, de las y los servidores públicos que cometieron las violaciones a derechos humanos, así como la reparación del daño constituyen los componentes más recurrentes en las recomendaciones de la CDHDF (35 puntos recomendatorios). Se exige un proceso de investigación pronto e imparcial en combate contra la impunidad. De la misma forma se ordena la reparación integral de los daños materiales y morales causados a las víctimas y a su familia, a través de diferentes acciones tales como: disculpas públicas o privadas a personas agraviadas y/o a sus familiares, indemnizaciones, inscripción en programas sociales, atención y valoración médica y psicológica, entre otros.

En 29 puntos recomendatorios se exhorta a la autoridad a dar cumplimiento a la normatividad existente y a los procedimientos establecidos en las normas oficiales en materia de atención médica e integración de expedientes; sobre la prevención y control de la infección por VIH/sida; el Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo; en los protocolos correspondientes en relación con la exploración médico legal en los exámenes de integridad física o edad clínica probable, de necropsias, tratamiento de enfermedades infectocontagiosas e implementación de medidas preventivas. En caso de no existir, se instruye la elaboración, difusión y aplicación de nuevos instrumentos de regulación en ciertos ámbitos, tales como la organización médica sanitaria, la atención en salud en general y, en particular, en beneficio de las personas con VIH/sida o de medicina legal. En este mismo sentido, se recomienda la conformación de un comité de vigilancia para supervisar y coordinar las acciones del personal médico en casos graves y urgentes y para velar por el estricto cumplimiento de la normatividad vigente.

Cambios en la infraestructura, recursos materiales y humanos son contemplados en 20 puntos que encomiendan, por ejemplo, la habilitación de unidades médicas en centros que no tienen; la ampliación del presupuesto y de la plantilla de personal para cubrir todos los turnos de atención, la asignación de especialistas en ginecología y pediatría entre otras áreas, así como la adecuación y mantenimiento de las instalaciones y la adquisición de nuevos equipos de resonancia magnética.

De igual manera, existen 13 puntos recomendatorios que contemplan medidas de política pública, en particular, se insta la definición de estrategias encaminadas a la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos o la implementación de un programa obligatorio de higiene y limpieza de forma permanente y en todos los centros de reclusión del Distrito Federal. Recientemente, la CDHDF instó el diseño y aplicación de programas y actividades educativas, culturales, laborales y de salud para la población ubicada en áreas de conductas especiales así como el desarrollo de un sistema de refe-

¹³³ En algunas de las recomendaciones se mencionan a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, la Contraloría General del Distrito Federal y la Consejería Jurídica y de Servicios Legales del Gobierno del Distrito Federal como responsables del cumplimiento de algunos de los puntos recomendatorios, no obstante, éstos no están relacionados directamente con el tema del presente informe, por lo que no se incluyen en el análisis que sólo considera los puntos recomendatorios relacionados con el tema de la salud en los centros de reclusión. Cabe precisar que un mismo punto puede ser atribuido a más de una dependencia, por lo que consideramos el total general de los puntos recomendatorios.

rencia y contrarreferencia dentro de la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Adicionalmente, cinco puntos recomendatorios contemplan la celebración de acuerdos institucionales a fin de facilitar y agilizar servicios de salud tales como el suministro de medicamentos, la preservación de pruebas clínicas o la atención de enfermedades infectocontagiosas, entre otros.

Finalmente, existen ocho puntos sobre la sensibilización y capacitación a servidores públicos y a la población penitenciaria, particularmente acerca de los derechos humanos de las personas privadas de la libertad, la salud reproductiva, la prevención y tratamiento de enfermedades infectocontagiosas, sobre la práctica de la prueba de VIH/sida, los riesgos de transmisión y los beneficios de ejercer una sexualidad responsable y segura.

Del total de puntos aceptados (109), 34 puntos se encuentran parcialmente cumplidos lo que significa que la autoridad ha realizado acciones necesarias para avanzar en el cumplimiento del punto, más no suficientes, y 18 están calificados como no cumplidos toda vez que no se han realizado acciones para avanzar en el seguimiento al punto recomendatorio.¹³⁴ Los principales problemas de seguimiento a las recomendaciones que reporta la CDHDF incluyen las carencias en la asignación de los recursos suficientes para hacer las adecuaciones necesarias para brindar una atención médica integral; las dificultades de cooperación entre autoridades para concluir puntos que van dirigidos a dos o más dependencias o también el desistimiento de las personas peticionarias; entre otras razones.

¹³⁴ El estatus de seguimiento se reporta de acuerdo con el avance que presentaba al mes de abril de 2011. La información fue proporcionada por la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de la CDHDF en abril de 2011.

**iii. Capacidad instalada, procedimientos y percepción:
descripción de los servicios de atención médica
para personas privadas de la libertad**



Con la finalidad de robustecer el análisis de la situación que guarda el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal, se presenta a continuación una descripción de la capacidad instalada y de los procedimientos en vigor en cada una de las unidades médicas y hospitalarias de los centros penitenciarios. Esta descripción se realiza a partir de un análisis cruzado de las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del derecho a la salud y a partir de los resultados de la información recabada durante el trabajo de campo que permitió captar la percepción de internas e internos y del personal, respecto de los servicios médicos proporcionados. El análisis se enriquece con información a la que la CDHDF ha tenido acceso y ha generado a través de su trabajo de investigación de las quejas recibidas por presuntas violaciones al derecho a la salud, en agravio de personas privadas de la libertad en los centros de reclusión capitalinos.

A. Descripción de los servicios médicos en cada centro de reclusión

1. Reclusorio Preventivo Varonil Oriente¹³⁵

El Reclusorio Preventivo Varonil Oriente (RPVO), inaugurado el 26 de agosto de 1976, es uno de los centros de reclusión con mayor población y hacinamiento. Con capacidad para 5 604 personas,¹³⁶ en 2010 lo habitaban 12 135, principalmente sentenciados por delitos del fuero común.¹³⁷ El día de la visita, la población había aumentado a 12 275 personas.

a) DISPONIBILIDAD DE RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

La unidad médica del Reclusorio Oriente empezó a funcionar el 15 de julio de 1976. A la fecha, todos los servicios y áreas contemplados en el Manual de organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal están funcionando. No obstante, al igual que los otros centros preventivos de casi cuatro décadas de construcción, la unidad médica muestra señales de deterioro. Las condiciones de las instalaciones recibieron la peor calificación dentro de la población entrevistada en los reclusorios varoniles. Es un espacio sucio, el mobiliario es obsoleto y se presentan problemas de humedad y filtración de agua. Los consultorios de medicina general y de odontología cuentan con el equipo básico, no obstante, más de una cuarta parte de los internos entrevistados afirma que los espacios no garantizan la confidencialidad e intimidad en las consultas. El servicio de radiodiagnóstico se encuentra en buenas condiciones y con el mobiliario, equipo e insumos necesarios. El servicio de urgencias está equipado con camilla, tanque de oxígeno y un carro rojo completo; el área de hospitalización con 14 camas censables y seis adicionales para internos en aislamiento, no cuenta con toma de oxígeno ni aspirador ni monitor para signos vitales. La iluminación tampoco es la adecuada y las instalaciones sanitarias son rudimentarias. El problema de seguridad es alto, dado que la unidad sólo cuenta con un elemento de custodia para resguardar las instalaciones.

¹³⁵ A excepción de la información referenciada, los datos que se presentan en esta sección provienen de la visita realizada al Reclusorio Preventivo Varonil Oriente el 13 de junio de 2011, en la que se aplicaron cuestionarios a un total de 123 internos, 13 custodios y se entrevistó al encargado de la unidad médica, doctor Tekuhtli Bayardi Landeros. Los cuadros y gráficas incluidos en este apartado fueron elaborados por el CIADH a partir de la sistematización de la información recabada durante la visita.

¹³⁶ “Reclusorio Preventivo Varonil Oriente”, Portal de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario, <www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/varonil_orient.html>, página consultada en julio de 2011.

¹³⁷ Cifra al 31 julio de 2010. Gobierno del Distrito Federal, *Cuarto Informe de Gobierno*, op. cit., pp. 192-193.

Cuadro iii.1 Servicios de la unidad médica (RPVO)

	¿El servicio existe y funciona?	Turno	Personal disponible
Servicio consulta externa (general)	Sí	24 horas (toda la semana)	
Servicio de urgencias	Sí	24 horas (toda la semana)	22 médicos
Enfermería	Sí	24 horas (toda la semana)	26 enfermeras(os)
Servicio de hospitalización	Sí	24 horas (toda la semana)	
	Sí (psiquiatría)	Vespertino (lunes a viernes)	Un psiquiatra
Servicio consulta especialidad	Sí (psicología)	Matutino (lunes a viernes), Matutino y vespertino (sábado y domingo)	Dos psicólogos
Servicio de odontología	Sí	Matutino y vespertino (toda la semana)	Cuatro dentistas
Servicio de rayos X	Sí	Vespertino (lunes a viernes)	Un radiólogo
Oficina de trabajo social	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Dos personas
Oficina de archivo clínico	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Una persona
Farmacia	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Una persona
Área administrativa y directiva	Sí	Flexible	Siete personas

La plantilla de personal está conformada por un total de 67 personas, entre las que se cuentan 22 médicos, 26 personas de enfermería, cuatro dentistas y un radiólogo. Se ha mantenido estable en comparación con el año 2005,¹³⁸ no obstante, el personal disponible no permite garantizar un servicio continuo por lo menos en ambos turnos matutino y vespertino y todos los días de la semana. Para cubrir estos turnos, haría falta personal de radiología y personal administrativo en trabajo social, archivo y farmacia. Los indicadores de médicos(as), personal de enfermería y camas censables por 1 000 internos se encuentran todos por debajo de los promedios observados para la población del Distrito Federal.

Cuadro iii.2 Personal y camas censables.

Comparación entre la población del RPVO y la población del Distrito Federal

	rpvo (2011)	Indicadores de referencia para el Distrito Federal
Médicos(as) generales por cada 1 000 internos/habitantes	1.8	4.3
Personal de enfermería por cada 1 000 internos/habitantes	2.1	4.4
Camas censables por cada 1 000 internos/habitantes	1.6	2.3

Durante el mes de mayo de 2011, la unidad médica reportó haber realizado 1 852 consultas de medicina general, es decir casi 60 consultas por día. Los odontólogos atendieron a 448 pacientes, o sea, alrededor de 14 consultas diarias.¹³⁹ El promedio de consultas al día por 1 000 internos es de lo más bajo en comparación con los demás centros de reclusión. Adicionalmente, los pacientes del Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente acuden a esta unidad médica en caso de requerir

¹³⁸ En 2005, se contaba con 21 médicos generales, un especialista, 27 enfermeras, dos odontólogos, dos radiólogos y un trabajador social. CDHDF, *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión del Distrito Federal 2005, op. cit.*, pp. 122-123.

¹³⁹ Este mismo mes, la unidad médica reporta la realización de 97 atenciones en salud mental; 2 271 urgencias; 1 778 certificados médicos y la revisión de 168 personas de nuevo ingreso, es decir un total de 6 614 actos médicos.

una valoración médica, un estudio de rayos X, una consulta en psiquiatría o psicología o en caso de una urgencia. Por lo general, son atendidos en el turno nocturno o los fines de semana. La carencia de personal, aunada a la sobrepoblación, se traduce en múltiples violaciones al derecho a la salud, al impedir la disponibilidad de personal suficiente y el alcance de la atención integral de una población que se acerca a las 13 mil personas.

Cuadro iii.3 Promedio de consultas generales al día y estimación por cada 1 000 internos (RPVO)

	Promedio al día	Estimación por cada 1 000 internos
Consultas de medicina general	59.7	4.9

b) ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS: PROCEDIMIENTOS Y OPORTUNIDADES

La primer serie de consultas se lleva a cabo en el turno matutino a partir de las 8:30 horas, para ello los internos deben formarse afuera de la unidad médica para conseguir una ficha, las cuales se reparten a partir de las 8:00 horas. Para acceder a la segunda serie, los internos deben estar presentes antes de las 10:30 horas que es cuando se entregan los pases para las consultas de la tarde, que se realizan desde las 14:00 horas. El procedimiento para el acceso al servicio de odontología se lleva a cabo a través de fichas. El psiquiatra, por su lado, atiende a través de citas programadas a petición de la autoridad, o en seguimiento de las personas con enfermedades psiquiátricas. El personal médico no acude a los dormitorios para valorar el estado de salud de los internos. Existen brigadas integradas por internos que realizan rondines para apoyar en el traslado de pacientes a la unidad médica, no obstante, son movilizadas únicamente en caso de emergencias.

Cuando una persona ubicada en zona de segregación se encuentra enferma, el personal técnico penitenciario debe anotarla en la lista de consultas en la unidad médica. Estos pacientes son acompañados por el personal de seguridad y custodia y atendidos en el turno nocturno. Como lo indican las entrevistas realizadas, este procedimiento no resulta eficaz: de las personas entrevistadas que habían estado enfermas en zona de aislamiento, 60% afirma no haber sido atendida de forma oportuna. En casos de urgencias también se denuncia una atención no inmediata en 43% de los casos. Este es el porcentaje más alto en comparación con los demás centros.

Cuadro iii.4 Acceso a servicios médicos en zonas de aislamiento y urgencia (RPVO)

Porcentaje de personas entrevistadas que estuvieron enfermas en zonas de aislamiento y no recibieron atención médica	60%
Porcentaje de personas que tuvieron una urgencia y no fueron atendidas de forma inmediata	43%

Por otro lado, se reportaron casos de obstaculización al acceso a la unidad médica por parte del personal de custodia, principalmente en las esclusas. Del total de personas entrevistadas, 23% afirmó haber sido víctima de extorsión por elementos de seguridad para acceder a los servicios médicos, siendo el porcentaje más alto respecto de los demás centros. Se denuncia en mayor medida al personal en las esclusas que exige el pago de entre uno y cinco pesos para dejar pasar a los internos.

Cuadro iii.5 Casos de obstaculización del acceso a los servicios médicos y extorsión (RPVO)

Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido problema con el personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	31%
Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido que pagar al personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	23%
Porcentaje de personas entrevistadas que señalan negativa de acceso a la atención por parte del personal médico	37%

Finalmente la accesibilidad se ve afectada en 37% de los casos por el propio personal de la unidad médica que niega la cita o la ficha, principalmente por la insuficiencia de las mismas.

c) CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD MÉDICA

La mitad de los internos entrevistados no recibe un buen trato por parte del personal de la unidad médica, siendo la situación más criticada a través de las entrevistas. Aunado a lo anterior, una gran parte de las quejas recibidas por la CDHDF, denuncian la falta de ética profesional y actos discriminatorios que enfrentan los internos por parte del personal médico y de trabajo social, los cuales redundan en la negación o deficiencia de la atención médica recibida.

Habiendo conseguido la ficha, el tiempo de espera para pasar a consulta es generalmente superior a una hora (53% de las personas entrevistadas). En promedio, las consultas duran más de 10 minutos, pero, apenas 62% de los entrevistados dice que el personal médico revisa y actualiza su expediente; 41% se queja de que el personal médico no lo revisa con atención y 52% menciona que no le da toda la información sobre su padecimiento y tratamiento. La revisión de una muestra de expedientes evidenció que no todos cuentan con una historia clínica inicial o con los datos del paciente y médico tratante. Asimismo, algunas de las notas médicas no están completas y muchas resultan ilegibles. El acceso a los estudios de apoyo para un diagnóstico certero también está limitado; 39% de los entrevistados no había tenido acceso a todos los estudios requeridos.

En cuanto al tratamiento, tan sólo una cuarta parte de la población entrevistada tiene acceso, a través de la farmacia, a todas las medicinas que le receta el médico. Además se critica el horario de atención reducido de la farmacia, que sólo está abierta en el turno matutino de lunes a viernes. Ese dato contrasta con el abasto reportado por la unidad médica de 90% para los medicamentos y de 85% respecto del material de curación y deja suponer la existencia de mecanismos informales de distribución. En pocos de los casos, el personal de la farmacia proporciona a los internos otros medicamentos que cubren el mismo espectro. La gran mayoría está obligada a comprar las medicinas a otros internos o a conseguirlas a través de sus familiares. En caso de haber requerido de curación o rehabilitación, apenas 40% contó con la atención y el material necesario. Más de la mitad de las personas que necesitan o han necesitado de una dieta por razones de salud, la obtienen con dificultad y, en 51% de los casos, ésta no corresponde a sus necesidades. Las dificultades generalizadas para acceder a los medicamentos esenciales, a los insumos de curación o a las dietas especiales explican que una proporción importante de los internos entrevistados considera que el tratamiento que reciben no les permite recuperar la salud, el porcentaje más alto observado en las entrevistas.

Cuadro iii.6 Acceso a medicamentos, dietas especiales por razón de salud y material de curación (RPVO)

Porcentaje de personas que no tienen siempre acceso a los medicamentos	73%
Porcentaje de personas con dieta especial que no responde a sus necesidades	51%
Porcentaje de personas que no tuvieron acceso a la atención o al material necesario para curación o rehabilitación	60%

d) MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y ACCESO A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La unidad médica reporta que realiza la historia clínica a todas las personas de nuevo ingreso, con la finalidad de darles el seguimiento que requieren. No obstante, los internos entrevistados fueron muy críticos respecto del seguimiento en la atención médica, en particular por la falta de voluntad y profesionalismo del personal. Se denuncia un trato discriminatorio del área de trabajo social y una inter-

vencción inoportuna. Por ejemplo, 52% de las personas entrevistadas que fueron referidas, considera no haber recibido un buen seguimiento médico de regreso al centro. Las personas que requieren de atención médica especializada y permanente fueron severas respecto de los servicios proporcionados: 76% considera que la unidad médica no le proporciona la atención que requiere, 69% no recibe medicamentos y 88% no ha tenido acercamiento con instituciones especializadas en su enfermedad o discapacidad.

Las citas programadas y consultas de control son únicamente establecidas para pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y personas con discapacidad mental, aunque a través de las quejas interpuestas ante la CDHDF, los pacientes indican un seguimiento inadecuado de sus padecimientos y un acceso a la referencia siempre limitado y obstaculizado por la autoridad. La referencia se lleva a cabo únicamente cuando el estado de salud de la persona se encuentra muy grave o una vez que se haya interpuesto una queja y que interviene la CDHDF.

Las personas con adicciones que lo solicitan pueden integrarse al Programa de Intervención en Conductas Adictivas, alojado en el dormitorio 1, siempre y cuando cumplan con los requerimientos establecidos por la autoridad, no sólo administrativos sino materiales. Varios internos han informado a la CDHDF que los insumos materiales que deben proporcionar para ingresar al programa alcanzan un costo aproximado de tres mil pesos. Las personas con discapacidad física o sensorial y los internos adultos mayores no se benefician de programas de atención específicos, aunque reportan tener mayor facilidad para acceder al servicio médico, dado que se les reservan 10 fichas los días martes, jueves, sábado y domingo.¹⁴⁰

Caso de violación del derecho a la salud en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente

En 2009, la CDHDF recibió la queja de un interno del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que, desde hacía más de dos años, tenía problemas vasculares, al grado de tener dificultad para caminar porque sus pies estaban inflamados y de color azul. En diversas ocasiones había acudido al servicio médico, pero, únicamente le suministraban analgésicos para mitigar el dolor. El interno denunciaba la actitud prepotente y grosera del personal médico y de trabajo social, que no le informaban oportuna y constantemente le negaban la atención. Es hasta la interposición de la queja y las múltiples intervenciones realizadas por la CDHDF, que el paciente fue examinado y referido al Hospital Juárez de México. La CDHDF consideró que se violó el derecho a la salud en agravio del paciente, en virtud de que, por lapsos prolongados, no se le garantizó la atención médica que requería, a pesar de que la autoridad médica penitenciaria tenía conocimiento que el padecimiento era permanente y por lo tanto requería acciones también permanentes.

2. Reclusorio Preventivo Varonil Norte¹⁴¹

La construcción del Reclusorio Preventivo Varonil Norte (RPVN) comenzó en 1974 y su operación como centro de reclusión en agosto de 1976. Este centro, con una estructura de tipo peine, tiene una capacidad instalada para 5 430 personas,¹⁴² pero, al igual que el Reclusorio Oriente es de los más poblados y presenta condiciones de hacinamiento. En julio de 2010 contaba con una población de 12 066 personas, 71% de ellas sentenciadas por delitos del fuero común.¹⁴³ A la fecha de la visita, el 6 de junio de 2011, la población total era de 11 862 internos.

¹⁴⁰ En el capítulo IV se presenta una valoración más detallada de la situación del derecho a la salud de algunos grupos de población.

¹⁴¹ A excepción de la información referenciada, los datos que se presentan en esta sección provienen de la visita realizada al Reclusorio Preventivo Varonil Norte el 6 de junio de 2011, en la que se aplicaron cuestionarios a 119 internos, 15 custodios y se entrevistó a la encargada de la unidad médica, doctora Teresita de Jesús Pérez Alfaro. Los cuadros y gráficas incluidos en este apartado fueron elaborados por el CIADH a partir de la sistematización de la información recabada durante la visita.

¹⁴² "Reclusorio Preventivo Varonil Norte", Portal de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario, <www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/varonil_norte.html>, página consultada el 31 de marzo de 2011.

¹⁴³ Cifra al 31 julio de 2010. Gobierno del Distrito Federal, *Cuarto Informe de Gobierno, op. cit.*, pp. 192-193.

a) DISPONIBILIDAD DE RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

La unidad médica inició labores en agosto de 1976. A la fecha comprende los servicios y áreas contempladas en el Manual de organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal, no obstante, por falta de mantenimiento, las instalaciones se encuentran en un estado de deterioro, humedad, con filtración de agua y vidrios rotos. Apenas un tercio de los internos entrevistados consideran que las instalaciones están en condiciones adecuadas y muchos denuncian la mala higiene que hay en la unidad médica.

Con un diseño similar a las unidades médicas de los otros dos reclusorios preventivos, las instalaciones de este centro presentan las mismas limitaciones aunque, en particular, se hizo énfasis durante la visita a la falta de espacio para trabajar de forma oportuna y/o adecuada. La entrada de la unidad médica es amplia aunque no se utiliza. Al contrario, los espacios para consulta son muy restringidos. Sólo están habilitados dos consultorios de consulta externa, dos para odontología y un consultorio de atención psiquiátrica. Espacios que pudieran servir como consultorios no se usan por un problema de filtración de agua. A pesar del espacio exiguo, se asegura la confidencialidad e intimidad en las consultas, dato confirmado por los internos entrevistados. El mobiliario, equipo e instrumental en apoyo a la consulta de medicina general son limitados y se encuentran muy deteriorados.

Los consultorios de estomatología enfrentan un desabasto total de equipo e instrumental, obligando a los odontólogos a llevar su propio instrumental e insumos (resina, amalgamas y material de curación). El área de hospitalización cuenta con 18 camas, pero las regaderas y sanitarios para los internos hospitalizados se encuentran en malas condiciones físicas y de higiene. Respecto del servicio de urgencias, el aspirador no funciona, el monitor presenta fallas constantemente y el carro rojo se encuentra incompleto. La farmacia se encuentra en un espacio muy restringido para un almacenamiento adecuado y cierra temprano, dejando sin efecto la distribución de medicinas durante las tardes, los fines de semana y los días festivos. El cuarto de rayos X presenta serios problemas de filtración de agua con el riesgo de dañar los aparatos. El día de la visita se observó que el servicio estaba interrumpido por una falla técnica. A través del trabajo de la CDHDF se advierte que esta problemática es una constante, no sólo por las fallas técnicas de los aparatos sino por la carencia de personal, lo que restringe la disponibilidad de ese servicio e impide una respuesta rápida en caso de urgencias.

Cuadro iii.7 Servicios de la unidad médica (RPVN)

	¿El servicio existe y funciona?	Turno	Personal disponible
Servicio consulta externa (general)	Sí	24 horas (toda la semana)	22 médicos
Servicio de urgencias	Sí	24 horas (toda la semana)	
Enfermería	Sí	24 horas (toda la semana)	25 enfermeros(as)
Servicio de hospitalización	Sí	24 horas (toda la semana)	
Servicio consulta especialidad	Sí (psiquiatría)	Matutino (lunes a viernes), 24 horas (sábados)	Dos psiquiatras
	Sí (dermatología)	Matutino (una vez al mes)	Un dermatólogo (personal externo)
Servicio de odontología	Sí	Matutino y vespertino (lunes a viernes)	Cinco odontólogos
Servicio de rayos X	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Un radiólogo
Oficina de trabajo social	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Tres personas de trabajo social
Oficina de archivo clínico	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Una persona
Farmacia	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Un despachador de farmacia
Área administrativa y directiva	Sí	Flexible	14 personas (incluyendo a la encargada)

El servicio médico se apoya con un equipo de 75 personas que incluye un total de 25 enfermeros y enfermeras, 22 médicos generales, 5 odontólogos, 2 psiquiatras y un radiólogo. La plantilla de personal ha aumentado desde el 2005,¹⁴⁴ no obstante, la falta de recursos humanos sigue siendo una de las principales carencias para la prestación del servicio, dado que el equipo de trabajo no es suficiente para cubrir la demanda. Se requiere de personal médico, técnico, de enfermería y administrativo para cubrir los turnos matutino y vespertino durante la semana y los fines de semana. Asimismo, se debería de contar con personal adicional para cubrir los turnos vespertinos y los fines de semana en los servicios de archivo, rayos X y farmacia. En las condiciones actuales, no se puede proporcionar un servicio continuo durante toda la semana. Los indicadores de médicos, personal de enfermería y camas censables por cada 1 000 internos se encuentran por debajo de los promedios observados para la población abierta del Distrito Federal. El incremento de la disponibilidad de recursos humanos resulta imprescindible en vista de la sobrepoblación que caracteriza a este centro de reclusión, y para atender debidamente la magnitud de los problemas de salud.

Cuadro iii.8 Personal y camas censables.

Comparación entre la población del RPVN y la población del Distrito Federal

	rpvn (2011)	Indicadores de referencia para el Distrito Federal
Médicos/as generales por cada 1 000 internos/habitantes	1.8	4.3
Personal de enfermería por cada 1 000 internos/habitantes	2.1	4.4
Camas censables por cada 1 000 internos/habitantes	1.5	2.3

La unidad médica reporta la asignación de un promedio de 75 fichas por día. Para el mes de mayo de 2011 se informó la realización de 2 324 consultas de medicina general aunque, en las quejas interpuestas ante la CDHDF, es una constante la denuncia de la insuficiencia de las mismas. En efecto, el promedio de fichas por internos resulta muy limitado, además varía cada día de acuerdo a la disponibilidad del personal médico presente. El servicio de odontología reporta la realización de 580 consultas, es decir un promedio de 26 al día, tomando en cuenta que este servicio labora de lunes a viernes.¹⁴⁵ Adicionalmente, los pacientes del Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte acuden a esta unidad médica en caso de requerir un estudio de rayos X, una consulta en psiquiatría o psicología o en un caso grave o urgente. Por lo regular son atendidos en el turno nocturno o los fines de semana.

Cuadro iii.9 Promedio de consultas al día y estimación por cada 1 000 internos (RPVN)

	Promedio al día	Estimación del promedio por cada 1 000 internos
Consultas de medicina general	75	6.3

b) ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS: PROCEDIMIENTOS Y OPORTUNIDADES

El acceso a las consultas externas en medicina general y estomatología, se hace a través de fichas, repartidas a los internos por la mañana, entre las 7:00 y las 8:30 horas, por parte del personal de la uni-

¹⁴⁴ En 2005, la unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte contaba con 21 médicos generales y especialistas, 19 enfermeras, dos odontólogos, un radiólogo y un trabajador social. CDHDF, *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión del Distrito Federal 2005, op. cit.*, pp. 122-123.

¹⁴⁵ Ese mismo mes se realizaron seis consultas de dermatología; 1 620 certificados de estado físico y la atención de 211 urgencias. Los psiquiatras reportaron 245 actos médicos, es decir, nueve consultas diarias de lunes a sábado.

dad médica. La población es atendida en consulta de medicina general de lunes a viernes. Si bien la autoridad menciona un horario de 7:00 a 22:00 horas, en la realidad, la CDHDF se ha percatado que la atención concluye antes, una vez atendido los pacientes con fichas. El servicio de psiquiatría da acceso a la atención a través de citas programadas. En caso de urgencia, y que el paciente no pueda acudir por sus propios medios, las brigadas de protección civil, integrada por internos, los trasladan en camillas, aunque, en la práctica, se observa que la urgencia debe ser muy grave para que este apoyo sea efectivo.

Para las personas que se ubican en dormitorios de segregación, la atención se da exclusivamente en el turno nocturno de lunes a viernes y los fines de semana. La unidad médica entrega las fichas al personal técnico penitenciario que debe hacer rondines en estos dormitorios para identificar a las personas que requieren acudir a consulta. El personal de seguridad y custodia los debe acompañar en los días y horarios establecidos. En las entrevistas, 27% de las personas que habían estado enfermas en zonas de aislamiento, dijo no haber recibido atención médica, pues, en muchas ocasiones, se denuncia que los técnicos penitenciarios no acuden a estas zonas o el personal de seguridad no pasa por ellos para llevarlos a la unidad médica en el horario indicado. La CDHDF ha observado en particular una situación crítica en relación con el acceso a la atención médica para las personas ubicadas en el panal (zona de castigo) o en el módulo de máxima seguridad. Por regla general, se advierte una atención y seguimiento médico inexistente para estas personas, por que dependen del personal técnico y de seguridad para acceder al servicio médico. Esta situación se traduce en múltiples violaciones a su derecho a la salud.

Cuadro iii.10 Acceso a servicios médicos en zonas de aislamiento y urgencia (RPVN)

Porcentaje de personas entrevistadas que estuvieron enfermas en zonas de aislamiento y no recibieron atención médica	27%
Porcentaje de personas que tuvieron una urgencia y no fueron atendidas de forma inmediata	33%

En las entrevistas se reportaron casos de obstaculización a los internos para llegar a la unidad médica (31%), principalmente a causa del personal de seguridad y custodia asignado a los dormitorios por no abrir las puertas de las estancias o del dormitorio a tiempo para que los internos puedan llegar a la entrega de las fichas. Asimismo, 16% reporta casos de extorsión por parte de la autoridad. Los internos que fueron extorsionados, tuvieron que pagar una cantidad superior a los 10 pesos.

Cuadro iii.11 Casos de obstaculización del acceso a los servicios médicos y casos de extorsión por parte del personal de seguridad y custodia (RPVN)

Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido problema con el personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	31%
Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido que pagar al personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	16%
Porcentaje de personas entrevistadas que señalan negativa de acceso a la atención por parte del personal médico	41%

También se denunciaron actos de obstaculización por parte del personal de la unidad médica, que argumenta la insuficiencia de las fichas para restringir el acceso a la atención. En este contexto, apenas 54% de los internos entrevistados afirma conseguir una ficha el mismo día que la solicita, los demás deben esperar varios días.

c) CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD MÉDICA

De los entrevistados, 39% consideró no recibir un buen trato por parte del personal de la unidad médica, hecho reiterado en las quejas investigadas por la CDHDF. Incluso se refiere que las personas que interponen quejas son víctimas de señalamientos y amenazas por parte del personal de la unidad médica.

Una vez en la unidad médica, los pacientes deben esperar, por lo general, más de media hora para ser atendidos. Casi un tercio de las consultas dura menos de cinco minutos, duración que no permite una revisión exhaustiva de los pacientes. De hecho, un gran número de las personas entrevistadas y de peticionarios, comentan que no son siempre revisados con atención por parte del personal médico y que no reciben toda la información requerida sobre su enfermedad y el tratamiento a seguir. Una cuarta parte de ellos afirma no tener un expediente en resguardo en la unidad médica y la mayoría dice que el médico en la consulta no revisa ni actualiza el expediente. En casos de pacientes atendidos en el turno vespertino o nocturno, el médico no cuenta con el expediente dado que el archivo cierra a las 15:00 horas. El médico debe hacer una nota médica que se integra posteriormente, no obstante, no tiene durante la consulta la historia clínica del paciente ni las notas de los actos médicos y tratamientos anteriores. La revisión de una muestra de expedientes permitió constatar que, en varios de ellos, falta la historia clínica inicial, las generalidades no están debidamente integradas y las notas de evolución no cuentan con todos los datos requeridos. Además, varios peticionarios han denunciado el extravío de estudios por parte del personal de la unidad médica y, con ello, la dificultad y retraso para acceder a un diagnóstico oportuno de sus padecimientos y una debida atención de su estado de salud.

Al igual que en otros centros, el acceso a los medicamentos resulta problemático: 76% de los internos entrevistados no tiene acceso siempre a los medicamentos que le recetan las o los médicos, debiendo conseguirlos principalmente a través de sus familiares. 55% afirmó no tener acceso a la atención y materiales en caso de requerir de curaciones o rehabilitación. El personal de la unidad médica reportó un abasto de 88% en cuanto a medicamentos y de 79% respecto del material de curación, porcentajes que no corresponden con las dificultades para acceder a ellos, denunciados por los internos. Además, el horario de atención de la farmacia resulta muy limitado para brindar una atención oportuna a los usuarios. Cabe señalar también que recientemente la CDHDF ha investigado respecto de los malos tratos por parte del personal que atiende la farmacia, así como de las denuncias de casos de corrupción en la distribución de medicinas. Además 68% de las personas que requieren una dieta por razones de salud opina que los alimentos que le proporciona el centro no corresponden a sus necesidades, uno de los porcentajes más altos de los observados en todos los centros. Resultado de lo anterior, muchos de los internos entrevistados consideran que el tratamiento que reciben no les permite recuperar la salud.

Cuadro iii.12 Acceso a medicamentos, dietas especiales por razón de salud y material de curación (RPVN)

Porcentaje de personas que no siempre tienen acceso a los medicamentos	76%
Porcentaje de personas con dieta especial que no responde a sus necesidades	68%
Porcentaje de personas que no tuvieron acceso a la atención o al material necesario para curación o rehabilitación	55%

d) MECANISMO DE SEGUIMIENTO Y ACCESO A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La unidad médica no cuenta con un mecanismo para facilitar el acceso al seguimiento médico. En estos casos, los internos deben conseguir nuevamente una ficha y son atendidos por el personal médico en turno. En esta unidad médica se reportan varios casos de negativa (16%) en la obtención de pases para la atención de especialidad y un porcentaje alto de los internos entrevistados (49%) denuncia un seguimiento inadecuado a su estado de salud después de haber sido referido a otro hospital o institución externa.

Aunque la autoridad reporta que las personas con enfermedades crónico-degenerativas son atendidas de forma mensual con un mismo médico tratante, de la misma forma que las personas con discapacidad mental o psicosocial, en muchas ocasiones, el seguimiento no se lleva a cabo y la atención o referencia sólo se logra, por insistencia de los internos, o si la petición se interpone en la CDHDF.

Las personas con adicciones que lo solicitan y cumplen los requisitos establecidos, son internadas en el Programa de Atención y Tratamiento de Adicciones. Las demás personas no cuentan con programas de atención específicos. De hecho, las entrevistas evidenciaron severas deficiencias en la atención especializada y permanente para las personas enfermas o con discapacidad.¹⁴⁶ A través de las entrevistas, se observó que 77% de las personas que necesitan de una atención especializada y permanente, no resulta satisfecha por la atención proporcionada por la unidad médica y que 68% de ellas no recibe los medicamentos necesarios para su tratamiento. Ambos porcentajes son de los más altos observados a través de las entrevistas. En la mayoría de los casos, la atención médica se limita a una primera valoración y no permite que el paciente obtenga un diagnóstico certero de su enfermedad o padecimiento, ni acceda al tratamiento o seguimiento médico que requiere.

Caso de violación del derecho a la salud en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte

Un interno del Reclusorio Preventivo Varonil Norte con cáncer de próstata y una hernia inguinal, que se encontraba en el área de ingreso, denunció haber intentado acudir a la unidad médica pero elementos de seguridad y custodia le impedían el acceso. En una ocasión que logró acceder, el personal médico le indicó que su enfermedad no era grave por lo que no le brindaron atención alguna. Tras la intervención de la CDHDF, el paciente fue atendido y referido al Hospital General de Ticomán donde le fueron practicados diversos estudios, por su problema de hernia. Por cuestiones de seguridad, el paciente fue trasladado a la zona de protección, sin embargo, su reubicación afectó su tratamiento y seguimiento médico ya que los técnicos penitenciarios no le permitían salir a la unidad médica, negándole la atención médica y el acceso a los medicamentos para aliviar los severos dolores que padecía. Posteriormente, la unidad médica extravió su expediente clínico con los resultados de los estudios realizados, lo que dificultó su seguimiento y canalización con un especialista. El interno obtuvo su libertad sin haber recibido la atención y seguimiento médico requerido.

*3. Reclusorio Preventivo Varonil Sur*¹⁴⁷

El Reclusorio Preventivo Varonil Sur (RPVS) inició sus operaciones en el año 1979. Al 31 de julio de 2010, lo habitaban 7 939 internos.¹⁴⁸ El 3 de junio de 2011, día en que se hicieron las entrevistas, la población había aumentado a 8 278 personas. Se estima una sobrepoblación de 3 656.¹⁴⁹ Su construcción es de tipo peine. Este centro, como los demás reclusorios preventivos, ha perdido su carácter preventivo, 79% de los internos son personas sentenciadas por delitos del fuero común y/o federal.

a) DISPONIBILIDAD DE RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

Al igual que los otros reclusorios preventivos, la construcción de la unidad médica data de finales de los años setenta. Los servicios y áreas en funcionamiento se apegan al *Manual de organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal*, aunque el servicio de consulta en psiquiatría no está funcionando por falta de personal. Las instalaciones y el poco mobiliario y equipo con el que cuenta esta unidad médica se encuentran muy deteriorados por el tiempo y la falta de mantenimiento. La ventilación e iluminación de las instalaciones resultan deficientes y se aprecian evidencias de humedad en todas las instalaciones, basura en el piso y bancas rotas. En coincidencia con lo observado, la

¹⁴⁶ En el capítulo IV se presenta una valoración más detallada de la situación del derecho a la salud de algunos grupos de población.

¹⁴⁷ A excepción de la información referenciada, los datos que se presentan en esta sección provienen de la visita realizada al Reclusorio Preventivo Varonil Sur el 3 de junio de 2011, en la que se aplicaron cuestionarios a 83 internos, 16 custodios y se entrevistó al encargado de la unidad médica, doctor Guillermo Huerta Rosales. Los cuadros y gráficos de este apartado fueron elaborados por el CIADH a partir de la sistematización de la información recabada durante la visita.

¹⁴⁸ Cifra al 31 julio de 2010. Gobierno del Distrito Federal, *Cuarto Informe de Gobierno*, op. cit., p. 192-193.

¹⁴⁹ "Reclusorio Preventivo Varonil Sur", portal de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario, <www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/varonil_sur.html> (consultado en julio de 2011).

mayoría de los internos entrevistados consideran que las instalaciones están en condiciones regulares (50%) o malas (19%).

Los consultorios para la consulta general cuentan con el mobiliario y equipo básico pero sin el instrumental médico requerido. Los consultorios de estomatología están en las mismas condiciones de deterioro aunque se encuentran mejor equipados. El servicio de urgencia cuenta con un carro rojo completo, no obstante, no existen desfibrilador ni camilla con inmovilizadores y el tanque de oxígeno se encuentra muy dañado. El servicio de hospitalización está conformado por 14 camas censables. El espacio y la iluminación son adecuados, pero, los sanitarios y las regaderas se encuentran en malas condiciones de mantenimiento e higiene. Adicionalmente, se cuentan con sillas de ruedas y camillas para facilitar el acceso a personas con discapacidad física, aunque, éstas se encuentran en condiciones deplorables. Por falta de espacio, una parte del almacén ha sido habilitado para contar con el espacio suficiente para las medicinas e insumos.

Cuadro iii.13 Servicios de la unidad médica (RPVS)

	¿El servicio existe y funciona?	Turno	Personal disponible
Servicio consulta externa (general)	Sí	24 horas (lunes a viernes)	18 médicos
Enfermería	Sí	24 horas (toda la semana)	28 personas de enfermería
Servicio de hospitalización	Sí	24 horas (toda la semana)	
Servicio de urgencias	Sí	24 horas (toda la semana)	
Servicio consulta de especialidad	No	-	-
Servicio de odontología	Sí	Matutino (lunes a viernes), Matutino y vespertino (sábados y días festivos)	Cuatro odontólogos
Servicio de rayos X	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Un técnico radiólogo
Oficina de trabajo social	Sí	24 horas (toda la semana)	Tres personas
Oficina de archivo clínico	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Dos personas
Farmacia	Sí	Matutino y vespertino (lunes a viernes)	Una persona
Área administrativa y directiva	Sí	Flexible	12 personas incluyendo al encargado

La plantilla de personal que labora en la unidad médica se integra con un total de 69 personas, entre médicos generales, personal de enfermería, odontólogos, técnicos y administrativos. En relación con el año 2005, aparece que la disponibilidad de médicos generales se redujo (de 19 a 18) así como el personal de enfermería (de 33 a 28) y de trabajo social (de 4 a 3).¹⁵⁰ La falta de recursos humanos impide asegurar un servicio continuo, en particular garantizar la consulta general los fines de semana, el servicio de rayos X y el archivo clínico en el turno vespertino y los fines de semana, y la farmacia durante los fines de semana. Al no contar con otro técnico radiólogo se presenta una subutilización de esa infraestructura. La falta de insumos es otra de las razones invocadas para justificar la discontinuidad de este servicio. Esta unidad médica se encuentra por debajo del promedio para la población abierta atendida en el Distrito Federal en cuanto a la disponibilidad de médicos, personal de enfermería y camas censables. La carencia de personal aunada a la sobrepoblación que caracteriza a este centro de reclusión al igual que los Reclusorios Preventivos Varoniles Norte y Oriente imposibilita el acceso de los internos a servicios médicos, de forma oportuna.

¹⁵⁰ CDHDF, *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión del Distrito Federal 2005*, op. cit., pp. 122-123.

Cuadro iii.14 Personal y camas censables.

Comparación entre la población del rpvs y la población del Distrito Federal

	rpvs (2011)	Indicadores de referencia para el Distrito Federal
Médicos/as generales por cada 1 000 internos/habitantes	2.2	4.3
Personal de enfermería por cada 1 000 internos/habitantes	3.4	4.4
Camas censables por cada 1 000 internos/habitantes	1.7	2.3

En mayo de 2011 se efectuaron 884 consultas externas, es decir, un promedio de 40 consultas al día, de lunes a viernes. Se realizaron un total de 410 consultas dentales de lunes a sábado, o sea un promedio de 16 consultas por día laborado.¹⁵¹ Estos promedios son similares al Reclusorio Oriente, pero, inferiores al Reclusorio Preventivo Varonil Norte. Los internos denuncian de forma recurrente la insuficiencia de fichas que no corresponden al tamaño de la población de este centro. Además de los internos del reclusorio preventivo, esta unidad médica recibe pacientes del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial para la realización de los estudios de rayos X o cualquier caso de urgencias.

Cuadro iii.15 Promedio de consultas al día y estimación por cada 1 000 internos (RPVS)

	Promedio al día	Estimación del promedio por cada 1 000 internos
Consultas de medicina general	40.2	4.8

b) ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS: PROCEDIMIENTOS Y OPORTUNIDADES

El acceso a la consulta médica general y de odontología se hace a través de fichas que el personal de la unidad médica entrega a las 7:30 horas y luego a las 13:00 horas, a las personas previamente formadas afuera de la unidad médica. La consulta de psiquiatría es atendida por un psiquiatra del Cevarepsi que acude a esta unidad médica una vez a la semana para revisar a los pacientes conforme a citas programadas. En casos de urgencia, los internos son canalizados al Cevarepsi.

El personal médico no acude a los dormitorios ni a las zonas de aislamiento, únicamente en caso de fallecimiento para elaborar la nota médica correspondiente. Este reclusorio cuenta con brigadas de protección civil que efectúan rondines en los dormitorios para identificar personas que requieren de atención médica y canalizarlas a la unidad médica, con el apoyo de camillas si es necesario. No obstante, durante la visita de verificación, varios internos comentaron que estas brigadas sólo funcionan en los casos de urgencias reales. A través de la encuesta, se evidencia que 36% de las personas entrevistadas que tuvieron una complicación grave, no recibió atención de forma inmediata.

Las personas que se encuentran segregadas son canalizadas a la unidad médica a través del personal técnico penitenciario después de las 21:00 horas; deben ir acompañados de dos custodios. No obstante, a través de las entrevistas se observó que 24% de las personas que señalaron haber estado enfermas en zona de aislamiento, afirmó no haber recibido atención médica.

Cuadro iii.16 Acceso a servicios médicos en zonas de aislamiento y urgencia (RPVS)

Porcentaje de personas entrevistadas que estuvieron enfermas en zonas de aislamiento y no recibieron atención médica	24%
Porcentaje de personas que tuvieron una urgencia y no fueron atendidas de forma inmediata	36%

¹⁵¹ En ese mismo mes se atendieron 177 urgencias y 896 certificaciones.

Una cuarta parte de los internos entrevistados reporta haber tenido problemas con el personal de seguridad y custodia para acudir a la unidad médica, sea porque el custodio del dormitorio se los impide por castigo o sin razón explícita o porque el personal de las esclusas no los deja pasar. Los reportes de extorsión son de los más altos en comparación con los otros centros. En 19% de esos casos, los internos tuvieron que pagar entre uno y 10 pesos al personal de seguridad y custodia en los dormitorios o en las esclusas.

Cuadro iii.17 Casos de obstaculización del acceso a los servicios médicos y casos de extorsión por parte del personal de seguridad y custodia (RPVS)

Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido problema con el personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	25%
Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido que pagar al personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	19%
Porcentaje de personas entrevistadas que señalan negativa de acceso a la atención por parte del personal médico	42%

Asimismo, de los internos entrevistados, 42% opina haber sido, en alguna ocasión, víctima de una negativa de atención por parte del personal de la unidad médica. En algunas ocasiones por la insuficiencia de fichas, pero en la mayoría de los casos, el personal justifica esta negativa, argumentando que el interno no está enfermo sin sustentar esta afirmación en un diagnóstico médico certero.

c) CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD MÉDICA

Una vez conseguida la ficha, 41% de los pacientes entrevistados dice esperar más de una hora para ser atendido. Las consultas duran por lo general más de 10 minutos (52%), no obstante, un tercio de las personas no es revisada con atención y 40% no tiene acceso a la información adecuada y suficiente sobre sus padecimientos y tratamiento a seguir. Un porcentaje alto de los entrevistados dice no contar con expediente clínico y, de los otros, apenas 51% constata que el médico lo revisa y actualiza durante la consulta. Un porcentaje también alto reporta no haber tenido acceso a todos los estudios que necesitaba (38%) y 34% se queja de no recibir un buen trato por parte del personal. Los actos discriminatorios, las amenazas y el mal trato son una constante en las quejas recibidas en la CDHDF. Asimismo, los internos denuncian que son atendidos sólo en caso de urgencias reales o cuando interviene este organismo.

Respecto del tratamiento, 57% de los internos entrevistados no encuentra siempre en la farmacia los medicamentos que le recetan los médicos. En sólo 24% de los casos, la farmacia les proporciona un medicamento que cubre el mismo espectro. En los demás casos, lo compra su familia o lo adquiere a través de otro interno. Más preocupante aún, 63% de los internos que necesitó de curación o rehabilitación, no tuvo acceso a la atención o material necesarios, porcentaje en relación con el desabasto reportado por el personal: la farmacia cuenta con 85% de los medicamentos requeridos y entre 51% y 75% respecto del material de curación. Por otro lado, 58% de las personas entrevistadas que necesitan dietas especiales por razón de salud, afirma tener dificultades para acceder a ella, en 37% de los casos, ésta no corresponde a sus necesidades.

Cuadro iii.18 Acceso a medicamentos, dietas especiales por razón de salud y material de curación

Porcentaje de personas que no siempre tienen acceso a los medicamentos	57%
Porcentaje de personas con dieta especial que no responde a sus necesidades	37%
Porcentaje de personas que no tuvieron acceso a la atención o al material necesario para curación o rehabilitación	63%

d) MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y ACCESO A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Del total de personas entrevistadas que consideran necesitar atención especializada, sólo 33% la recibe. A un porcentaje alto de personas (28%), el personal médico le ha negado el pase para ser referido a una institución de medicina especializada, y 53% de las personas que sí accedieron a la atención especializada, dice que la unidad médica le dio un seguimiento inadecuado a su estado de salud, una vez de regreso a su centro.

Las personas con enfermedades crónico-degenerativas están ubicadas en el dormitorio 9 pero no siempre cuentan con seguimiento médico. En efecto, algunos internos expresan que, para ser referidos, deben interponer una queja en la CDHDF porque el personal de trabajo social no da seguimiento a sus citas de interconsulta de especialidad. Las personas con adicciones que así lo solicitan son canalizadas al dormitorio 2 y atendidas en el Programa Cambio de Actitudes hacia el Consumo de Drogas. Las personas con enfermedades psiquiátricas son canalizadas en la zona del Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación de Tratamiento (CDUDT), un espacio que no cuenta con los requisitos mínimos para albergar a personas con enfermedades psiquiátricas. Las personas con discapacidad física y auditiva y adultas mayores se ubican en el dormitorio 9 cercano a la unidad médica, lo que les hace más ágil el traslado, no obstante, no se benefician de un programa especial para garantizarles una atención médica conforme a sus necesidades.¹⁵²

Caso de violación del derecho a la salud en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur

Un interno del Reclusorio Preventivo Varonil Sur presentó molestias y dolores en una muela, por lo que quiso acudir al servicio odontológico. No obstante, el personal de seguridad y custodia, asignado a su dormitorio, no abrió a tiempo las puertas de su estancia y le negaron el paso. Cuando finalmente pudo salir y acudir a la unidad médica, ya no alcanzó fichas por lo que se le negó la atención. En cuanto interpuso una queja ante CDHDF fue atendido en la unidad médica, donde se le proporcionó el servicio odontológico y los medicamentos específicos para aliviar el dolor.

4. Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla¹⁵³

Inaugurado el 30 de marzo de 2003, el Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla (Ceresova) inició operaciones el 26 de octubre de ese mismo año. Se creó en continuidad del Programa de Rescate y Reinserción de Jóvenes Primodelincuentes¹⁵⁴ con el objetivo de garantizar la rehabilitación psicosocial integral de los jóvenes internos primodelincuentes, menores de 30 años y sentenciados por delitos no graves. En este centro, el objetivo de reinserción se combina con una perspectiva más estricta respecto de la vigilancia de la población interna. Su diseño se aproxima al tipo panóptico.¹⁵⁵ Para julio de 2010, lo habitaban un total de 2 485 personas¹⁵⁶ en su mayoría primodelincuentes o reincidentes con dos ingresos máximo que compurgaban penas por delitos patrimoniales cuyas sentencias eran menores a los 15 años. Esta población no había variado al día de la visita, el 19 de mayo

¹⁵² En el capítulo IV se presenta una valoración más detallada de la situación del derecho a la salud de algunos grupos de población.

¹⁵³ A excepción de la información referenciada, los datos que se presentan en esta sección provienen de una visita realizada en el Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla el 19 de mayo de 2011, en la que se aplicaron cuestionarios a 30 internos, seis custodios y se entrevistó a la doctora Herlinda Canacasco Casarrubias, encargada de la unidad médica. Los cuadros y gráficos incluidos en este apartado fueron elaborados por el CIADH a partir de la sistematización de la información recabada durante la visita.

¹⁵⁴ “Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla”, portal de internet de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario <www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/ceresova.html> (consultado en julio de 2011). El Programa de Rescate y Reinserción de Jóvenes Primodelincuentes inició en 2002-2003 en los reclusorios varoniles norte y oriente.

¹⁵⁵ CDHDF, *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión del Distrito Federal 2005*, op. cit., p. 52.

¹⁵⁶ Cifra al 31 julio de 2010. Gobierno del Distrito Federal, *Cuarto Informe de Gobierno*, op. cit., pp. 192-193.

de 2011. En 2009, se inauguró el Módulo de Máxima Seguridad anexo al Ceresova, conocido como *Diamante*, en el que compurgaban penas 202 personas aunque su capacidad es de aproximadamente 800 personas. A este módulo son referidos internos con sentencias largas y por delitos graves; es un espacio destinado para internos con medidas de seguridad institucional, incluso para personas que aún no están sentenciadas.

a) DISPONIBILIDAD DE RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

A través de la Recomendación 6/2009, la CDHDF hizo un exhorto para que el área médica de este centro de readaptación social fuera transferida a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.¹⁵⁷ Anteriormente, el servicio médico estaba a cargo de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario y se encontraba en otro espacio. La unidad médica del Ceresova empezó a funcionar bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud el 15 de julio de 2010. La visita de esta unidad médica permitió constatar el buen estado general de la infraestructura, accesible para personas con discapacidad motriz y con buena ventilación e iluminación. Las buenas condiciones de las instalaciones se reflejan en la percepción que de ellas tienen los internos. En efecto, 86% de las personas entrevistadas coinciden en que la infraestructura se encuentra en un estado bueno o regular.

Esta unidad médica cuenta con la mayoría de los servicios establecidos en el Manual de organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal, no obstante, se encontraron algunos elementos inapropiados. En primer lugar, el servicio médico está funcionando sin contar con la autorización sanitaria de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), prerrequisitos indispensables para prevenir riesgos sanitarios en la prestación del servicio. Por otro lado, presenta una falta casi generalizada de instrumental médico. Dos consultorios fueron improvisados en una sala antes reservada para la dirección. Si bien esta decisión permite incrementar la disponibilidad de consultas, no garantiza la confidencialidad del acto médico ni respeta la intimidad de los pacientes, principios fundamentales de una atención médica de calidad. Además, algunos de los consultorios tienen paredes de vidrio, lo cual no garantiza la privacidad en las consultas además de resultar peligroso.

El material de curación, los medicamentos e instrumental se encuentran disponibles para la atención de urgencias y curación, no obstante, el carro rojo está incompleto. El electrocardiógrafo presenta deficiencias técnicas que conlleva a que los estudios practicados no se realizan de forma adecuada y, por ende, no se asegure la certeza de los resultados obtenidos. Asimismo, la unidad médica presenta una subutilización de algunas áreas. El servicio de rayos X, que cuenta con todo el equipo, no funciona por falta de personal técnico especializado, debiendo trasladar a los pacientes a la Penitenciaría en caso de necesitar este tipo de estudios. El área de hospitalización con sus cuatro camas censables, no está concebida como tal, sino como un espacio de observación por un tiempo que no rebase las 24 horas. Las personas que requieren hospitalización son ubicadas en un área de ingreso que no cumple con los requisitos para tal fin.

¹⁵⁷ CDHDF, Recomendación 6/2009, *op. cit.*, quinto punto recomendatorio.

Cuadro iii.19 Servicios de la unidad médica (Ceresova)

	¿El servicio existe y funciona?	Turno	Personal disponible
Servicio consulta externa (general)	Sí	Matutino y vespertino (lunes a viernes)	
Servicio de urgencias	Sí	24 horas, 365 días	Ocho médicos
Enfermería	Sí	24 horas, 365 días	Nueve enfermeros(as)
Servicio de hospitalización	No	-	
Servicio consulta especialidad	Sí (Psiquiatría)	Matutino (lunes, miércoles y viernes)	Un psiquiatra
Servicio de odontología	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Un odontólogo
Servicio de rayos X	No	-	-
Oficina de trabajo social	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Un trabajador social
Oficina de archivo clínico	Sí	Matutino y vespertino (lunes a viernes)	Dos personas
Farmacia	Sí	Matutino y vespertino (lunes a viernes)	Dos personas
Área administrativa y directiva	Sí	Flexible	Cuatro personas y persona encargada

El servicio médico está a cargo de un equipo de trabajo integrado por un total de 29 personas, incluyendo a la encargada, entre médicos generales, especialistas, dentistas, personal de enfermería y personal administrativo. La totalidad del personal está contratado bajo la modalidad de honorarios, sin gozar de la totalidad de las prestaciones de ley. Para atender de forma oportuna la demanda de consultas, se necesitaría la incorporación de un mayor número de médicos generales y personal administrativo en apoyo del área de trabajo social. La plantilla actual no permite garantizar un servicio de consulta durante los fines de semana. Cabe resaltar que la disponibilidad de médicos, personal de enfermería y de camas se encuentra por debajo del promedio para el Distrito Federal.

Cuadro iii.20 Personal y camas censables.

Comparación entre la población del Ceresova y la población del Distrito Federal

	Ceresova (2011)	Indicadores de referencia para el Distrito Federal
Médicos(as) generales por cada 1 000 internos/habitantes	3.2	4.3
Personal de enfermería por cada 1 000 internos/habitantes	3.6	4.4
Camas censables por cada 1 000 internos/habitantes	1.6	2.3

La consulta general se da en un horario de lunes a viernes en turnos matutino y vespertino, con 10 consultas por médico, acumulando un promedio de atención de 50 pacientes al día. La estimación de consultas por 1 000 internos se encuentra por arriba de la observada en los reclusorios preventivos. Entre julio de 2010 y enero de 2011, la unidad médica reportó una productividad de 9 307 servicios, entre consultas y certificaciones médicas, es decir, alrededor de 1 330 servicios al mes.

Cuadro iii.21 Promedio de consultas al día y estimación por cada 1 000 internos (Ceresova)

	Promedio al día	Estimación del promedio por cada 1 000 internos
Consultas de medicina general	50	20.1

b) ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS: PROCEDIMIENTOS Y OPORTUNIDADES

Hasta el mes de mayo de 2011, el procedimiento para el acceso a la atención médica se realizaba a través de pases que la unidad médica repartía, el día anterior, al jefe en turno de los técnicos penitenciarios. De esta forma, ningún interno podía acudir a la unidad médica sin el previo consentimiento del personal técnico. La CDHDF propuso la eliminación del sistema de pases; sin embargo esta medida no fue adoptada por las autoridades —unidad médica y dirección del Centro de Reclusión—, con lo cual se pretendía que todo interno paciente que requiriera de atención médica pudiera ingresar directamente al servicio para solicitar consulta, sin requerir la autorización previa del personal técnico.

El procedimiento de pases se mantiene incluso para las personas segregadas, ubicadas en zona de protección, castigo o en el módulo de máxima seguridad, que reportan dificultades para el acceso al servicio médico; 75% de las personas entrevistadas que dijeron haber estado enfermas en estas zonas, no recibió atención médica, el segundo porcentaje más alto en comparación con los demás reclusorios.

Las quejas investigadas por la CDHDF revelan una situación particularmente difícil para los internos del módulo de máxima seguridad *Diamante*, discriminados en su acceso a los servicios médicos y a la atención especializada cuando la requieren. La Subsecretaría de Sistema Penitenciario tiene asignado a técnicos penitenciarios médicos en este módulo, sin embargo, la CDHDF ha sido informada de omisiones y/o retardos en valorar a los internos, así como la carencia de insumos. En ocasiones, el personal médico de la unidad médica acude a esta zona, no obstante, la valoración médica se lleva a cabo en condiciones precarias y sin contar con el instrumental ni el equipo de diagnóstico requerido para una atención de calidad. La “alta peligrosidad” de los internos es un argumento reiterado por parte del personal sanitario para restringir el traslado de los pacientes a la unidad médica o para no referirlos a instituciones externas en caso de requerir atención especializada o en caso de urgencias.

Cuadro iii.22 Acceso a servicios médicos en zonas de aislamiento y urgencia (Ceresova)

Porcentaje de personas entrevistadas que estuvieron enfermas en zonas de aislamiento y no recibieron atención médica	75%
Porcentaje de personas que tuvieron una urgencia y no fueron atendidas de forma inmediata	10%

Más de la mitad de los internos entrevistados comentó la obstaculización por parte del personal de seguridad y custodia para acceder a la unidad médica, principalmente porque el personal de los dormitorios (76%) o en las esclusas (18%) le impide salir o le restringe el paso, cifras igualmente de las más altas. Este hecho puede ser relacionado con la mayor dependencia y sujeción de los internos de este centro frente a la autoridad. Los casos de extorsión son también de los más altos: 17% de los entrevistados denunció haber sido víctima de extorsión por parte del personal de seguridad para recibir atención médica, debiendo pagar a los custodios una cantidad que oscila, por lo general, entre seis y 10 pesos.

Cuadro iii.23 Casos de obstaculización del acceso a los servicios médicos y casos de extorsión por parte del personal de seguridad y custodia (Ceresova)

Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido problema con el personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	57%
Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido que pagar al personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	17%
Porcentaje de personas entrevistadas que señalan negativa del acceso a la atención por parte del personal médico	40%

Un porcentaje muy importante de los internos entrevistados (40%) enfrentaron casos de negación de la atención por parte de la unidad médica, principalmente por insuficiencia de personal. En los casos de urgencias, 10% de los entrevistados reporta no haber sido atendido de forma oportuna. Cuando

es consulta, la espera es mayor. Sólo 60% afirma que se accede a la atención el mismo día. El resto se tarda entre unos días (27%) y unas semanas (7%). Otros afirman que esperan varios meses.

c) CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD MÉDICA

Una vez en la unidad médica, los internos esperan en promedio alrededor de una hora para ser valorados. Sólo 72% de los entrevistados estima que el personal los revisa siempre con atención, y 69% que le dan toda la información sobre su padecimiento, el tratamiento a seguir y los cuidados que requiere. 76% de los internos entrevistados dice tener un expediente clínico, no obstante, apenas 64% de ellos afirma que el personal médico que lo atiende, consulta y actualiza su expediente en la consulta. La revisión de una muestra de expedientes permitió distinguir que las notas de evolución y de referencia-contrarreferencia o las hojas de enfermería son correctamente integradas, aunque, no todos los expedientes cuentan con la historia clínica inicial del paciente o con los resultados de los estudios practicados. Asimismo, los internos entrevistados denunciaron actitudes prepotentes y groseras del personal de la unidad médica, además de la falta de control y seguimiento en la atención médica.

La percepción de los internos es muy severa en relación con el acceso a las medicinas y materiales: 46% de la población entrevistada comenta no encontrar los medicamentos que le receta el personal médico, debiendo en su mayoría solicitar a su familia o amigos que se los compren. 31% afirma no haber tenido acceso a la atención e insumos necesarios para la realización de curación o rehabilitación que requería. En este mismo sentido, la farmacia reporta un abasto limitado en relación con los medicamentos (51% al 75%) y en mejores condiciones respecto del material de curación (75% al 100%). Durante las entrevistas no se reportaron problemas relacionados con el acceso y la calidad de las dietas proporcionadas por razones de salud. No obstante, se hace constar en varias de las quejas recibidas e investigadas por la CDHDF, que las dietas no corresponden a las necesidades de los internos.

Cuadro iii.24 Acceso a medicamentos, dietas especiales por razón de salud y material de curación (Ceresova)

Porcentaje de personas que no siempre tienen acceso a los medicamentos	46%
Porcentaje de personas con dieta especial que no responde a sus necesidades	0%
Porcentaje de personas que no tuvieron acceso a la atención o al material necesario para curación o rehabilitación	31%

d) MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y ACCESO A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

El acceso a la unidad médica no parece ser limitado a un número cerrado de consultas al mes, pues 69% de los internos entrevistados comenta que se puede acudir al servicio médico las veces que sean necesarias; no obstante, a través de las entrevistas, se evidenciaron ciertas deficiencias en el seguimiento médico de los pacientes. Por un lado, 20% de los internos entrevistados que fueron referidos a una institución externa de mayor nivel de resolución, valora de forma negativa el seguimiento que el personal de la unidad médica le dio a su estado de salud al regresar al centro de reclusión. Por otro, la mayoría (71%) de las personas que tienen alguna enfermedad o padecimiento y que requieren de una atención permanente y de especialidad, dice no tener acceso a ella; ninguno de ellos tuvo contacto con otras instituciones especializadas en su enfermedad o discapacidad.

La unidad médica ha implementado un *carner* y la posibilidad de programar citas para la atención de las personas con enfermedades crónico-degenerativas en particular con diabetes o hipertensión arterial, aunque el personal de la unidad médica le reserva poca atención al seguimiento, siendo los propios internos que deben insistir y presionar al personal ser atendidos o referidos a otra institución.

Esa unidad médica no cuenta con un censo de las personas adultas mayores, y las personas censadas con discapacidad física o sensorial tampoco se benefician de medidas o programas de seguimiento. Las personas con adicciones que lo solicitan, y en los límites de las capacidades instaladas, participan en la Clínica Integral Multidisciplinaria para el Tratamiento de Adicciones albergada en una parte del Dormitorio D.¹⁵⁸

Caso de violación del derecho a la salud en el Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla (Ceresova)

Un paciente del Ceresova fue atendido en consulta odontológica tras sufrir una inflamación en la mejilla izquierda. Un médico le indicó que tenía un absceso, le recetó algunos medicamentos para el dolor e inflamación y le avisó que regresara con posterioridad, ya que era necesario que le retiraran el absceso. Al persistir el dolor, el interno acudió nuevamente al servicio médico donde el personal le indicó que no se le podía retirar dicho absceso y que tenía que seguir con los mismos medicamentos. A pesar de que el lipoma que presentaba el agraviado no se disolvía con las medicinas suministradas, existió retraso en referir al interno a una valoración e intervención médica especializada. La CDHDF tuvo que intervenir para que el interno recibiera la atención médica necesaria para resolver su padecimiento. Se le extrajo el lipoma mediante cirugía general, lo cual fue determinante para que dicho padecimiento no se agravara y recuperara su estado de salud.

5. Penitenciaría del Distrito Federal¹⁵⁹

La Penitenciaría del Distrito Federal fue inaugurada el 14 de octubre de 1957 aunque los primeros 72 internos llegaron a principios del siguiente año. Su construcción de tipo peine se ha ido modificando a lo largo del tiempo para responder a la demanda de una población creciente.¹⁶⁰ Es la cárcel más antigua del Distrito Federal lo cual se refleja en las instalaciones que se encuentran muy deterioradas. En el periodo 2007-2010, este centro albergó una población de alrededor de 2 300 personas.¹⁶¹ En su mayoría, la población se encuentra cumpliendo condenas por delitos del fuero común aunque está en aumento, desde el año 2009, las personas sentenciadas por delitos de carácter federal. Al mes de mayo de 2011, albergaba un total de 2 757 personas.

a) DISPONIBILIDAD DE RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

La unidad médica de la Penitenciaría cuenta con todos los servicios establecidos en el Manual de organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal. Siendo una unidad hospitalaria de segundo nivel de atención, cuenta con un área de hospitalización con 20 camas censables y un servicio de quirófano que fue remodelado e inaugurado el 16 de agosto de 2010. Sin embargo, en la actualidad, no está funcionado en su totalidad por presentar anomalías en su construcción y no contar con la autorización de la Cofepris. Se utiliza únicamente para la realización de cirugías menores.

Inaugurada en 1975 y en funcionamiento desde 1976, esta unidad médica presenta muestras claras de una falta de mantenimiento generalizado. La iluminación y ventilación son las adecuadas, aunque se observaron falta de focos, algunos vidrios rotos y la ausencia de mosquiteros en las ventanas. Las personas entrevistadas consideran que las instalaciones de la unidad médica se encuentran en condicio-

¹⁵⁸ En el capítulo IV se hace una valoración más detallada de la situación del derecho a la salud de algunos grupos de población.

¹⁵⁹ A excepción de la información referenciada, los datos que se presentan en esta sección provienen de una visita realizada en la Penitenciaría del Distrito Federal el 24 de mayo de 2011, en la que se aplicaron cuestionarios a 30 internos, cinco custodios y se entrevistó al doctor José Carlos Bautista Ramírez, encargado ese día de la unidad médica en ausencia de la directora, doctora Oralia Pérez Baltazar. Los cuadros y gráficos incluidos en este apartado fueron elaborados por el CIADH a partir de la sistematización de la información recabada durante la visita.

¹⁶⁰ "Penitenciaría del Distrito Federal", portal de internet de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario <www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/penitenciaria.html> (consultado en marzo de 2011).

¹⁶¹ Cifra al 31 julio de 2010. Gobierno del Distrito Federal, *Cuarto Informe de Gobierno, op. cit.*, pp. 192-193.

nes regulares (50%). No obstante, la seguridad del personal médico no está garantizada, dada la falta de elementos de seguridad para resguardar la unidad: se cuenta con un solo custodio en la entrada de la misma.

Los consultorios cuentan con insumos mínimos, carecen de instrumental y no hay contenedores para basura y residuos peligrosos. El servicio de atención a urgencias no tiene aspirador y el carro rojo no está completo. El servicio de hospitalización consta con un total de 16 camas y 4 adicionales en un cuarto aislado. Los baños y regaderas son insuficientes y rudimentarios. Un sólo cuarto de hospitalización cuenta con baño propio que se comparte entre todos los pacientes hospitalizados. El gabinete de radiodiagnóstico y los consultorios de odontología se encuentran en buen estado y con el mobiliario y el equipo requerido; el espacio de la farmacia es el adecuado para el almacenamiento de los medicamentos.

Cuadro iii.25 Servicios de la unidad médica (Penitenciaría)

	¿El servicio existe y funciona?	Turno	Personal disponible
Servicio consulta externa (general)	Sí	Turno matutino y vespertino, (lunes a viernes)	20 médicos
Servicio de urgencias	Sí	24 horas (toda la semana)	
Enfermería	Sí	24 horas (toda la semana)	28 enfermeros(as)
Servicio de hospitalización	Sí,	24 horas (toda la semana)	
	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Un psiquiatra
Servicio consulta especialidad	(psiquiatría)		
	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Un cirujano general
	(Cirugía general)		
Servicio de odontología	Sí	Matutino (toda la semana)	Cinco odontólogos
Servicio de rayos X	Sí	Matutino (lunes a viernes) Matutino y vespertino (sábado y domingo)	Dos personas
Oficina de trabajo social	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Un trabajadora social
Oficina de archivo clínico	Sí	Matutino y vespertino (sábado y domingo)	Dos personas
Farmacia	Sí	Matutino y vespertino (toda la semana)	Cuatro personas
Área administrativa y directiva	Sí	Flexible	14 personas Una encargada
Servicio de quirófano	No	-	-

La plantilla de personal se compone de 79 personas, entre médicos generales y de especialidad (psiquiatra y cirugía general), odontólogos, personal de enfermería y administrativos. El servicio de rayos X, la farmacia y el área de archivo clínico están funcionando toda la semana, aunque en la experiencia de la CDHDF, se ha observado que, algunas áreas, en particular el archivo, permanecen cerradas por las tardes así como los fines de semana. El personal médico y de enfermería aumentó en comparación con el año 2005,¹⁶² y se encuentra por arriba de los promedios observados en la población abierta, aunque ello no garantiza una atención oportuna por las irregularidades que se han observado a través de las quejas recibidas en la CDHDF respecto de la accesibilidad y calidad de los servicios médicos proporcionados.

¹⁶² En 2005 contaba con 17 médicos y 27 enfermeras. CDHDF, *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión del Distrito Federal 2005, op. cit.*, pp. 122-123.

Cuadro iii.26 Personal y camas censables.

Comparación entre la población de la Penitenciaría y la población del Distrito Federal

	Penitenciaría (2011)	Indicadores de referencia para el Distrito Federal
Médicos(as) generales por cada 1 000 internos/habitantes	7.3	4.3
Personal de enfermería por cada 1 000 internos/habitantes	10.2	4.4
Camas censables por cada 1 000 internos/habitantes	7.3	2.3

Durante el año 2010, la unidad médica reporta la atención de 89 urgencias y la realización de 1 754 consultas generales en promedio al mes, es decir alrededor de 57.5 consultas diarias. Además, la unidad médica recibe pacientes de otros reclusorios. En particular, acuden los pacientes del Ceresova para la realización de estudios de rayos X y, de forma excepcional, pacientes de otros centros que requieren una cirugía menor.

Cuadro iii.27 Promedio de consultas al día y estimación por cada 1 000 internos (Penitenciaría)

	Promedio al día	Estimación del promedio por cada 1 000 internos
Consultas de medicina general	57.5	20.9

b) ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS: PROCEDIMIENTOS Y OPORTUNIDADES

Para acceder a la consulta general, los internos deben presentarse en la unidad médica y anotarse en una lista, en un horario de 8:00 a 9:00 horas para el turno matutino y de 12:00 a 13:00 horas para el vespertino. Pero, en este centro, la mayoría de los internos están segregados lo que limita el acceso a la unidad médica. Los internos tienen una movilidad restringida y su canalización a la unidad médica resulta supeditada a la propia decisión y voluntad del personal técnico penitenciario y de los custodios. La atención para la población segregada se da de forma restringida, por las tardes, los lunes, miércoles y viernes de 16:00 a 20:00 horas y los martes y jueves de 18:00 a 20:00 horas. Cada zona tiene un día específico en el que se puede solicitar la consulta, fuera de ello sólo se atienden casos de urgencias. Para acceder a la unidad médica, los internos deben solicitarlo al personal técnico penitenciario y ser llevados a la unidad en estos horarios, acompañados por personal de seguridad. En la visita, internos en zonas de protección comentaron que hacía más de 10 días que el personal técnico penitenciario no acudía a esta zona y, por ende, que los internos allí reclusos no tenían la posibilidad de acudir a la unidad médica. En las entrevistas, resalta que 57% de las personas que habían estado enfermas en zonas de aislamiento, no recibió atención médica; 18% de las personas que tuvieron una urgencia, no fue atendida de forma inmediata.

Cuadro iii.28 Acceso a servicios médicos en zonas de aislamiento y urgencia (Penitenciaría)

Porcentaje de personas entrevistadas que estuvieron enfermas en zonas de aislamiento y no recibieron atención médica	57%
Porcentaje de personas que tuvieron una urgencia y no fueron atendidas de forma inmediata	18%

Un tercio de las personas entrevistadas comenta haber tenido problemas con el personal de seguridad y custodia para acudir al servicio médico, la mitad con el personal de sus respectivos dormitorios y, la otra, con el personal ubicado en las esclusas; 13% tuvo que pagar más de seis pesos al personal de seguridad de la unidad médica para acceder a los servicios médicos.

Cuadro iii.29 Casos de obstaculización del acceso a los servicios médicos y casos de extorsión por parte del personal de seguridad y custodia (Penitenciaria)

Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido problema con el personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	33%
Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido que pagar al personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	13%
Porcentaje de personas entrevistadas que señalan negativa del acceso a la atención por parte del personal médico	40%

Respecto a la consulta general, 83% de la población entrevistada dice conseguir la ficha el mismo día. No obstante, 40% reporta que el personal de la unidad médica, en ocasiones, le niega el acceso a la atención, sin razón evidente o argumentándole que su enfermedad es fingida. En referencia con la consulta de odontología, se reportan casos de pacientes que no pudieron acceder a ella por no estar en condición de solventar los gastos del material dental requerido para la atención.

c) CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD MÉDICA

Las personas entrevistadas reportan un largo tiempo de espera para ser atendidas: 40% se tarda entre 30 minutos y una hora, y otro 40% más de una hora, en un promedio de tres horas. En relación con el trato general recibido por el personal de la unidad médica, los internos denuncian el desinterés del personal y su falta de profesionalismo y compromiso.

La consulta dura en su mayoría más de 10 minutos aunque 37% de los internos entrevistados dice no recibir siempre por parte de los médicos la información necesaria sobre su padecimiento y los cuidados que requieren. Casi todas las personas entrevistadas confirman tener un expediente clínico resguardado en la unidad médica, no obstante, sólo 76% afirma que el médico lo consulta y actualiza siempre durante la consulta. La revisión de una muestra de expedientes arrojó que, por lo general, las notas de evolución, las notas de referencia y las hojas de enfermería están integradas debidamente; no obstante, existe cierto descuido en la integración de la historia clínica inicial, lo cual no satisface los requerimientos de la Norma Oficial Mexicana al respecto.

En cuanto al acceso al tratamiento, un tercio de los internos entrevistados estima no haber tenido acceso a la atención y al material de curación y rehabilitación en caso de haberlos necesitado. El acceso a las dietas especiales y a los medicamentos son aspectos aún más criticados. En este centro de reclusión, sólo las personas hospitalizadas o integrantes del programa de atención al VIH/sida tienen acceso a dietas especiales, aunque 43% de los internos entrevistados reporta tener dificultades para acceder a ella, y 57% que esas dietas no corresponden a sus necesidades.¹⁶³

Por otro lado, sólo 27% de los entrevistados comenta tener acceso a los medicamentos que les recetan los médicos, dato que contradice la percepción del personal de la unidad médica que confirmó un abasto casi total en relación con los medicamentos y el material de curación. En ocasiones, cuando el medicamento requerido no se encuentra, el personal de la farmacia lo sustituye por otro que cubre el mismo espectro; no obstante, la mayoría de los internos entrevistados afirma tener que conseguir las medicinas por otras vías: la mitad las pide a sus familiares o amigos, un tercio las compra a otros internos y el resto no toma el tratamiento por falta de recursos.

¹⁶³ El suministro de dietas especiales por razones de salud es una obligación compartida entre la unidad médica y la autoridad penitenciaria; la primera elabora las dietas con productos que surte la Subsecretaría de Sistema Penitenciario.

Cuadro iii.30 Acceso a medicamentos, dietas especiales por razón de salud y material de curación (Penitenciaria)

Porcentaje de personas que no siempre tienen acceso a los medicamentos	73%
Porcentaje de personas con dieta especial que tienen acceso a una dieta que no responde a sus necesidades	57%
Porcentaje de personas que no tuvieron acceso a la atención o al material necesario para curación o rehabilitación	33%

d) MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y ACCESO A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Sólo 23% de los internos dice poder acudir a la unidad médica las veces que sean necesarias, dando a entender que la posibilidad de consultar a un médico se encuentra restringida a aspectos formales y no a las necesidades fisiológicas. En relación con el acceso a la atención especializada resulta preocupante que 47% de las personas entrevistadas haya comentado que, en algunas ocasiones, el personal de la unidad médica le ha negado la autorización para ser referido. De las personas entrevistadas que sí fueron trasladadas, 38% reporta que la unidad médica no les dio un seguimiento adecuado a su regreso al centro.

El problema del seguimiento se hace más evidente al analizar el caso de los pacientes que requieren de una atención especializada y de forma permanente. La mitad de ellos dice que la unidad médica no le garantiza una atención especializada y permanente y 64% que no recibe los medicamentos requeridos. Sólo 41% de ellos ha tenido contacto con otras instituciones especializadas en su enfermedad.

La unidad médica cuenta con una relación de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y con tratamiento psiquiátrico. Su atención se realiza a través de citas programadas aunque esos internos denuncian que no son atendidos ni con la frecuencia ni con los cuidados que requieren. Por su lado, ni las personas con discapacidad motriz o sensorial ni las personas adultas mayores cuentan con seguimiento médico. Las personas con adicciones que integran el programa de desintoxicación, ubicadas en el dormitorio 5 tampoco cuentan con seguimiento médico.

En 1994 se designó un área específica (dormitorio 10) para albergar a pacientes que viven con VIH/sida, como una medida preventiva y con el establecimiento de un programa para su atención¹⁶⁴ a cargo de la Clínica Especializada Condesa. A la fecha se encuentran internadas 113 personas y el médico asignado resulta insuficiente para atender a esa población que requiere de una atención especializada y un seguimiento permanente. El abasto de los medicamentos antirretrovirales es adecuado aunque su suministro no se da siempre en el tiempo requerido. Esta situación se complica cuando los pacientes son aislados y que no pueden acudir a recoger personalmente sus medicamentos, lo que puede poner en riesgo su estado de salud. Además, los internos denuncian malos tratos por parte del personal de la unidad médica que no cuenta con los conocimientos requeridos para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida. Por otro lado, personal de la unidad médica ha denunciado ante la CDHDF no contar con las condiciones de seguridad e higiene requeridas para atender a esos pacientes, como son, por ejemplo, cubrebocas y batas quirúrgicas desechables, lo que se agrava por la falta de material adecuado.¹⁶⁵

¹⁶⁴ Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Modelo de atención a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal, *op. cit.*, p. 7.

¹⁶⁵ En el capítulo IV se presenta una valoración más detallada de la situación del derecho a la salud de algunos grupos de población.

Caso de violación del derecho a la salud en la Penitenciaría del Distrito Federal

Un interno de la Penitenciaría del Distrito Federal padecía de orquiepididimitis, por lo que debía ser intervenido quirúrgicamente de los testículos. En reiteradas ocasiones había acudido a la unidad médica, donde únicamente se le trataba el síntoma de dolor que presentaba sin resolver su padecimiento y se le negaba la referencia a un hospital donde pudiera recibir la atención médica especializada que su estado de salud requería. En enero de 2010, tras la intervención de la CDHDF, fue trasladado al Hospital Enrique Cabrera a fin de realizarle un ultrasonido, donde fue diagnosticado con *probable carcinoma testicular bilateral*. En febrero de 2010, el interno recibió atención especializada en el Instituto Nacional de Cancerología. Como resultado fue necesario que le extirparan el testículo izquierdo.

6. Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente¹⁶⁶

Construido en 1987 a un costado del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente y bajo el mismo diseño tipo *peine*, el Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente (CESPVO) fue inicialmente operado como centro de reclusión femenil. Al ser habilitado el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla en 2004, la población femenil fue transferida y el anexo comenzó a funcionar como centro de ejecución de sanciones penales para población varonil, a partir del 24 de febrero de 2005, con la finalidad de albergar a internos próximos a salir en libertad y que cubran perfiles de buena conducta.¹⁶⁷ Construido bajo el mismo esquema arquitectónico que los otros anexos femeniles de los centros preventivos, en 2010 albergaba a 512 personas, en su mayoría personas sentenciadas por delitos del fuero común.¹⁶⁸ El 17 mayo de 2011, fecha de la visita, lo habitaban 471 personas.

a) DISPONIBILIDAD DE RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

El CESPVO no cuenta con unidad médica, la que había cuando el centro era femenil fue inhabilitada cuando se convirtió en centro varonil. Los internos deben tener acceso a los servicios de la unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente colindante, no obstante, en fechas recientes y con la finalidad de limitar los traslados que requieren la movilización de personal de seguridad, se asignó a un técnico penitenciario —en la actualidad es una mujer— adscrita a la Subsecretaría de Sistema Penitenciario, con formación de medicina general, para fungir como médico durante la semana.¹⁶⁹ El centro cuenta con escasos recursos materiales y humanos para la atención médica de los internos. Se labora en un cuarto que pertenecía a la anterior unidad médica, teniendo como insumos básicos, un estetoscopio, una dotación mínima de medicamentos y material de curación que sólo permite brindar atención general y atender urgencias menores. No cuenta con personal de enfermería, ni con estuche de diagnóstico o equipo de sutura, ni con papelería o equipo de cómputo. Los pocos insumos y medicamentos se consiguen a través de gestiones realizadas con el encargado de la unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

¹⁶⁶ A excepción de la información referenciada, los datos que se presentan en esta sección proviene de una visita realizada el 17 de mayo de 2011 al Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente en la que se aplicaron cuestionarios a 30 internos, seis custodios y se entrevistó a la técnica penitenciaria Lourdes Claudia Chávez Peña, licenciada en medicina general, encargada del servicio médico en este centro. Los cuadros y gráficos incluidos en este apartado fueron elaborados por el CIADH a partir de la sistematización de la información recabada durante la visita.

¹⁶⁷ “Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente”, portal de internet de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario, <www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/sp_varonil_orient.html> (consultado en julio de 2011).

¹⁶⁸ Cifra al 31 julio de 2010. Gobierno del Distrito Federal, *Cuarto Informe de Gobierno*, op. cit., p. 192-193.

¹⁶⁹ Al finalizar la integración del presente informe a principios de septiembre de 2011, la CDHDF tuvo conocimiento que la técnica penitenciaria había sido suspendida de sus funciones, dejando sin personal el servicio médico.

Cuadro iii.31 Servicios del servicio médico (CESPVO)

	¿El servicio existe y funciona?	Turno	Personal disponible
Servicio consulta externa (general)	Sí	Matutino y vespertino (lunes a viernes)	Un médico general
Servicio de urgencias	No	-	-
Enfermería	No	-	-
Servicio de hospitalización	No	-	-
Servicio consulta especialidad	No	-	-
Servicio de odontología	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Un odontólogo
Servicio de rayos X	No	-	-
Oficina de trabajo social	No	-	-
Oficina de archivo clínico	No	-	-
Farmacia	No	-	-
Área administrativa y directiva	No	-	-

La médica labora de lunes a viernes en ambos turnos matutino y vespertino. El odontólogo trabaja únicamente el turno matutino. Si por una situación extraordinaria, la doctora o el odontólogo se ausentan o son inhabilitados, no hay personal que lo supla, lo que ocasiona graves problemas que repercuten en la salud de las personas. Lo anterior hace evidente la necesidad de mayores recursos humanos para cubrir los tres turnos, incluyendo los fines de semanas y días festivos, asegurar las suplencias en caso de ausencia del personal, y garantizar un servicio continuo, por lo menos de la consulta externa, del área de estomatología y la atención de urgencias. La disponibilidad de personal y de camas censables se encuentra por debajo de los promedios para la población en libertad en el Distrito Federal.

Cuadro iii.32 Personal y camas censables.

Comparación entre la población del CESPVO y la población del Distrito Federal

	cespvo (2011)	Indicadores de referencia para el Distrito Federal
Médicos(as) generales por cada 1 000 internos/habitantes	2.1	4.3
Personal de enfermería por cada 1 000 internos/habitantes	0	4.4
Camas censables por cada 1 000 internos/habitantes	0	2.3

La doctora reporta un promedio de 15 consultas diarias, en un horario de 9:00 a 18:00 horas.

Cuadro iii.33 Consultas al día y estimación del promedio por cada 1 000 internos (CESPVO)

	Promedio al día	Estimación del promedio por cada 1 000 internos
Consultas de medicina general	15	31.8

b) ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS: PROCEDIMIENTOS Y OPORTUNIDADES

Para ser atendidos, los internos deben avisar al personal técnico penitenciario, para que los apunte en la lista de pacientes para la consulta. En casos excepcionales en los que una persona no puede moverse de su estancia, la doctora acude a los dormitorios para valorar el estado de salud del interno que así lo requiere. En caso de necesitar un estudio, atención psiquiátrica o urgencias, los traslados a la unidad médica son determinados por la médica penitenciaria. Cuando no se encuentra, por ejemplo, los fines de semana, esa decisión recae en el personal de seguridad y los técnicos penitenciarios, con la autorización del área jurídica, fuera de criterios de orden médico.

Las personas ubicadas en zonas de aislamiento que requieren de atención médica deben hacerlo saber al personal técnico penitenciario, quien los anota y va llamando conforme a la disponibilidad de la médica. No existen mecanismos ni procedimientos establecidos para que el personal médico pueda visitar de forma periódica y espontánea estas zonas y valorar directamente el estado de salud de las personas aisladas. Los cuestionarios revelan que 63% de las personas que habían estado enfermas en una zona de aislamiento, no tuvo acceso a la atención médica necesaria. De la misma forma, cuando se presenta un caso de urgencia, son el personal de seguridad y los técnicos penitenciarios que, por iniciativa propia, dan aviso al personal médico. Cuando el personal médico no se encuentra, es también el personal técnico penitenciario o de seguridad quien decide si el interno será trasladado al servicio de urgencias de la unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. 89% de los internos entrevistados que reportan haber tenido una urgencia, fue atendido de forma inmediata.

Cuadro iii.34 Acceso a servicios médicos en zonas de aislamiento y urgencia (CESPVO)

Porcentaje de personas entrevistadas que estuvieron enfermas en zonas de aislamiento y no recibieron atención médica	63%
Porcentaje de personas que tuvieron una urgencia y no fueron atendidas de forma inmediata	11%

En las entrevistas, 20% de los internos comentaron la obstaculización del acceso al servicio médico por parte del personal de seguridad y custodia. En ningún caso denunciaron extorsión para recibir atención médica.

Cuadro iii.35 Casos de obstaculización del acceso a los servicios médicos y casos de extorsión por parte del personal de seguridad y custodia (CESPVO)

Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido problema con el personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	20%
Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido que pagar al personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	0%

c) CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD MÉDICA

Una tercera parte de las personas entrevistadas reporta haber tenido problemas con el personal técnico penitenciario asignado al servicio médico, la mayoría porque le negó la atención médica. La falta de expedientes clínicos es otro indicador de una atención médica deficiente. Únicamente los pacientes que han recibido consulta médica en los últimos dos meses cuentan con un expediente clínico.

La falta de servicios médicos se refleja en el difícil acceso al tratamiento que enfrentan los internos de este centro: 86% de la población entrevistada no tiene acceso a los medicamentos que les receta el médico. Como alternativa, los adquieren a través de otros internos o con sus familiares. Algunos no toman el tratamiento. En relación con el acceso a curación o rehabilitación, 60% de las personas entrevistadas que lo han necesitado, no tuvo acceso a la atención o al material necesario de forma satisfactoria. En relación con las dietas especiales por razones de salud, en particular en casos de diabetes, hipertensión o gastritis, 63% de los entrevistados dice haber tenido dificultades para acceder a ella y la totalidad refiere que la dieta proporcionada no corresponde a sus necesidades.

Cuadro iii.36 Acceso a medicamentos, dietas especiales por razón de salud y material de curación (CESPVO)

Porcentaje de personas que no siempre tienen acceso a los medicamentos	86%
Porcentaje de personas con dieta especial que tienen acceso a una dieta que no responde a sus necesidades	100%
Porcentaje de personas que no tuvieron acceso a la atención o al material necesario para curación o rehabilitación	60%

d) MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y ACCESO A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Según la autoridad, la intención es censar al conjunto de la población del centro y asegurar que tenga un seguimiento periódico, no obstante, a la fecha, no existe ni un sistema de carnet ni de citas programadas que permitan asegurar la periodicidad de las consultas y garantizar un seguimiento oportuno de los pacientes. Las personas con discapacidad física y sensorial o adultas mayores están confinadas en un dormitorio específico para personas en situación de vulnerabilidad, pero no cuentan con atención periódica ni adaptada a sus necesidades.¹⁷⁰

En caso de requerir un estudio de rayos X o una consulta con un médico de la unidad médica colindante, existe la posibilidad de que el paciente sea transferido. No obstante, en todos los casos los traslados se realizan siempre y cuando se cuente con el personal técnico penitenciario o de seguridad disponible. Ningún interno puede llegar por sus propios medios a la unidad médica del centro preventivo. Por regla general, la autoridad procura limitar los traslados que tienen implicaciones a nivel de la gestión del personal de seguridad, pues, al no haber técnicos penitenciarios suficientes, los técnicos de seguridad deben acompañar a los internos, dejando sus otras funciones cotidianas.

Los múltiples filtros existentes se traducen en la falta de rapidez para conseguir las citas en la unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. Los internos del cespvo son los que más tiempo tardan, en comparación con los demás centros, para conseguir una ficha o cita en la unidad médica: apenas 23% dice conseguir la ficha o cita el mismo día en que la requiere. Estas dificultades se traducen en que, de las personas entrevistadas que necesitan atención médica especializada y permanente, sólo 10% la recibe.

Caso de violación del derecho a la salud de un interno del Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente

Un interno del Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente sufrió una lesión en el ojo. Tres meses después, acudió al servicio médico y la doctora que lo atendió le comentó que posiblemente tenía desprendimiento de retina y requería de atención especializada en oftalmología. Pasaron 8 meses sin que el interno fuera referido a una institución externa para recibir atención médica. Ante el temor de que su estado de salud empeorara y tuviera consecuencias irreversibles, sus familiares interpusieron una queja ante la CDHDF, solicitando su intervención para que la autoridad realizara la referencia y su familiar tuviera acceso al tratamiento y medicamentos requeridos. La queja calificada como presunta violación al derecho a la salud, se encuentra en trámite.

7. Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte¹⁷¹

El Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte (CESPVN) está ubicado en el antes anexo femenino del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, que dejó de fungir como tal a finales del año 2004, cuando las internas fueron trasladadas al nuevo Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla. Los primeros internos entraron en mayo de 2005, siendo la función principal de este centro recibir a aquellos internos próximos a purgar su sentencia.¹⁷² Con diseño tipo peine, éste albergaba a 405 personas en 2010, en su mayoría personas sentenciadas por delitos del fuero común.¹⁷³ Al 12 de mayo de 2011, día de la visita, este centro contaba con un total de 404 internos.

¹⁷⁰ En el capítulo IV se presenta una valoración más detallada de la situación del derecho a la salud de algunos grupos de población.

¹⁷¹ A excepción de la información referenciada, los datos que se presentan en esta sección provienen de la visita realizada el 12 de mayo de 2011, en el Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte, en la que se aplicaron cuestionarios a 30 internos y seis custodios y se entrevistó al técnico penitenciario, Francisco Javier González Espitia, médico forense de formación, encargado del servicio médico en este centro. Los cuadros y gráficos incluidos en este apartado fueron elaborados por el CIADH a partir de la sistematización de la información recabada durante la visita.

¹⁷² “Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte”, portal de internet de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario, <www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/sp_varonil_norte.html> (consultado en julio de 2011).

¹⁷³ Cifra al 31 julio 2010. Gobierno del Distrito Federal. *Cuarto Informe de Gobierno, Ciudad de Vanguardia 2009-2010*, Anexo Estadístico, Cuadro 3.23 Situación jurídica de la población en reclusorios 2007-2010, p. 192-193.

a) DISPONIBILIDAD DE RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

Al convertirse en CESPVN, la unidad médica del anterior anexo femenino se inhabilitó, dado que existía la posibilidad de que la población varonil de nuevo ingreso pudiera ser atendida en la unidad médica del contiguo Reclusorio Preventivo Varonil Norte. En la actualidad, la atención médica de los internos está a cargo de un técnico penitenciario (médico penitenciario, en adelante), adscrito a la Subsecretaría de Sistema Penitenciario. Las consultas tienen lugar en un espacio improvisado que, si bien garantiza la confidencialidad e intimidad en las consultas, no cuenta con las adecuaciones necesarias para el acceso al mismo para personas con discapacidad motriz. Si bien el técnico penitenciario tiene una formación de médico general, no cuenta con el instrumental necesario para diagnóstico, ni material de curación o botiquín de urgencia. Sus únicos insumos de trabajo son un escritorio, una silla y una libreta de recetas médicas.¹⁷⁴

Cuadro. iii.37 Servicios del servicio médico (CESPVN)

	¿El servicio existe y funciona?	Turno	Personal disponible
Servicio consulta externa (general)	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Un médico general
Servicio de urgencias	No	-	-
Enfermería	No	-	-
Servicio de hospitalización	No	-	-
Servicio consulta especialidad	No	-	-
Servicio de odontología	No	-	-
Servicio de rayos X	No	-	-
Oficina de trabajo social	No	-	-
Oficina de archivo clínico	No	-	-
Farmacia	No	-	-
Área administrativa	No	-	-

Esta unidad médica se encuentra por debajo del promedio del Distrito Federal en cuanto a la disponibilidad de médicos generales, personal de enfermería y de camas censables, al no disponer de las dos últimas y contar con la disponibilidad de un único médico. Los diferentes problemas que conlleva el traslado a la unidad médica del reclusorio colindante no permite contabilizarlos como bienes disponibles.

Cuadro iii.38 Personal y camas censables.

Comparación entre la población del CESPVN y la población del Distrito Federal

	cespvn (2011)	Indicadores de referencia para el Distrito Federal
Médicos/as generales por cada 1 000 internos/habitantes	2.5	4.3
Personal de enfermería por cada 1 000 internos/habitantes	0	4.4
Camas censables por cada 1 000 internos/habitantes	0	2.3

Los recursos materiales y humanos se limitan a un espacio improvisado para consultas y a un médico que labora en un horario de 9:00 a 18:00 horas de lunes a viernes. Las 12 consultas que otorga en promedio al día, se reparten en el horario de 10:00 a 11:00 horas, dejando el resto del tiempo al pendiente de posibles urgencias. Cabe señalar que, dado el número de fichas y el horario de las consultas reportadas por el médico, resulta evidente el poco tiempo que se le designa a cada una.

¹⁷⁴ Al finalizar la integración del presente informe a principios de septiembre de 2011, la CDHDF tuvo conocimiento que el técnico penitenciario renunció, quedando sin personal el servicio médico del CESPVN.

Cuadro iii.39 Consultas al día y estimación del promedio por cada 1 000 internos (CESPVN)

	Promedio al día	Estimación del promedio por cada 1 000 internos
Consultas de medicina general	12	29,7

b) ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS: PROCEDIMIENTOS Y OPORTUNIDADES

Para ser atendidos en consulta general, los internos deben formarse desde las 9:00 horas para que, a las 10:00, los técnicos penitenciarios les repartan las fichas disponibles conforme al orden de la fila. Únicamente en casos excepcionales, el médico puede acudir a las estancias para valorar a un paciente que no se puede desplazar. Para las personas en zonas de aislamiento, el procedimiento es más complejo. El técnico médico acude a brindar atención sólo en caso de ser requerido por la autoridad penitenciaria, es decir, no existen mecanismos ni procedimientos establecidos para que el médico pueda visitar de forma periódica y espontánea estas zonas y valorar el estado de salud de las personas allí aisladas, dejando la determinación de accesibilidad a la atención, a la discrecionalidad del personal técnico. A través del cuestionario, se identifica que ninguna de las personas entrevistadas que habían estado enfermas en la zona de aislamiento, tuvo acceso a la atención médica.

El procedimiento para manejar los casos de urgencias no está documentado. El personal técnico penitenciario y de seguridad tiene la encomienda de referir de forma inmediata a cualquier interno que presenta una urgencia médica. No obstante, un tercio de los internos entrevistados que reportan haber tenido una urgencia, refiere no haber sido atendido de forma inmediata. Cuando el médico penitenciario no se encuentra, por ejemplo durante el turno nocturno y los fines de semana, la decisión queda a cargo de los funcionarios técnicos de guardia bajo sus propios criterios.

Cuadro iii.40 Acceso a servicios médicos en zonas de aislamiento y urgencia (CESPVN)

Porcentaje de personas entrevistadas que estuvieron enfermas en zonas de aislamiento y no recibieron atención médica	100%
Porcentaje de personas que tuvieron una urgencia médica y no fueron atendidas de forma inmediata	33%

En las entrevistas, 17% de los internos entrevistados comentaron la obstaculización por parte del personal de seguridad y custodia, y en dos ocasiones se denunciaron casos de extorsión por parte del personal de seguridad para recibir atención médica.

Cuadro iii.41 Casos de obstaculización del acceso a los servicios médicos y casos de extorsión por parte del personal de seguridad y custodia, en porcentaje (CESPVN)

Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido problema con el personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	17%
Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido que pagar al personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	7%

c) CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD MÉDICA

Los pacientes del CESPVN no cuentan con expedientes clínicos, sumado a ello, al no tener ningún instrumento de apoyo para el diagnóstico ni personal de enfermería, el médico sólo está en condición de revisar a los internos de forma sumaria y superficial. Más de la mitad (57%) de las personas entrevistadas reporta haber tenido problemas con el médico penitenciario, la mayoría porque les niega la atención médica o porque sustenta su actuación en criterios discrecionales, en particular respecto del otorgamiento de los pases para acudir a la unidad médica. Otros internos se quejan de que el médico

receta tratamiento que no les ayuda a recuperar su salud. Al tener un único médico, los pacientes no cuentan con otra alternativa ni con la posibilidad de una segunda valoración y opinión médica.

El CESPVN no tiene dotación de medicamentos. Las recetas que emite el médico se surten por el personal penitenciario en la unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, según la disponibilidad de los mismos. De la población entrevistada, 62% no tiene siempre acceso a los medicamentos que les receta el médico. La mayoría los compra a otros internos, no los toma, o los adquiere a través de familiares. Resulta preocupante que, por no contar con los recursos para adquirir la medicina, una tercera parte de los entrevistados dice no tomar el tratamiento recetado. En relación con el acceso a curación o rehabilitación, 83% de las personas que los han necesitado, no tuvo acceso a la atención o al material necesario de forma satisfactoria. En relación con las dietas especiales por razones de salud, 71% de las personas dice haber tenido dificultades para acceder a ella y que la dieta que les proporcionan no corresponde a sus necesidades. De hecho, la CDHDF ha sido informada de malas prácticas en la elaboración de esas dietas. Son los porcentajes más altos observados en todos los centros después del Centro Femenil Santa Martha Acatitla.

Cuadro iii.42 Acceso a medicamentos, dietas especiales por razón de salud y material de curación (CESPVN)

Porcentaje de personas que no siempre tienen acceso a los medicamentos	62%
Porcentaje de personas con dieta especial que no responde a sus necesidades	71%
Porcentaje de personas que no tuvieron acceso a la atención o al material necesario para curación o rehabilitación	83%

d) MECANISMO DE SEGUIMIENTO Y ACCESO A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Si bien se supone que los centros de ejecución de sanciones penales albergan a una población “sana” en el entendido de que los internos que presentan un cuadro de enfermedad crónico- degenerativa, preferentemente se quedan hasta cumplir su pena en los centros preventivos, 57% de las personas entrevistadas en el CESPVN estima requerir de atención médica especializada y permanente, es decir personas con diabetes, hipertensión, con discapacidad motriz o mental. De esas personas, 69% dice no recibir la atención especializada y permanente que necesita por su enfermedad o discapacidad ni tener acceso a los medicamentos necesarios para su tratamiento. Sólo 13% afirma haber tenido contacto con instituciones especializadas para su tratamiento.

Las personas con discapacidad mental o psicosocial son canalizadas a la unidad médica a través de la programación de citas con el personal de psiquiatría. Respecto de las personas adultas mayores y con discapacidad física no existe ningún programa o acción específica para atenderlas de forma periódica, a pesar de estar ubicadas en un dormitorio específico para personas en situación de vulnerabilidad (dormitorio 1). Las personas con adicciones son atendidas a través del Programa Océánica (dormitorio 7).¹⁷⁵

A la fecha, los internos CESPVN no cuentan con acceso directo y de facto a la unidad médica del centro preventivo. Son canalizados únicamente en caso de que fuese necesaria la realización de un estudio de gabinete o atención especializada. En todos los casos, los traslados a la unidad médica se realizan cuando hay personal técnico penitenciario o de seguridad disponible. Ningún interno cuenta con la posibilidad de llegar por sus propios medios. La dificultad para acceder a la atención médica se refleja en los tiempos para conseguir citas: de la encuesta resalta que sólo 40% de las personas entrevistadas consigue la cita en la unidad médica el mismo día que la requiere. Los demás comentan que tienen que esperar entre unos días y varios meses.

¹⁷⁵ En el capítulo IV se presenta una valoración más extensa de la situación del derecho a la salud de algunos grupos de población.

Caso de violación del derecho a la salud en Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte

Un interno del Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte se lastimó el dedo medio de la mano izquierda, por lo que fue valorado por el médico del centro. El siguiente fin de semana, cuando acudió a la unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte para que le realizaran curaciones, el médico de guardia consideró darle otro medicamento y le realizó una nueva receta médica. Al regresar con el médico de su centro, días después, éste se molestó al ver que el interno traía dos recetas médicas. Le indicó al personal de seguridad y custodia que ya no le permitieran regresar.

La falta de atención médica hizo que la herida se infectara, a tal grado que el paciente tuvo que ser trasladado al Hospital General Dr. Rubén Leñero donde le fue drenado la secreción purulenta de la infección que presentaba. Tras una valoración médica, el doctor de la CDHDF opinó que era necesario hospitalizar de inmediato al interno paciente en un nosocomio que contara con atención médica especializada, se le practicaran cultivos de la herida y también valoraciones médicas y con ello intentar rescatar el dedo y prevenir su amputación y/o en caso de la propia mano.

Con motivo de la intervención de la CDHDF, el interno fue trasladado de manera inmediata al Hospital General Dr. Rubén Leñero, donde se le valoró y brindó atención médica especializada por parte de un médico especialista en cirugía plástica reconstructiva. Se le practicó una cirugía, donde se le colocó un injerto de piel, se le brindaron medicamentos adecuados y se le indicó reposo postoperatorio por un plazo de ocho días, mismo que cumplió internado en ese hospital. En seguimiento a la atención de su padecimiento, la lesión y herida cicatrizaron; sin embargo, su dedo perdió totalmente la movilidad.

8. Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial¹⁷⁶

El Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (Cevarepsi) se ubica a un costado del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, en lo que era su anexo femenino construido en 1987 y posteriormente un centro para internos en proceso de preliberación. Es hasta el 20 de junio de 1997 que se canalizan a este centro a personas inimputables¹⁷⁷ que se encontraban en los dormitorios 1 y 2 del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, así como a los internos con enfermedades psiquiátricas que requerían de seguimiento médico, con la finalidad de brindarles un espacio propio y una atención y tratamientos especializados.¹⁷⁸ Este centro también alberga, de forma temporal, para valoración y tratamiento, a pacientes psiquiátricos de otros centros, es la llamada *población ambulatoria*. El diseño arquitectónico, similar a los centros de ejecución de sanciones penales, es de tipo peine. Al 10 de julio de 2010, contaba con una población total de 381 personas¹⁷⁹ y, al 31 de mayo de 2011, día de la visita, con 412 internos.

a) DISPONIBILIDAD DE RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

La unidad médica del Cevarepsi empezó a funcionar en el año 1997 en el área que antes ocupaba el servicio médico del anexo femenino. En la actualidad no cuenta con todos los servicios contemplados en el Manual de organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal: no tiene servicio de rayos X, de hospitalización ni oficina de trabajo social. Asimismo, la unidad médica y particularmente la farmacia se encuentra en un espacio precario y no funcional. Un proyecto de ampliación está en discusión con la finalidad de habilitar un mayor número de consultorios, un espacio adecuado para el almacenamiento de medicamentos y un área de hospitalización. No obstante, a

¹⁷⁶ A excepción de la información referenciada, los datos que se presentan en esta sección provienen de una visita realizada al Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial el 31 de mayo de 2011 en la que se aplicaron cuestionarios a 30 internos, seis custodios y se entrevistó a la doctora María Guadalupe Lino Martínez (psiquiatra), encargada de la unidad médica. Los cuadros y gráficos incluidos en este apartado fueron elaborados por el CIADH a partir de la sistematización de la información recabada durante la visita.

¹⁷⁷ Las *personas inimputables* son aquellas que al momento de realizar el hecho típico no tienen la capacidad de comprender el carácter ilícito del mismo o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado (*sic*). Véase Código de Procedimientos Penales del Distrito Federal.

¹⁷⁸ Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (Cevarepsi), portal de internet de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario, <www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/cevarepsi.html> (consultado el 31 de marzo de 2011).

¹⁷⁹ Cifra al 31 julio de 2010. Gobierno del Distrito Federal, *Cuarto Informe de Gobierno, op. cit.*, pp. 192-193.

la fecha, esta unidad de salud no cuenta con un espacio adecuado y no proporciona ni la comodidad ni la seguridad para los pacientes y el personal médico. Los consultorios además de no ser suficientes para atender a la población, no son adecuados para la atención de pacientes psiquiátricos, en particular, deberían de contar con un sistema de doble puerta, el espacio suficiente y una ventilación adecuada. El servicio de estomatología cuenta con un sillón dental con sus accesorios y un aparato de rayos X dental, aunque no hay lámpara para resina y el instrumental es limitado. El servicio de urgencia no está ubicado en un espacio propio, únicamente se cuenta con un aspirador, una bolsa de ambú, un desfibrilador y un carro rojo que no tiene medicamentos.

Cuadro iii.43 Servicios de la unidad médica (Cevarepsi)

	¿El servicio existe y funciona?	Turno	Personal disponible
Servicio consulta externa (general)	Sí	Matutino y vespertino (lunes a viernes) Vespertino (sábados)	Dos médicos Seis psiquiatras (incluyendo a la encargada de la unidad médica)
Servicio de urgencias	Sí	24 horas (toda la semana)	
Servicio consulta especialidad	Sí (psiquiatría)	Matutino (lunes a viernes) Nocturno (martes, jueves, sábado y domingo)	11 enfermeras
Enfermería	Sí	24 horas (toda la semana)	
Servicio de hospitalización	No	-	-
Servicio de odontología	Sí	Matutino y vespertino (lunes a viernes)	Dos odontólogos
Servicio de rayos X	No	-	-
Oficina de trabajo social	No	-	-
Oficina de archivo clínico	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Una persona
Farmacia	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Una persona
Área administrativa y directiva	Sí	Flexible	Dos personas

La plantilla actual de personal es reducida e insuficiente para cubrir la demanda de una población con necesidad de atención especializada y permanente, todos los días de la semana. Si bien se observa un avance en relación con los datos del año 2005 en cuanto a la asignación de médicos generales,¹⁸⁰ y que el indicador de disponibilidad de médicos/as generales se encuentra por arriba del promedio para la población en libertad en el Distrito Federal, los recursos humanos asignados a este centro no son suficientes ni adecuados al perfil de esta población. Sólo se cuenta con seis psiquiatras (incluyendo a la encargada de la unidad médica) para garantizar las consultas de una población de 412 personas, por lo que cada psiquiatra da seguimiento a alrededor de 69 pacientes. Se estima la necesidad de contratar a psiquiatras adicionales además de ampliar la atención a otras áreas de la psicología, por ejemplo, la psicoterapia. La falta de personal no permite asegurar la presencia de ambos, personal de medicina general y de psiquiatría, en las guardias nocturnas, dejando desprotegidos a los pacientes en caso de una urgencia. La falta de recursos humanos se resiente también en el personal de enfermería, responsable en particular de la preparación y administración de los medicamentos, que se redujo de 16 a 11 entre 2005 y 2011.¹⁸¹ Si bien la disponibilidad de enfermeros y enfermeras es superior al indicador de referencia, por falta de personal, los domingos sólo se garantiza una de las tres administraciones de medicamentos a los pacientes. Apenas la mitad del personal está contratado bajo un nombramiento de base, la otra mitad por honorarios y sin gozar de la totalidad de las prestaciones de ley.

¹⁸⁰ CDHDF, *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión del Distrito Federal 2005*, op. cit., pp. 122-123.

¹⁸¹ *Idem*.

Cuadro iii.44 Personal y camas censables.

Comparación entre la población del Cevarepsi y la población del Distrito Federal

	Cevarepsi (2011)	Indicadores de referencia para el Distrito Federal
Médicos(as) generales por cada 1 000 internos/habitantes	4.9	4.3
Personal de enfermería por cada 1 000 internos/habitantes	26.7	4.4
Camas censables por cada 1 000 internos/habitantes	0	2.3

A través de la estadística sobre productividad del mes de diciembre de 2010, se observa la realización de 271 consultas de medicina general, es decir un poco más de 10 consultas al día; 211 consultas de estomatología, y 368 atención psiquiátrica. El promedio de consulta general por internos se encuentra en un nivel bajo en comparación con los otros centros varoniles de readaptación social.

Cuadro iii.45 Consultas al día y estimación del promedio por cada 1 000 internos (Cevarepsi)

	Promedio al día	Estimación del promedio por cada 1 000 internos
Consultas de medicina general	10	24.3

El incremento de la población de este centro observado entre los años 2010 y 2011 tiene repercusiones evidentes en la presión hacia la demanda de atención y el acceso a tratamientos.¹⁸² Esta población creciente se debe, en parte, a problemas relacionados con la gestión de la población ambulatoria. Por un lado, se advierten casos de pacientes que son trasladados al Cevarepsi sin valoración psiquiátrica y, en ocasiones, sin la necesidad de la atención especializada y vigilancia estrecha que se brinda en este centro. Por otro lado, hay personas que fueron dadas de alta meses antes y que siguen en espera de su traslado a su centro de origen, incluso desde el mes de noviembre de 2010.

b) ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS: PROCEDIMIENTOS Y OPORTUNIDADES

En este centro, el acceso a los servicios médicos no se realiza a través de fichas sino de citas programadas las cuales son determinadas por el psiquiatra referente. Los técnicos penitenciarios son los responsables de llevar a los internos a la unidad médica para su consulta cuando tienen citas. Si un paciente requiere atención médica fuera de las citas programadas, puede solicitar al personal técnico que lo registre en la libreta que se encuentra en la unidad médica para este efecto. El personal médico llama a los pacientes con base en la disponibilidad de los médicos generales o psiquiatras. Este mismo mecanismo opera para brindar la atención a las personas en zonas de aislamiento. La mayoría de las personas entrevistadas afirma haber recibido atención médica en caso de haberla necesitado, estando en zona de aislamiento, y comentó que, cuando se presentan casos de urgencias, es atendida de forma ágil. Por la falta de insumos, en caso de urgencias graves, los internos son trasladados a la unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur. Sin embargo, cabe insistir en que el acceso a la unidad médica que se da a través del personal técnico penitenciario limita el acceso directo a la atención y abre la posibilidad de un trato discrecional por parte del personal técnico. Además, el personal médico generalmente no acude a los dormitorios para valorar el estado de salud de los internos. Lo hace únicamente cuando se realizan actividades de promoción a la salud en población, limitando así la posibilidad de valorar el estado de salud de los internos de forma cotidiana.

¹⁸² La población incrementó 8% en el periodo julio 2010-mayo 2011.

Cuadro iii.46 Acceso a servicios médicos en zonas de aislamiento y urgencia (Cevarepsi)

Porcentaje de personas entrevistadas que estuvieron enfermas en zonas de aislamiento y no recibieron atención médica	11%
Porcentaje de personas que tuvieron una urgencia y no fueron atendidas de forma inmediata	0%

En las entrevistas con internos se reportaron 10% de casos de obstaculización del acceso a la unidad médica por parte del personal de seguridad y custodia, y no se denunció ningún caso de extorsión.

Cuadro iii.47 Casos de obstaculización del acceso a los servicios médicos y casos de extorsión por parte del personal de seguridad y custodia (Cevarepsi)

Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido problema con el personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	10%
Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido que pagar al personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	0%
Porcentaje de personas entrevistadas con negativa a acceso a la atención por parte del personal médico	3%

3% de los internos entrevistados afirma que el personal de la unidad médica, en alguna ocasión, le ha negado la atención, es un porcentaje bajo en comparación con el resto de los reclusorios. 73% consigue la atención médica requerida el mismo día que la solicita. La accesibilidad encuentra mayores obstáculos en relación con el servicio de odontología, dado que se registran casos de negación de la atención porque los pacientes no pueden solventar los gastos del material dental requerido.

c) CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD MÉDICA

A pesar de las limitaciones que presentan las instalaciones de esa unidad médica, los internos califican de forma positiva la atención que reciben. La mayoría de las personas entrevistadas afirma recibir un buen trato por parte del personal y esperar menos de 30 minutos para entrar a la consulta. La revisión de una muestra de expedientes arroja conclusiones favorables acerca de la integración de los mismos.

Los internos entrevistados fueron más severos en relación con el tratamiento proporcionado por la unidad médica: 40% de las personas entrevistadas dijo no acceder siempre a las medicinas que requiere. En relación con el acceso a materiales de curación, la falta de accesibilidad se sitúa en 20% de los casos. Puesto en relación con el reporte de la unidad médica de un abasto de 90% en cuanto a medicamentos y materiales de curación, la mala percepción que tienen los internos revela un problema en la distribución de los medicamentos. Cabe señalar que el desabasto de medicamentos es particularmente preocupante en relación con los tratamientos psiquiátricos dado que, por lo general, para garantizar su eficacia, se debe de administrar la totalidad de los medicamentos recetados que, por lo general, tienen efectos de complementariedad entre sí. El acceso a dietas especiales por razones de salud también parece ser problemático, dado que 33% de los entrevistados que la requieren, afirma tener dificultad para acceder a ella, y que ésta no corresponde a sus necesidades.

Cuadro iii.48 Acceso a medicamentos, dietas especiales por razón de salud y material de curación (Cevarepsi)

Porcentaje de personas que no siempre tienen acceso a los medicamentos	40%
Porcentaje de personas con dieta especial que no responde a sus necesidades	33%
Porcentaje de personas que no tuvieron acceso a la atención o al material necesario para curación o rehabilitación	20%

d) MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y ACCESO A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Las personas no funcionales están confinadas en el dormitorio 3 en el que se benefician de un programa de apoyo para la realización de su aseo personal y la realización de ejercicios de estimulación. No

obstante, cabe advertir que la mayoría de los internos presenta alguna disminución de su capacidad motriz y requiere de apoyos relacionados con su discapacidad. Las condiciones de reclusión de estas personas no consideran su condición específica, que requiere de cierto tipo de apoyos que deberían estar a cargo de personal formado y preparado para ello.

Las personas internas en el Cevarepsi son personas inimputables o con discapacidad mental, con necesidad de atención psiquiátrica y de vigilancia estrecha. Este centro cumple su función de reservar un espacio propio para albergar a pacientes psiquiátricos, pero la poca infraestructura y la escasez de recursos materiales y de personal disponible no permite garantizar la atención especializada permanente e integral adecuada al perfil de estos pacientes. El servicio de salud parece más un dispensario que presta asistencia médica y farmacéutica. La organización de la unidad médica no cumple con los mínimos establecidos en el Manual de organización y está muy lejos de corresponder, como debería ser, a un hospital psiquiátrico. El personal especializado es escaso y no puede dar un seguimiento puntual a todos los pacientes, además de no garantizar consultas los fines de semana. La atención se reduce a la administración de los medicamentos. El tratamiento no contempla terapia individual o grupal ni actividades de rehabilitación orientadas a desarrollar las aptitudes, mejorar la calidad de vida y promover la rehabilitación de estos pacientes.¹⁸³

Caso de violación del derecho a la salud en el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial

Un interno del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial acudió a la unidad médica por padecer una fuerte infección en la garganta. El médico que lo atendió le recetó medicamentos que no le fueron proporcionados. Acudió nuevamente al día siguiente, pero, personal de enfermería se negó a proporcionarle dichos medicamentos.

El estado de salud del interno empeoró, continuaba con fuertes dolores en la garganta y presentaba fiebre alta por lo que decidió interponer una queja, aunque temía represalias en su contra por parte del personal, ya que en ocasiones anteriores le habían dicho que lo enviarían a su reclusorio de origen. Finalmente, la CDHDF intervino para que el personal de la unidad médica le entregara de forma oportuna los medicamentos que requiere.

9. Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla¹⁸⁴

El Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla fue inaugurado el 29 de marzo de 2004 para recibir la población interna de los reclusorios preventivos femeniles norte y oriente. Al igual que el Ceresova su arquitectura es de tipo semipanóptico,¹⁸⁵ al combinar el diseño tipo peine con una torre central que permite observar y vigilar de forma permanente las áreas comunes. En julio de 2010, lo habitaba un total de 1 684 mujeres.¹⁸⁶ Este penal concentra 87% de la población femenil en reclusión en el Distrito Federal. Conviven mujeres sentenciadas y procesadas por delitos del fuero común y federal. Al día de la visita, el 1 de junio, se contaba con una población un poco menor, con 1 607 personas. Dentro de ellas, 26 mujeres se encontraban embarazadas. A esta misma fecha, 97 niñas y niños vivían en el centro junto con sus madres.

¹⁸³ En el capítulo IV se presenta una valoración más detallada de la situación del derecho a la salud de algunos grupos de población, en particular de las personas con discapacidad mental o enfermedades psiquiátricas.

¹⁸⁴ A excepción de la información referenciada, los datos que se presentan en esta sección provienen de la visita realizada al Centro Femenil de Rehabilitación Social el 1 de junio de 2011 en la que se aplicaron cuestionarios a 30 internas y seis custodios y se entrevistó a la doctora María Elena Morales Uribe, encargada de la unidad médica. Los cuadros y gráficos incluidos en este apartado fueron elaborados por el CIADH a partir de la sistematización de la información recabada durante la visita.

¹⁸⁵ "Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla", portal de internet de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario <www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/santa_martha.html> (consultado el 31 de marzo de 2011).

¹⁸⁶ Cifra al 31 julio de 2010. Gobierno del Distrito Federal, *Cuarto Informe de Gobierno, op. cit.*, pp. 192-193.

a) DISPONIBILIDAD DE RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

En 2005, la CDHDF emitió la Recomendación 8/2005 en la que instó al Gobierno del Distrito Federal la creación de una unidad médica en este centro femenino para brindar atención médica general y proporcionar la atención ginecobstétrica requerida por las mujeres en situación de reclusión.¹⁸⁷ No obstante, es hasta el 16 de agosto de 2010, más de seis años después de la inauguración de este centro, que la unidad médica del Cefereso comenzó a funcionar bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. En la actualidad está en operación sin la autorización sanitaria de la Cofepris¹⁸⁸ y no contempla la totalidad de los servicios previstos en el Manual de organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal. La unidad médica cuenta con un servicio de consultas en pediatría y ginecobstetricia así como un área de tococirugía, pero no está funcionando el servicio de hospitalización ni el área de rayos X.

Las instalaciones son nuevas y presentan condiciones de ventilación, iluminación e higiene adecuadas, a pesar de que, al igual que en los otros centros, no cuenta con una sala de espera, lo cual resulta particularmente preocupante en el caso de las mujeres embarazadas. Se advierte falta de espacio para garantizar las consultas, debiendo habilitar el almacén para ello. Los consultorios, tanto de medicina general como de odontología, están equipados con el mobiliario y el equipo mínimo y se observa falta generalizada de instrumental. La unidad médica no cuenta con las instalaciones ni con la organización requerida para asegurar la atención médica. La autoridad confirmó que los espacios de consultas garantizaban la confidencialidad e intimidad en la relación médico-paciente, aunque 40% de las personas entrevistadas afirmó lo contrario. Apenas 13% de las internas entrevistadas considera que las condiciones de las instalaciones médicas son buenas, a pesar de ser de reciente creación. Las condiciones de seguridad constituyen otro asunto pendiente dado que se cuenta con un único elemento de seguridad para resguardar la unidad médica.

Cuadro iii.49 Servicios de la unidad médica (Cefereso)

	¿El servicio existe y funciona?	Turno	Personal disponible
Servicio consulta externa (general)	Sí	24 horas (toda la semana)	Ocho médicos generales
Servicio de urgencias	Sí	24 horas (toda la semana)	
Enfermería	Sí	24 horas (toda la semana)	11 enfermeras
Servicio de hospitalización	No	-	
Servicio consulta especialidad	Psiquiatría (consultas y urgencias)	Flexible	Un psiquiatra ¹⁸⁹
	Pediatría	Vespertino (lunes a viernes)	Un pediatra
	Ginecobstetricia	Matutino (lunes a viernes)	
Unidad de tocología		Matutino y vespertino (sábado y domingo)	Dos ginecólogos
Servicio de odontología	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Un odontólogo
Servicio de rayos X	No	-	-
Oficina de trabajo social	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Una persona
Oficina de archivo clínico	Sí	Matutino (lunes a viernes)	
Farmacia	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Ocho personas
Área administrativa y directiva	Sí	Flexible	

¹⁸⁷ Véase: CDHDF, Recomendación 8/2005, *op. cit.*, primer punto recomendatorio.

¹⁸⁸ La encargada de la Unidad Médica comentó que la Dirección Jurídica de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal inició el trámite para la autorización sanitaria ante la Cofepris hace 15 días. Dicha comisión otorgó una prórroga a la Secretaría para corregir ciertas anomalías que encontraron en la unidad médica. CDHDF, Dirección Ejecutiva de Seguimiento, Acta circunstanciada, Asunto "Visita a la unidad médica del Cefereso Santa Martha Acatitla", 1 de junio de 2011, expedientes de las recomendaciones 20/2009, 12/2008 y 8/2005.

¹⁸⁹ Una de las psiquiatras es la encargada de la unidad médica, el otro es comisionado del Cefereso y acude a dar consulta de forma ocasional, motivo por el cual no se contabiliza en el cuadro.

El equipo de trabajo de la unidad médica está conformado por 33 personas, contratadas por honorarios, sin tener la totalidad de los beneficios y prestaciones de Ley dado el tipo de contrato que tienen. La consulta de medicina general y las urgencias están a cargo de ocho médicos generales. Los indicadores respecto de la disponibilidad de recursos humanos se encuentran ligeramente arriba de los que se observan en la población en libertad, no obstante, para cubrir la demanda de forma continua haría falta la contratación de médicos, odontólogos y ginecólogos adicionales para garantizar el turno vespertino durante toda la semana y atender la totalidad de la demanda. Asimismo, hace falta contratar personal de enfermería para apoyar el trabajo en el área de ginecología. El personal administrativo es insuficiente para asegurar un servicio continuo toda la semana en el archivo y la farmacia, y la falta de personal de trabajo social limita la capacidad de esa área en proporcionar un seguimiento oportuno a las pacientes, gestionar las citas en las instituciones externas y dar seguimiento a las contrarreferencias.

Cuadro iii.50 Personal y camas censables.

Comparación entre la población del Cefereso y la población del Distrito Federal

	Cefereso (2011)	Indicadores de referencia para el Distrito Federal
Médicos(as) generales por cada 1 000 internas/habitantes	5	4.3
Personal de enfermería por cada 1 000 internas/habitantes	6.8	4.4
Camas censables por cada 1 000 internas/habitantes	0	2.3

Al revisar la productividad del mes de abril de 2011, parece que los médicos en función en esta unidad médica realizaron un total de 943 consultas de medicina general, es decir un promedio de 31 consultas al día tomando en cuenta que las consultas se dan en continuo todos los días de la semana. La odontóloga atendió a 191 pacientes.¹⁹⁰ Estos promedios se encuentran por debajo de los observados en los centros de readaptación social varoniles. La disponibilidad de consultas en psiquiatría se encuentra también restringida. En abril de 2011 se efectuaron un total de 60 consultas al mes, a cargo de la encargada de la unidad médica y del psiquiatra comisionado.

Cuadro iii.51 Consultas al día y estimación del promedio por cada 1 000 internas (Cefereso)

	Promedio al día	Estimación del promedio por cada 1 000 internas
Consultas de medicina general	31.4	19.5

b) ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS: PROCEDIMIENTOS Y OPORTUNIDADES

Anteriormente el acceso a la atención médica se hacía a través de fichas que se repartían a las mujeres que tenían que formarse previamente en la unidad médica. La entrega se realizaba en dos turnos, con una primera serie a las 7:30 horas y la otra a las 11:00 horas. A raíz de la insistencia de la CDHDF que consideraba inadecuado el sistema de fichas, que fomenta prácticas de corrupción, la unidad médica realiza acciones para eliminarlo. A partir de mayo de 2011, también se accede a la atención a través de citas programadas.

En el caso del módulo de máxima seguridad, dos médicos fueron asignados por la Subsecretaría de Sistema Penitenciario para valorar a las personas enfermas, atenderlas, y sólo en caso de que fuese necesario, transferirlas a la unidad médica en el turno nocturno. Esos traslados están condicionados a la disponibilidad del personal de seguridad para acompañar a las internas. Las personas entrevistadas evidenciaron lo inapropiado de ese procedimiento: 55% de las personas que estuvieron enfermas en

¹⁹⁰ En ese mismo mes se realizaron un total de 400 certificaciones médico-legales y 172 consultas especializadas.

una zona de aislamiento, afirma no haber recibido la atención médica requerida; 24% de las internas que tuvieron una urgencia, señala no haber sido atendida de forma oportuna e inmediata.

Cuadro iii.52 Acceso a servicios médicos en zonas de aislamiento y urgencia (Cefereso)

Porcentaje de personas entrevistadas que estuvieron enfermas en zonas de aislamiento y no recibieron atención médica	55%
Porcentaje de personas que tuvieron una urgencia y no fueron atendidas de forma inmediata	24%

A través de las entrevistas realizadas a internas de este centro, se observa una serie de obstáculos para la accesibilidad a los servicios médicos: 57% de las internas denuncia haber tenido problemas con el personal de seguridad y custodia para acceder a la unidad médica. Este porcentaje es el más alto registrado a través de los cuestionarios aplicados a personas en reclusión. Se señala en primer lugar, al personal de seguridad y custodia de los dormitorios, que no abre las puertas a tiempo, en segundo lugar, al personal de las esclusas que impide el paso. Los casos de extorsión fueron mencionados en 7% de las entrevistas. Las internas comentan haber tenido que pagar, en estos casos, más de 10 pesos para poder llegar hasta la unidad médica.

Cuadro iii.53 Casos de obstaculización del acceso a los servicios médicos y casos de extorsión por parte del personal de seguridad y custodia (Cefereso)

Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido problema con el personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	57%
Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido que pagar al personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	7%
Porcentaje de personas entrevistadas que señalan negativa a acceso a la atención por parte del personal médico	70%

El personal de la unidad médica también fue denunciado en las entrevistas como un actor que obstaculiza y limita el acceso de las mujeres a la atención médica. 70% de las mujeres entrevistadas afirma que, alguna vez, se le ha negado la atención, la ficha o la cita. Es el porcentaje de casos de negación más alto observado a través de las entrevistas. La insuficiencia de fichas y la falta de recursos humanos son los argumentos más recurrentes del personal para justificar dicha negativa. No obstante, parece también que estas restricciones ocurren, en ocasiones, sin razones explícitas. La poca disponibilidad de consultas, aunada a los problemas de accesibilidad, resulta en un tiempo de espera elevado para acceder a la atención médica: sólo 27% de las entrevistadas tiene acceso a la atención el mismo día que la solicita.

c) CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD MÉDICA

En casi todas las quejas investigadas por la CDHDF, las internas de este centro refieren malos tratos por parte de la autoridad médica que les levanta la voz, las amenaza, las acusa de ser “conflictivas” o les niega el servicio. Asimismo, la encuesta realizada en el Cefereso destaca problemas serios en relación con la calidad de la atención, ilustrados por porcentaje de satisfacción muy por debajo del promedio de las personas entrevistadas en los demás centros.

La percepción de las internas respecto de la atención médica y el acceso al tratamiento resulta negativa: 40% de ellas dice esperar entre 30 minutos y una hora para recibir la atención y otro 40% se tarda un promedio de hora y media para pasar a consulta. La mayoría dice tener un expediente clínico (97%), pero, sólo en 69% de los casos, el médico lo revisa y actualiza durante la consulta. El área de archivo abre en un horario restringido por lo que las consultas que se llevan a cabo fuera del horario, se realizan sin el apoyo del expediente. Se espera que con el cambio del sistema de fichas al de citas programadas, se resuelva ese problema. 56% de las internas dice que la consulta dura más de 10 minu-

tos. La mitad afirma que el personal médico no las revisa con atención y no les da información sobre sus padecimientos (50% y 53% respectivamente), indicadores muy por debajo de los otros centros; 37% de ellas dice no haber tenido acceso a los estudios necesarios para un diagnóstico oportuno y, en varias de las quejas, las internas denuncian la falta de confidencialidad en los diagnósticos por parte de los médicos tratantes.

Poco más de la mitad de las mujeres entrevistadas considera que el tratamiento médico que recibe les ayuda a recuperar la salud (57%). Aunque la farmacia reporta un abasto de 75% para medicamentos y material de curación, las internas denunciaron dificultades para acceder a ellos: 87% no recibe los medicamentos que le recetan y 31% el material requerido para su curación y/o rehabilitación; 78% de ellas tiene dificultad para acceder a dietas especiales y considera que éstas no corresponden a sus necesidades.

Cuadro iii.54 Acceso a medicamentos, dietas especiales por razón de salud y material de curación (Cefereso)

Porcentaje de personas que no siempre tienen acceso a los medicamentos que le recetan	87%
Porcentaje de personas con dietas especiales que no corresponde a sus necesidades	78%
Porcentaje de personas que no tuvieron acceso a la atención o al material necesario para curación o rehabilitación	31%

*d) SALUD DE LA MUJER Y ATENCIÓN PEDIÁTRICA*¹⁹¹

Desde el 1 de marzo de 2011, la atención ginecobstétrica está asegurada por dos ginecólogos: uno cubre el turno matutino durante la semana y el otro la atención los fines de semana, en los turnos matutino y vespertino.

En la actualidad, la plantilla de personal no garantiza una disponibilidad continua, durante toda la semana y en un horario completo, de la atención ginecobstétrica, necesaria para cubrir las necesidades específicas de la población femenil en reclusión. Además, sólo se cuenta con personal masculino en el área de ginecología, al contrario de lo señalado en el segundo punto de la Recomendación 3/1997.¹⁹² El personal de enfermería tampoco resulta suficiente para acompañar la labor del personal ginecobstétrico. En relación con el mobiliario, equipo e instrumental de apoyo, los consultorios no cumplen con los requisitos establecidos en las normas oficiales mexicanas. En particular, hace falta instrumental básico para la atención ginecobstétrica, como pinzas para extraer el dispositivo intrauterino e instrumental para realizar biopsias de cérvix y endometrio.

La unidad médica cuenta con un área de tococirugía destinada a valorar, preparar, vigilar y atender a las mujeres embarazadas, así como a sus bebés, integrada por un espacio de observación, una sala de expulsión, una sala de recuperación postparto y de reanimación del recién nacido. El mobiliario y equipo se encuentra en buen estado, aunque no hay tomas de oxígeno y de vacío, recipientes para material punzocortante así como botes para los residuos peligrosos biológicos infecciosos. Tampoco cuenta con los aparatos e instrumental necesario ni con personal capacitado para la realización de estudios ginecológicos, lo que implica tener que recurrir a instituciones externas para llevarlos a cabo.

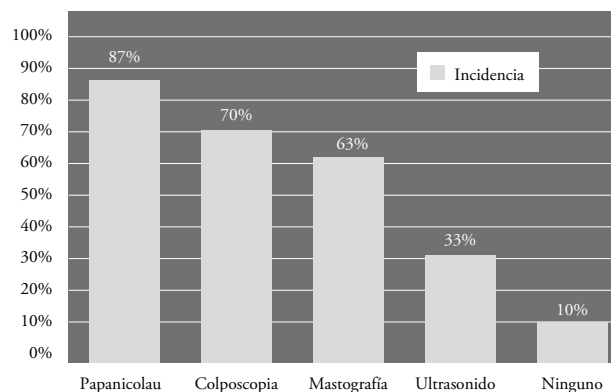
En enero de 2011, a través de la unidad médica móvil de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, conocida como Medibus, se realizaron un total de 54 mastografías y 151 colposcopias a mujeres del Cefereso. Con apoyo de personal de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario, se efectuaron 134 estudios de papanicolau.

¹⁹¹ En el capítulo iv se presenta una valoración más detallada de la situación del derecho a la salud de algunos grupos de población, en particular de las mujeres en reclusión y de sus hijos que viven con ellas.

¹⁹² CDHDF, Recomendación 3/1997, segundo punto recomendatorio.

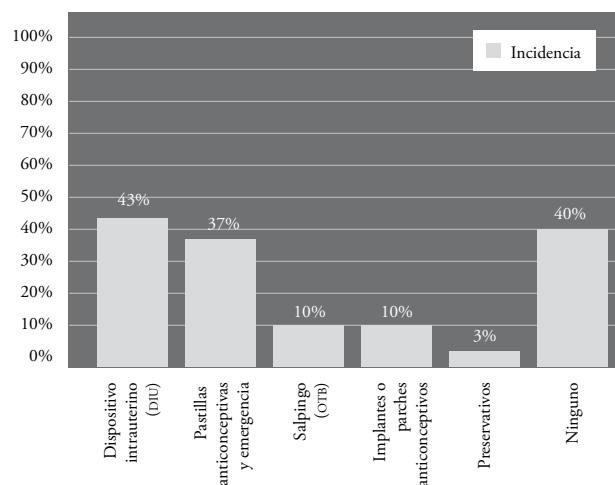
Para la realización de pruebas de detección del papiloma humano y estudios de colposcopia, la unidad médica celebró un acuerdo con la Clínica Especializada Condesa que incluye la capacitación del personal médico.¹⁹³ Estos esfuerzos deben mantenerse hasta cubrir la totalidad de la población femenil que tiene derecho a una detección oportuna, de forma periódica y generalizada; en las encuestas apareció que 10% de las internas entrevistadas no tiene acceso a ningún servicio ginecológico de forma periódica.

Gráfico iii.1 Acceso a servicios ginecológicos una vez al año (Cefereso)



El acceso a información sobre métodos anticonceptivos resulta restringido, pues 40% de las mujeres entrevistadas comentó que la unidad médica no le proporcionaba información sobre métodos de planificación familiar. Las demás reciben en su mayoría información sobre el Dispositivo Intrauterino (DIU) y las pastillas anticonceptivas y de emergencia. Apenas 20% dice haber requerido el uso de algunos de estos métodos, en particular del DIU, preservativos y pastillas, los cuales les fueron proporcionados por el personal de la unidad médica o en las instituciones u hospitales externos donde fueron atendidas. En la fecha de visita, la unidad médica no contaba con ningún anticonceptivo, sólo con una dotación limitada de preservativos. Por otra parte, durante las entrevistas se registró el caso de una mujer embarazada que solicitó una interrupción legal del embarazo (ILE), pero no fue atendida.

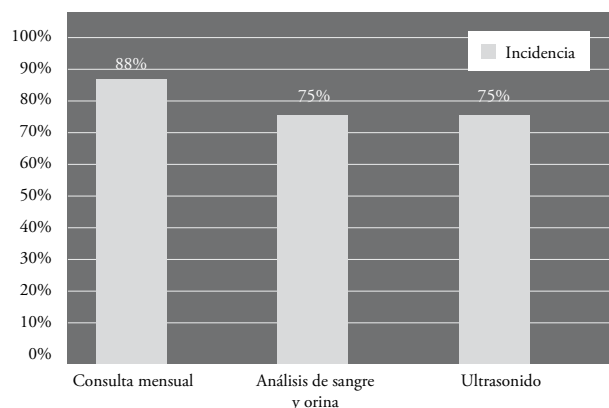
Gráfico iii.2 Acceso a información sobre métodos anticonceptivos (Cefereso)



¹⁹³ CDHDF, Recomendación 12/2008, Acta circunstanciada de 1 de junio de 2011.

La atención integral durante el embarazo también es deficiente, pues no todas las personas entrevistadas embarazadas tuvieron consultas de control mensual y aparece que la cuarta parte de las mujeres que tuvieron un embarazo estando en reclusión, no tuvo acceso a análisis de sangre, de orina ni a ultrasonidos. La revisión de expedientes de mujeres embarazadas demostró que varios no contaban con copia de certificado de nacimiento, hoja de control prenatal u hoja de control del embarazo, incluso hubo casos en los que estos tres documentos hacían falta. Otro dato que es preocupante es que 38% de esas mujeres, afirma haber recibido apoyo por parte del personal del reclusorio durante la etapa de gestación.

Gráfico iii.3 Atención durante el embarazo (Cefereso)



El servicio de pediatría inició en febrero de 2011; el pediatra encargado atiende únicamente en el turno vespertino de lunes a viernes con un promedio de cinco consultas al día,¹⁹⁴ dejando sin cubrir los turnos matutinos, nocturnos y los fines de semana. En caso de una urgencia, las y los niños deben ser atendidos por el personal de medicina general o ser trasladados a una institución externa. El espacio de consulta cuenta con el mobiliario, equipo e instrumental básico aunque requiere de un refrigerador para el almacenamiento de vacunas. 57% de las madres entrevistadas comentó que sus hijos no recibieron atención pediátrica de forma mensual en sus primeros meses de vida y que tampoco se les aplicaron todas las vacunas incluidas en la cartilla nacional de vacunación. Por lo general, evalúan que la atención pediátrica que se brinda en el centro de reclusión es mala.

e) MECANISMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES

La unidad médica se encuentra en el proceso de detección de enfermedades y de integración del perfil de morbilidad de la población. Estos esfuerzos deben generalizarse a toda la población pues, a la fecha, la detección de enfermedades se ha realizado a una muestra limitada, que representa a una tercera parte de la población de este centro.

El servicio no cuenta con procedimientos establecidos para el seguimiento médico de las pacientes; 63% de las personas entrevistadas que considera requerir atención especializada y permanente, afirma no recibirla; 79% dice no tener acceso a los medicamentos especializados que necesita y 84% señala no haber tenido contacto con instituciones especializadas.

¹⁹⁴ Durante el mes de abril de 2011, el pediatra atendió a 112 niñas y niños, en un turno vespertino de lunes a viernes, es decir, un promedio de cinco consultas por día laborado.

La mala atención percibida por las internas, también se manifiesta en la valoración que hacen del seguimiento que se brinda a las personas que fueron referidas: 62% de las internas entrevistadas indicó no haber recibido un seguimiento adecuado a su estado de salud de regreso al centro, este es el porcentaje más alto observado a través de las entrevistas, que adquiere relevancia aunado a la falta de espacio para hospitalización, de medicamento y de material de curación.

Caso de violación al derecho a la salud en el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla

En enero de 2008, una interna ingresó al Cefereso por la presunta comisión de un delito de carácter patrimonial; tenía tres meses de embarazo. Desde su ingreso, el personal del centro tuvo conocimiento de que se encontraba en periodo de gestación, sin embargo, no le brindaron ningún tipo de seguimiento médico. En abril de 2008, la peticionaria acudió al servicio médico en varias ocasiones e informó al personal de los malestares que presentaba como dolores de cabeza, hinchazón de piernas y dificultad para respirar, no obstante, no recibió la debida atención que requería en su condición de embarazo. En ese entonces, este centro sólo contaba con servicios médicos provisionales que dependían de la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal.

Tras la interposición de una queja ante la CDHDF y la solicitud de medidas precautorias, el servicio médico valoró el estado de salud de la peticionaria a principios del mes de mayo de 2008 y encontró datos de alarma por lo que fue referida a la Torre Médica Tepepan. No obstante, el personal de esa unidad hospitalaria se negó a admitirla, bajo el argumento de que no llevaba sus cosas personales ni las del bebé. La peticionaria regresó al Cefereso. Unos días después, acudió nuevamente al servicio médico de ese centro y fue puesta en observación y dada de alta al otro día. Al día siguiente, la interna señaló que ya no percibía el movimiento del feto y se le practicó un ultrasonido que confirmó esa versión. Es hasta ese momento que se decidió enviarla al Hospital General Iztapalapa, en donde falleció el 12 de mayo de 2008.

Estos hechos, aunados al posterior retardo en la integración de la averiguación previa iniciada con motivo de la deficiente atención médica, justificaron la emisión de la Recomendación 7/2011. En este instrumento se concluye que la violación al derecho a la vida de la peticionaria¹⁹⁵ y del producto de la gestación, ocurrieron como consecuencia directa de la omisión del servicio médico del Cefereso, así como de la mala atención médica del personal del Hospital General de Iztapalapa, quienes violaron su derecho a la salud y a la vida.

10. Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan¹⁹⁶

Este centro, inaugurado en mayo de 1976, inició sus funciones para albergar a la población varonil y femenil con enfermedad psiquiátrica y/o inimputable. Dos años después los internos fueron transferidos a otras instalaciones y en noviembre de 1982 empezó a funcionar como Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan (Centro Tepepan) para recibir a la población femenil proveniente de la Cárcel de Mujeres de Santa Martha Acatitla ante su inminente cierre. En 1987, las mujeres procesadas fueron trasladadas a los reclusorios preventivos femeniles norte y sur, quedándose en el Centro Tepepan únicamente las mujeres sentenciadas. A mediados de 2004, las personas sentenciadas fueron transferidas al Cefereso y el Centro Tepepan se quedó únicamente con internas con enfermedades psiquiátricas o crónico-degenerativas. En los últimos años, por razones de seguridad, por acercamiento familiar o por necesidades de tratamiento médico y/o psiquiátrico, se han ido trasladando más internas.¹⁹⁷ En junio de 2010 albergaba a un total de 217 mujeres, principalmente mujeres sentenciadas por delitos del fuero común.¹⁹⁸ Al día de la visita, 232 mujeres se encontraban internadas.

¹⁹⁵ CDHDF, Recomendación 7/2011, dirigida a la Secretaría de Gobierno, a la Secretaría de Salud y a la Procuraduría General de Justicia, todas del Distrito Federal.

¹⁹⁶ A excepción de la información referenciada, los datos que se presentan en esta sección provienen de la visita realizada al Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan el 8 de junio de 2011, en la que se aplicaron cuestionarios a 30 internas, cuatro custodios y se entrevistó al doctor Ricardo Okie González, director de la unidad hospitalaria Torre Médica Tepepan. Los cuadros y gráficos incluidos en este apartado fueron elaborados por el CIADH a partir de la sistematización de la información recabada durante la visita.

¹⁹⁷ "Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan", portal de internet de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario <www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/tepepan.html> (consultado en julio de 2011).

¹⁹⁸ Cifra al 31 julio de 2010. Gobierno del Distrito Federal, *Cuarto Informe de Gobierno*, op. cit., pp. 192-193.

a) DISPONIBILIDAD DE RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

Las internas del Centro Tepepan tienen acceso a los servicios de atención médica general y de especialidad proporcionados por la unidad hospitalaria Torre Médica Tepepan que se encuentra dentro de las instalaciones de este centro de reclusión. Adscrita a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, esta unidad hospitalaria fue habilitada para brindar atención médica de segundo nivel y consulta en diversas especialidades, incluyendo la atención médica quirúrgica y de hospitalización, para la población varonil y femenil en situación de reclusión. No obstante, a finales del año 2008, se suspendieron las actividades médico-quirúrgicas y de hospitalización para remodelar el espacio, brindando en la actualidad únicamente la atención de primer nivel y atención psiquiátrica a mujeres inimputables en el Centro Tepepan, así como interconsultas de especialidades a la población femenil y varonil de los diferentes centros de reclusión en forma programada. En el siguiente apartado, se aborda y profundiza la situación en la que se encuentra este hospital y las implicaciones de su cierre parcial de casi dos años en relación con la disponibilidad y calidad de atención especializada para la población en reclusión; no obstante, aquí se hace un primer acercamiento para valorar los recursos materiales y humanos con los que disponen las mujeres reclusas en el Centro Tepepan.

Hasta que concluya la obra de remodelación, los servicios de atención se encuentran en un espacio improvisado que no cumple con los estándares mínimos en materia de infraestructura, equipo e instrumental para la atención médica de pacientes ambulatorios. El servicio de rayos X no está funcionando y tampoco está habilitada el área de hospitalización. Sólo se cuenta con un par de camas para observación. No se cuenta con sala de espera, ni sanitario. De hecho, no hay suministro de agua en el área. La distribución de las instalaciones no permite la entrada y salida directa, rápida y segura y el espacio para las consultas es muy reducido. Varias internas, una de ellas embarazada, denunciaron la falta de confidencialidad e intimidad en las consultas. El servicio de urgencia está improvisado en la misma área que los consultorios y el carro rojo está incompleto por falta de abasto de medicamentos. De la misma forma, el laboratorio se encuentra instalado en un área improvisada. La farmacia no cuenta con un espacio adecuado para el almacenamiento de las medicinas. La mayoría de las entrevistadas valoran las instalaciones como regulares (52%) o malas (21%) pues, es cierto que, desde hace dos años, estas están improvisadas en un espacio reducido y poco cómodo.

Cuadro iii.55 Servicios de la unidad médica (Tepepan)

	¿El servicio existe y funciona?	Turno	Personal disponible
Servicio consulta externa (general)	Sí	24 horas (toda la semana)	
Servicio de urgencias	Sí	24 horas (toda la semana)	Nueve médicos generales
Servicio consulta especialidad	Sí	Flexible, según la especialidad (toda la semana)	42 enfermeras
Enfermería	Sí	24 horas (toda la semana)	
Servicio de hospitalización	-	-	-
Laboratorio	Sí	Horario de oficina	Cuatro técnicos laboratoristas
Servicio de odontología	Sí	Matutino (lunes a viernes, y domingo)	Tres cirujanos dentistas
Servicio de rayos X	-	-	Tres técnicos radiólogos
Oficina de trabajo social	Sí	Matutino (lunes a viernes) Matutino y vespertino (sábado y domingo)	Dos trabajadoras sociales
Oficina de archivo clínico	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Una persona
Farmacia	Sí	Matutino (lunes a viernes)	Dos personas
Área administrativa y directiva	Sí	Flexible	35 personas (entre director, secretaria y asistentes de la dirección, cocineros, gestores, afanadores)

Las internas del Centro Tepepan son atendidas por nueve médicos generales y tres odontólogos. El índice de médicos generales y de personal de enfermería se encuentra por arriba de los promedios de los otros centros de reclusión y de la población en libertad, dado que las internas están en contacto con todo el personal especialista de la Torre Médica Tepepan. A pesar de ello, se aprecia una falta de personal en el archivo, en la farmacia y en el servicio de odontología para poder garantizar un servicio continuo durante toda la semana y en ambos turnos.

Cuadro iii.56 Personal y camas censables.

Comparación entre la población del Tepepan y la población del Distrito Federal

	Tepepan (2011)	Indicadores de referencia para el Distrito Federal
Médicos/as generales por cada 1 000 internas/habitantes	38.7	4.3
Personal de enfermería por cada 1 000 internas/habitantes	181.0	4.4
Camas censables por cada 1 000 internas/habitantes	0	2.3

La productividad por servicio del mes de mayo de 2011 nos informa que se atiende un promedio de 12 pacientes al día en consulta general y 5 pacientes en el servicio de odontología.¹⁹⁹ El promedio de consultas diarias por interna se encuentra por arriba en comparación con otros reclusorios y con respecto a la población en libertad.

Cuadro iii.57 Consultas al día y estimación del promedio por cada 1 000 internas (Tepepan)

	Promedio al día	Estimación del promedio por cada 1 000 internas
Consultas de medicina general	12	51.7

b) ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS: PROCEDIMIENTOS Y OPORTUNIDADES

Para obtener una ficha, las mujeres que requieren de atención médica general deben formarse desde las 8:00 horas, pues éstas se reparten a las 8:30 horas. Las personas que están en protección, ubicadas físicamente en el espacio del CDUDT, son atendidas en un cuarto improvisado al lado de este dormitorio, en el que acude el personal de la unidad médica. El personal médico reporta visitar las demás zonas de aislamiento por las mañanas para revisar a las internas y canalizarlas a las instalaciones médicas en caso de requerirlo. Si la población necesita de atención urgente, debe solicitarla a través del personal técnico penitenciario que funge como intermediario entre las internas y la unidad médica. De las mujeres entrevistadas, 70% de las que estuvieron enfermas en zona de aislamiento, dijo haber recibido atención médica de forma oportuna. De hecho, es el único centro en el que el personal de la unidad médica reporta acudir, de forma regular, a los dormitorios para valorar y vigilar el estado de salud de las internas, incluyendo las zonas de aislamiento. Sin embargo, en casos de urgencia, 24% de las internas entrevistadas reporta no haber sido atendida de forma inmediata.

Cuadro iii.57. Acceso a servicios médicos en zonas de aislamiento y urgencia (Tepepan)

Porcentaje de personas entrevistadas que estuvieron enfermas en zonas de aislamiento y no recibieron atención médica	30%
Porcentaje de personas que tuvieron una urgencia y no fueron atendidas de forma inmediata	24%

A través de las entrevistas, una tercera parte de las mujeres comentó haber tenido algún problema con el personal de seguridad y custodia para acceder a la consulta, cifra muy por debajo del Cefereso

¹⁹⁹ Durante ese mismo mes se realizaron un total de 138 certificados de estado físico y 20 certificados toxicológicos.

aunque no menor, unas porque no les abrieron las puertas a tiempo, otras porque se les impidió el acceso por castigo o sin más razón. Durante las visitas, las internas no reportaron casos de extorsión para acceder a los servicios médicos.

Cuadro iii.59 Casos de obstaculización del acceso a los servicios médicos y casos de extorsión por parte del personal de seguridad y custodia, (Tepepan)

Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido problema con el personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	30%
Porcentaje de personas entrevistadas que han tenido que pagar al personal de seguridad y custodia para acceder a los servicios de salud	0%
Porcentaje de personas entrevistadas que señalan negativa de acceso a la atención por parte del personal médico	20%

Este centro se distingue por un acceso relativamente rápido a las consultas: 93% de las personas entrevistadas dice conseguir siempre la ficha el mismo día que la requiere. Aunque, en ocasiones, la CDHDF ha tenido que intervenir para garantizar el acceso a la atención a pacientes a quien el personal médico se la había retrasado. Asimismo, se reportaron algunos casos (20%) de negación de atención por parte del personal de la unidad médica.

c) CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD MÉDICA

La mitad de las mujeres entrevistadas reportó esperar menos de 30 minutos para pasar a consulta, la otra mitad espera en promedio una hora y media para ser atendida. Una cuarta parte de las entrevistadas considera no recibir un buen trato por parte del personal de la unidad médica, aunque, por lo general, las personas entrevistadas valoran de forma positiva la atención brindada durante las consultas: 97% reporta tener un expediente en la unidad médica, 86% dice que el personal médico revisa y actualiza siempre el expediente. Pocas internas reportan consultas de menos de 10 minutos (17%). Cabe señalar que la revisión de los expedientes arroja la mejor apreciación, pues todos los expedientes revisados contaban con historial clínico inicial correctamente integrado así como las notas de evolución, de referencia y hoja de enfermería. La mayoría de las internas valora una buena atención e información recibida y confirma que el tratamiento le ayuda a recuperar su salud. Sin embargo, es de destacar que las mujeres son atendidas casi exclusivamente por médicos hombres, 90% de ellas así lo manifestó, en contradicción con la recomendación de que los centros femeniles cuenten con disponibilidad de personal femenino suficiente y calificado.²⁰⁰

Otro aspecto controvertido es el acceso a los medicamentos. A pesar de que la unidad médica reporta un abasto de 93% de medicamentos y de 100% de material de curación, 66% de las mujeres entrevistadas dice no conseguir siempre en la farmacia las medicinas que necesita. En este centro, las internas no tienen un acceso directo a la farmacia; es el personal técnico quien debe surtirles las medicinas. En las encuestas, las internas reiteraron en varias ocasiones la tardanza en la entrega de las medicinas y la carencia de ellas. El acceso a las dietas especiales es otro punto de preocupación, pues casi la mitad de las entrevistadas indicó que ha tenido dificultades para tener una dieta especial, además, reportan que las dietas son incompatibles con sus necesidades.

²⁰⁰ CDHDF, Recomendación 3/1997, *op. cit.*, segundo punto recomendatorio.

Cuadro iii.60 Acceso a medicamentos, dietas especiales por razón de salud y material de curación (Tepepan)

Porcentaje de personas que no siempre tienen acceso a los medicamentos	66%
Porcentaje de personas con dieta especial que no responde a sus necesidades	47%
Porcentaje de personas que no tuvieron acceso a la atención o al material necesario para curación o rehabilitación	11%

*d) SALUD DE LA MUJER*²⁰¹

En primer lugar, es de destacar que 13% de las mujeres entrevistadas no ha tenido acceso a estudios ginecológicos básicos, dato preocupante para un reclusorio con poca población y que cuenta con mayores recursos especializados. Por falta de material, equipo e infraestructura necesaria, el servicio médico reporta apoyarse en instituciones externas para la realización de estudios. Con el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (Inmujeres-DF) se realizan mastografías para las personas mayores de 40 años y con la jurisdicción sanitaria de la delegación Tlalpan, ubicada en el Centro de Salud Castro Villagrana, se llevan a cabo barridos del virus del papiloma humano y citología.

Gráfico iii.4 Acceso a servicios ginecológicos una vez al año (Tepepan)

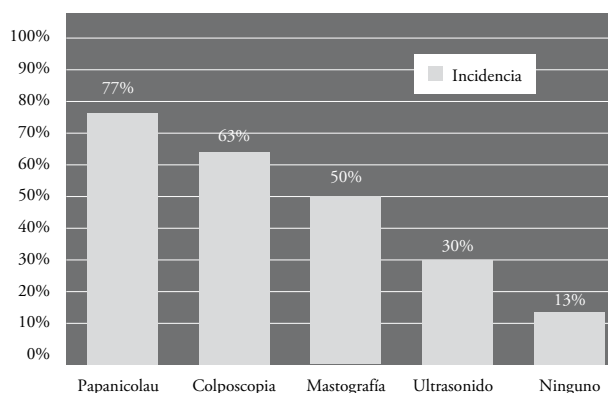
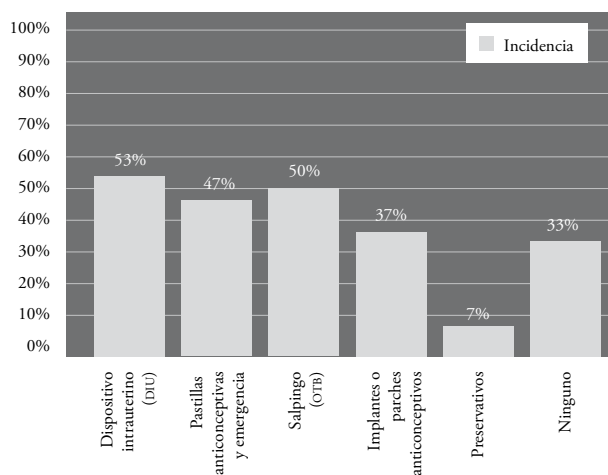


Gráfico iii.5 Acceso a información sobre métodos anticonceptivos (Tepepan)

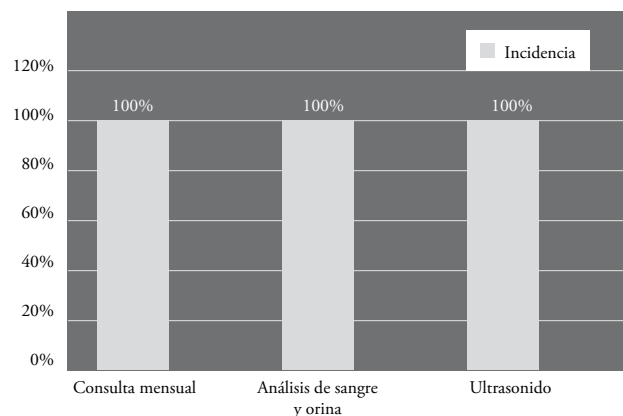


²⁰¹ En el capítulo IV se presenta una valoración más detallada de la situación del derecho a la salud de algunos grupos de población, en particular de las mujeres en reclusión.

En relación con la información sobre métodos anticonceptivos, un tercio de las mujeres entrevistadas comentó que el personal de la unidad médica no le proporciona ninguna información al respecto. Las demás dicen haber tenido acceso a información sobre el DIU, sobre la salpingoclasia o las pastillas anticonceptivas o de emergencia. Sólo dos personas reportan estar usando métodos anticonceptivos, una usa preservativos y a la otra le practicaron una salpingoclasia. (Véase gráfico III.5).

Al día de la visita, sólo había una interna embarazada en el Centro Tepepan, ninguna de las otras reportó haber estado embarazada. La interna embarazada confirmó tener acceso a consultas médicas de control mensual, estudios médicos y ultrasonidos y contar con una atención médica oportuna.

Gráfico iii.6 Atención durante el embarazo (Tepepan)



e) MECANISMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Todas las internas del Centro Tepepan requieren de un tratamiento médico y/o psiquiátrico por enfermedades crónico-degenerativas o psiquiátricas; no obstante, a través de las entrevistas, 29% de las personas indicó que no recibe la atención especializada que requiere de forma periódica. Este es uno de los porcentajes más bajos en comparación con los demás centros, aunque resulta alto en consideración de las características de esta unidad hospitalaria de segundo nivel de atención.

Las personas con enfermedades crónico-degenerativas tienen un control mensual y acuden de forma regular a interconsultas de especialidad en hospitales o instituciones externas. En el dormitorio 5 se ubican las mujeres que viven con VIH/sida, quienes son atendidas en coordinación con la Clínica Especializada Condesa. Las personas con adicciones son atendidas a través del Programa de Atención en Conductas Adictivas en el dormitorio 9 (primera fase) y 3 (segunda fase). Las pacientes con tratamiento psiquiátrico reciben sus medicamentos tres veces al día a través del área de enfermería. Las mujeres con tratamiento psiquiátrico se encuentran internadas en el dormitorio 8; mientras que en el 6 están las pacientes psiquiátricas en control y funcionales, a pesar de que las condiciones de esta área no responden a los requerimientos para estancias psiquiátricas. Las personas adultas mayores o con discapacidad motriz están alojadas en el dormitorio 7, sin embargo, no se benefician de ningún programa específico para atender sus necesidades propias en materia de atención médica.²⁰²

²⁰² En el capítulo IV se presenta una valoración más detallada de la situación del derecho a la salud de algunos grupos de población, en particular de las mujeres en reclusión.

Caso de violación del derecho a la salud en el Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan

La peticionaria informó a la CDHDF que se encontraba ubicada en el área de psiquiatría, donde había sido agredida por otra interna, que le había causado diversas lesiones. Las autoridades del centro corroboraron los hechos e informaron que la agraviada había recibido atención médica, en tanto que la interna agresora había sido sancionada. Sin embargo, personal médico señaló varias deficiencias en el área de psiquiatría que, consideraron, está lejos de ser una institución de tratamiento para mujeres que viven con alguna discapacidad psicosocial. Indicaron que dicha área no cuenta con la infraestructura necesaria para que haya una verdadera separación entre las internas. Aquellas con padecimientos menos graves suelen agredir o abusar de las demás. Tampoco tienen sanitarios suficientes. Adicionalmente, las internas son sancionadas por el Consejo Técnico Interdisciplinario, sin tomar en cuenta su condición de enfermas o de inimputabilidad; es decir, a dichas personas la autoridad administrativa les impone un correctivo, dejando de lado el tratamiento previsto por los médicos tratantes.

B. Atención en medicina de especialidad: referencia y contrarreferencia*1. Disponibilidad de la atención médica especializada*

Todas las unidades médicas proporcionan atención de primer nivel. Para acceder a servicios de segundo o tercer nivel de atención, las y los internos deben ser referidos a hospitales o instituciones externas. El número de traslados mensuales varía de un centro a otro. Durante el año 2011, el Ceresova, la Penitenciaría y el Reclusorio Preventivo Varonil Sur reportan la realización de un promedio de 50 traslados al mes; el Cefereso alrededor de 100; el Reclusorio Preventivo Varonil Sur alrededor de 140 y el Reclusorio Norte un promedio de 200.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal informó que en la red de unidades médicas de los centros de reclusión, las referencias se hacen principalmente hacia la unidad hospitalaria de la Penitenciaría, que da atención quirúrgica para cirugías menores; hacia la unidad médica del Cevarepsi, que proporciona atención psiquiátrica; y a la unidad hospitalaria Torre Médica Tepepan que proporciona consultas de especialidad.²⁰³

Los hospitales de la Red de la Secretaría de Salud que concentran la atención de segundo nivel para la población en reclusión, son los Hospitales Generales de Xoco, Dr. Rubén Leñero, La Villa, Iztapalapa-Comunidad Económica Europea, Balbuena y Ticomán; así como el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, el Hospital Juárez de México, la mayoría de los institutos federales de especialidad y algunas instituciones privadas como el Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana, también reciben a pacientes privados de la libertad.

²⁰³ La información señalada fue proporcionada por el director de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a través de los oficios DSMLR/01421/11 y DSMLR/01588/11, de 25 de julio y 9 de agosto de 2011, respectivamente.

Cuadro iii.61 Instituciones para la referencia de pacientes en reclusión²⁰⁴

Nombre completo de la institución	Especialidad
Unidades médicas en centros de reclusión	
Torre Médica Tepepan	Anestesiología, Cardiología, Cirugía general, Cirugía Maxilofacial, Estomatología, Estudios de laboratorio, Ginecobstetricia, Imagenología, Medicina General, Medicina Interna, Medicina Física y Rehabilitación, Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Radiología, Urología.
Penitenciaria	Cirugía menor, Imagenología.
Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial	Psiquiatría.
Red Hospitalaria de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal	
Hospital General Xoco	Artroscopia, Cirugía General, Cirugía maxilofacial, Cirugía plástica y reconstructiva, Colonoscopia, Endoscopia, Imagenología, Medicina Interna, Neurocirugía, Resonancia Magnética, Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, Urgencias.
Hospital General Dr. Rubén Leñero	Anestesiología, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Imagenología, Laboratorio Clínico, Medicina Interna, Quemaduras, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia y Traumatología, Tomografía, Urgencias.
Hospital General La Villa	Cirugía General, Clínica de la columna, Rehabilitación, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Terapia Física, Urgencias.
Hospital General de Iztapalapa - Comunidad Económica Europea	Cirugía General, Coloproctología, Dermatología, Gastroenterología, Ginecobstetricia, Imagenología, Maxilofacial, Medicina Interna, Oftalmología, Pediatría, Proctología, Traumatología y Ortopedia, Urgencias.
Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez	Anestesiología, Cardiología, Cirugía General, Coloproctología, Endocrinología, Endoscopia, Gastroenterología, Imagenología y Radiodiagnóstico, Infectología, Laboratorio Clínico, Medicina Interna, Medicina Nuclear, Nefrología, Neumología, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Proctología, Urología.
Hospital General Balbuena	Cirugía General, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Maxilofacial, Medicina Interna, Neurología, Ortopedia, Rehabilitación, Urgencias, Urología.
Hospital General Ticomán	Urgencias, Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecobstetricia, Oftalmología Otorrinolaringología, Anestesiología, Ortopedia.
Hospital Materno Infantil Inguarán	Urgencias, Ginecología, Obstetricia, Neonatología, Anestesiología, Patología.
Clínica de Especialidades Condesa	Dermatología, Imagenología, Odontología, Proctología.
Hospital General Dr. Enrique Cabrera	Anestesiología, Angiología, Cardiología, Cardioneumología, Cirugía general, Cirugía Vasculat, Coloproctología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Imagenología y Radiodiagnóstico, Medicina Interna, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia, Urología.
Hospital General Ajusco Medio	Cirugía General, Gastroenterología, Ginecobstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Urgencias.
Hospital Materno Infantil Xochimilco	Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Dermatología, Dietética y Nutrición, Lactantes, Medicina Preventiva, Neonatología, Obstetricia, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Psicología, Quemaduras.
Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores	Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Medicina Interna, Urgencias.
Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua	Dermatología.

²⁰⁴ El listado de instituciones que se muestra, se realizó a partir de la información remitida por la Secretaría de Salud del Distrito Federal y de las entrevistas a las y los encargados de las unidades médicas.

Cuadro iii.61 Instituciones para la referencia de pacientes en reclusión (*continuación*)

Nombre completo de la institución	Especialidad
Hospitales e institutos federales	
Hospital Juárez de México	Agrología, Angiología, Cirugía Vascular, Cirugía Maxilofacial, Cistografía, Endocrinología, Hospitalización, Imagenología, Medicina Interna, Nefrología, Oncología, Oncomaxilofacial, Urología
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Consulta Externa, Infectología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Tuberculosis.
Instituto Nacional de Cancerología	Admisión Hospitalaria, Cancerología, Catéter, Gastroenterología, Hematooncología, Imagenología, Infectología, Infectooncología, Laboratorio, Medicina Interna, Medicina Nuclear, Neumología, Oncología, Quimioterapia, Radioterapia, Urología.
Instituto Nacional Nutrición Salvador Zubirán	Gastroenterología, Clínica de Mamografía, Medicina Interna, Nefrología, Oncología, Urgencias.
Instituto Nacional de Rehabilitación	Consulta Externa, Infecciones Óseas, Laboratorios Clínicos, Ortopedia.
Instituto Nacional de Cardiología	Cardiología.
Centro Médico Nacional La Raza	Alergia e Inmunología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Hematología, Infectología de Adultos, Medicina del enfermo en estado crítico, Nefrología, Neumología, Reumatología.
issste	Radiología.
imss	Medicina Interna, Oncología.
Instituciones privadas	
Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana I. A. P	Cirugía de Catarata, Cirugía General, Ecografía, Laboratorios, Medicina Interna, Microscopia, Neurooftalmología, Oftalmología y Retina.
Hospital abc	Imagenología, Patología Anatómica, Traumatología, Neurología Especializada, Neurofisiología Clínica y Fisiología Pulmonar.
Hospital abc	Imagenología, Patología Anatómica, Traumatología, Neurología Especializada, Neurofisiología Clínica y Fisiología Pulmonar.

La unidad hospitalaria Torre Médica Tepepan, adscrita a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Gobierno Distrito Federal, fue habilitada en las instalaciones del Centro Tepepan para brindar atención médica de segundo nivel y consultas en diversas especialidades para la población en situación de reclusión en los penales del Distrito Federal. Antes de empezar el proceso de remodelación, absorbía alrededor de 70% de las necesidades de atención especializada de la población en reclusión.

Desde noviembre de 2008, los servicios médico-quirúrgicos se encuentran restringidos por encontrarse en un proyecto de remodelación cuya terminación sigue pendiente. Se suspendió por completo la atención hospitalaria, sin embargo, algunos médicos especialistas siguen dando interconsultas, en un espacio físico improvisado. La plantilla de personal cuenta con 114 personas, aunque apenas 30 médicos reportaron consultas en el mes de mayo de 2011, distribuidas de lunes a viernes en los turnos matutinos o vespertinos. Se observa un promedio bajo de atenciones por día, pues sólo se atendieron alrededor de siete pacientes diarios. Asimismo, se observan casos de médicos que se presentaron una sola vez durante todo el mes.

Cuadro iii.62 Personal, consultas mensuales, días laborados y promedio de consultas-Torre Médica Tepepan, mayo de 2011

Servicio	Personal	Total de consultas mensuales	Total de días laborados	Promedio de consultas al día
Anestesiología	Una persona	70	4	17.5
Cardiología	Una persona	8	1	8
Cirugía General	Cuatro personas	100	13	7.7
Consulta General	Cinco personas	295	25	11.8
Estomatología	Dos personas	62	12	5.2
Ginecobstetricia	Dos personas	23	6	3.8
Medicina General	Una persona	11	2	5.5
Medicina Física y Rehabilitación	Una persona	20	12	1.7
Medicina Interna	Dos personas	75	15	5
Máximo Facial	Una persona	5	1	5
Oftalmología	Una persona	31	2	15.5
Ortopedia	Dos personas	51	6	8.5
Otorrinolaringología	Una persona	15	5	3
Pediatría	Una persona	10	1	10
Psicología	Una persona	11	3	3.7
Psiquiatría	Dos personas	57	8	7.1
Radiología	Una persona	28	1	28
Urología	Una persona	20	8	2.5
Total	30 personas	892	125	7

La Torre Médica Tepepan se encarga del análisis de muestras sanguíneas de pacientes del Centro Femenil Tepepan y de los demás centros de reclusión. Anualmente se realizan alrededor de 25 600 estudios. Una empresa privada, subcontratada por un periodo de tres años, brinda todos los reactivos, aparatos e insumos y da mantenimiento al equipo, operado por técnicos laboratoristas adscritos a la Secretaría de Salud. Al igual que el servicio de consulta, el laboratorio está instalado en un área improvisada mientras concluye el proceso de remodelación.

Se ubica en un edificio de cuatro pisos de 1 300 metros cuadrados cada uno, construido en el año 1976. En noviembre de 2008, el inmueble ya se encontraba desocupado al 100%, pero fue hasta agosto de 2009 que inició la primera etapa de la remodelación que se concluyó en marzo de 2010. Para esta primera fase, a cargo de la empresa Proyecta e Ingenieros S. A. de C. V., se asignaron recursos por un monto total de 36.5 millones de pesos²⁰⁵ que fue ejercido durante el año fiscal 2009, distribuido entre la construcción de la obra y los acabados. Por falta de recursos, la remodelación se suspendió en 2010. En mayo de 2011, durante la visita de campo, el director de la Torre Médica Tepepan informó que, de forma inminente, se reiniciará la obra en virtud de la asignación de fondos federales, por un total de 79 millones de pesos a ejercerse durante el año fiscal 2011.

A la fecha, los dos últimos pisos de la Torre Médica se encuentran terminados: el cuarto piso está habilitado para oficinas administrativas y el tercer nivel comprende dos quirófanos, un área de recuperación, un servicio de tococirugía con espacio para trabajo de parto y sala de expulsión y un área de hospitalización para mujeres y hombres.²⁰⁶ El resto del edificio se encuentra en obra negra. Se prevé que el segundo piso incluya el área de hospitalización con capacidad total de 37 camas censables para la

²⁰⁵ CDHDF, Recomendación 20/2009, Oficio DTMT/0708/2010, 30 noviembre de 2010, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

²⁰⁶ Inicialmente el tercer nivel no contemplaba el servicio de hospitalización, no obstante, a finales del 2009 se hicieron modificaciones al proyecto inicial con la finalidad de acondicionar temporalmente un total de 16 camas y los servicios de apoyo para hospitalización, de tal forma que se pueda empezar a operar algunos servicios, en particular de terapia intensiva, y aprovechar el espacio mientras se terminaba el resto de la obra. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Oficio DGPCS/073bbis/09, 5 de octubre de 2009, en: CDHDF, Dirección Ejecutiva de Seguimiento, expediente de la Recomendación 20/2009, consultado en julio de 2011. Esta zona está terminada y

hospitalización de 18 hombres y 18 mujeres y un espacio para personas en aislamiento. El primer nivel albergará 18 consultorios de especialidad, un laboratorio y un área de estudios de gabinete (tomografía, endoscopia alta y baja, rayos X y ultrasonografía) así como una farmacia. El servicio de urgencia se habilitará en el sótano, a un costado de la entrada de vehículos. El Director de la Torre Tepepan hace énfasis en que la plantilla de personal se deberá ampliar cuando se inaugure el hospital, tomando en cuenta que prestará servicios durante las 24 horas, sumando aproximadamente 300 trabajadores.

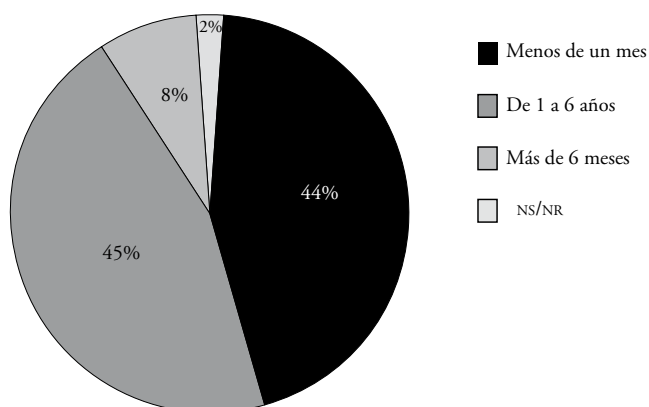
Con mayor capacidad de atención, instalaciones y equipamiento modernizado, la unidad hospitalaria Torre Médica Tepepan podrá brindar una atención médica especializada a la población en reclusión en forma más oportuna, dado que reducirá la necesidad de recurrir a hospitales externos para atención de segundo nivel. Así, permitirá el acceso a la atención de forma más rápida y ágil y una mayor seguridad en las estancias hospitalarias.

2. Accesibilidad a la atención médica especializada

El primer requisito para la referencia es la autorización del personal de la unidad médica. A través de los cuestionarios aplicados a personas internas, se observa que una tercera parte de ellas reporta que, en alguna ocasión, el personal médico le ha negado la referencia aunque consideraban necesitarla. Lo anterior representa un primer obstáculo para el acceso a la atención especializada.

Una vez autorizada la referencia, el personal de la unidad médica a través del apoyo del área de trabajo social o, en su falta, del personal médico, debe solicitar el aval de la dirección del centro de reclusión para entonces poder gestionar la cita con la institución de referencia que contemple el servicio requerido. Por lo general, la gestión telefónica no es suficiente y el personal de trabajo social debe acudir personalmente a los hospitales externos e instituciones especializadas para realizar el trámite. Lo anterior implica que este proceso sea tardado, y más aún, porque el personal de trabajo social es limitado. Por lo general, las unidades médicas sólo cuentan con una o dos personas en este servicio. En caso de urgencias, este proceso es relativamente ágil, pero, la espera para conseguir cita, tratándose de estudios, tratamientos o interconsultas de especialidad, es mucho más larga. En la encuesta, 44% de las y los internos entrevistados señaló que, por lo general, las citas se consiguen en un plazo de un mes, 45% indicó que tarda entre uno y seis meses, mientras que 8% señaló deber esperar más de seis meses. El personal de las unidades médicas coincide en reportar citas muy espaciadas, con un promedio de dos a tres meses. La tardanza en acceder a estudios de gabinete especializados o a una consulta de especialidad limita la posibilidad de un diagnóstico certero en un tiempo oportuno que permita atender y tratar debidamente a las personas que lo requieren.

cuenta con la mayor parte del equipo médico, por lo que se preveía que empezaría a operar desde julio del 2010; sin embargo, se pospuso por falta de instrumental quirúrgico, mobiliario y accesorios.

Gráfico iii.7 ¿Cuánto tiempo tardó en ser referido?

La tardanza para tramitar las citas obedece en gran medida a la ausencia de lineamientos claros para asegurar la atención, los problemas de coordinación entre las autoridades encargadas de la prestación del servicio (unidades médicas, hospitales y Subsecretaría de Sistema Penitenciario) así como falta de eficacia e inobservancia del modelo de referencia. Cabe señalar que el manual de referencia y contrarreferencia existente no desarrolla de forma específica y con precisión, la actuación y las responsabilidades de cada uno de los actores involucrados en ese proceso.

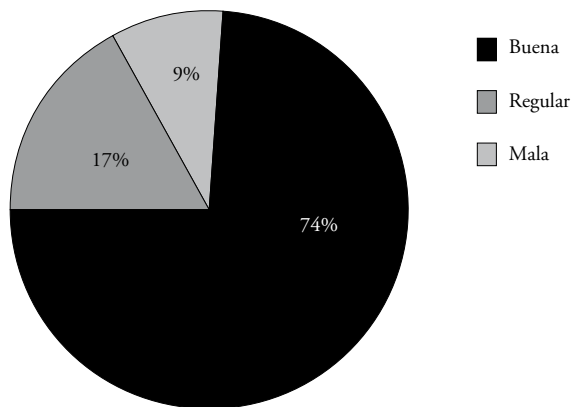
La autoridad justifica estas dificultades por la saturación de los servicios del sector salud. En este sentido, y para agilizar los procesos de referencia y contrarreferencia dentro de la red hospitalaria de la Secretaría de Salud, la CDHDF promovió una propuesta de regionalización de la referencia con base en la localización geográfica de los centros de reclusión y la cercanía de los hospitales en su alrededor, la cual fue retomada por esa dependencia y fortalecida. No obstante, más allá de esas limitaciones y deficiencias estructurales, la CDHDF considera que las dificultades para acceder y operar el proceso de referencia y contrarreferencia al interior de la Red Hospitalaria de la Secretaría de Salud reflejan una situación de discriminación en agravio de este grupo de población, estigmatizado por su situación jurídica. A partir de su experiencia y la tramitación de peticiones (casos), este Organismo Autónomo ha verificado los prejuicios y malos tratos de los que son víctimas las y los pacientes en reclusión por parte del personal administrativo y médico de los hospitales de la red, lo que se refleja en la dificultad para acceder a los estudios, consultas de especialidad o intervenciones quirúrgicas y seguimiento médico, y redundan en una atención médica deficiente y un seguimiento inexistente.

Por su lado, algunos hospitales federales o instituciones privadas de segundo y tercer nivel pretextan la falta de condiciones adecuadas de seguridad en sus instalaciones para no autorizar el ingreso de personas en reclusión. Ello limita la accesibilidad a la atención especializada con consecuencias graves para las y los pacientes, por ejemplo, las personas que necesitan atención médica psiquiátrica tienen un acceso restringido a los hospitales psiquiátricos federales, únicos en su tipo y especialidad.

3. Calidad de la atención en instituciones especializadas

Las personas entrevistadas tienen una percepción, en general, positiva de la atención que reciben en las instituciones especializadas: 74% afirma recibir una atención de buena calidad y 17% una atención regular. La revisión de una muestra de expedientes permitió confirmar que, por lo general, los formatos de referencia y contra-referencia están debidamente integrados. Aunque, se ha mencionado que no siempre los médicos anotan los datos requeridos sobre todo en los hospitales federales.²⁰⁷ En este sentido, a través del instrumento recomendatorio 20/2009, la CDHDF ha exhortado a la Secretaría de Salud asegure que, en todas las referencias y contrarreferencias a instituciones hospitalarias externas, se remitan de forma adecuada los expedientes clínicos, notas médicas y/o documentos necesarios para asegurar una atención médica oportuna.²⁰⁸ En ocasiones se ha denunciado el descuido del personal de seguridad a quién se entrega el formato de referencia y contrarreferencia de las y los pacientes que son trasladados, porque no regresa o extravía ese documento, lo que imposibilita el debido seguimiento de los pacientes a su regreso al centro de reclusión.²⁰⁹

Gráfico iii.8 ¿Cómo evalúa la atención médica que recibió en el hospital donde fue y custodia durante el traslado?



Respecto de la asequibilidad, cabe señalar que la atención médica proporcionada por los hospitales e institutos federales o las instituciones privadas no es gratuita. Por ejemplo, en el Hospital Juárez de México, la consulta cuesta 75 pesos y una cirugía maxilofacial entre 1 500 y 3 000 pesos. Para una consulta en el Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana, la o el interno debe pagar alrededor de 120 pesos y, entre cuatro y 14 mil pesos, para una operación de la retina. En caso de que la persona en reclusión o su familia no pueda solventar ese gasto, el director de la unidad médica puede buscar apoyo a través del Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos del Gobierno del Distrito Federal, no obstante, éste no cubre cierto tipo de atención o material como son las muletas, prótesis o sillas de ruedas. En otros casos, se busca la afiliación al seguro popular o, si la persona está asegurada, se solicita su canalización a los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), según sea el caso. En varias ocasiones, la CDHDF ha tenido que intervenir para instar a la Secretaría de

²⁰⁷ CDHDF, Dirección Ejecutiva de Seguimiento, Acta circunstanciada "Asunto: entrevista con el Doctor José Luis Gaona", 20 de agosto de 2010, expediente de la Recomendación 20/2009 consultado en julio de 2011.

²⁰⁸ CDHDF, Recomendación 20/2009, cuarto punto recomendatorio, *op. cit.*

²⁰⁹ CDHDF, Dirección Ejecutiva de Seguimiento, Acta circunstanciada "Asunto: visita de verificación unidad médica Cefereso", 19 de agosto de 2010, expediente de la Recomendación 20/2009.

Salud a buscar alternativas, incluso ha fungido como interlocutora ante estos entes para asegurar la atención cuando no lo había hecho.

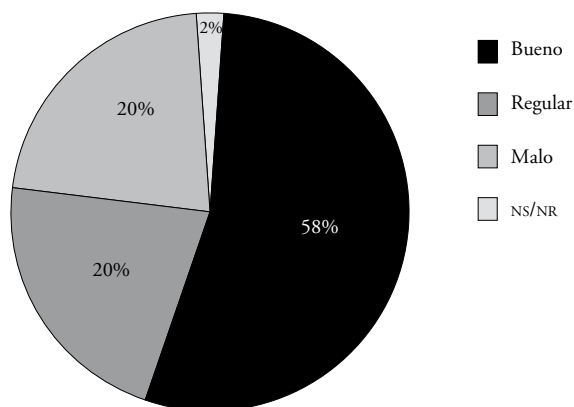
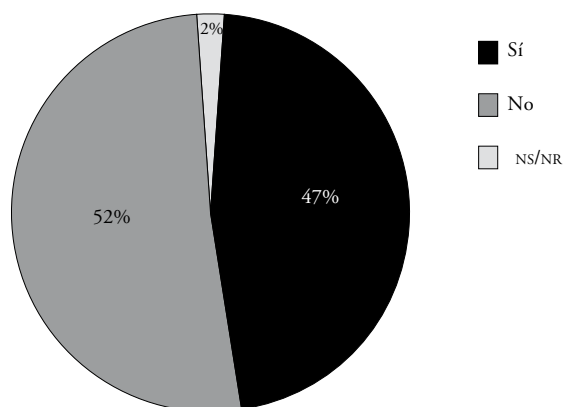
El principio de asequibilidad y la gratuidad de la atención requieren abrir el debate respecto de la posibilidad de apelar a las cláusulas existentes en la normatividad interna de los institutos federales respecto de la condonación de pagos para personas con escasos recursos. La situación de pobreza o extrema pobreza en la que se encuentran la mayoría de las personas en reclusión y su consecuente insolencia, es un factor determinante en la negación de atención en algunos hospitales como el Hospital General de México, el Hospital General Dr. Manuel Gea González o el Hospital de la Mujer.

4. Condiciones de traslado

Otro foco rojo de la referencia se sitúa en el ámbito del traslado. Una vez programada la cita, el personal de trabajo social envía la notificación de fecha, hora y sitio de la referencia a la dirección del centro de reclusión siendo, en virtud del Reglamento de los Centros de Reclusión, el área responsable de organizar los traslados que se realizan en vehículos de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario y con la presencia de personal de seguridad y custodia. Sin embargo, tanto el personal médico como las y los internos denuncian citas programadas que no son atendidas de forma adecuada. Las razones son diversas. Existen casos en que, una vez programada la cita, la persona interna no puede acudir porque el personal de seguridad no la deja salir a tiempo de su estancia o dormitorio. Se denuncian problemas de falta de coordinación entre la unidad médica, el área jurídica y el personal de seguridad así como la carencia de vehículos, choferes y/o elementos de seguridad para acompañar a las personas referidas. En otras ocasiones, la tardanza en los traslados no permite a las y los pacientes llegar a su cita a la hora programada. A través del instrumento 8/2005 emitido a raíz de la muerte de una interna del Cefereso, se recomendó que el personal de seguridad y custodia realice los traslados de las internas que requieran atención médica, de forma segura, oportuna y eficiente.²¹⁰ En cumplimiento de esta recomendación, se propuso la conformación de un cuerpo de seguridad especial. A más de siete años, dicho punto recomendatorio se encuentra parcialmente cumplido.

Por otro lado, 20% de las personas entrevistadas denuncia malos tratos que recibe por parte del personal de seguridad y custodia durante los traslados y 52% las condiciones de transporte inadecuadas. Por lo general, los traslados se realizan en camionetas sin luz, ni ventilación, rebasando las capacidades de los vehículos. Las y los internos son esposados, a veces, sentados o acostados en el piso de los vehículos, en condiciones sumamente precarias y degradantes. Algunos centros cuentan con ambulancias y personal paramédico, no obstante, son excepcionales los casos en los que se utilizan, prefiriendo las camionetas que permiten transportar un mayor número de personas y aprovechar las salidas para atender varias diligencias.

²¹⁰ CDHDF, Recomendación 8/2005, *op. cit.*, sexto punto recomendatorio.

Gráfico iii.9 ¿Cómo evalúa el trato por parte del personal de Seguridad y Custodia durante el traslado?**Gráfico iii.10** ¿Considera que las condiciones del vehículo de traslado fueron adecuadas?

La gran mayoría de los traslados no son acompañados por personal médico o paramédico que pudieran responder por la salud de las y los pacientes. Esta situación ha provocado violaciones graves a derechos humanos, en particular al derecho a la integridad de las personas, incluso resultando en la muerte de varias de ellas. Especial atención debería merecer el caso de los traslados de personas con discapacidad física o mental, mujeres embarazadas o cualquier persona cuyo estado de salud se encuentra debilitado por una enfermedad.

Caso de violación al derecho a la salud en la Penitenciaría del Distrito Federal

La persona agraviada, interno de la Penitenciaría del Distrito Federal, presentaba una hernia y desde el año 2008 se había determinado que su tratamiento era quirúrgico. Para tal efecto, en ese mismo año fue referido a la Torre Médica Tepepan, donde no le realizaron la cirugía porque tenía altos los niveles de triglicéridos y lo regresaron a la unidad médica del centro de reclusión para su control. Desde entonces, y hasta noviembre de 2010, el paciente solicitó atención médica y fue referido en varias ocasiones nuevamente a la Torre Médica Tepepan, que ya se encontraba en remodelación, por lo que no funcionaban los quirófanos y no le podían otorgar la atención que requería.

Una vez formulada la queja ante la CDHDF, el interno fue referido al Hospital General Rubén Leñero varias veces, pero no fue atendido porque en alguna ocasión fue presentado por los custodios después de la hora de la cita; o porque no llevaba los estudios clínicos completos; o porque no se encontraba el cirujano que debía valorarlo. Además, los traslados al hospital se realizaban en los vehículos disponibles, que sólo contaban con una banca de metal, conducidos a alta velocidad, lastimando al paciente esposado que no se podía detener. Cuando los traslados tardaban mucho, el interno tenía que soportar las ganas de ir al baño, ya que no le permitían bajar, y pasaba varias horas sin comer.

El asunto continúa en investigación para determinar por qué el agraviado fue referido a la Torre Médica Tepepan, donde ya se sabía que no le podían proporcionar la atención que requería y las razones del retraso de más de dos años para realizarle la cirugía que le era necesaria.

iv. Los determinantes de la salud en los centros de reclusión: factores de riesgo y discriminación



A. Salud y condiciones de reclusión: una relación poco favorable

1. Diagnóstico de morbilidad de la población en reclusión

El panorama de morbilidad de las personas privadas de la libertad refleja las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en esa población, mismas que constituyen un indicador de las condiciones físicas, ambientales y sociales en las que se vive en los centros de reclusión.

Cuadro iv.1 Morbilidad general y en los servicios de urgencias para la población en reclusión, 2010

Morbilidad 2010	Morbilidad en servicios de urgencias 2010
1. Infecciones respiratorias agudas	1. Traumatismos
2. Lesiones por violencia	2. Heridas penetrantes
3. Gastroenteritis probablemente infecciosa	3. Fracturas
4. Hipertensión arterial sistémica	4. Intoxicaciones
5. Diabetes mellitus	
6. Micosis	
7. Caries y otras patologías estomatológicas	
8. Otras enfermedades	

Fuente: elaboración del CIADH con base en Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, JUDSMR, Oficio JUDSMR/0458/11, 8 de abril de 2011, *op. cit.*

Las enfermedades infecto-contagiosas, gastrointestinales y respiratorias encuentran condiciones favorables para su propagación en las malas condiciones de higiene y nutrición en las que viven las personas privadas de libertad, en particular por la falta de agua potable, de drenaje y de alimentación balanceada, entre otras razones;²¹¹ condiciones que resultan particularmente peligrosas cuando prevalecen en la población infantil y en las personas adultas mayores o las personas que viven con VIH/sida.

La incidencia de padecimientos crónico-degenerativos, en particular hipertensión arterial y diabetes mellitus, que ocupan respectivamente el cuarto y quinto lugar entre las principales causas de morbilidad, está acorde con el estado de salud de la población mexicana. Ambos padecimientos son responsables de las principales causas de muerte en México, tanto de hombres como de mujeres,²¹² y demandan una actuación pronta y adecuada de la autoridad sanitaria.

Las caries y otras patologías estomatológicas ocupan el séptimo lugar, confirmando la necesaria intervención, suficiencia, accesibilidad, y calidad de servicios de odontología en los centros de reclusión.

Las lesiones por violencia están en el segundo lugar de morbilidad general y los traumatismos y heridas penetrantes, ocupan los dos primeros lugares de las atenciones en los servicios de urgencia de las unidades médicas, estos reportes son reflejo del clima de violencia que afecta negativamente el estado de salud de las personas en reclusión. La violencia, al provocar lesiones o heridas, puede conllevar consecuencias graves para la salud de internas e internos que las sufren.

Otro dato relevante es la incidencia de brotes de ciertas enfermedades que se presentan con menor frecuencia en la población en libertad. En 2007 se detectó en el Cevarepsi y en los Reclusorios Preventivos Varoniles Oriente y Norte una epidemia de escabiasis o sarna, enfermedad contagiosa de la piel. La intervención tardada e inoportuna de la autoridad, motivó la emisión de la Recomendación 2/2007, a la fecha parcialmente cumplida. Desde 2008 al momento en que se emite este informe la CDHDF ha tenido conocimiento de brotes periódicos de meningitis, enfermedad que progresa rápi-

²¹¹ Romo Gamboa, Carlos Enrique, "Sistema de salud en México", p. 2, <http://sociales.reduaz.mx/art_ant/sistema_de_salud_mexico.pdf> (consultado en julio de 2011).

²¹² Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012...*, *op. cit.*, p. 29, cuadro II y III.

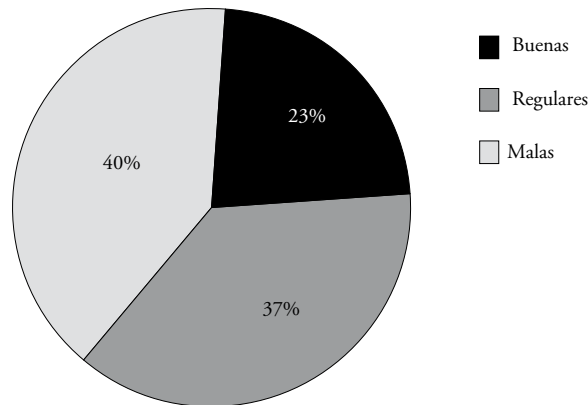
damente y cuyo diagnóstico oportuno y tratamiento son indispensables para evitar secuelas graves o incluso la muerte, por lo que la Secretaría de Salud ha implementado los cercos sanitarios al detectar posibles casos particulares para evitar su propagación.

Se reportan casos de tuberculosis principalmente en centros varoniles, en particular en la Penitenciaría, en pacientes con VIH/sida, esa enfermedad pulmonar es conocida comúnmente como “enfermedad de la pobreza”, por haberse comprobado que su desarrollo se potencializa en pacientes con mala alimentación, condiciones inadecuadas de vivienda o trabajo así como en condiciones de hacinamiento. Las personas con VIH/sida o pacientes con desnutrición o diabetes, cuyas enfermedades contribuyen a debilitar el sistema inmunológico, son propicios de contraerla.

2. Condiciones físicas y satisfacción de las necesidades básicas

A través de las inspecciones permanentes que realiza el personal de la CDHDF en el marco de sus atribuciones, este organismo ha verificado las condiciones insalubres en las que se vive en las cárceles del Distrito Federal. La percepción transmitida por las y los internos durante las visitas así como las inspecciones oculares, confirmaron esta situación. Las instalaciones se encuentran en muy mal estado por el mal uso, deterioro por el paso de los años y/o la falta de mantenimiento. Algunas estructuras metálicas están oxidadas, las paredes y escaleras sucias. La acumulación de basura en las estancias, dormitorios, pasillos y patios provoca contaminación visual, malos olores y un espacio propicio al desarrollo de bacterias y hongos. Las instalaciones sanitarias se encuentran en estado de deterioro, el drenaje no es adecuado, no sirve o se encuentra en algunos tramos al aire libre. Los espacios deportivos son obsoletos y la iluminación y ventilación resultan inapropiadas. Cuatro de cada 10 personas entrevistadas coinciden en que viven en malas condiciones sanitarias y de higiene –con mayor incidencia en el Cefereso y en los Reclusorios Preventivos Varoniles Norte y Oriente–, o regulares (34 por ciento).

Gráfico iv.1 ¿Cómo calificaría las condiciones sanitarias y de higiene en el centro de reclusión?



La sobrepoblación, y en su caso el hacinamiento, son otros factores que influyen negativamente en las condiciones de vida y en el estado de salud de la población en reclusión, en particular en los reclusorios preventivos. Los internos de estos centros reportan vivir entre 15 y 17 personas en estancias con seis camarotes.

La CDHDF ha constatado que en algunos dormitorios llegan a ser alojadas entre 200 y 400 personas, cuando la capacidad instalada es en promedio para 100 personas.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, entre otras instituciones internacionales de protección de los derechos humanos, ha definido el hacinamiento carcelario como un trato cruel, inhumano o degradante hacia las personas privadas de la libertad.²¹³ Sobre este punto cabe recordar que el hacinamiento está prohibido en la normatividad internacional. Los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas establecen al respecto

[...] La ocupación de establecimiento por encima del número de plazas establecido será prohibida por la ley. Cuando de ello se siga la vulneración de derechos humanos, ésta deberá ser considerada una pena o trato cruel, inhumano o degradante. La ley deberá establecer los mecanismos para remediar de manera inmediata cualquier situación de alojamiento por encima del número de plazas establecido [...].²¹⁴

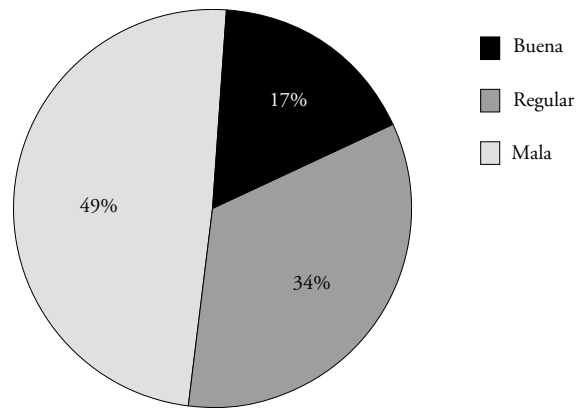
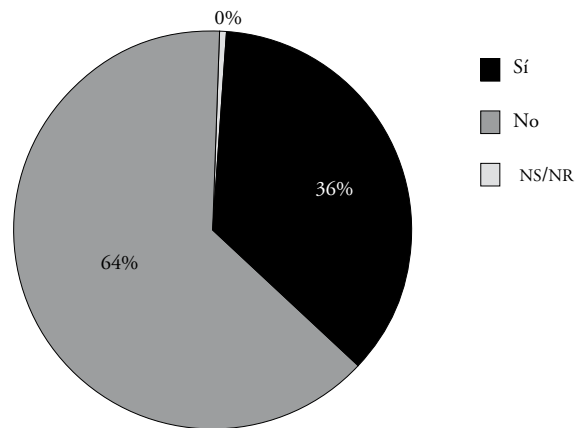
La sobrepoblación, aunada a las malas condiciones de higiene, ventilación e iluminación, acarrea una serie de riesgos para la salud de las y los internos y constituyen condiciones propicias para la producción y fácil contagio de infecciones en la piel y otras enfermedades.

La preparación y distribución de alimentos es otro elemento de preocupación. Si bien este servicio, coordinado por la misma empresa en prácticamente todos los centros, La Cosmopolitana, reporta observar una serie de condiciones de higiene y pautas nutricionales con el fin de proporcionar un régimen alimenticio adecuado a las y los internos, casi la mitad de las personas entrevistadas percibe la alimentación como mala (49%) y 34% la califica como regular. 36% recibe agua purificada para su consumo personal, las demás personas la toman de la llave o, si pueden, la compran. Los dos centros femeniles y el Reclusorio Preventivo Varonil Norte recibieron las peores calificaciones en lo que corresponde a la alimentación. También se han reportado casos de insuficiencia de alimentos o el robo de los mismos. La mala calidad e insuficiencia de los alimentos fue el detonador de disturbios en el Ceresova a principios del mes de julio de 2011 cuando internos del dormitorio 1A exigieron alimentos de mayor cantidad y calidad.²¹⁵ En el marco de las visitas, se constataron irregularidades en relación con la distribución de los alimentos que son transportados en el interior de los centros sin cubierta y repartidos por personas sin guantes, cubrebocas ni cofias.

²¹³ Corte IDH, *Caso del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia del 25 de noviembre de 2006, Serie C núm. 160, párr. 315.

²¹⁴ Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad..., *op. cit.*, Principio xvii.

²¹⁵ CDHDF, "Después de disturbios, valora CDHDF estado de salud de internos del Reclusorio Varonil de Santa Martha Acatitla", Boletín 245/2011, 7 de julio de 2011, <www.cd hdf.org.mx>

Gráfico iv.2 ¿Cómo calificaría la alimentación que les proporcionan en el Centro?**Gráfico iv.3** ¿El Centro les proporciona agua purificada para su consumo personal?

Merecen especial atención las condiciones de estancia de las personas en zonas de segregación, incluso en los dormitorios de protección. Además de presentar mayores obstáculos en el acceso a los servicios de atención médica, durante las visitas se encontraron casos en que las y los internos permanecían encerrados en sus dormitorios, privados de la luz del día, abandonados en cuanto a tratamiento por no tener acceso a alguna actividad. Esta situación motivó la emisión de la Recomendación 1/2010, que hace un exhorto a la autoridad penitenciaria para la planificación de programas de actividades culturales, médicas y escolares en los módulos de conductas especiales.²¹⁶ En este sentido, el artículo 107 del Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal dice a la letra:

En los Módulos de Alta Seguridad se contará con atención técnica permanente, médica, de trabajo social, psicológica, psiquiátrica, pedagógica, educativa y cultural, que incidan en la readaptación social. Sin descuidar la seguridad que requieren estos módulos, se instrumentará lo necesario a fin de que los internos disfruten de los derechos que establece el presente Reglamento.²¹⁷

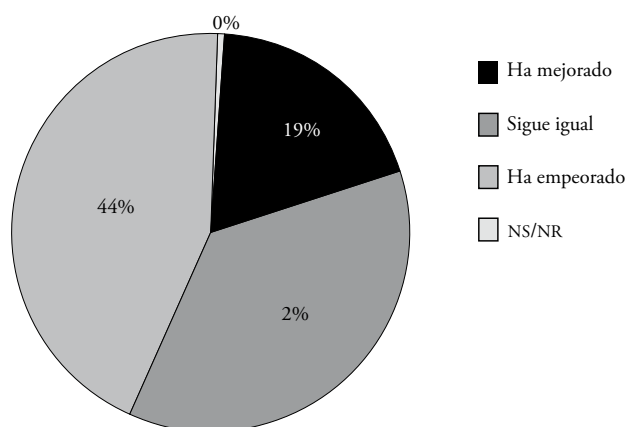
²¹⁶ CDHDF, Recomendación 1/2010, *op. cit.*, tercer punto recomendatorio.

²¹⁷ Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, *op. cit.*, artículo 107.

El ambiente laboral es otra problemática evidenciada en la Recomendación 9/2008 emitida por casos de accidentes de trabajo relacionados con la empresa Porvenir Familiar que labora en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur. De la relatoría de hechos destacan los riesgos que enfrentan los internos en la realización de actividades laborales así como la carencia de normatividad que precise los lineamientos y procedimientos a partir de los cuales debe funcionar la industria penitenciaria. Estos hechos fueron acompañados de la negativa o dilación a proporcionar medicamentos y la falta de atención médica adecuada y oportuna a internos que sufrieron un accidente de trabajo. Además de la reparación integral de los daños causados, el instrumento recomendatorio exhorta a una mejor regulación de las actividades laborales,²¹⁸ sin embargo, la salud laboral sigue siendo un tema pendiente en el ámbito penitenciario, pues, los puntos recomendatorios se encuentran parcialmente cumplidos.

Resulta evidente la relación que existe entre condiciones de vida marcado por el hacinamiento, insalubridad, una alimentación inadecuada, la falta de agua potable y condiciones inseguras de trabajo, y el estado de salud de las personas en reclusión. De hecho, 53% de las y los internos entrevistados afirma que ha contraído enfermedades en reclusión que no padecía estando libre, y 44% considera que su salud ha empeorado desde que está en reclusión. Cabe recordar que la CDHDF emitió la Recomendación 16/1995 en la que se evidencian las carencias de las condiciones de reclusión en los centros penitenciarios del Distrito Federal. A más de 15 años, los puntos recomendatorios relacionados con la distribución adecuada de agua y alimentos suficientes, la reparación y mantenimiento de las instalaciones sanitarias y eléctricas así como la garantía de un espacio suficiente para vivir, se encuentran parcialmente cumplidos.²¹⁹

Gráfico iv.4 Desde que está en reclusión siente que su salud...



A través de las entrevistas se observa que 54% de las personas entrevistadas que requieren de atención médica especializada y permanente, afirma que su salud la limita para acceder y desarrollar actividades laborales o educativas en el centro. En consecuencia, su estado de salud se vuelve incompatible con las reglas operantes en el sistema penitenciario que incentiva la participación de las personas en reclusión en actividades laborales y educativas a fin de ser posibles candidatos a beneficios de libertad anticipada. En virtud del principio de no discriminación, la nueva Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social estipula que la realización de actividades laborales no podrá ser considerada como requisito para la obtención de beneficios penitenciarios cuando una persona acredite debidamente

²¹⁸ CDHDF, Recomendación 9/2008.

²¹⁹ La información fue proporcionada por la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de la CDHDF en abril de 2011.

estar enferma e imposibilitada para trabajar.²²⁰ Más aún, en su artículo 9, esa ley atribuye a la figura del juez de ejecución la facultad de

Sustituir de oficio la pena de prisión por externamiento [...] cuando fuere notoriamente innecesario que se compurgue, en razón de senilidad o el precario estado de salud del sentenciado; o sea posible realizar ajustes razonables para que el condenado con discapacidad compurgue la pena en condiciones conformes con los principios del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.²²¹

Esta disposición advierte que las mismas condiciones de reclusión se presentan como verdaderos obstáculos para la rehabilitación y la vida digna de las personas con un estado de salud delicado, adultas mayores o con discapacidad. Su aplicación está sujeta a la adopción de una normatividad reglamentaria que permita su cabal aplicación. Esta misma argumentación debería prevalecer en el caso de las mujeres embarazadas, las que deberían beneficiarse de la modalidad de la prisión o pena domiciliaria mientras están en el proceso de gestación, una vez que nace el niño y/o la niña y, al menos, hasta cuarenta días después (puerperio), e incluso en el periodo de lactancia.

3. Conductas nocivas, adicciones y violencia

Las entrevistas revelan conductas dañinas para la salud por parte de las y los internos: 40% de las personas entrevistadas dice no realizar deporte de forma regular, 57% fuma tabaco, 7% consume alcohol y 17% reporta consumir algún tipo de droga. No se cuenta con un diagnóstico certero de la situación y de la amplitud del problema de las adicciones en las cárceles, no obstante, en las entrevistas con el personal responsable de los distintos programas de desintoxicación en operación en los centros de reclusión, se advierte una generalización del uso y consumo de sustancias tóxicas en todos los centros. Se advierte sobre todo el consumo de marihuana, *crack* y cocaína.²²²

La violencia es otro de los problemas que afecta a la población penitenciaria y que ha sido constatado y descrito con detalle en los informes y recomendaciones de la CDHDF. Del total de las recomendaciones emitidas 59% están relacionadas con hechos violentos suscitados al interior de los reclusorios. Destacan 12 recomendaciones donde los actos u omisiones de la autoridad ocasionaron la muerte de internos. En los expedientes de las recomendaciones, se denuncian golpes, riñas, extorsiones, intimidaciones o actos de violencia sexual entre personas privadas de la libertad, generalmente acompañados de una falta al deber de custodia por parte del personal de seguridad. Por ejemplo, las recomendaciones 11/2009 y 6/2009 evidencian la omisión en el deber de custodia.²²³

En oposición a todos los instrumentos internacionales y locales de protección de los derechos humanos y principios de actuación de las y los funcionarios públicos,²²⁴ se observan hechos violentos infligidos por la propia autoridad a través del abuso de poder, uso desmesurado de la fuerza, extorsiones, tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. Así, la Recomendación 19/2009 hace evi-

²²⁰ Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, *op. cit.*, artículo 96.

²²¹ *Op. cit.*, artículo 9, fracción II.

²²² Información recabada en las entrevistas con la licenciada Elizabeth Flores Rangel, coordinadora del Programa Cambio de Actitudes hacia el Consumo de Drogas del RPVS; psicóloga Adriana Valdivia Báez, encargada de la Clínica Integral Multidisciplinaria para Tratamiento de Adicciones del Ceresova; Ana Delia López González, coordinadora del Programa de Atención en Conductas Adictivas (PACA) del Centro Tepepan; Víctor Hugo Aixla García, coordinador del Programa de Atención y Tratamiento de Adicciones del RPVN; y Octavio Arellano Ramírez, coordinador del Programa de Intervención en Conductas Adictivas del RPVO.

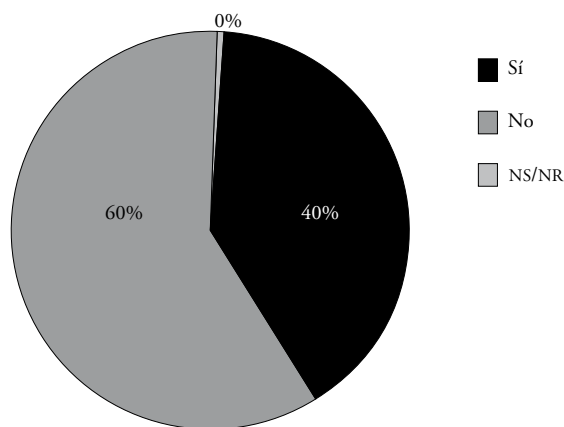
²²³ CDHDF, recomendaciones 11/2009 y 6/2009, *op. cit.*

²²⁴ Véase en particular: Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, *op. cit.*, artículos 10 y 84.

dente la práctica recurrente de tortura y tratos crueles inhumanos y degradantes por parte de personal de seguridad y custodia, en este caso del Grupo Táctico Tiburón, en contra de internas e internos.²²⁵ Dos años después, el instrumento 2/2011 confirma la persistencia de ese patrón de violaciones graves a los derechos humanos de las personas privadas de la libertad.²²⁶ Lo anterior ha llevado a la CDHDF a concluir y denunciar “las prácticas carentes de transparencia y honestidad en el desempeño de las funciones de las y los servidores públicos a cargo de la seguridad de los centros penitenciarios”.²²⁷ Malos tratos también se han manifestado en la certificación del estado físico de las personas privadas de la libertad, lo que motivó a la CDHDF a instar a la autoridad médica al cabal cumplimiento del contenido del Protocolo para la Exploración Médico Legal en Exámenes de Integridad Física o Edad Clínica Probable,²²⁸ y demás normatividad internacional, nacional y local en la materia.

En el contexto de violencia y malos tratos infligidos por la autoridad resulta preocupante que en las entrevistas a personal de seguridad y custodia, 36% de las personas entrevistadas dice no ser sometida a evaluaciones de desempeño y, como se comentó anteriormente, no existen mecanismos para la evaluación del personal adscrito a las unidades médicas. Esta situación resulta preocupante al observar que pocos internos conocen los mecanismos para denunciar actos que violentan sus derechos humanos. Diversos instrumentos internacionales, como las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, prevén que las personas en reclusión cuenten con mecanismos para presentar peticiones o quejas y ser informadas sobre estos medios desde su ingreso al centro de reclusión.²²⁹ 40% de las personas entrevistadas dijeron conocer mecanismos para denunciar malos tratos por parte de la autoridad, en primer lugar señalaron la posibilidad de presentar quejas ante la CDHDF. Algunos internos e internas también mencionaron que sufren amenazas, represalias o malos tratos en caso de usar estos mecanismos y presentar una denuncia.

Gráfico iv.5 ¿Conoce de algún mecanismo para denunciar los malos tratos por parte del personal?



²²⁵ CDHDF, Recomendación 19/2009, p. 28, *op. cit.*

²²⁶ Al cierre de la integración del presente informe (agosto de 2011), la CDHDF emitió la Recomendación 6/2011 por el caso de tortura infligida por personal de seguridad y custodia y del Grupo Táctico Tiburón a internos del Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

²²⁷ CDHDF, Recomendación 1/2010, p. 28, *op. cit.*

²²⁸ Protocolo para la Exploración Médico Legal en los Exámenes de Integridad Física o Edad Clínica Probable, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, publicado el 24 de febrero de 2009.

²²⁹ Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, *op. cit.*, Reglas 36.2 y 35.1.; y Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad..., *op. cit.*, Principio VII.

La violencia es un elemento que impide el cumplimiento del derecho a la salud de diversas maneras. En primer lugar porque, en ocasiones, el personal de custodia, abusando del poder que le confiere la ley, limita el acceso de las y los internos a los servicios médicos. Tanto las quejas, como las recomendaciones y los cuestionarios aplicados, demuestran la existencia de barreras arbitrarias que impone el personal de seguridad y custodia al no abrir las puertas de las estancias y dormitorios a tiempo, impidiendo la libre movilidad de las personas dentro de los centros sin razón justificada. Estos casos se reportaron con mayor incidencia en el Cefereso y Ceresova, donde la vigilancia hacia las y los internos es más estricta, por el propio sistema panóptico de su construcción.

Por otro lado, la violencia, provoca daños físicos, psicológicos y emocionales a las víctimas, lo cual tiene un impacto directo en el disfrute del derecho humano a la salud y sobre la demanda de servicios de atención médica. En el informe del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas, se aprecia que la demanda de recursos médicos para la atención de las lesiones u otras afectaciones provocadas por la violencia, ejerce una presión adicional sobre los escasos recursos y el sistema de salud. En conformidad con aportes de la OMS, se recomienda reforzar las actividades y programas de prevención de la violencia a partir de la adopción de un enfoque basado en la salud pública y los derechos humanos, perspectivas que resultan complementarias y mutuamente fortalecedoras.²³⁰ En este mismo sentido, los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas señalan que “de acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, se adoptarán medidas apropiadas y eficaces para prevenir todo tipo de violencia entre las personas privadas de la libertad, y entre éstas y el personal de los establecimientos”.²³¹

En su visita a México en 2010, el Subcomité de las Naciones Unidas para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, advirtió que la situación de especial vulnerabilidad en la que se encuentran las personas privadas de la libertad por estar sometidas a la custodia estatal, constituye “en sí misma, un riesgo de que se puedan cometer excesos y abuso de autoridad que afecten la integridad y dignidad de las personas detenidas”.²³² Para prevenir los actos de tortura y de otros malos tratos en los centros penitenciarios del país, el Subcomité sugiere el establecimiento de mecanismos de vigilancia y la capacitación y sensibilización de los agentes del Estado en contacto con la población privada de libertad.²³³ La realización de visitas diarias del personal médico a todos los dormitorios es otra práctica recomendada, en tanto permite valorar el estado de salud de las personas internas y prevenir los actos de tortura y malos tratos.²³⁴ Asimismo, este organismo insiste en que las certificaciones del estado físico de las personas sean realizadas con apego a la normatividad internacional, en particular del Protocolo de Estambul,²³⁵ y realizadas por personal médico especializado.²³⁶ Se recomienda finalmente la elaboración de registros sobre todos los exámenes físicos que se realizan a las personas en reclusión, así como registros de las defunciones y enfermedades contagiosas.²³⁷

²³⁰ Naciones Unidas, Asamblea General, Informe del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, (E/CN.4/2004/49), Naciones Unidas, 16 de febrero de 2004, párrs. 84 y 85.

²³¹ Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad..., *op. cit.*, Principio XXIII.

²³² ONU, Subcomité para la Prevención de la Tortura, *Informe sobre la visita a México del Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes* (CAT/OP/MEX/1), 31 de mayo de 2010, párr. 6.

²³³ ONU, Subcomité para la Prevención de la Tortura, *Informe sobre la visita a México del Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, op. cit.*, párr. 6.

²³⁴ *Ibid.*, párr. 172.

²³⁵ *Ibid.*, párr. 92.

²³⁶ *Ibid.*, párr. 195.

²³⁷ *Ibid.*, párr. 315.

B. Salud y discriminación múltiple en los centros de reclusión

1. Discriminación en contra de las personas privadas de la libertad

La disponibilidad de personal médico y de enfermería, camas y unidades de salud, inferior a la que se observa en la población en libertad, refleja una de las facetas de la discriminación que enfrentan las personas privadas de la libertad en su acceso a la salud. Asimismo, las entrevistas con personal de seguridad y de las unidades médicas revelan el uso de un lenguaje despectivo al referirse a las personas en reclusión. Es común escuchar del personal de custodia, médico, auxiliar o administrativo expresiones como que “los internos roban”, “son manipuladores”, “las internas son conflictivas y muy demandantes”, “venden las fichas”, “vienen a consulta para conseguir medicamentos y venderlos”, “¿por qué habilitar instalaciones y equipo nuevo si todo lo roban?”; “piden cita para ir a ver a sus cuates del Oriente o para comprar droga”, entre otras.

Estos prejuicios que permean la relación médico-paciente, justifican limitaciones a la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud proporcionados a esa población; se justifica la negativa de atención por la frecuencia en la que una persona acude al servicio médico o porque se le acusa de fingir estar enferma. Frente a estos abusos, el diagnóstico certero es la única vía que permite determinar el estado de salud físico o mental de una persona. La negación de atención, que no se basa en criterios médicos, es una violación al derecho a la salud por falta de accesibilidad.

Tanto en las quejas como a través de las entrevistas, las y los internos denuncian malos tratos infligidos por personal de las unidades médicas. Se reportan actitudes prepotentes, irrespetuosas y groseras del personal médico o administrativo, que los amenaza, injuria, desvaloriza y minimiza. Esos maltratos se revelan en la falta de profesionalismo y compromiso del personal, en la carencia de calidez y calidad en la consulta y en las deficiencias de la atención y seguimiento recibido. Las personas en reclusión denunciaron que sus padecimientos son minimizados, su consentimiento no es respetado, y que el tratamiento recibido no resulta apropiado o no les sirve para recuperar su salud. Las personas en situación de reclusión en el Distrito Federal no son atendidas ni tratadas de la misma forma ni en el mismo nivel de calidad que las personas en libertad.

Estos malos tratos, reflejo de estigmas hacia las personas privadas de la libertad se acentúan cuando pertenecen a algún grupo de población que advierte una situación de vulnerabilidad adicional. A través del trabajo en los centros de reclusión la CDHDF ha identificado que las mujeres y sus hijos que viven con ellas, las personas adultas mayores, las personas con discapacidad física, sensorial, mental o psicosocial, así como las personas que viven con VIH/sida, son propensas a ser víctimas de una discriminación múltiple, por su situación jurídica y por su condición de género, edad o estado de salud. Estas personas y grupos de población son discriminadas en su acceso a los servicios de salud de medicina general, además de no contar con la atención especializada que requieren en virtud de su sexo, edad, estado de salud o discapacidad.

2. Mujeres, salud y reclusión

Las tres recomendaciones emitidas por la CDHDF por violaciones al derecho a la salud de las mujeres privadas de la libertad, son ilustrativas de la situación de discriminación hacia las mujeres en el sistema penitenciario y afectan diversos aspectos de su vida, en particular su salud física y mental. Se manifiesta en particular por un modelo de atención a la salud que está tardando en integrar las necesidades específicas de las internas y en proveerles los bienes, servicios y programas acordes a su sexo y edad.

La primera recomendación en este tema data de 1997, marca un precedente en este sentido al denunciar abusos y malos tratos en la revisión física a la que son sometidas las internas por el personal médico

y de custodia. En virtud de que el personal médico femenino es el único facultado para realizar revisiones ginecológicas, la CDHDF exigió la designación de personal femenino, suficiente y capacitado en todas las unidades médicas de los centros femeniles.²³⁸ No obstante, los ginecólogos en activo son hombres.

Por otro lado, el instrumento 1/2002 dejó evidencia de los prejuicios que operan y condicionan las prácticas del personal médico en relación con la salud sexual y reproductiva de las internas. En el expediente de recomendación se asienta que, para justificar la negativa de practicar la operación de salpingoclasia a las internas, la Secretaría de Salud se refería al artículo 57 del Reglamento de la Ley General de Salud que considera a las personas en reclusión como “grupo subordinado”. Por ello, al decir de esta Secretaría, no se podían practicar intervenciones quirúrgicas de carácter definitivo, aún en los casos de haber obtenido el consentimiento informado de las personas, porque dicho consentimiento podía ser influenciado por alguna autoridad.²³⁹ De esa forma, se desconocían los instrumentos internacionales que consagran las libertades y derechos sexuales y reproductivos de las personas, en particular el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad y la planificación de su familia. A raíz de esa investigación, la CDHDF recomendó a la autoridad de salud garantizar a las internas e internos de los centros penitenciarios del Distrito Federal, su derecho al acceso a los métodos de planeación familiar de su elección, incluyendo la salpingoclasia o vasectomía, lo cual implica garantizar “la existencia permanente de medicamentos de calidad, anticonceptivos, suministros y equipos médicos relacionados con la salud”.²⁴⁰ Más aún, la CDHDF solicitó a la autoridad un ejercicio completo de replanteamiento de las estrategias encaminadas a la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos en los centros de reclusión.

Años después, todo el modelo de atención de la Secretaría de Salud se puntualizó en la Recomendación 8/2005²⁴¹ ya que, hasta ese año, el Cefereso no contaba con servicios a su cargo y adecuados a las necesidades particulares de las mujeres en situación de reclusión. Únicamente se contaba con un área médica adscrita a la Secretaría de Gobierno que no cumplía con los criterios mínimos que requiere una atención de calidad. Con esta Recomendación se evidenció la situación de discriminación hacia las internas, excluidas de una atención de calidad.

Los cuestionarios evidencian aspectos generales de las principales problemáticas que afectan la salud de las mujeres.²⁴² Una parte de esta información es analizada en los apartados específicos sobre el Cefereso y el Centro Tepepan, no obstante, vale resaltar algunas cifras respecto de las percepciones que tienen las mujeres entrevistadas de estos dos centros:

- 78% de las mujeres entrevistadas no encuentra siempre en la farmacia del centro los medicamentos que le recetan.
- 64% considera que las condiciones del vehículo de traslado no son adecuadas al estado de salud de las personas referidas.
- 58% no es atendida por personal médico femenino.
- 44% no recibe la atención especializada y permanente que requiere.
- 42% no tiene acceso a información sobre la salud y la prevención de enfermedades.
- 37% no accede a información sobre métodos anticonceptivos.

²³⁸ CDHDF, Recomendación 3/1997, *op. cit.*, segundo punto recomendatorio.

²³⁹ CDHDF, Recomendación 1/2002, p. 5.

²⁴⁰ *Ibid.*, tercer punto recomendatorio.

²⁴¹ CDHDF, Recomendación 8/2005, *op. cit.*

²⁴² En el marco del trabajo de campo se entrevistaron un total de 60 mujeres internas en el Cefereso y Centro Tepepan.

Por otro lado, en sus recomendaciones e informes anuales, la CDHDF ha señalado las deficiencias de la atención a la salud de las mujeres embarazadas, especialmente de quienes están privadas de su libertad. A la fecha de cierre de esta publicación se emitió la Recomendación 7/2011 por el caso de una interna embarazada que perdió la vida, lo mismo que su hijo no nato, resultado de las negativas para su atención y de una mala práctica médica.²⁴³

Respecto de las condiciones de estancia, 82% de las entrevistadas afirma no recibir agua purificada para su consumo personal (62% en caso de los hombres); 63% califica como mala la alimentación que le proporcionan en sus centros (47% en caso de los hombres); 48% califica como malas las condiciones sanitarias y de higiene (39% en caso de los hombres) y 34% las percibe como regulares. Resultado de un servicio de salud que no cumple con los criterios de aceptabilidad y de condiciones de estancia insalubres, 52% de las mujeres entrevistadas confirma que su salud ha empeorado desde que está en reclusión (44% en caso de los hombres). Cabe insistir que estos datos son mayores en todos los rubros a los observados en la población varonil a través de las entrevistas, excepto en relación con el hacinamiento, llevándonos a la conclusión que además de no tener garantizado un servicio médico adaptado a sus necesidades específicas, las mujeres enfrentan condiciones de vida en muchos aspectos peores que sus homólogos masculinos, por lo menos en cuanto a salubridad, alimentación y acceso al agua.

La falta de atención a las necesidades de las mujeres en reclusión, en particular en su aspecto médico, también se refleja en el marco jurídico vigente que pocas consideraciones hace respecto de la situación particular de las mujeres en reclusión, salvo en la nueva Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social publicada el 17 junio de 2011,²⁴⁴ que se refiere al respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las personas privadas de libertad, aunque como se señaló anteriormente, la situación de discriminación que afecta a las mujeres es muestra de la violencia institucionalizada que domina en las cárceles. Las políticas y programas de atención en salud deben orientarse a revertir todas las barreras físicas, sociales y culturales que contribuyen a limitar, de hecho y derecho, el acceso de las mujeres en reclusión a un pleno estado de salud física y mental.

3. Niñas y niños que viven con sus madres en reclusión

Las mujeres entrevistadas durante las visitas que viven o vivieron con sus hijos e hijas en centros de reclusión, tienen una percepción negativa de la atención pediátrica que reciben a través del personal de salud de la unidad médica: 44% comenta que sus hijos e hijas no recibieron atención pediátrica mensual y que no se les aplicaron las vacunas incluidas en el esquema nacional de vacunación; 33% afirma que dicha atención es mala y 22% que es regular.²⁴⁵

Poca atención había merecido la situación de la infancia en reclusión hasta que la CDHDF emitió la Recomendación 12/2008 en la que se evidenció la situación de total desprotección en la que se encuentran las niñas y los niños que viven con sus madres en el Cefereso. Este instrumento recomendatorio se emitió a partir de cuatro quejas cuyas relatorías de hechos destacan medidas adoptadas por el Consejo Técnico Interdisciplinario que derivaron en la separación de algunas internas de sus hijos e hijas, una medida disciplinaria en contra del interés superior de la infancia y que tuvo como consecuencia el posterior fallecimiento de uno de los menores de edad.²⁴⁶ Destacó también la falta de atención médica a los hijos e hijas de las internas, particularmente porque, a esa fecha, no se contaba

²⁴³ CDHDF, Recomendación 7/2011.

²⁴⁴ Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, *op. cit.*

²⁴⁵ De las 60 mujeres entrevistadas, nueve viven o vivieron con sus hijos o hijas en el centro de reclusión.

²⁴⁶ CDHDF, Recomendación 12/2008, cuarto punto recomendatorio.

con un área específica para su atención con recursos tanto materiales como humanos. En materia de salud, se recomendaron adecuaciones al Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal para contemplar al interés superior de la niñez como principio central del tratamiento de la infancia en reclusión. Respecto de la atención médica se recomendó:

establecer un área específica para su atención, que cuente con las adecuadas condiciones de higiene, así como el equipo necesario, medicamento y material terapéutico, a cargo de por lo menos un médico pediatra, a fin de que se preste el servicio de manera permanente en el Cefereso.²⁴⁷

Este punto se encuentra parcialmente cumplido. El pediatra en funciones a partir de febrero de 2011 en el Cefereso da atención en un horario restringido de lunes a viernes en el turno vespertino.

En todos los casos, el interés superior de la infancia debe ser el eje prioritario que oriente la toma de decisiones. Ello implica una revisión de las condiciones mínimas de reclusión, siendo las niñas y los niños un grupo especialmente vulnerable al contagio de infecciones gastrointestinales y respiratorias y otros padecimientos provocados por una mala higiene, las condiciones de vida insalubres, una mala alimentación y la falta de agua potable.

4. *Personas adultas mayores*

Otro grupo etario que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad en las cárceles son las personas adultas mayores,²⁴⁸ quienes no son merecedoras de acciones o programas de atención médica o seguimiento específico en los centros de reclusión de la ciudad, a pesar de que, por su edad, se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad. No se cuenta con personal calificado en geriatría ni tampoco con medidas para garantizar la revisión y diagnósticos periódicos de su estado de salud, que permita prevenir cualquier eventualidad y actuar con oportunidad en caso de detección de alguna enfermedad. La Secretaría de Gobierno a través de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario ha dado un paso adelante al ubicar a las personas adultas mayores en dormitorios reservados para personas en situación de vulnerabilidad, generalmente a proximidad de la unidad médica lo cual permite reducir la distancia de traslado. No obstante, por parte de la Secretaría de Salud, no existen iniciativas para pensar a esta población ni para darles un trato y atención médica especial y el seguimiento que requieren.

Derivado de las entrevistas²⁴⁹ se observa que este sector de la población enfrenta menos obstáculos por parte del personal de custodia para acceder a la unidad médica. Sin embargo, presentan mayor dificultad para acceder a los medicamentos: 64% no recibe de la unidad médica los medicamentos especializados que requiere contra 57% para el resto de las personas entrevistadas y 65% afirma que la unidad médica no le practica exámenes de detección de enfermedades o adiciones contra 57% en el resto de la población; 61% dice que su salud ha empeorado contra 44% del resto de las personas entrevistadas.

Otro aspecto de importancia es la necesidad de apoyo en la movilidad y aseo personal de las personas adultas mayores menos funcionales. En la práctica, el apoyo se brinda a través de lazos de solidaridad y ayuda mutua entre internos e internas comisionados. Esta situación coloca en el centro

²⁴⁷ *Idem.*

²⁴⁸ Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 7 de marzo de 2000, artículo 3º.

²⁴⁹ En el marco del trabajo de campo se entrevistaron a 31 personas adultas mayores en los reclusorios preventivos varoniles Oriente, Norte y Sur, en la Penitenciaría, en el Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte y en el Centro Femenil Tepepan.

de atención, la necesidad de contratar a personal auxiliar calificado para proporcionar a las personas que lo requieran el debido apoyo y cuidados para su vida cotidiana.

5. Personas con discapacidad física o sensorial

Al igual que las personas adultas mayores, los internos e internas con alguna discapacidad física o sensorial (visual o auditiva) son ubicados generalmente en dormitorios reservados en los que sufren en menor medida el problema de hacinamiento. No obstante, se observa que las estancias, dormitorios e instalaciones sanitarias no están diseñados desde un esquema de “ajustes razonables”. Las estancias y, en regla general, toda la estructura penitenciaria, no está adecuada a sus necesidades específicas. En particular, los baños y regaderas no comprenden dispositivos de apoyos para personas con discapacidad física y tampoco se encuentran libres de obstáculos para las personas con discapacidad visual. Las instalaciones de las unidades médicas no presentan obstáculos o escalones que limiten el libre tránsito de las personas con discapacidad física pero no es así con otros espacios dentro de los centros, por ejemplo, las oficinas de la dirección que en muchos reclusorios se encuentran en primeros pisos. La falta de un espacio físico adecuado, con perspectiva de accesibilidad, es uno de los problemas estructurales que enfrentan las personas con discapacidad física y sensorial en los centros de reclusión del Distrito Federal. La nueva Ley de Sanciones Penales y Reinserción Social prevé que “las personas con discapacidad serán internadas en lugares asignados con características especiales para tal fin, previa valoración especializada”.²⁵⁰

A través de las entrevistas realizadas²⁵¹ se observa que las personas con discapacidad física o sensorial presentan mayores problemas para acceder físicamente a la atención médica: 45% externó tener dificultades contra 38% en el resto de la población interna. De la misma forma, denuncian en mayor proporción la negación de la cita o la ficha por parte de las unidades médicas (45% contra 38%), así como un tiempo más largo en la espera para ser atendidas (52% espera en promedio más de una hora contra 37% para el resto de la población interna). Apenas 45% de las personas con discapacidad física o sensorial considera recibir un buen trato por parte del personal y 48% que recibe la información necesaria sobre su enfermedad y tratamiento a seguir. 68% de ellas estima que la unidad médica de su centro no le garantiza la atención especializada y permanente que requiere. Sólo 18% dice haber tenido contacto con instituciones especializadas. 62% valora que su estado de salud ha empeorado desde que está en reclusión. Durante las visitas realizadas, se identificó la carencia de recursos materiales como prótesis, sillas de ruedas, muletas, entre otros; carencia de medicamentos, particularmente de analgésicos y antiinflamatorios, y de especialistas en medicina de rehabilitación y psicología, terapeutas físicos, personal de enfermería y de trabajo social que permita una intervención multidisciplinaria en la rehabilitación de pacientes con discapacidad.

De las personas con discapacidad que fueron entrevistadas, la mayoría (82%) está limitada para acceder y desarrollar actividades laborales y educativas, en parte porque éstas, al igual que la infraestructura, no están adaptadas a sus necesidades. De forma similar a las personas adultas mayores menos funcionales, requieren ser acompañados y guiados, sea en su movilidad o aseo personal. En particular, esta problemática se evidenció en la visita al Cevarepsi donde muchos pacientes adultos mayores o con discapacidad no pueden caminar o presentan un cierto riesgo de caídas. Si bien existe un programa

²⁵⁰ Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, *op. cit.*, artículo 83.

²⁵¹ En el marco del trabajo de campo se entrevistaron a 29 personas con discapacidad física o sensorial en los reclusorios preventivos varoniles Oriente, Norte y Sur, en la Penitenciaría, en el Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte y en el Centro Femenil Tepepan.

de apoyo a través de los monitores, no es suficiente y no cubre actividades como cambio de pañal, aseo personal o cambio de ropa. Esta situación plantea la necesidad de contar con personal auxiliar calificado que acompañe a las personas que lo requieren en la realización de las tareas que no pueden llevar a cabo por sí mismas, incluyendo su aseo personal y el de su estancia.

6. Personas con discapacidad intelectual, mental o psicosocial

La discapacidad intelectual, mental o psicosocial alude a toda una serie de deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación, ya sean permanentes o transitorias, provocadas por enfermedades mentales o trastornos psiquiátricos (esquizofrenia y trastorno bipolar), discapacidades intelectuales (síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas o lesiones cerebrales) así como afecciones y trastornos mentales menores o problemas psicosociales.²⁵²

El Cevarepsi fue creado para recibir a las personas inimputables y con enfermedades psiquiátricas que requieren de vigilancia médica estrecha y atención especializada. Sin embargo, como se señaló, el paradigma de la medicación atraviesa y moldea los servicios de atención psiquiátrica. Las entrevistas aplicadas a los internos de este centro revelan que reciben exclusivamente un tratamiento farmacológico. 13% de los internos entrevistados confirma que recibe terapia individual pero ninguno tiene acceso a terapia en su modalidad grupal. Las instalaciones de la unidad médica no están acondicionadas al perfil de los pacientes y no permiten un trabajo terapéutico apropiado y en condiciones seguras. En virtud de la Ley de Salud Mental, el esquema de atención se tendrá que adecuar para proporcionar

- i. El personal de salud y equipo necesario y suficiente para atender a las personas usuarias de los servicios de salud mental;
- ii. La adaptación o creación de nuevos espacios para la atención integral de la salud mental, contando con un consultorio que reúna las condiciones requeridas para los diferentes tipos de patologías, así como un área donde se pueda brindar atención psicoterapéutica a las personas usuarias de los servicios de salud mental, y
- iii. Abasto suficiente de los medicamentos para tratamiento de las personas usuarias de los servicios de salud mental.²⁵³

Por otro lado, se tendrá que reforzar el vínculo con instituciones públicas y de la sociedad civil especializada en la materia, para mejorar la atención de aspectos laborales, educativos y culturales de la vida de las personas con discapacidad mental y contribuir así a su pleno desarrollo. Apenas 18% de las personas entrevistadas afirma haber tenido contacto con instituciones especializadas en su enfermedad o discapacidad, resultado particularmente preocupante en el caso de este grupo de población cuya atención requiere de mucha especialización. La encuesta no reveló aspectos graves respecto del trato hacia esta población, aunque es un tema que merece especial atención dado que, en la Recomendación 3/2007, la CDHDF alertó sobre malos tratos por parte personal del Cevarepsi en agravio de un interno con discapacidad mental que no contó con la alimentación especial y el tratamiento médico y psiquiátrico que correspondía a su estado de salud, colocándolo en un estado de riesgo.²⁵⁴

²⁵² Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Informe de Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos, (E/CN.4/2005/51), 14 de febrero de 2005, párrs. 19 y 20.

²⁵³ Ley de Salud Mental del Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, publicada el 23 de febrero de 2011, artículo 60.

²⁵⁴ CDHDF, Recomendación 3/2007.

Las personas con discapacidad mental o psicosocial que se encuentran en los demás centros de reclusión varoniles o femeniles suelen referir mayor dificultad para acceder a una valoración médica adecuada, particularmente por la falta de interés por parte del personal para atender las enfermedades mentales. Pocos esfuerzos se orientan a diagnosticar a esta población a través de técnicas terapéuticas apropiadas y a garantizarles el acceso a los servicios médicos de forma ágil y permanente. Las y los pacientes diagnosticados son generalmente ubicados en dormitorios específicos, no obstante, estos no cubren los requerimientos para estancias psiquiátricas. Asimismo, suelen denunciar la ausencia de personal especializado, particularmente de psicólogos, psiquiatras y de personal de enfermería, la carencia de medicamentos controlados, así como la falta de espacio para llevar a cabo la rehabilitación, entre otros. El tratamiento que reciben es exclusivamente de carácter farmacológico y no tienen acceso a actividades educativas, culturales, recreativas o deportivas orientadas a desarrollar sus aptitudes, mejorar su calidad de vida y promover su reinserción.

7. Personas que viven con vih/sida

Los casos relacionados con el VIH/sida en las recomendaciones emitidas por la CDHDF (20/2009; 18/2007 y 12/2006) están relacionados con falsos diagnósticos positivos en las pruebas del virus. La recurrencia de estos hechos violatorios llama a debatir respecto de la ética médica y cuidados profesionales con que son realizados dichos estudios. La Recomendación 20/2009 incluye dos casos de internos del Reclusorio Preventivo Varonil Norte a quienes se les diagnosticó de manera inoportuna VIH/sida.²⁵⁵ Por su parte, las recomendaciones 18/2007 y 12/2006 denuncian el caso de un interno del Reclusorio Preventivo Varonil Sur a quién, sin su consentimiento, se le realizó la prueba de VIH, y por indiferencia de las autoridades permaneció durante más de dos años con un falso positivo de este padecimiento.²⁵⁶ De la investigación realizada, la CDHDF concluyó que la falta de mecanismos para asegurar el consentimiento informado de los internos para la aplicación de pruebas clínicas; la falta de atención médica adecuada y la indiferencia de las autoridades ante la posibilidad de un diagnóstico incorrecto. Los puntos recomendatorios coinciden en pedir la investigación de los hechos por las vías administrativa y penal, para determinar la responsabilidad de los servidores públicos involucrados, la reparación integral del daño a las víctimas, así como el respeto al consentimiento informado, la confidencialidad de los diagnósticos médicos y la aplicación de pruebas confirmatorias de la enfermedad antes de cualquier traslado a la Penitenciaría o al Centro Tepepan, como medidas para minimizar la posible repetición de los hechos. En este marco se elaboró en 2008 el Instructivo de Manejo en Unidades Médicas en Reclusorios de la Ciudad de México de los Pacientes con VIH/sida con el propósito de unificar los criterios de manejo inicial y traslado a la unidad médica de la Penitenciaría, de acuerdo con el contenido de la NOM-010-SSA2-1993.²⁵⁷

Desde el año 1994, los internos que viven con VIH/sida son referidos a la Penitenciaría del Distrito Federal, ubicados en el dormitorio 10, y las mujeres en el dormitorio 5 del Centro Femenil Tepepan. Ambos grupos reciben tratamiento por parte de la Clínica Especializada Condesa. En particular, la Clínica ha establecido un programa permanente en el primero de los centros mencionados para lo cual designó a un médico que da seguimiento a la evolución de los pacientes.

²⁵⁵ CDHDF, Recomendación 20/2009, *op. cit.*

²⁵⁶ CDHDF, Recomendación 18/2007 y Recomendación 12/2006.

²⁵⁷ Secretaría de Salud del Distrito Federal, Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, oficio DMSE/093/2008, 4 de abril de 2008, Anexo. Instructivo de manejo en unidades médicas en reclusorios de los pacientes/internos con sospecha de VIH/sida, en: CDHDF, Dirección Ejecutiva de Seguimiento, expediente de la Recomendación 12/2006, consultado en julio de 2011.

El apoyo de los servicios de la Clínica Especializada Condesa para la atención y tratamiento de las personas que viven con VIH/sida privadas de libertad se refleja en las entrevistas: 62% de las personas entrevistadas dice haber tenido contacto con instituciones especializadas en su enfermedad. Esta coordinación facilita el acceso a servicios de atención especializados y tratamientos adecuados.

En el *Informe especial sobre la protección del derecho a la salud de las personas que viven con vih por parte del Gobierno del Distrito Federal 2008*, la CDHDF resaltó que la Clínica Especializada Condesa es una institución única en materia de prevención, vigilancia y control del VIH en México y en toda América Latina, que cuenta con una disponibilidad de infraestructura, personal médico y antirretrovirales en cantidad suficiente. Su principal limitación reside en la insuficiencia de medicamentos para infecciones oportunistas así como de equipo y materiales de trabajo suficientes y de calidad.²⁵⁸ En el ámbito penitenciario, se observa que el médico asignado por esa Clínica para el desarrollo del programa de atención en la Penitenciaría resulta insuficiente para atender la demanda y garantizar una atención individualizada a los 113 pacientes.

Por otra parte, y en cuanto a la atención médica general, durante las entrevistas,²⁵⁹ se verificó que las personas que viven con VIH/sida cuentan con expediente clínico y dijeron tardarse menos tiempo que la población general para conseguir una ficha o cita e incluso para pasar a consulta. 77% considera tener mayor acceso a información respecto de la salud y prevención de enfermedades, contra 46% de la población interna en general.

No obstante, son más críticos respecto de la confidencialidad del acto médico: 39% considera que no se garantiza la confidencialidad e intimidad en las consultas (contra 26% en general). Su opinión es negativa respecto del proceso de referencia: 39% opina que el personal médico le ha negado la autorización para ser referido a una institución especializada (contra 18% en la población interna en general); 63% estima haber recibido una atención de buena calidad en los hospitales o instituciones de referencia (contra 74% en la población interna en general). Asimismo, 60% comenta que las condiciones de hospitalización en la unidad médica no son las adecuadas para una recuperación oportuna.

Otra de las problemáticas destacadas a través de las entrevistas es la relación existente entre las personas que viven con VIH/sida y el personal de seguridad y custodia. Las respuestas al cuestionario revelan que son víctimas de mayores obstáculos y casos de extorsión: 39% señaló haber sido obstaculizado en su acceso a la unidad médica por elementos de seguridad, contra 30% para la población interna en general y 23% tuvo que pagar para acceder, contra 14% en la población en general. La mitad de las personas entrevistadas dice que el trato del personal de custodia durante los traslados a instituciones médicas especializadas es regular o malo.

Asimismo los internos suelen denunciar malos tratos y actitudes discriminatorias por parte del personal de la unidad médica, más aún cuando pertenecen a la comunidad lésbico, gay, bisexual transsexual, transgénero, travestista e intersexual.

Estos actos discriminatorios son el reflejo de los malos tratos que recibe este grupo de población dentro de los centros de reclusión, por parte del personal, así como de internas e internos que tienden a estigmatizarlos.

La discriminación que enfrentan las personas que viven con VIH/sida constituye un obstáculo para la prevención y el acceso al tratamiento, pues el temor de ser sujeto de discriminación, justifica el subregistro, con el riesgo de contagio que ello implica. Otro tema de preocupación es la falta de cam-

²⁵⁸ CDHDF, *Informe especial sobre la protección del derecho a la salud de las personas que viven con vih por parte del Gobierno del Distrito Federal 2008*, México, CDHDF, 2008, pp. 107-108.

²⁵⁹ En el marco del trabajo de campo, se entrevistaron 13 personas privadas de la libertad que viven con VIH/sida en la Penitenciaría del Distrito Federal y en el Centro Femenil Tepepan.

pañas permanentes para la detección del virus en todos los centros de reclusión, previo consentimiento informado, así como la falta de atención psicológica para las personas con diagnóstico positivo, y la dilación en los traslados a la Penitenciaría o al Centro Tepepan que, según la experiencia de la CDHDF, pueden llegar a tardar más de tres meses.

C. Promoción de la salud en los centros de reclusión: prácticas y alcance

1. Prevención de enfermedades

Dentro de las funciones del personal médico, está incluida la de coadyuvar en actividades de medicina preventiva, en particular la elaboración y ejecución de programas de salud sexual y reproductiva, nutricionales y de prevención de enfermedades y accidentes.²⁶⁰ Según el Reglamento de los Centros de Reclusión, además de la atención médica, el personal médico tiene el mandato de involucrarse en la implementación de programas nutricionales y de prevención de enfermedades, incluyendo la educación sexual y hábitos de higiene, así como en la aplicación periódica de pruebas de enfermedades infecto-contagiosas.²⁶¹

A pesar del mandato legal para intervenir en la esfera de la sensibilización y prevención de enfermedades, únicamente en seis de los diez centros de reclusión, las unidades médicas reportan la realización de pláticas, la difusión de información a través de la colocación de carteles o información en las instalaciones de la unidad médica o la realización de periódicos murales, diseñados y elaborados con el apoyo de las y los internos. Los principales temas abordados en estas actividades son la influenza, las enfermedades crónico-degenerativas o de transmisión sexual, la salud bucal o la prevención del cáncer de próstata, mama o del cuello uterino. Por lo general, estas actividades de sensibilización se realizan de forma esporádica y dentro de las instalaciones de la unidad médica. Sólo en tres centros se reportan actividades realizadas en los dormitorios. Lo anterior contribuye a limitar el acceso a la información para las personas que no acuden a los servicios médicos.

Las actividades de detección de enfermedades y las campañas de vacunación son generalmente coordinadas con las jurisdicciones sanitarias. Se reportaron campañas de inmunización contra el tétanos, neumococo, meningitis, influenza estacional y H1N1 y hepatitis B. En algunos casos se llevan a cabo campañas de desparasitación y se entregan preservativos a las personas que acuden al servicio médico a solicitarlos. Por lo general, es el personal adscrito a la jefatura de enfermería y, en algunos casos, el área de trabajo social, responsable de llevar a cabo esas actividades de prevención; no obstante, en varias ocasiones, mencionan la insuficiencia de espacio, recursos materiales y humanos para el buen desarrollo de esta atribución.

²⁶⁰ Ley de Salud para el Distrito Federal, *op. cit.*, artículo 51.

²⁶¹ Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, *op. cit.*, artículo 136.

Cuadro iv.2 Acciones de promoción a la salud por centro de reclusión

	Actividades de sensibilización a la salud en la unidad médica	Actividades de sensibilización a la salud en población	Detección de enfermedades	Vacunación	Visitas diarias a dormitorios	Ejecución de programas nutricionales
rpvo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
rpvn	No	No	Sí	Sí	No	No
rpvs	Sí	No	Sí	Sí	No	No
Penitenciaría	Sí	No	Sí	Sí	No	No
Ceresova	Sí	No	Sí	Sí	No	No
Cevarepsi	No	Sí	Sí	Sí	No	No
cespvo	No	No	Sí	No	No	No
cespvn	No	No	Sí	Sí	No	No
Cefereso	No	No	Sí	Sí	No	No
Centro Tepepan	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No

La falta de una política clara e institucionalizada en materia de salud preventiva se refleja en las respuestas de las personas entrevistadas. 46% comentó que recibe información sobre la salud y la prevención de enfermedades, la mayoría a través de pláticas y talleres. Un porcentaje similar (43%) fue sujeto de detecciones de enfermedades. Sólo 40% recibe preservativos en caso de necesitarlos. Estas cifras varían mucho entre los distintos centros de reclusión. En el Centro Tepepan 77% de las personas entrevistadas recibe información sobre salud preventiva contra 30% en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, 67% de los internos del Ceresova ha sido sujeto a pruebas de detección de enfermedades contra 11% en el Reclusorio Oriente. 77% de las personas entrevistadas en la Penitenciaría confirmó recibir preservativos en caso de requerirlos, contra 20% en el Reclusorio Oriente.

Un esfuerzo novedoso en materia de detección de enfermedades ha sido la implementación del Programa Ponte a Prueba coordinado entre la Secretaría de Gobierno, la Secretaría de Salud (a través de la Clínica Condesa) y el Instituto Nacional de Salud Pública. Este programa pretende esbozar un mapa sanitario de los centros de reclusión del Distrito Federal. A la fecha, la aplicación gratuita de pruebas de detección de enfermedades (VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis, hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia) se ha realizado en seis de los 10 centros de reclusión (CESPVO, Reclusorios Sur y Norte, Cefereso, Centro Tepepan y Ceresova). Este proyecto no deberá quedarse en la detección sino permitir la definición y priorización de la intervención sanitaria en los centros penitenciarios de la ciudad de México con el fin de prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual y mejorar las condiciones de salud de la población carcelaria.

Las unidades médicas también reportan actuar de forma coordinada con las jurisdicciones sanitarias para la prevención, atención y erradicación de epidemias. No obstante, a través de su trabajo, la CDHDF ha detectado casos de respuesta tardía de la autoridad así como medidas preventivas inadecuadas en caso de incidencia de enfermedades infectocontagiosas que tuvieron en consecuencia su propagación al resto de la población. Ejemplo de ello, son los brotes de escabiasis en el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial y en los Reclusorios Preventivos Varoniles Oriente y Norte del Distrito Federal, y que motivaron la emisión de la Recomendación 2/2007.²⁶² En este instrumento, la CDHDF identificó dilación en la atención de estos brotes y la falta de valoración médica adecuada de los pacientes. Por lo anterior, se instruyó a las autoridades competentes –Secretaría de Gobierno y Secretaría de Salud– a elaborar un manual específico de criterios técnicos para la organización médica sanitaria en

²⁶² CDHDF, Recomendación 2/2007.

los centros de reclusión, punto que se encuentra parcialmente cumplido en ambos casos. La CDHDF hizo explícito, en el tercer punto recomendatorio la designación, por parte de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, de personal especializado que realice periódicamente inspecciones sanitarias en el interior de los centros de reclusión del Distrito Federal, en las que se verifique el estado y las condiciones de todas las instalaciones, especialmente los dormitorios, así como la valoración de todos los internos, a fin de detectar a tiempo las enfermedades infectocontagiosas a las que se ven expuestos.

La recomendación de realizar inspecciones sanitarias tiene eco en el Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal que establece que el personal médico tiene la obligación de supervisar constantemente que las instalaciones de los reclusorios se encuentren apegadas a los lineamientos de higiene y salud, incluso de supervisar los dormitorios o secciones destinados para custodia en aislamiento para valorar el estado de las personas.²⁶³ Como lo indica el cuadro arriba incluido, en la práctica, este punto no se cumple.

2. Atención a los determinantes de la salud

El modelo de atención de la Secretaría de Salud plasma como objetivo general del subsistema de vigilancia epidemiológica y de fomento sanitario conocer el comportamiento y los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad que se presentan en la población privada de la libertad y desarrollar los programas prioritarios pertinentes.²⁶⁴ Como parte de la problemática, se observó que la gran mayoría de los padecimientos de la población interna tiene relación directa con las condiciones de vida que prevalecen en los centros de reclusión. Asimismo, del diagnóstico situacional resulta evidente que el contexto mismo de reclusión tiende a exacerbar la discapacidad mental de las personas. La atención de esos factores determinantes que influyen en el estado de salud de la población en reclusión, implica la intervención de ambas secretarías. La Secretaría de Gobierno, porque en virtud del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, debe proporcionar los recursos humanos y materiales necesarios para que las personas en reclusión vivan dignamente;²⁶⁵ la Secretaría de Salud del Distrito Federal, porque tiene la atribución de vigilar que las condiciones de vida y la atención en salud sean compatibles con el más alto nivel de salud física y mental de las personas en reclusión.

La Secretaría de Gobierno ha avanzado en algunos ámbitos, por ejemplo, en relación con el tratamiento de personas con adicciones. La Subsecretaría de Sistema Penitenciario, a través de la Coordinación contra las Adicciones, impulsó la generalización, a todos los centros de reclusión, de programas de rehabilitación para las personas farmacodependientes. El Programa de Intervención en Conductas Adictivas en el RPVO, el Programa de Atención y Tratamiento de Adicciones en el RPVN y el Programa Cambio de actitudes hacia el consumo de drogas del RPVS operan con base en el Modelo de Comunidad Terapéutica, con énfasis en cambios conductuales. Por su lado, la Clínica Integral Multidisciplinaria para el Tratamiento de Adicciones del Ceresova así como los programas de desintoxicación del CESPVN y de la Penitenciaria, trabajan bajo el Modelo de la Fundación Oceánica con la filosofía de trabajo de la Asociación Alcohólicos Anónimos que presta mayor atención a la parte espiritual, buscando que los mismos internos creen redes de apoyo con la familia que se puedan poten-

²⁶³ Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, *op. cit.*, artículos 134 y 136.

²⁶⁴ Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, *Modelo de atención a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal*, *op. cit.*, p. 27.

²⁶⁵ Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, *Diario Oficial de la Federación*, el 26 de julio de 1994, última reforma publicada el 28 de enero de 2011; y Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, el 29 de diciembre de 1998, artículo 23, fracción XII.

cializar una vez en libertad. El Modelo Monte Fénix sustenta, por su lado, el Programa de Atención en Conductas Adictivas del Centro Tepepan y del Cefereso. Algunos de los centros también cuentan con una clínica ambulatoria para sensibilizar y difundir información sobre el programa al resto de la población.²⁶⁶ A pesar de las diferencias de enfoques y técnicas terapéuticas aplicadas, estos programas comparten el mismo objetivo de modificar las actitudes en torno al consumo de drogas y proporcionar elementos afectivos, cognitivos y conductuales a las personas con problemas de adicciones. Las fortalezas de estos programas residen en los casos de éxito de personas internas que lograron superar su dependencia y se reintegraron a las actividades de sus centros. Las debilidades están relacionadas con la falta de recursos humanos y materiales y las bajas voluntarias de las personas o por no respetar el reglamento interno. En los centros más poblados, el cupo resulta limitado en vista de la demanda. En 2010, la CDHDF recibió la queja de un interno del Reclusorio Preventivo Varonil Norte que denunciaba la insuficiencia de los programas de desintoxicación. La CDHDF advierte un problema de enfoque respecto de estos programas además de numerosos requisitos administrativos y materiales para acceder a ellos así como la tolerancia de la autoridad al respecto. Dado la generalización del uso y consumo de sustancias psicoactivas dentro de la población penitenciaria, las acciones emprendidas no deberían de plantearse de forma restringida ni en espacios limitados, sino imponerse como una estrategia institucionalizada y generalizada a toda la población.

No obstante algunos esfuerzos puntuales, la investigación realizada permite concluir que poco se está realizando para influir sobre otros de los factores determinantes de la salud en los centros de reclusión. Por un lado, porque el personal médico restringe su actuación al recinto de la unidad médica. El personal médico del Centro Femenil Tepepan es el único que reporta acudir diariamente a los dormitorios y estancias para verificar las condiciones de higiene y constatar el estado de salud de las internas. Al igual que el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, este centro informó que hace muestras de calidad del agua suministrada a las personas en reclusión.²⁶⁷ Sin embargo, más allá de estas actividades, es un hecho que en la mayoría de los centros, el personal adscrito a la unidad médica no se involucra en tareas de vigilancia sanitaria porque no acude a las zonas de población ni a las de aislamiento, pretextando factores de riesgos o limitaciones de orden sindical. De la misma forma, poca atención recibe la salud mental de la población carcelaria.

Poco se ha hecho para adecuar el modelo de atención en salud con base en el diagnóstico de morbilidad de la población en general y de sus manifestaciones propias en cada centro de reclusión. Por ejemplo, las principales causas de morbilidad en los servicios de urgencias invitan a cuestionamientos relativos a la disponibilidad efectiva en los centros de reclusión, en particular en el servicio de urgencias, de personal médico capacitado y especializado en las enfermedades y demás padecimientos que se presentan con mayor incidencia como son las lesiones, los traumatismos, las intoxicaciones, los problemas de salud mental y aquellos relacionados con gastroenterología y dermatología. En la actualidad ninguna de las unidades médicas cuenta con urgenciólogo ni traumatólogo. De la misma forma que los centros femeniles requieren de especialistas en ginecología y obstetricia y en el caso del Cefereso en pediatría permanentemente, los centros varoniles deben contar con urólogos y, los centros con mayor presencia de personas adultas mayores, con especialistas en geriatría.

²⁶⁶ Información recabada en las entrevistas con Octavio Arellano Ramírez, coordinador del Programa de Intervención en Conductas Adictivas del RPVO; Víctor Hugo Aixla García, coordinador del Programa de atención y Tratamiento de Adicciones del RPVN; Elizabeth Flores Rangel, coordinadora del Programa Cambio de Actitudes hacia el Consumo de Drogas del RPVS; Adriana Valdivia Báez, encargada de la Clínica Integral Multidisciplinaria para Tratamiento de Adicciones del Ceresova y Ana Delia López González, coordinadora del Programa de Atención en Conductas Adictivas del Centro Tepepan.

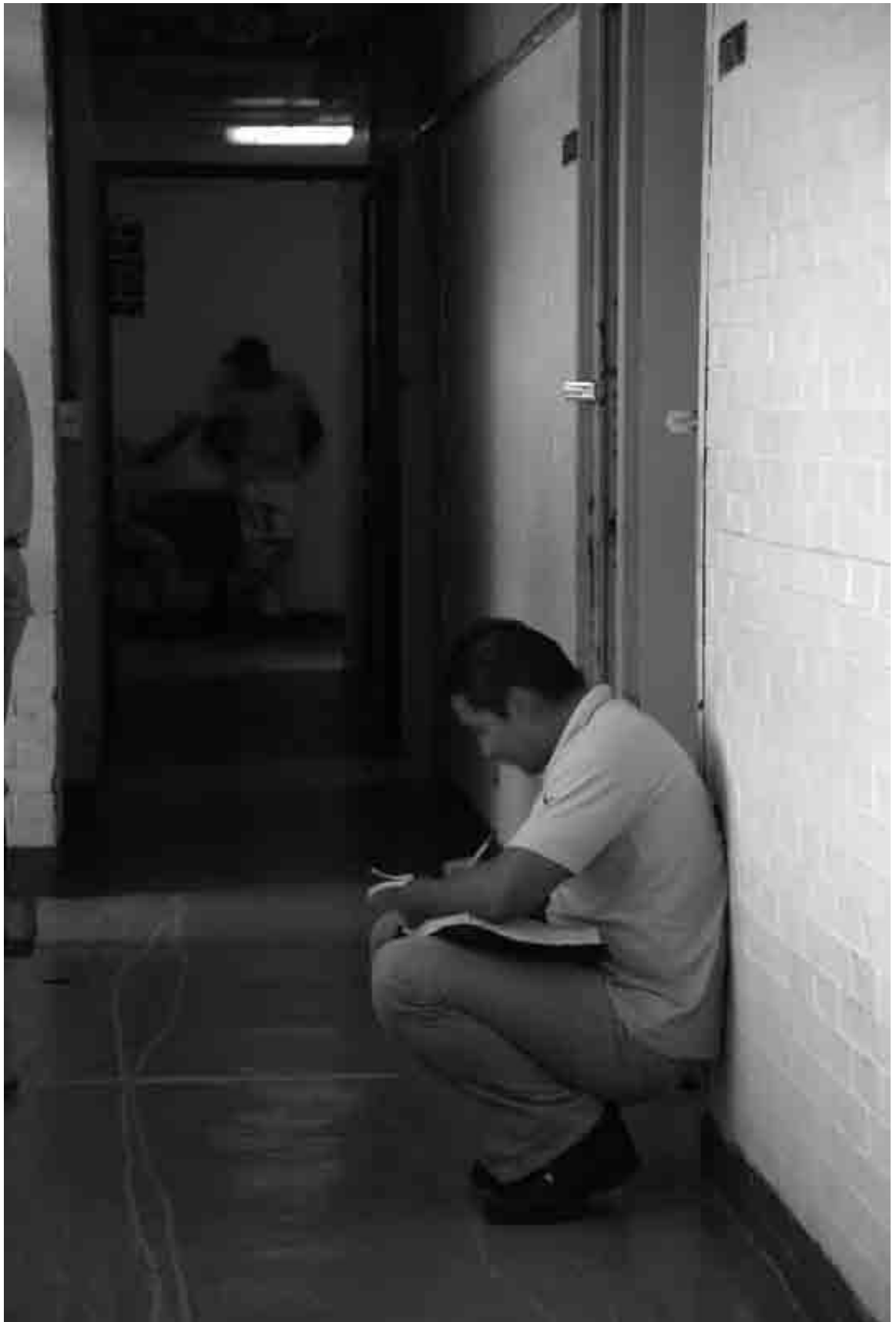
²⁶⁷ Información proporcionada por el personal de las unidades médicas durante las visitas de campo realizadas respectivamente el 8 y el 13 de junio de 2011.

Asimismo, las acciones de prevención en materia de detección de enfermedades, esquema de vacunación y sensibilización y difusión de información, deben generalizarse y adaptarse al perfil de la población de cada centro. La prevención de enfermedades de transmisión sexual y la educación sobre salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres, así como la promoción de hábitos de vida saludables a través de una alimentación sana y equilibrada y de la práctica periódica del deporte, son algunos de los elementos que deben contemplar para orientar las estrategias.

La atención particular hacia las inequidades en salud tampoco forma parte de una estrategia integral de promoción a la salud que busque revertir las múltiples facetas de la discriminación y sus consecuencias en relación con el acceso a la salud de las personas en situación de vulnerabilidad. En los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, la Organización de los Estados Americanos asentaron que las medidas destinadas a proteger exclusivamente los derechos de las mujeres, en particular de las mujeres embarazadas y de las madres lactantes; de los niños y niñas; de las personas adultas mayores; de las personas con infecciones, como el VIH/sida; de las personas con discapacidad física, mental o sensorial no serán consideradas discriminatorias.²⁶⁸ Al contrario permiten dar a estos grupos la oportunidad de satisfacer su derecho a la salud en las mismas condiciones que las demás personas.

²⁶⁸ Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad..., *op. cit.*, principio II.

v. Consideraciones finales



Con excepción de aquellos derechos restringidos por la condición de privación de libertad, las personas en reclusión conservan todos los derechos humanos reconocidos por la comunidad internacional, en las declaraciones, pactos y otros instrumentos de carácter vinculante o declarativo que conforman el derecho internacional de los derechos humanos. La protección a la salud es uno de ellos y se define como el disfrute para todas las personas del más alto nivel de salud física y mental. La Constitución Política consagra a la salud como un derecho humano y le asigna una función central en el proceso de reinserción social. La normatividad local designa a la Secretaría de Salud del Distrito Federal como responsable de proveer los servicios médicos generales y hospitalarios en los reclusorios preventivos y centros de readaptación social a nivel local, y a la Secretaría de Gobierno como garante de condiciones de vida digna para las y los internos.

El respeto, protección y satisfacción del derecho a la salud no se reduce a un conjunto de buenas intenciones, es un imperativo jurídico que compromete legalmente al Estado y se impone con un carácter irrenunciable en relación con las personas privadas de la libertad las que, por su condición de reclusión, se encuentran imposibilitadas de ejercer por sí solas ese derecho. La comunidad internacional, a través de los instrumentos de alcance general y aquellos que abordan de forma específica los derechos de las personas en reclusión, precisa con toda claridad el conjunto de elementos, principios y normas que integran lo que llamamos el modelo de referencia para la atención a la salud de las personas privadas de la libertad.

En años recientes, la Secretaría de Salud ha elaborado instrumentos de planeación que permiten precisar, con mayor claridad, la misión, visión y los objetivos del modelo de atención que asume para la satisfacción del derecho a la salud de las personas en situación de reclusión. Con ello, pretende garantizar un servicio médico eficaz, eficiente, de calidad y con oportunidades para todas las personas, así como la operación de un subsistema de vigilancia epidemiológico y de fomento sanitario que permite conocer e influir en el comportamiento y los determinantes del proceso salud- enfermedad. El diagnóstico de la capacidad instalada y de las acciones impulsadas en cada centro permite concluir que ese objetivo no ha sido alcanzado. La realidad es otra, en la práctica, se entiende la progresividad del derecho a la salud como pequeños esfuerzos, no como un tema de salud pública.

La sobrepoblación, el hacinamiento, la violencia, las condiciones de higiene y sanitarias, la falta de acceso a una alimentación sana y al suministro de agua potable, son determinantes de la salud en los centros de reclusión; las condiciones de reclusión que reflejan tratos crueles, inhumanos o degradantes constituyen además un factor de riesgo para la salud así como el desarrollo y contagio de enfermedades infecciosas.

La problemática de las adicciones merece especial atención de la Secretaría de Gobierno, los programas emprendidos resultan limitados frente a la generalización del uso y consumo de sustancias nocivas. Por otro lado, la violencia se encuentra generalizada y actos de tortura y otros tratos crueles o degradantes en agravio de la población en reclusión siguen perpetuándose.

La Secretaría de Salud necesita enfatizar su intervención en materia de verificación sanitaria, de ejecución de programas nutricionales o en la adecuación de los servicios de salud y programas de medicina preventiva al perfil epidemiológico de la población. El personal médico, técnico y administrativo adscrito a la Secretaría de Salud labora exclusivamente en el recinto de las unidades médicas, teniendo muy poca relación con las personas en los dormitorios, estancias y áreas comunes, y nulo contacto con las personas en zonas de aislamiento, en protección, castigo o en los módulos de máxima seguridad. Asimismo, se observa una desvinculación entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Gobierno en temas estratégicos, en particular en la inspección y mejoramiento de las condiciones de reclusión así como en la accesibilidad a la atención médica y en la organización de los traslados de pacientes hacia instituciones externas de mayor nivel de atención.

En los últimos años se documentaron avances en la disponibilidad de servicios médicos en algunos de los centros. En el Cefereso y Ceresova se habilitaron unidades médicas bajo la supervisión de la Secretaría de Salud, y la Torre Médica Tepepan se encuentra en un proyecto de reconstrucción tendiente a modernizar los servicios de segundo nivel de atención para las personas en reclusión. Al otro extremo encontramos a los Centros de Ejecución de Sanciones Penales Varoniles que no cuentan con unidades médicas habilitadas por la Secretaría de Salud y a las unidades médicas de los tres reclusorios preventivos que, por la antigüedad de sus instalaciones y la falta de mantenimiento, se encuentran sumamente deterioradas y con un mobiliario obsoleto. En todos los centros se observó una carencia o desabasto, en ocasiones generalizados, de mobiliario, equipo, instrumental y/o insumos, situación contraria a los requisitos mínimos establecidos en las normas oficiales mexicanas aplicables a los establecimientos de atención médica ambulatoria o especializada. Respecto de la disponibilidad de recursos humanos, la plantilla de personal no está definida de forma proporcional al tamaño de la población de cada centro. La falta de personal médico, técnico y administrativo no permite asegurar un servicio médico continuo en todos los turnos y durante toda la semana, a pesar de que esta población por su situación de reclusión se encuentra en dependencia absoluta respecto de la atención que ofrecen las unidades médicas.

Las deficiencias en la atención médica no resultan sólo de las condiciones materiales y de la falta de recursos humanos para operar de forma óptima. El informe evidenció la importancia del componente de accesibilidad en el goce del derecho a la salud y los múltiples obstáculos que, en la práctica, limitan el acceso a los servicios médicos de las y los internos. El acceso no se contempla como un derecho sino como una posibilidad que, en algunos casos, se debe “negociar” con el personal técnico o de seguridad. En cada centro, se reportan casos de obstaculización por parte del personal de seguridad y custodia, sean los adscritos a los dormitorios, en las esclusas o en la unidad médica, incluso se identificaron hechos de extorsión que afectan la asequibilidad del derecho a la salud. Es ilustrativo constatar que, en el Cefereso y Ceresova, ambos centros que manejan una política de vigilancia exacerbada hacia las personas bajo su custodia, se denuncia mayor incidencia de actos de obstaculización. La accesibilidad también se ve limitada por el mismo personal de las unidades médicas bajo el argumento de la insuficiencia de fichas o citas, de la falta de personal o sin razones explícitas. La negativa de atención se justifica de forma recurrente a partir de un diagnóstico hecho a simple vista o de decisiones discrecionales y discriminatorias.

Otra problemática evidenciada en el presente informe es la accesibilidad a la atención para las personas en zonas segregadas, sean en los módulos de máxima seguridad, los dormitorios de castigo o en protección, que se encuentran excluidas de la atención y del seguimiento médico. Para estas personas, la posibilidad de acceder a la unidad médica está sujeta a la decisión del personal técnico penitenciario o de seguridad. Adicionalmente tiene que haber elementos de seguridad disponibles para acompañar a las personas enfermas a la unidad médica en el horario establecido para su atención, por lo general en las noches, cuando el personal médico se encuentra sumamente reducido. La contratación de personal penitenciario para valorar a las y los internos en zonas de aislamiento no resulta ser una solución viable al problema de la accesibilidad, dado que ese personal no cuenta ni con las instalaciones ni con los insumos o instrumentos necesarios para valorar oportunamente el estado de salud de las personas y hacer un diagnóstico y valoración médica certera. En los hechos, se convierte en un filtro adicional que da lugar a la discrecionalidad. Este problema se agudiza en un contexto en el que, a pesar de un mandato legal claro, el personal médico no acude a los dormitorios a valorar el estado de salud de la población, dejando al personal técnico y de seguridad la responsabilidad de canalizar, bajo sus propios criterios, a las personas enfermas a la unidad médica.

La aceptabilidad y calidad de la atención médica son otros factores esenciales del derecho a la salud; incluyen la percepción acerca del trato que las y los pacientes reciben por parte del personal de la unidad

médica así como el acceso al tratamiento y, de requerirse, a la atención especializada. El trabajo de campo proporcionó elementos para suponer que las y los internos no son tratados ni valorados de la misma forma y en el mismo nivel de calidad que las personas en libertad. Se reportaron casos en los que las personas en reclusión son víctimas de malos tratos, prejuicios y estigmas por su situación de reclusión, los cuales atraviesan las relaciones con el personal, incluso la relación médico-paciente, resultando en una serie de obstaculizaciones y restricciones en el acceso a los servicios médicos y en la calidad de los mismos.

El acceso a los medicamentos e insumos para la curación o rehabilitación es una de las problemáticas que más atañe a las personas en los centros de reclusión. Aunque las unidades médicas reportan, en su mayoría, un abasto casi óptimo de las farmacias, las y los internos denuncian dificultades para acceder al tratamiento. Esta divergencia permite suponer la existencia de irregularidades en la gestión y distribución de los medicamentos, que se manifiestan en los abusos cometidos en la entrega de los mismos, así como la tolerancia de la autoridad respecto del desarrollo de un mercado informal de compra-venta de medicinas adentro de los centros. Otro tema crítico es el acceso a dietas por razones de salud, que, en su mayoría, no corresponden a las necesidades de la población.

La calidad de la atención también requiere de la posibilidad de contar con un acceso oportuno a la atención especializada en los hospitales o instituciones médicas de segundo o tercer nivel. La investigación arrojó una serie de obstáculos para la accesibilidad y en la calidad de dicha atención. En primer lugar, por la falta de un protocolo para la referencia y contrarreferencia de pacientes que describa con precisión las responsabilidades e intervenciones de cada uno de los actores involucrados en este proceso. Asimismo, se refirió la dilación de las gestiones para la obtención de las citas, las condiciones de transporte inseguras e inadecuadas para el estado de salud de las personas enfermas así como la falta de seguimiento oportuno al regreso a los centros de reclusión. Incluso se denunciaron malos tratos y humillaciones a las que son sometidas las personas referidas por parte del personal de custodia. El cierre temporal de la Torre Médica Tepepan tiene repercusiones directas en las dificultades observadas en el acceso a la atención especializada de segundo nivel. En esta situación, las referencias se hacen hacia otras instituciones cuyos servicios se encuentran, de por sí, saturados o que no cuentan con las condiciones de seguridad oportunas para atender a personas privadas de la libertad.

El seguimiento médico de las y los pacientes debería imponerse como un eje central en un servicio de atención médica, orientado hacia la curación y rehabilitación de las personas. Al contrario, a través de las entrevistas, se observó que, por lo general, las personas que tienen alguna enfermedad o padecimiento que requiere de una atención periódica, no se benefician de facilidades para su seguimiento con la consecuencia que, en muchos casos, por las dificultades que implica el proceso de accesibilidad, no acuden a la unidad médica para su revisión o tardan tiempo en ser atendidas nuevamente. La atención médica se proporciona en exclusividad en casos de urgencias reales o una vez que la CDHDF haya intervenido a raíz de la interposición de una queja.

No existen medidas integradas en programas de acción que permitan avanzar hacia la disponibilidad y acceso a una atención médica especializada para todas las mujeres en reclusión ni tampoco una atención pediátrica y nutricional integral que permita el pleno desarrollo físico y mental de sus hijos e hijas.

Respecto de las personas adultas mayores no son valoradas de forma periódica y la atención proporcionada a las personas con discapacidad física o sensorial no es apropiada a su estado de salud. Las personas inimputables o con discapacidad mental o psicosocial en el Cevarepsi si bien están bajo la vigilancia de personal médico especializado, tienen dificultades para acceder a los medicamentos y no disponen de alternativas al tratamiento farmacológico. En los demás centros, no tienen acceso a una atención especializada ni tampoco a actividades educativas, laborales o recreativas orientadas a desarrollar sus aptitudes, mejorar su calidad de vida y promover su reinserción.

La mitad de la población entrevistada considera que su salud ha empeorado desde que se encuentra privada de la libertad. Este dato refleja la relación que guarda la salud con la realidad de las condiciones de reclusión. Asimismo, advierte las deficiencias del sistema médico en brindar una atención, tratamiento y seguimiento de calidad para todas las personas. Las dificultades para la accesibilidad, aunado a la falta de insumos, de medicamentos, de atención y seguimiento médico oportuno, hace que una gran parte de las personas en reclusión no acuda al servicio médico, se automedique o consiga medicamentos a través de otros internos o de sus familiares, poniendo en riesgo su salud. Los malos tratos recibidos, las carencias de recursos humanos y materiales constituyen violaciones al derecho a la salud de las personas en situación de reclusión que, en muchas ocasiones, repercute en su integridad física y psicológica y puede resultar en un sufrimiento prolongado e incluso en la privación de la vida. En esas condiciones se vuelve imperativo el mejoramiento progresivo y permanente de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención así como la aplicación de estrategias de promoción en salud que busquen influir en las condiciones de reclusión y combatir las múltiples facetas de la discriminación que afectan a las personas privadas de la libertad en el acceso y pleno goce de su derecho a la salud.

vi. Propuestas



Los entes públicos del Distrito Federal, en particular la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF), la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal (SGDF) y la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSDF) en el marco de sus respectivas competencias, tienen la obligación de adoptar todas las medidas a su alcance para proteger y garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad y bajo su tutela. Lo anterior debe hacerse con respeto al principio de no discriminación, de forma progresiva –prohibiendo cualquier medida regresiva– y hasta el máximo uso de los recursos disponibles. En el capítulo 13 del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal (PDHDF) se presentan 38 líneas de acción, articuladas en siete estrategias, orientadas al cabal cumplimiento de las obligaciones internacionales de los órganos políticos del Distrito Federal en esa materia.²⁶⁹ De forma complementaria, se formula el presente Informe Especial con la presentación de una serie de propuestas de aplicación urgente, en defensa del derecho a la salud de las personas en reclusión.

A. Marco jurídico y modelo organizacional

La conformación de un modelo de atención a la salud en los centros de reclusión de la ciudad de México, respetuoso de los derechos humanos y del enfoque de género, requiere del diseño, adopción o reforma de los instrumentos jurídicos y de planeación, acordes a los principios del derecho internacional. Asimismo el proceso de planeación debe confluir en la elaboración de un plan sectorial que englobe la atención médica y los determinantes de la salud, capaz de responder a las prioridades y de conformar servicios médicos accesibles para todas las personas en reclusión. Para aplicarse, esta estrategia requiere de los recursos suficientes así como de la participación efectiva de todos los niveles y órdenes de gobierno, en el marco de sus respectivas atribuciones, así como de la comunidad. En particular, se propone lo siguiente:

1. Armonizar el marco jurídico y normativo que regula la atención a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal conforme a los estándares internacionales en materia del derecho a la salud y desde el enfoque de género; incluir en esa revisión y armonización la normatividad de todas las instituciones involucradas en la protección de ese derecho, sus reglamentos internos, manuales de procedimientos, protocolos, instructivos, etc. (ALDF, SGDF y SSDF);
2. Asignar los recursos económicos necesarios, y de forma creciente, para la implementación y funcionamiento adecuado del modelo de atención a la salud en los centros de reclusión. Presentar en una partida específica del presupuesto de egreso del Gobierno del Distrito Federal, los recursos asignados y ejercidos para la atención a la salud en los centros de reclusión (ALDF, SSDF, SGDF y Secretaría de Finanzas del Distrito Federal);
3. Desarrollar, con el apoyo de organizaciones e instituciones locales, nacionales e internacionales especializadas, un sistema de indicadores que permita la rendición de cuentas y el monitoreo a lo largo del tiempo del cumplimiento del derecho a la salud en los centros de reclusión (SSDF);
4. Institucionalizar mecanismos de coordinación entre la Secretaría de Gobierno y la Secretaría de Salud, incluyendo reuniones permanentes en cada centro de reclusión, para abordar y resolver asuntos relacionados con la atención a la salud, en particular la realización de traslados oportunos, la disponibilidad de personal de seguridad y custodia, y la realización de actividades de promoción a la salud (SGDF y SSDF).

²⁶⁹ Se trata de las líneas de acción 360 a 397 incluidas en el apartado 13.1 Derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en centros de reclusión. Comité Coordinador, *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal*, México, 2009, pp. 269-277.

B. Atención a la salud

Los servicios de salud en los centros de reclusión deben diseñarse y funcionar a partir de un abordaje integral de las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que conforman los elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud.

1. Disponibilidad de recursos materiales y humanos en las unidades médicas

La satisfacción del derecho a la salud requiere de servicios médicos oportunos, eficientes y suficientes en cada uno de los centros de reclusión, organizados bajo la responsabilidad y supervisión de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, que cuente, como mínimo, con las áreas y recursos materiales requeridos en la normatividad oficial en vigor en el país. El personal administrativo, médico y paramédico en cada unidad debe ser asignado de acuerdo al tamaño de la población y ser siempre suficiente para garantizar el funcionamiento de todos los servicios de forma continua. La política de gestión de personal será respetuosa de los derechos humanos laborales y contemplará mecanismos de evaluación de desempeño del personal. De forma particular, se recomienda:

5. Concluir a la brevedad posible el proyecto de remodelación de la Torre Médica Tepepan y dotar esta unidad hospitalaria, de los recursos humanos, del material, instrumental e insumos necesarios para proporcionar a las personas en reclusión los cuidados y el tratamiento que requieran (SSDF);
6. Habilitar unidades médicas bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud, en los centros de ejecución de sanciones penales y en el módulo de alta seguridad “Diamante” del Ceresova, para que cuenten con los recursos materiales y humanos necesarios para garantizar, como mínimo, la consulta externa y de odontología (SSDF);
7. Llevar a cabo la remodelación de las unidades médicas de los reclusorios preventivos varoniles Oriente, Norte y Sur, y del Cevarepsi (SGDF, SSDF, Secretaría de Obras del Distrito Federal y ALDF);
8. Definir con claridad los recursos humanos (personal médico general y de especialidad, de enfermería, de odontología, y administrativo) con los que debe contar cada unidad médica para atender la demanda de atención de forma adecuada y continua y proceder a su contratación (SSDF).

2. Accesibilidad a los servicios médicos en los centros de reclusión

El informe evidenció la importancia del componente de accesibilidad en el proceso de realización del derecho a la salud y la importancia de combatir los múltiples obstáculos que, en la práctica, limitan a las y los internos para acceder a los servicios médicos. La accesibilidad exige la revisión de los procedimientos para la atención y demanda un actuar coordinado entre la Secretaría de Gobierno y la Secretaría de Salud. Especial atención merece la situación de las personas en zonas segregadas (módulos de máxima seguridad y dormitorios de castigo o de protección). En este sentido, se sugiere:

9. Realizar un diagnóstico en todos los centros respecto de los procedimientos existentes para el acceso a los servicios médicos. Con base en los resultados de ese diagnóstico, diseñar e implementar proyectos pilotos para sustituir el sistema de fichas por citas programadas. El sistema de fichas sólo deberá permanecer en casos excepcionales (SSDF);

10. Conformar un equipo de médicos en cada unidad médica, acompañado por elementos de seguridad, para visitar diariamente los dormitorios y estancias, incluyendo en las zonas segregadas, para valorar el estado de salud de las y los internos, acercar los servicios médicos a la población y canalizar a la unidad médica, de forma más ágil y oportuna, a las personas que así lo requieren (SSDF);
11. Crear un fondo para financiar los gastos de consultas de especialidades, estudios de gabinetes e intervenciones quirúrgicas en los hospitales e institutos federales o privados así como el pago de materiales como lentes, prótesis, material de osteosíntesis e incluso sillas de ruedas, muletas y bastones, en beneficio de la población privada de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal (SSDF y SGDF).

3. Aceptabilidad y ética médica

Los prejuicios y malos tratos de los cuales son víctimas las personas privadas de libertad por parte del personal en los centros de reclusión imponen redoblar esfuerzos para garantizar que la relación médico-paciente se establezca cabalmente a partir de los estándares de la máxima protección. La capacitación así como los mecanismos de vigilancia, denuncia y supervisión son fundamentales para fomentar buenas prácticas. En palabras de Elena Azaola, la atención a la salud de las personas privadas de la libertad no sólo requiere invertir más recursos, sino “modificar prácticas, crear incentivos para las buenas prácticas y diseñar procesos inteligentes”.²⁷⁰ De manera específica, se recomienda:

12. Organizar un programa de capacitación permanente para el personal técnico, de seguridad y de la unidad médica, respecto de sus obligaciones en materia de derecho a la salud de las personas bajo su custodia, sobre la ética pública, el trato digno, la no discriminación y otros principios aplicables en el ámbito penitenciario (SGDF y SSDF);
13. Crear un sistema de evaluación de desempeño del personal médico que mida su productividad así como la calidez de la atención proporcionada a las y los pacientes, la pertinencia de la integración de los expedientes, la valoración de su participación en actividades de medicina preventiva y demás comités o actividades, entre otras cosas (SSDF);
14. Crear un buzón de quejas y/u otros mecanismos eficaces que permitan recoger las denuncias y sugerencias de las y los usuarios de los servicios y darle un seguimiento oportuno desde la Secretaría de Salud (SSDF);
15. Asegurar la investigación pronta e imparcial de todas las presuntas violaciones al derecho a la salud denunciados, en el ámbito penal y administrativo conforme a las competencias y atribuciones de las autoridades involucradas, la sanción de los responsables así como la reparación integral del daño a las víctimas, en forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de no repetición (SSDF, SGDF y Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal).

4. Calidad de la atención, tratamiento y seguimiento médico

El modelo de atención médica en los centros de reclusión debe centrarse en la detección de enfermedades, su tratamiento y seguimiento. Ello se podría hacer a través de la aplicación de un examen

²⁷⁰ Azaola, Elena, “El sistema penitenciario mexicano: retos y perspectivas”, en *Memorias, Seminario Sistemas Penitenciarios y Derechos Humanos*, México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal/Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente, 2007, p. 145.

médico integral en el momento del ingreso y de la realización de pruebas de detección de enfermedades y revisiones médicas y odontológicas, de forma periódica. Las personas enfermas deben acceder a la atención y estudios necesarios para un diagnóstico certero y oportuno de su estado de salud, así como a un tratamiento apropiado, basado en principios científicos y sustentados bajo las mejores prácticas, y al seguimiento de sus padecimientos. En este sentido, se recomienda lo siguiente:

16. Garantizar el abasto oportuno y suficiente de todos los medicamentos necesarios y supervisar el proceso de distribución a las y los internos (SSDF);
17. Dar cabal cumplimiento al artículo 39 del Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal que establece la realización de un examen médico de las personas en reclusión desde su ingreso. La realización de este examen, previo consentimiento informado, permitirá conocer con precisión el estado físico y mental de las personas que ingresan, certificar posibles malos tratos o torturas y asegurar la detección y tratamiento, de forma oportuna, de cualquier problema significativo de salud o discapacidad. Actualizar este examen anualmente, a través de la realización de acciones de detecciones de enfermedades periódicas, previo consentimiento informado, así como una revisión anual, en consulta externa y de odontología, a toda la población en reclusión (SSDF);
18. Elaborar un protocolo para la atención médica de las personas privadas de la libertad al interior de las unidades médicas en los centros de reclusión de la ciudad, que contenga como eje medular el seguimiento de los padecimientos (SSDF);
19. Asignar mayores recursos materiales y humanos a las áreas de trabajo social para asegurar un seguimiento adecuado de las y los pacientes, incluyendo el seguimiento posterior de las referencias a instituciones externas (SSDF).

5. Acceso a la atención especializada y procedimiento de referencia y contrarreferencia

La calidad de la atención incluye la posibilidad para las y los pacientes en reclusión de acceder a la atención médica especializada de segundo o tercer nivel cuando su estado de salud lo requiere. Esta obligación legal implica el establecimiento de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y obliga la organización de traslados de una forma segura, oportuna y eficiente, y en condiciones respetuosas de la dignidad y los derechos fundamentales de las personas. Frente a las dificultades encontradas en los procesos de referencia de personas en situación de reclusión, se reitera la recomendación de concluir a la brevedad posible el proyecto de remodelación de la Torre Médica Tepepan. Adicionalmente, se recomienda:

20. Instrumentalizar y vigilar la aplicación del modelo de referencia y contrarreferencia en particular en el sentido de una cabal participación de todos los actores involucrados en las distintas fases del proceso de atención (SSDF y SGDF);
21. Crear un grupo de elementos de seguridad al servicio de las unidades médicas, con conocimiento en primeros auxilios y ampliar la plantilla de vehículos necesarios, incluyendo ambulancias, para cubrir con suficiencia y realizar con calidad todos los traslados hospitalarios (SGDF);
22. Firmar convenios de colaboración con hospitales e institutos federales, para asegurar la atención médica en estas instituciones para personas privadas de la libertad (SSDF);
23. Aplicar cabalmente la propuesta de regionalización de la referencia, garantizando el cumplimiento de los estándares de mayor protección para las y los pacientes (SSDF).

C. Atención de los factores determinantes de la salud

Un abordaje integral del derecho a la salud y la intervención gubernamental en un asunto de salud pública implica que la autoridad integre en su estrategia sectorial la comprensión e intervención en los determinantes de la salud, tendiente a combatir y mitigar los factores de riesgo. El sistema de atención en salud debe complementarse por una serie de acciones y medidas en materia de vigilancia epidemiológica, prevención de enfermedades, mejoramiento de las condiciones de reclusión y combate de las inequidades sanitarias.

1. Diagnóstico de morbilidad de la población en reclusión

El análisis de la morbilidad de la población en reclusión representa una fuente de información de importancia para la definición de la estrategia de salud pública, permite identificar prioridades de acción y diseñar programas de salud más pertinentes. Para ello, se propone redoblar esfuerzos en los siguientes ámbitos:

24. Reforzar los mecanismos de recolección de información sobre morbilidad en el ámbito penitenciario a partir del uso de tecnologías pertinentes y que permita la reunión de datos desglosados por sexo y grupos de población; sistematizar y analizar la información recolectada por las unidades médicas y publicar los resultados (SSDF);
25. Promover la recolección de información, análisis e investigación tendientes a conocer el comportamiento y los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad que se presentan en la población privada de la libertad de los centros de reclusión y generar propuestas de acción en la materia (SSDF).

2. Vigilancia epidemiológica, prevención de enfermedades y condiciones de estancia

La promoción de la salud implica el fomento de cambios de hábitos en las personas y la adopción de conductas y estilos de vida saludables, a través de la difusión y acceso a información oportuna sobre problemas de salud. El acceso a la información y la detección de enfermedades son aspectos fundamentales de la medicina preventiva, así como el acceso a la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas. Asimismo, se requiere de una acción coordinada entre las autoridades para el mejoramiento constante de las condiciones de estancia que influyen directamente en el estado de salud de la población, en particular el hacinamiento, el acceso a alimentos sanos y a agua potable, servicios básicos de saneamiento, vivienda y condiciones de vida adecuadas así como el combate a la violencia y a las adicciones. Estas acciones son de aplicación obligatoria en todos los dormitorios y estancias, incluyendo en las zonas segregadas. En lo particular, se recomienda:

26. Definir e implementar un programa institucional de promoción a la salud en todos los centros de reclusión y para toda la población, que cuente con los recursos materiales y humanos suficientes, que incluya la sensibilización sobre temas de salud y el fomento de prácticas saludables así como campañas de vacunación y la aplicación de forma periódica, previo consentimiento informado, de pruebas de detección de enfermedades (SSDF);
27. Establecer un protocolo para la prevención, atención y erradicación de brotes o epidemias de enfermedades infectocontagiosas, que permita una detección y actuación oportuna y que las mismas no sean propagadas al resto de la población penitenciaria (SSDF y SGDF);

28. Diseñar e implementar un modelo de combate al uso indebido de alcohol y tabaco y el consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas, generalizado a toda la población en reclusión (SSDF y SGDF);
29. Desarrollar un programa de prevención de la violencia en el sistema penitenciario, a partir de la adopción de un enfoque basado en la salud pública y los derechos humanos, y que incorpore medidas apropiadas y eficaces para prevenir todo tipo de violencia entre las personas privadas de la libertad y con el personal de los centros de reclusión, incluyendo campañas amplias de sensibilización sobre la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, y los mecanismos para denunciar cualquier abuso (SSDF y SGDF);
30. Establecer un mecanismo transparente, permanente y ágil, conformado por personal penitenciario y médico, para la realización de inspecciones regulares que verifican, por lo menos, los siguientes aspectos: *a)* la cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos; *b)* la higiene y el aseo de los establecimientos y de las personas en reclusión; *c)* las condiciones sanitarias, la calefacción, el alumbrado y la ventilación del establecimiento; *d)* la calidad y el aseo de las ropas y de la cama de los reclusos; *e)* la observancia de las reglas relativas a la educación física y deportiva; *f)* dotar a las unidades médicas de los recursos materiales y humanos suficientes para cumplir con ese mandato legal. A partir de ello, desarrollar un programa de mejoramiento progresivo de las condiciones de reclusión (SSDF y SGDF).

3. Atención a las inequidades en salud

Para revertir las desigualdades en salud, se requiere de la conformación de un programa de combate a la discriminación en los centros de reclusión que incluya actividades de capacitación al personal, de sensibilización para la población, así como acciones específicas para garantizar el acceso de los grupos de población a una atención de calidad que sea aceptable en vista de su condiciones y necesidades específicas. En el Informe se llama la atención respecto de la situación de las mujeres y sus hijas e hijos que viven con ellas, de las personas que viven con VIH/sida, adultas mayores o con discapacidad física, sensorial, intelectual y mental o psicosocial, aunque está lista no es exhaustiva. A título de ejemplo, se propone implementar las siguientes acciones:

31. Diseñar y aplicar un plan de remodelación y adecuación de los dormitorios en los que se encuentran las personas enfermas, con discapacidad, los niños y niñas, las mujeres embarazadas o madres lactantes y las personas adultas mayores, para atender sus necesidades específicas y garantizar su privacidad y dignidad (SGDF);
32. Estrechar los vínculos con instituciones especializadas en enfermedades y grupos de población para orientar y acompañar la implementación de programas de atención y promoción a la salud destinados a los grupos de población más vulnerables –Instituto de las Mujeres, Instituto de Adultos Mayores, Instituto de la Juventud, organizaciones de la sociedad civil especializadas, entre otros– (SSDF);
33. Diseñar e implementar un programa para la atención integral de la salud de las mujeres en reclusión, en particular garantizarles la disponibilidad y acceso a una atención médica especializada y de calidad que corresponda a sus necesidades físicas y biológicas, y que considere la disponibilidad de personal calificado y servicios educativos, pediátricos y de nutrición apropiados para los hijos que viven con ellas (SSDF);
34. Diseñar e impulsar un programa de atención en salud de personas adultas mayores en reclusión que contemple su acceso al diagnóstico y valoración médica de forma periódica así como

- la atención, seguimiento y rehabilitación física y psicológica que requieren para mantener su funcionalidad y autonomía (SSDF);
35. Diseñar e impulsar un programa de atención a la salud para personas con discapacidad física, sensorial, intelectual, mental o psicosocial, que incluya el acceso a un diagnóstico certero y una atención por parte de personal médico especializado así como el acceso a la rehabilitación que requieren con base en su discapacidad y, sobre todo, a una serie de actividades formativas, educativas, socioculturales, recreativas y deportivas orientadas a desarrollar sus aptitudes, mejorar su calidad de vida y promover su reinserción²⁷¹ (SSDF);
 36. Realizar campañas permanentes de prevención y detección del VIH/sida en la población penitenciaria, bajo su previo consentimiento informado, y agilizar el pronto traslado a la Penitenciaría o al Centro Tepepan, de las y los pacientes con un diagnóstico positivo para que acceden de forma oportuna al tratamiento requerido, brindarles acceso a la información y asesoría psicológica. Contratar el personal suficiente para brindar atención médica de calidad a las y los pacientes con VIH/sida (SSDF).

²⁷¹ Alma Invicta, *Proyecto de atención para personas con discapacidad privadas de su libertad*, México, Arte en las sombras, A. C., 2011, p. 19.

Anexos



Anexo 1. Recomendaciones emitidas por la CDHDF en relación con violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal

Núm.	Recomendación	Caso	Derechos humanos violados	Autoridades responsables	Estatus de cumplimiento de los puntos recomendatorios relacionados con el derecho a la salud
22	1/2010	Tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes infligidos por personal de Seguridad y Custodia a internos del tercer nivel del dormitorio IC del Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla (Ceresova) a quienes se les brindó atención médica dos días después de los hechos.	<p>i. Derecho a la integridad personal por tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes (malos tratos).</p> <p>ii. Derechos de las personas privadas de la libertad por la abstención u omisión en el deber de custodia.</p>	Secretaría de Gobierno del Distrito Federal	Parcialmente cumplidos
21	20/2009	Negligencia médica y deficiencias en la disponibilidad de personal y de recursos materiales en la atención de personas privadas de la libertad en centros de reclusión y hospitales de la ciudad, en particular agravio de internos de los reclusorios preventivos varonil Oriente, Norte y Sur.	<p>i. Derecho a la vida por negligencia médica.</p> <p>ii. Derecho a la salud: a) Negligencia médica; b) Deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales y disponibilidad de personal médico; c) Inadecuada integración del expediente clínico de atención médica.</p> <p>iii. Derecho a la integridad personal: a) Tratos crueles, inhumanos y degradantes.</p>	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Parcialmente cumplidos
20	11/2009	Omisión al deber de cuidado, ausencia de atención médica y dilación en las averiguaciones previas de dos personas internas víctimas de extorsión en el Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla y del Reclusorio Preventivo Oriente Varonil Oriente, lo cual derivó en la muerte de uno de los agraviados y que el segundo de ellos fuera agredido física y sexualmente.	<p>i. Derecho de las personas privadas de la libertad: a) Por la abstención u omisión en el deber de custodia; b) Por la abstención u omisión de brindar una adecuada atención a la integridad física o psicológica.</p> <p>ii. Derecho a la salud por obstaculización, restricción o negativa de atención médica.</p> <p>iii. Derecho de la víctima o de la persona ofendida por un delito: a) Derecho a recibir, desde la comisión del delito, atención médica y psicológica de urgencia; b) Negativa, restricción u obstaculización a ser informado del procedimiento penal.</p> <p>iv. Derecho al debido proceso: a) Por el retraso injustificado en la integración y determinación de la averiguación previa; b) Por falta de una investigación diligente y exhaustiva.</p>	<p>Secretaría de Gobierno del Distrito Federal</p> <p>Secretaría de Salud del Distrito Federal</p> <p>Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal</p>	<p>Parcialmente cumplidos</p> <p>No cumplidos</p> <p>*</p>
19	6/2009	Interno amenazado, golpeado y violado por otros internos en el Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla (Ceresova).	<p>i. Derecho a la integridad personal, por omisión de dar adecuada protección a la integridad física y psicológica.</p> <p>ii. Derecho a la salud, por retraso en la atención médica.</p> <p>iii. Derechos de las personas víctimas del delito: a) Por la negativa de atención psicológica; b) Por omisión en el resguardo y la conservación de los objetos e instrumentos del delito.</p>	Secretaría de Gobierno del Distrito Federal.	Parcialmente cumplidos

Anexo 1. Recomendaciones emitidas por la CDHDF en relación con violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal (*continuación*)

Núm.	Recomendación	Caso	Derechos humanos violados	Autoridades responsables	Estatus de cumplimiento de los puntos recomendatorios relacionados con el derecho a la salud
18	19/2008	Negligencia e inoportuna atención médica a un interno del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, que aunada a la falta de recursos para un tratamiento eficiente, le provocaron daños neurológicos irreversibles y posterior fallecimiento.	i. Derecho a la salud por negligencia médica y retraso en el acceso a los servicios de salud.	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Parcialmente cumplidos
17	12/2008	Desprotección de las niñas y niños que viven con sus madres en el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, en particular en relación con la atención pediátrica.	i. Derecho a la vida, por omisión del deber de cuidado; ii. Derechos de las madres privadas de la libertad y de sus hijos e hijas, por violencia de género institucional; iii. Derecho a garantías judiciales, por violación al debido proceso; iv. Derecho a la seguridad jurídica, por omisión de observar la normatividad aplicable y por deficiencias en la fundamentación y motivación; v. Derecho a la información, por obstaculizar el acceso a la información pública. vi. Derecho de las víctimas, por no investigar, identificar y sancionar a los responsables.	Secretaría de Gobierno del Distrito Federal Contraloría General del Distrito Federal	Parcialmente cumplidos *
16	9/2008	Accidentes de trabajo en la empresa Porvenir Familiar que labora en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur dentro del Programa de Trabajo Penitenciario de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario y negación de indemnización.	i. Derecho de las personas privadas de la libertad a la readaptación social, en particular a la capacitación y la seguridad en el trabajo, y a una indemnización por accidentes laborales.	Secretario de Gobierno del Distrito Federal	Parcialmente cumplidos
15	18/2007	Mismo caso que Recomendación 12/2006	i. Derecho a la salud por negligencia médica. ii. Derecho de legalidad y seguridad jurídica por omisión de observar la ley o normativa aplicable.	Secretarías de Salud del Distrito Federal Secretaría de Gobierno del Distrito Federal	Cumplidos Cumplidos
14	3/2007	Violación a los derechos humanos de una persona con discapacidad mental en el Cevarepsi que falleció a raíz de los golpes que recibió.	i. A la dignidad humana, a la salud y a la integridad personal de las personas privadas de la libertad.	Secretaría de Salud del Distrito Federal Secretaría de Gobierno del Distrito Federal (Dirección General de Prevención y Readaptación Social) Procuraduría General de Justicia	Cumplidos * *

Anexo 1. Recomendaciones emitidas por la CDHDF en relación con violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal (*continuación*)

Núm.	Recomendación	Caso	Derechos humanos violados	Autoridades responsables	Estatus de cumplimiento de los puntos recomendatorios relacionados con el derecho a la salud
13	2/2007	Obstaculización, restricción o negativa al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad (escabiasis), en particular en el Centro Varonil de Readaptación Psicosocial, y en los Reclusorios Preventivos Varoniles Oriente y Norte.	i. Derechos de las personas privadas de la libertad: a) Derecho a que se garantice su bienestar físico; y b) Derecho a que se les proporcione atención médica ii. Derecho a la salud: a) Derecho a la atención médico integral de calidad; b) Derecho a condiciones que aseguren asistencia médica y sanitaria, y c) Derecho a la creación de condiciones que aseguren a los internos la asistencia médica; y servicios médicos en caso de enfermedad.	Secretaría de Gobierno del Distrito Federal	Parcialmente cumplidos
				Secretaría de Salud del Distrito Federal	Parcialmente cumplidos
12	12/2006	Interno que sin su consentimiento se le realizó la prueba de VIH, y por indiferencia de las autoridades del Reclusorio Preventivo Varonil Sur y de la Penitenciaría, permaneció durante más de dos años con un falso positivo de este padecimiento (mismo caso que Recomendación 18/2007).	i. Derecho a la salud: a) Derecho a la accesibilidad de los servicios de salud; b) Derecho a prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, y c) Derecho al consentimiento informado. ii. Derecho de las personas privadas de la libertad: a) Derecho a que se garantice su bienestar físico y psicológico, y b) Derecho a que se le proporcione atención médica (negativa, retraso u obstaculización de atención médica).	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Parcialmente cumplidos
				Secretaría de Gobierno del Distrito Federal	Parcialmente cumplidos
11	8/2005	Restricción, negativa u obstaculización de atención médica y al derecho a la salud en agravio de una interna de la Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla.	i. De las personas privadas de la libertad: a) Derecho a que se garantice su bienestar físico, b) Derecho a que se les proporcione atención médica, c) derecho a que se les proporcione atención ginecológica periódica, y d) derecho a que se les proporcione atención médica pediátrica. ii. Derecho a la salud: a) Derecho a la atención médico integral de calidad, b) Derecho a condiciones que aseguren asistencia médica y sanitaria, y c) Derecho a la creación de condiciones que aseguren a las internas la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.	Secretaría de Gobierno del Distrito Federal	Parcialmente cumplidos
				Secretaría de Salud del Distrito Federal	Parcialmente cumplidos

Anexo 1. Recomendaciones emitidas por la CDHDF en relación con violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal (*continuación*)

Núm.	Recomendación	Caso	Derechos humanos violados	Autoridades responsables	Estatus de cumplimiento de los puntos recomendatorios relacionados con el derecho a la salud
10	5/2004	Ejercicio indebido del servicio público y discriminación en agravio de un interno de origen mazateco y de 15 años de edad del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que perdió la vida en el Hospital General de Xoco por los golpes que recibió de otros internos.	1. Derecho a no ser discriminado, seguridad jurídica, en relación con las garantías del debido proceso, derechos del niño y protección a la infancia y derecho a la integridad personal.	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Cumplidos
				Secretaría de Gobierno del Distrito Federal	Cumplido
				Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal	*
				Consejería Jurídica y de Servicios Legales del Gobierno del Distrito Federal	*
9	4/2004	Prestación ineficiente del servicio público en la Torre Médica Tepepan en agravio de un interno del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.	1. Violación al derecho humano a la salud, a la integridad personal y por omisión al deber de prevención por parte de servidores públicos de la Torre Médica Tepepan para reclusorios del Distrito Federal.	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Cumplidos
8	7/2003	Violación al derecho humano a la salud en conexidad al derecho a la vida por incumplimiento al deber de prevención por parte de servidores públicos del Hospital General Dr. Rubén Leñero y Hospital Pediátrico Legaría en agravio de un interno de la Penitenciaría.	1. Derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida.	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Cumplidos
7	7/2002	Violación de los derechos humanos de un interno del Reclusorio Preventivo Varonil Norte que fue golpeado por un custodio ocasionándole estallamiento de vísceras y recibió un trato inhumano y degradante durante el traslado al hospital de Xoco.	1. Violación a los derechos de los reclusos, tortura, y dilación en la procuración de justicia.	Secretario de Gobierno del Distrito Federal Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal	Cumplidos
6	1/2002	Negativa a practicar intervención quirúrgica –salpingoclasia– a una interna del Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan.	1. Libertad de procreación, responsable e informada, salud reproductiva e igualdad.	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Cumplidos
5	2/2001	Negligencia médica del personal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (Torre Médica Tepepan) en agravio de un interno del Reclusorio Preventivo Varonil Norte quien perdió la movilidad de las piernas.	1. Derecho a la salud por negligencia médica	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Cumplidos

Anexo 1. Recomendaciones emitidas por la CDHDF en relación con violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal (*continuación*)

Núm.	Recomendación	Caso	Derechos humanos violados	Autoridades responsables	Estatus de cumplimiento de los puntos recomendatorios relacionados con el derecho a la salud
4	1/2000	Negligencia médica contra un interno del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, quien falleció a consecuencia de lesiones inadecuadamente atendidas por tres médicos del Reclusorio.	i. Derecho a la vida por negligencia médica. ii. Derecho de las personas privadas de la libertad: derecho a que se garantice su bienestar físico y psicológico.	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Cumplidos
3	7/1997	Tortura y negligencia médica por parte de servidores públicos en perjuicio de una persona privada de la libertad en la Penitenciaría.	i. Derecho a la integridad personal por tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes (malos tratos). ii. Derecho a la salud: a) Negligencia médica; b) Deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales y de personal médico.	Secretaría de Salud del Distrito Federal Secretaría de Gobierno del Distrito Federal	Cumplidos *
2	3/1997	Abusos en la revisión física a internas en el Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan.	i. A la dignidad humana, a la salud y a la integridad personal de las personas privadas de la libertad.	Secretaría de Salud del Distrito Federal Secretaría de Gobierno del Distrito Federal (Dirección General de Prevención y Readaptación Social)	Cumplidos *
1	12/1995	Tortura y malos tratos por parte de personal de seguridad y custodia en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur.	i. Derecho a la integridad personal por tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes (malos tratos). ii. Derecho a la salud: a) Negligencia médica.	Secretaría de Salud del Distrito Federal Secretaría de Gobierno del Distrito Federal (Dirección General de Prevención y Readaptación Psicosocial)	Cumplidos *

* No se contemplan los puntos recomendatorios relacionados con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, la Contraloría General del Distrito Federal, la Consejería Jurídica y de Servicios Legales del Gobierno del Distrito Federal y algunos de la Secretaría de Gobierno que no están relacionados directamente con el tema del informe que trata sobre el derecho a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal para personas adultas.

Fuente: elaboración del CIADH con base en información de la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de la CDHDF con fecha del 18 de abril de 2011.

Anexo 2. Nota metodológica

La información recolectada y analizada en el marco de la elaboración del presente *Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011* provino de distintas fuentes, incluyendo las quejas recibidas o iniciadas de oficio por la CDHDF y las recomendaciones emitidas por este organismo, así como la información recabada, a través del trabajo de campo realizado, y enriquecida por el conocimiento acumulado por la Segunda Visitaduría General a través del trabajo cotidiano que realiza en los centros de reclusión.

En primer lugar, se revisaron las quejas recibidas o iniciadas de oficio por la CDHDF durante el año 2010 que fueron calificadas como presuntas violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los 10 centros de reclusión del Distrito Federal. Se revisaron las narraciones de los hechos violatorios, se identificaron el tipo de violaciones cometidas y se clasificaron con base en la fase de atención en la que se situaba los hechos denunciados. Posteriormente se procedió a una revisión de las recomendaciones emitidas por la CDHDF desde el comienzo de su mandato hasta el mes de abril de 2011 y se analizaron la naturaleza y estatus de cumplimiento de los puntos recomendatorios dirigidos a las autoridades en esa materia. El análisis de las quejas y recomendaciones proporcionó elementos relevantes respecto de las principales problemáticas que afectan a la población en situación de reclusión y permitió enriquecer el diagnóstico situacional a partir de la identificación de un patrón de violaciones recurrentes en las cárceles capitalinas. Esta información se presenta en el capítulo II del informe.

Para conocer las condiciones en las que se encuentran y funcionan los servicios médicos en los centros de reclusión así como la percepción que de ellos tienen las y los internos y el personal, se realizaron visitas a los centros de reclusión durante las que se aplicaron los siguientes instrumentos de recolección de información:

- Cuestionario para internos;
- Cuestionario para internas;
- Cuestionario para internos del Cevarepsi;
- Cuestionario para personal de seguridad y custodia;
- Guía de entrevista para encargados(as) de las unidades médicas o servicios médicos (en caso de los centros de ejecución de sanciones penales);
- Guía de entrevista para encargados(as) de programas específicos;
- Guía de verificación de equipamiento e infraestructura para la atención ambulatoria;
- Guía de verificación de equipamiento e infraestructura para la atención especializada;
- Guía de verificación de expedientes clínicos.

Los instrumentos dirigidos a la población en reclusión fueron concebidos para captar algunas opiniones de las y los internos que voluntariamente aceptaron responder al cuestionario. El *cuestionario para internos* incluyó un total de 48 reactivos, abarcando diversos aspectos relacionados con la salud, en particular los hábitos de atención, la atención médica en zona de aislamiento y en caso de urgencia, los procedimientos de acceso a los servicios médicos, la calidad de la atención y el buen trato, el acceso a la atención especializada y el proceso de referencia y contrarreferencia, así como las condiciones de estancia y la medicina preventiva. El *cuestionario para internas* y el *cuestionario para internos del Cevarepsi* incluyeron 10 reactivos adicionales respectivamente sobre la atención ginecológica, obstétrica y pediátrica, y sobre la atención psiquiátrica, proporcionadas por las unidades médicas. El *cuestionario para personal de seguridad y custodia* abarcó un total de 24 preguntas, organizadas alrededor de los siguientes temas: procedimientos para el acceso a la atención médica, proceso de referencia y contrarreferencia y

condiciones de trabajo. Estos instrumentos fueron probados en un ejercicio piloto llevado a cabo en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur. En ese trabajo exploratorio, nos enfrentamos a resistencias de las personas internas y del personal a responder el cuestionario; por consecuencia, nos orientamos hacia una aplicación totalmente voluntaria de los instrumentos de recolección de información.

Los cuestionarios para internas e internos se aplicaron a una proporción de 1% de la población de cada centro de reclusión y se contestaron a través de entrevistas individuales, asegurando la confidencialidad de los datos recolectados. Por la diversidad del tamaño en términos numéricos de la población en cada centro, en los de menor población y cuando la cantidad de cuestionarios a aplicar era mínima, recurrimos a la aplicación de 30 cuestionarios. En cada centro se acudieron a una variedad de dormitorios y estancias, incluyendo las zonas segregadas, sea de máxima seguridad, castigo, protección o en los dormitorios reservados para los programas de desintoxicación. Las entrevistas con el personal de seguridad también fueron individuales y confidenciales; y se aplicaron al personal asignado a los dormitorios visitados, siempre y cuando aceptaron contestar. La información recolectada a través de estos cuestionarios, fue capturada y procesada en el Programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) permitiendo un análisis numérico de la misma. Si bien los resultados obtenidos no son representativos en términos inferenciales, constituyen un reporte de las principales violaciones denunciadas por la población carcelaria entrevistada, y complementan los hallazgos de investigación de las quejas atendidas en la CDHDF.

Adicionalmente se elaboraron una Guía de entrevista para encargados/as de las unidades médicas o servicios médicos y una Guía de entrevista para encargados/as de programas específicos para orientar las entrevistas semiestructuradas realizadas al personal responsable de los servicios médicos y de los programas de desintoxicación. Por su lado, la Guía de verificación de equipamiento e infraestructura para la atención ambulatoria; la Guía de verificación de equipamiento e infraestructura para la atención especializada y la Guía de verificación de expedientes clínicos, elaboradas a partir de los requisitos mínimos establecidos en las normas oficiales mexicanas correspondientes,²⁷² ayudaron a organizar la información recogida a través de la observación visual de las instalaciones y de la revisión de algunos expedientes clínicos a los que pudimos tener acceso. La presencia de personal de comunicación de la CDHDF durante las visitas permitió contar con un respaldo fotográfico de la verificación ocular que incluyó, además de las instalaciones de las unidades médicas, una muestra de dormitorios, estancias y áreas comunes en cada centro.

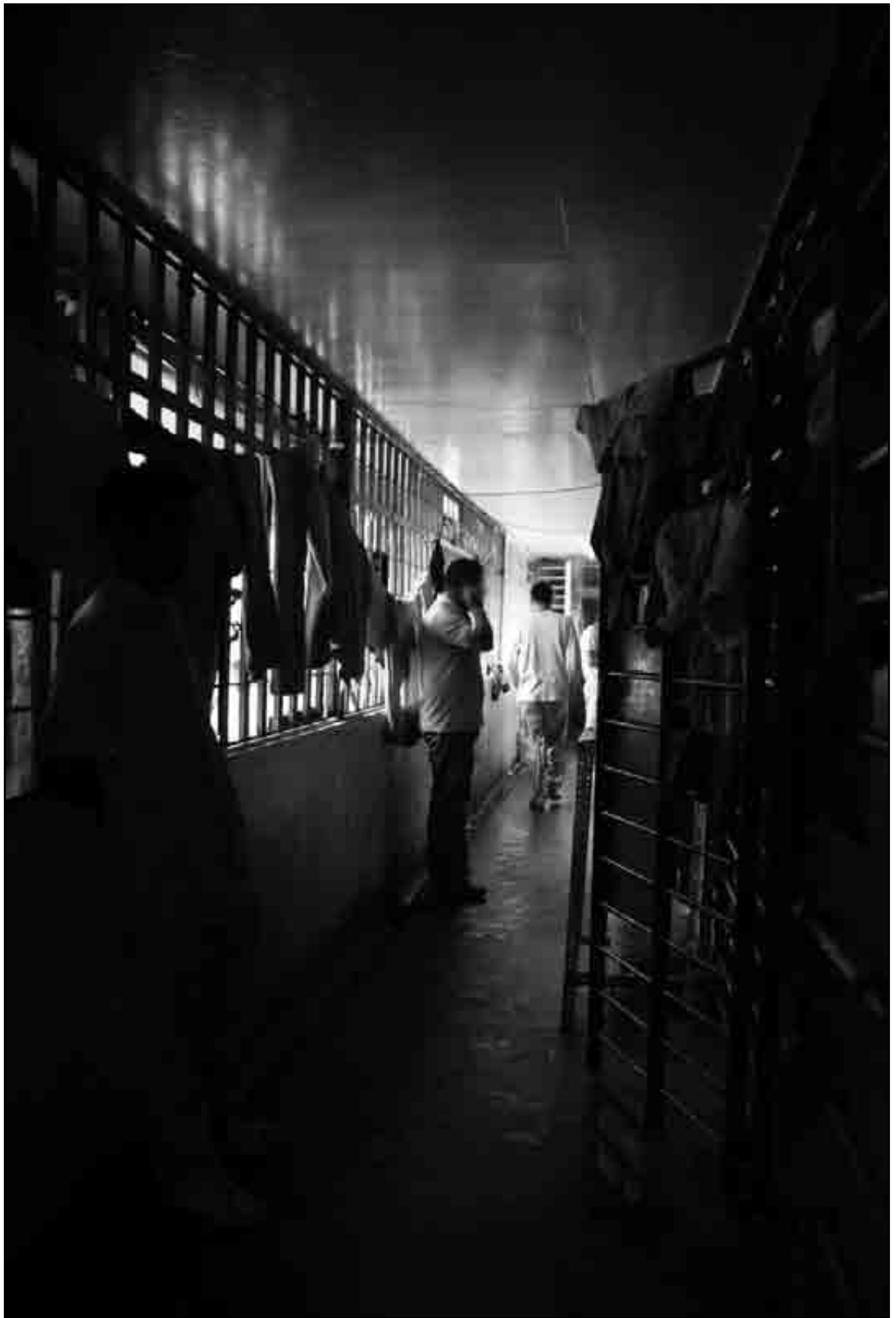
La información obtenida de esas guías permitió sustentar la descripción de los recursos materiales, humanos y procedimientos en vigor en cada centro, que se presenta en el capítulo III del Informe y que se enriquece con la percepción de las personas entrevistadas que aceptaron contestar los cuestionarios así como con la inclusión de casos paradigmáticos investigados por la Segunda Visitaduría de la CDHDF y con los aportes de las y los visitadores que cotidianamente trabajan con la población en reclusión.

La organización de las visitas estuvo a cargo del CIADH y de la Segunda Visitaduría General, ambas de la CDHDF, y tuvieron lugar entre el mes de mayo y junio de 2011, bajo los siguientes aspectos:

²⁷² Nos referimos, en particular, a la Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios; la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; y la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

Cuadro 2.1 Visitas a los centros de reclusión

Centro de reclusión	Fecha de la visita	Población interna	Número de cuestionarios aplicados a internos(as)	Número de cuestionarios aplicados a personal de seguridad y custodia	Expedientes revisados	Entrevistas realizadas
Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte	Jueves 12 de mayo de 2011	404	30	6	-	Entrevista con Francisco Javier González Espitia, técnico penitenciario encargado del servicio médico.
Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente	Martes 17 de mayo de 2011	471	30	6	-	Entrevista con Lourdes Claudia Chávez Peña, técnica penitenciaria encargada del servicio médico.
Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla	Jueves 19 de mayo de 2011	2 484	30	6	5	Entrevista con la doctora Herlinda Canacasco Casarrubias, directora de la unidad médica. Entrevista con la psicóloga Adriana Valdivia Báez, encargada de la Clínica Integral Multidisciplinaria para Tratamiento de Adicciones.
Penitenciaría del Distrito Federal	Martes 24 de mayo de 2011	2 757	30	5	5	Entrevista con el doctor José Carlos Bautista Ramírez, encargado de la unidad médica por ausencia de la directora.
Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial	Martes 31 de mayo de 2011	412	30	6	5	Entrevista con la doctora María Guadalupe Lino Martínez, encargada de la unidad médica.
Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla	Miércoles 1 de junio de 2011	1 607	30	6	5	Entrevista con la doctora María Elena Morales Uribe, encargada de la unidad médica.
Reclusorio Preventivo Varonil Sur	Viernes 3 de junio de 2011	8 278	83	16	5	Entrevista con el doctor Guillermo Huerta Rosales, encargado de la unidad médica. Entrevista con Elizabeth Flores Rangel, coordinadora del programa Cambio de actitudes hacia el consumo de drogas.
Reclusorio Preventivo Varonil Norte	Lunes 6 de junio de 2011	11 862	119	15	5	Entrevista con Teresita de Jesús Pérez Alfaro, encargada de la unidad médica. Entrevista con Víctor Hugo Aixla García, coordinador del Programa de Atención y Tratamiento a las Adicciones.
Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan	Miércoles 8 de junio de 2011	232	30	4	5	Entrevista con el doctor Ricardo Okie González, encargado de la unidad médica. Entrevista con Ana Delia López González, coordinadora del Programa de Atención de Conductas Adictivas.
Reclusorio Preventivo Varonil Oriente	Lunes 13 de junio de 2011	12 275	123	13	5	Entrevista con el doctor Tekuhtli Bayardi Landeros, encargado de la unidad médica. Entrevista con Octavio Arellano Ramírez, coordinador del Programa de Intervención en Conductas Adictivas.



Siglas y acrónimos

CDHDF	Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.
CDUDT	Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación de Tratamiento.
Cefereso	Centro Femenil de Readaptación Social de Santa Martha Acatitla.
Ceresova	Centro de Readaptación Social Varonil de Santa Martha Acatitla.
CESPVO	Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente.
CESPVN	Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte.
Cevarepsi	Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial.
CIADH	Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos.
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
Cofepris	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
DIU	Dispositivo Intrauterino.
ILE	Interrupción legal del embarazo.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
Inmujeres-DF	Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
NOM	Norma Oficial Mexicana.
OACNUDH	Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PACA	Programa de Atención en Conductas Adictivas.
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
RPVN	Reclusorio Preventivo Varonil Norte.
RPVO	Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.
RPVS	Reclusorio Preventivo Varonil Sur.
SAICA	Sistema de Abasto, Inventarios y Control de Almacenes.
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
Siigesi	Sistema Integral de Gestión de Información.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
VPH	Virus de Papiloma Humano.



Bibliografía

Publicaciones y artículos

- Alma Invicta, *Proyecto de atención para personas con discapacidad privadas de su libertad*, México, Arte en las sombras, A. C., 2011, 96 pp.
- Almeida Filho, Naomar, y Silva Paim Jairnilson, “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”, en *Cuadernos médico sociales*, núm. 75, mayo de 1999, pp. 5-30.
- Azaola, Elena, “El sistema penitenciario mexicano: retos y perspectivas”, en *Memorias, Seminario Sistemas Penitenciarios y Derechos Humanos*, México, CDHDF/Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente, 2007, pp. 133-155.
- Carranza, Elías, “Cárcel y justicia penal: el modelo de derechos y deberes de las Naciones Unidas”, en *Memorias, Seminario Sistemas Penitenciarios y Derechos Humanos*, México, CDHDF/Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente, 2007, pp. 19-37.
- CDHDF, *Informe especial sobre la protección del derecho a la salud de las personas que viven con vih por parte del Gobierno del Distrito Federal 2008*, México, CDHDF, 2008, 145 pp.
- _____, *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión del Distrito Federal, 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2004*, México, CDHDF, 2005, 110 pp.
- _____, *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión en el Distrito Federal 2005*, México, CDHDF, 2006, 350 pp.
- Gobierno del Distrito Federal, *Cuarto Informe de Gobierno, Ciudad de Vanguardia 2009-2010*, Anexo Estadístico, México, 2010, 398 pp.
- Guzmán Urrea, María del Pilar, “Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 25, núm. 1, 2009, pp. 84-92.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), *Indicadores sobre el derecho a la salud en México*, México, OACNUDH, 2011, 210 pp.
- López Moreno, Sergio, “La salud en el contexto de la nueva salud pública. Página de salud pública”, en *Salud Pública de México*, 2000, vol. 42, núm. 4, pp. 370-372.
- López Arellano, Olivia, y Blanco Gil, José, “Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones”, en *Nueva Época, Salud Problema*, año 8, núm. 14-15, junio-diciembre de 2003, pp. 8-16.
- Organización de las Naciones Unidas, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe de Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos (E/CN.4/2006/48)*, Naciones Unidas, 3 de marzo de 2006, 34 pp.
- _____, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe de Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos (E/CN.4/2005/51)*, Naciones Unidas, 14 de febrero de 2005, 29 pp.
- _____, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe de Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos (E/CN.4/2004/49)*, Naciones Unidas, 16 de febrero de 2004, 27 pp.

- _____, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe de Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos (A/58/427)*, Naciones Unidas, 10 de octubre de 2003, 25 pp.
- Organización de las Naciones Unidas-Subcomité para la Prevención de la Tortura, *Informe sobre la visita a México del Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT/OP/MEX/1)*, 31 de mayo de 2010, 77 pp.
- Organización Mundial de la Salud, *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, Resumen analítico del Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (WHO/IER/CSDH/08.1)*, OMS, Ginebra, 2008, 40 pp.
- _____, *Salud pública, innovación y derechos de propiedad intelectual. Informe de la Comisión de derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública*, OMS, Suiza, 2006, 205 pp.
- Organización Panamericana de la Salud, “Introducción a la Epidemiología Social”, *Boletín Epidemiológico*, vol. 23, núm. 1, Washington, OPS/OMS, marzo de 2002.
- Ortiz Hernández, Luis, “Contribuciones de la epidemiología social a la comprensión de las condiciones de salud de las poblaciones”, en *Nueva Época, Salud Pública*, año 8, núm. 14-15, junio-diciembre de 2003, pp. 17-26.
- Secretaría de Salud, *Programa nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, 2007, 188 pp.
- Vega-Franco, L., “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica”, en *Salud Pública de México*, vol. 44, núm. 3, mayo-junio de 2002, pp. 258-265.

Instrumentos internacionales

- Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, adoptado en la Resolución 34/169 de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, el 17 de diciembre de 1979.
- Conjunto de principios para la protección de todas las personas cometidas a cualquier forma de detención o prisión, adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su Resolución 43/173 del 9 de diciembre de 1988.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General de Naciones Unidas, en su Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, entrada en vigor general y en México en 1981.
- Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de Naciones Unidas en su Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989, entrada en vigor en 1990 y en México en 1990.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (A/RES/61/106), adoptada por una Resolución de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, el 24 de enero de 2007, en su sexagésimo primer periodo de sesiones.
- Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz adoptada en Beijing, el 15 de septiembre de 1995.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1960, entrada en vigor en 1976 y en México en 1981.

- Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos, adoptados en la Resolución 45/111, de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su 68ª sesión plenaria, el 14 de diciembre de 1990.
- Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, adoptados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su Resolución 37/194, del 18 de diciembre de 1982.
- Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, adoptados por la Resolución 1/08 de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, 13 de marzo de 2008.
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (A/CONF.171/13/Rev.1), Naciones Unidas, Nueva York, 1995.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –Protocolo de San Salvador–, aprobado el 17 de noviembre de 1988 en el décimo octavo periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, entrada en vigor en 1999 y en México en 1996.
- Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (A/RES/63/117), adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 2008.
- Observación General núm. 3 sobre la índole de las obligaciones de los Estados Partes (E/1991/23), adoptada el 14 de diciembre de 1990 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales durante el 5º periodo de sesiones.
- Observación General núm. 6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores (E/1996/22), aprobada en 1995 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales durante el 13º periodo de sesiones.
- Observación General núm. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (E/C.12/2000/4), aprobada el 11 de agosto del 2000 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales durante el 22º periodo de sesiones en Ginebra.
- Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (xxiv), del 31 de julio de 1957, y 2076 (LXII), del 13 de mayo de 1977.

Jurisprudencia de organismos internacionales

- Corte IDH, *Caso Montero Aránguren y Otros (Retén de Catia) vs. Venezuela*. Excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 5 de julio de 2006. Serie C, núm. 150.
- Corte IDH. *Caso Castillo Petruzzi y otros vs. Perú*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de mayo de 1999. Serie C, núm. 52.
- Corte IDH. *Caso del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C, núm. 160, párr. 315.

Normatividad nacional y local

- Código de Procedimientos Penales del Distrito Federal, *Diario Oficial de la Federación*, 29 de agosto de 1931, última reforma, 26 de julio de 2011.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial de la Federación*, 5 de febrero de 1917, última reforma publicada el 14 de julio de 2011.
- Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, *Diario Oficial de la Federación*, 26 de julio de 1994, última reforma publicada el 28 de enero de 2011.
- Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 17 de junio de 2011, artículo 3°, fracción VIII, y artículo 75.
- Ley General de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 1984, última reforma publicada el 26 de abril de 2010, artículo 13.
- Ley de Salud para el Distrito Federal, *Diario oficial de la Federación*, 15 enero 1987, última reforma publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 1 de octubre de 2008, artículo 5°.
- Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Diario Oficial de la Federación*, 22 de junio de 1993, última reforma publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 14 de mayo del 2010.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 7 de marzo de 2000.
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, *Diario Oficial de la Federación*, 29 de diciembre de 1998.
- Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- Protocolo para la Exploración Médico Legal en los Exámenes de Integridad Física o Edad Clínica Probable, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, publicado el 24 de febrero de 2009.
- Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 24 de septiembre de 2004.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, “Derecho a la salud. Su regulación en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su complementariedad con los tratados internacionales en materia de derechos humanos”, Tesis aislada, novena época, Instancia: Primera Sala, Fuente: *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, xxviii, Julio de 2008, Tesis: 1a. LXV/2008.

Páginas de internet

- Portal Internet de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, “Después de disturbios, valora CDHDF estado de salud de internos del Reclusorio Varonil de Santa Martha Acatitla”, Boletín 245/2011, 7 de julio de 2011, <www.cd hdf.org.mx>.
- Portal de internet de la Organización Mundial de la Salud, “El derecho a la salud, nota descriptiva núm. 323, agosto de 2007”, <<http://www.who.int>>.

- Portal de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario, “Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte”, <http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/sp_varonil_norte.html>.
- _____, “Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente”, <http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/sp_varonil_oriente.html>.
- _____, “Centro de Sanciones Administrativas ‘Torito’, Portal de internet de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario, <<http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/torito.html>>.
- _____, “Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla”, <http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/santa_martha.html>.
- _____, “Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan”, <<http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/tepepan.html>>.
- _____, “Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla”, <<http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/ceresova.html>>.
- _____, “Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (Cevarepsi)”, <<http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/cevarepsi.html>>.
- _____, “Penitenciaría del Distrito Federal”, <<http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/penitenciaria.html>>.
- _____, “Reclusorio Preventivo Varonil Oriente”, <http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/varonil_oriente.html>.
- _____, <http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/varonil_norte.html>.
- _____, “Reclusorio Preventivo Varonil Sur”, <http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/varonil_sur.html>.

Recomendaciones de la cdhdf

- Recomendación 7/2011.
- Recomendación 2/2011.
- Recomendación 1/2010.
- Recomendación 20/2009.
- Recomendación 19/2009.
- Recomendación 11/2009.
- Recomendación 6/2009.
- Recomendación 19/2008.
- Recomendación 12/2008.
- Recomendación 9/2008.
- Recomendación 18/2007.
- Recomendación 3/2007.
- Recomendación 2/2007.
- Recomendación 12/2006.
- Recomendación 8/2005.
- Recomendación 5/2004.
- Recomendación 4/2004.
- Recomendación 7/2003.
- Recomendación 7/2002.
- Recomendación 1/2002.
- Recomendación 2/2001.

Recomendación 1/2000.
Recomendación 7/1997.
Recomendación 3/1997.
Recomendación 16/1995.
Recomendación 12/1995.

Manuales

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, *Modelo de atención a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal (junio 2010)*, *Manual de organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal* (octubre 2010).

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, *Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de derechohabientes o usuarios de la Secretaría de derechohabientes o usuarios* (junio 2010).

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios, *Cédula de supervisión dirigida al cumplimiento normativo de las unidades médicas de los centros de reclusión y comunidades para adolescentes en conflicto con la ley* (marzo 2011).

Oficios

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Jefatura de unidad departamental de servicios médicos en reclusorios, Oficio JUDSMR/0458/11, 8 de abril de 2011.

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Oficio DTMT/0708/2010, 30 noviembre de 2010.

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Oficio DGPCS/073bbis/09, 5 de octubre de 2009.

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, Oficio DMSE/093/2008, 4 de abril de 2008.

*Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad
en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011*

se terminó de imprimir en noviembre de 2011
en los talleres de Impresora y Encuadernadora Progreso (IEPSA), S. A. de C. V.,
San Lorenzo 244, Col. Paraje San Juan, Del. Iztapalapa, 09830 México, D. F.
Para su composición se utilizaron tipos Adobe Garamond Pro.
El tiro fue de 1 300 ejemplares impresos en papel bond de 75 g.

**COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL DISTRITO FEDERAL**

Oficina sede

Av. Universidad 1449,
col. Florida, pueblo de Axotla,
del. Álvaro Obregón,
01030 México, D. F.
Tel.: 5229 5600

Unidades desconcentradas

NORTE

Payta 632,
col. Lindavista,
del. Gustavo A. Madero,
07300 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1756

SUR

Av. Prol. Div. del Norte 5662,
Local B, Barrio San Marcos,
del. Xochimilco,
16090 México, D. F.
Tel.: 1509 0267

ORIENTE

Cuauhtémoc 6, 3^{er} piso,
esquina con Ermita,
Barrio San Pablo,
del. Iztapalapa,
09000 México, D. F.
Tels.: 5686 1540, 5686 1230
y 5686 2087

Centro de Consulta y Documentación

Av. Universidad 1449,
edificio B, planta baja,
col. Florida, pueblo de Axotla,
del. Álvaro Obregón,
01030 México, D. F.
Tel.: 5229 5600, ext.: 1818

www.cd hdf.org.mx

