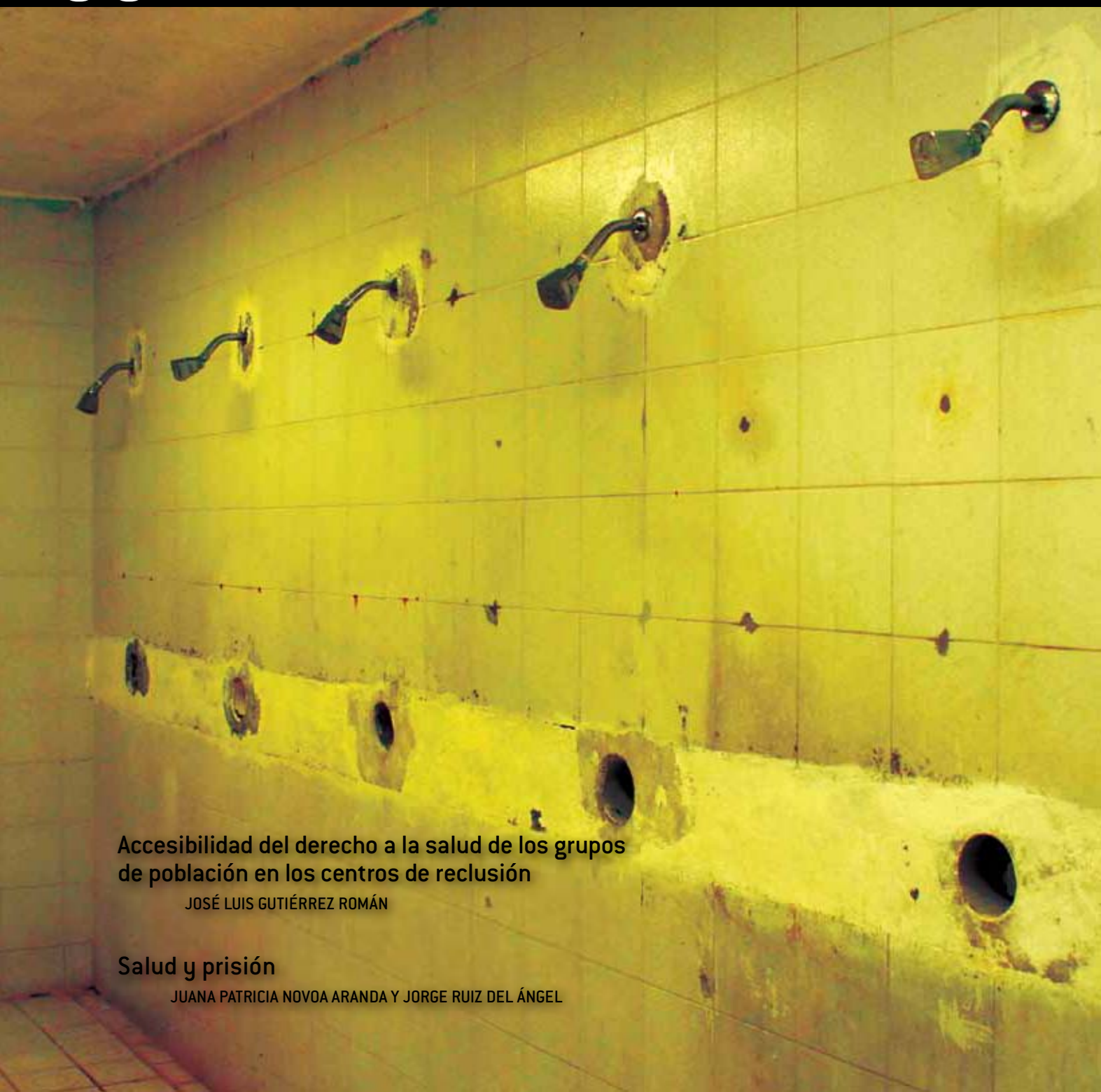


dfens r



REVISTA DE DERECHOS HUMANOS - AGOSTO DE 2013

08 Derecho a la salud en centros de reclusión



Accesibilidad del derecho a la salud de los grupos de población en los centros de reclusión

JOSÉ LUIS GUTIÉRREZ ROMÁN

Salud y prisión

JUANA PATRICIA NOVOA ARANDA Y JORGE RUIZ DEL ÁNGEL

Número 08, año XI, agosto de 2013

Órgano oficial de difusión de la Comisión
de Derechos Humanos del Distrito Federal

DIRECTORIO

PRESIDENTE

Luis González Placencia

CONSEJO

Mariclaire Acosta Urquidí
José Antonio Caballero Juárez
José Luis Caballero Ochoa
Miguel Carbonell Sánchez
Denise Dresser Guerra
Manuel Eduardo Fuentes Muñiz
Mónica González Contró
Nancy Pérez García
Nashieli Ramírez Hernández
José Woldenberg Karakowsky

VISITADURÍAS GENERALES

Primera Mario Ernesto Patrón Sánchez
Segunda Rosalinda Salinas Durán
Tercera José Antonio Guevara Bermúdez
Cuarta Guadalupe Ángela Cabrera Ramírez
Quinta Luis Jiménez Bueno

CONTRALORÍA INTERNA

Rosa María Cruz Lesbros

SECRETARÍAS

Ejecutiva Gabriela Gutiérrez Ruz
*Promoción de los Derechos Humanos
e Incidencia en Políticas Públicas* Gerardo Sauri Suárez

CONSULTORÍA GENERAL JURÍDICA

Fernando Francisco Coronado Franco

DIRECCIONES GENERALES

Quejas y Orientación Alfonso García Castillo*
Administración Irma Andrade Herrera
Comunicación por los Derechos Humanos Daniel Robles Vázquez
Educación por los Derechos Humanos José Luis Gutiérrez Espíndola

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SEGUIMIENTO

Montserrat Matilde Rizo Rodríguez

CENTRO DE INVESTIGACIÓN APLICADA EN DERECHOS HUMANOS

Ricardo A. Ortega Soriano

SECRETARÍA PARTICULAR DE LA PRESIDENCIA

María José Morales García

COORDINACIÓN GENERAL DE VINCULACIÓN ESTRATÉGICA

Leonardo Mier Bueno

COORDINACIONES

Asesores María José Morales García*
Interlocución Institucional y Legislativa Cristina Isabel Hernández López*
Tecnologías de Información y Comunicación Rodolfo Torres Velázquez
Servicios Médicos y Psicológicos Sergio Rivera Cruz*
Servicio Profesional en Derechos Humanos Mónica Martínez de la Peña

* Encargado(a) de despacho

Dfensor, revista de derechos humanos, año XI, número 8, agosto de 2013, es el órgano oficial de difusión mensual de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, editada por la Dirección General de Comunicación por los Derechos Humanos de la CDHDF. Av. Universidad 1449, col. Florida, pueblo de Axotla, del. Álvaro Obregón, 01030 México, D. F. Tel.: 5229 5600, <www.cdhdff.org.mx>. EDITOR RESPONSABLE: Alberto Nava Cortez. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo núm. 04-2011-091210254100-102. ISSN, Licitud de Título y Licitud de Contenido: en trámite. Permiso Sepomex núm. PP09-1508. IMPRESA POR: Impresora y Encuadernadora Progreso, S. A. de C. V. (IEPSA), San Lorenzo 244, col. Paraje San Juan, del. Iztapalapa, 09830 México, D. F. Este número se terminó de imprimir en julio de 2013 con un tiraje de 3 500 ejemplares.

COMITÉ EDITORIAL: Mario Ernesto Patrón Sánchez, Rosalinda Salinas Durán, José Antonio Guevara Bermúdez, Guadalupe Ángela Cabrera Ramírez, Luis Jiménez Bueno, Rosa María Cruz Lesbros, Gabriela Gutiérrez Ruz, Gerardo Sauri Suárez, Alfonso García Castillo, Irma Andrade Herrera, Daniel Robles Vázquez, José Luis Gutiérrez Espíndola, Montserrat Matilde Rizo Rodríguez, Ricardo A. Ortega Soriano, Leonardo Mier Bueno y Mónica Martínez de la Peña.

CUIDADO DE LA EDICIÓN: Bárbara Lara y Karen Trejo. DISEÑO Y FORMACIÓN: Gabriela Anaya Almaguer. EDITORA: Karen Trejo Flores. CORRECCIÓN DE ESTILO: Karina Rosalía Flores Hernández y Arturo Cosme Valadez. INVESTIGACIÓN Y REDACCIÓN: Elia Almanza Amaro. CRÉDITOS DE IMÁGENES: Sonia Blanquel Díaz, Ernesto Gómez Ruiz/CDHDF. SUSCRIPCIONES Y DISTRIBUCIÓN: tel.: 5229 5600, ext. 2027.

Los artículos firmados que aparecen en esta edición son responsabilidad de las y los autores y los no firmados son de la autoría de la CDHDF.

Ejemplar de distribución gratuita, prohibida su venta.

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

EDITORIAL

2 Indefensión y abandono en el sistema de salud penitenciario

opinión y debate

6 Accesibilidad del derecho a la salud de los grupos de población en los centros de reclusión
JOSÉ LUIS GUTIÉRREZ ROMÁN

13 Salud pública, VIH/sida y derechos humanos en los centros de reclusión
ANDREA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ,
FLORENTINO BADIAL HERNÁNDEZ
Y NATHALIE GRAS ALLAIN

22 Los olvidados de los olvidados: personas con discapacidad psicosocial en el sistema penitenciario del D. F. documenta, A. C.





Fotografía: Sonia Blanquel/CDHDF.

acciones CDHDF

30 Quejas y retos del derecho a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal
DOMITILLE DELAPLACE

Referencias

- 42** Mujeres y prisión preventiva: presuntas inocentes sufriendo castigos anticipados y abusos

- 46** Informe sobre los derechos humanos de las mujeres internas en centros de reclusión en México
COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

- 52** Salud y prisión
JUANA PATRICIA NOVA ARANDA
Y JORGE RUIZ DEL ÁNGEL

- 58** Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas



Fotografía: Ernesto Gómez Ruiz/CDHDF.



Indefensión y abandono en el sistema de salud penitenciario

Hablar del ejercicio pleno del derecho a la salud en las cárceles de la ciudad de México aún es un tema falaz. Frente a la incapacidad para prevenir las muertes por motivos de salud y el agravamiento de enfermedades físicas y mentales de quienes se encuentran en reclusión, en esta edición de *dfensor* reabrimos el debate para exponer las consecuencias más lamentables de un sistema penitenciario en el que la prioridad sigue siendo el castigo por encima de la defensa de la vida y la dignidad humanas.

Hoy son más de 40 mil hombres y mujeres quienes viven en los penales capitalinos dentro en un universo de precariedad y corrupción que indebidamente les cancela el acceso a sus derechos básicos. El de la salud no es la excepción. Durante 2012 la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) documentó 101 muertes de personas en reclusión por asuntos de salud, y en los últimos 19 meses ha recibido casi 1,200 quejas motivadas, principalmente, por la escasa prestación de los servicios médicos; la insuficiencia de los recursos clínicos, terapéuticos y de rehabilitación; así como por el estigma y la discriminación que ejercen constantemente las y los funcionarios públicos sobre aquellas personas que, con diagnóstico o sin él, están condenadas a enfrentar cualquier tipo de enfermedad o discapacidad en total indefensión.

No existe argumento alguno que justifique este abandono gubernamental hacia las personas en reclusión, cuando de forma temporal únicamente se les han restringido sus derechos políticos y a transitar afuera de la cárcel. En ese sentido desde la CDHDF exhortamos a la Secretaría de Gobierno capitalina para que eficiente las condiciones estructurales y el funcionamiento de los centros de reclusión que están a su cargo, para que en este tema en concreto garantice un sistema de salud no discriminatorio, que evite cualquier tipo de violencia de género y que promueva la autonomía de las personas en reclusión.

Es verdad que para abonar a la solución de ésta y de todas las demás problemáticas que presenta el sistema carcelario capitalino resulta positiva la iniciativa que actualmente se analiza en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal sobre una ley penitenciaria para la ciudad de México, la cual mediante una estrategia integral plantea generar verdaderas oportunidades de reinserción social. Sin embargo, reiteramos que ni las buenas intenciones ni las palabras en el papel bastan.

También es fundamental que como gobierno y sociedad reconozcamos y combatamos conjuntamente los factores que han convertido las cárceles en verdaderos abismos de degradación humana. Para ello es impostergable un cambio de actitud, mediante el cual logremos despojarnos del ilusorio mazo de juez que nos hace creer que infligiendo castigos a los demás vamos a reparar los daños cometidos. Ya lo decía Gandhi, el pacificador: obtenemos justicia más rápidamente si hacemos justicia a quien creemos nuestro contrario.

Fotografía: Sonia Blanquel/CDHDF.

opinión



y debate

Accesibilidad del derecho a la salud de los grupos de población en los centros de reclusión

JOSÉ LUIS GUTIÉRREZ ROMÁN *

Todas las personas privadas de la libertad en centros de reclusión se encuentran en situación de vulnerabilidad. Su libertad está sujeta a la custodia y cuidado del Estado en un contexto frecuentemente permeado por desigualdades, abusos y opacidad. Aun en contextos en donde el abuso no es una constante, ha sido ampliamente demostrado que las condiciones en reclusión son lacerantes para la integridad física y mental. Esto se debe en gran medida a factores como el hacinamiento, la violencia, la falta de atención médica adecuada y el aislamiento de sus redes comunitarias y familiares.

Es por ello que a nivel internacional y regional se han generado diversos instrumentos y mecanismos de protección a los derechos humanos de las personas privadas de libertad en centros de reclusión. Sin embargo, dentro de éstas existen grupos que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad respecto del resto y que, por lo tanto, necesitan mecanismos especiales de protección. Tal es el caso de las mujeres; las personas de la comunidad lésbica, gay, bisexual, transexual, transgénero, travestista e intersexual (LGBTTTI); las personas pertenecientes a pueblos y comunidades indígenas; las personas con VIH/sida; las personas con discapacidad física y/o mental; y las y los niños que viven con sus madres, entre otros.

Estos grupos no sólo son invisibilizados dentro de los centros de reclusión, sino que además enfrentan con frecuencia una doble discriminación al carecer de programas de atención especiales que les permitan vivir un proceso de reinserción con dignidad mientras cumplen una sentencia.

Muchos de ellos se encuentran en constante riesgo dentro de los centros de reclusión y son vulnerables a tratos crueles, inhumanos y degradantes. Esta situación es provocada tanto por otras personas en reclusión como por agentes estatales: personal de custodia, médico, directivo y administrativo, entre otros.

* Director de Asistencia Legal por los Derechos Humanos (Asilegal), A. C.

La discriminación que viven los grupos en situación de vulnerabilidad en los centros de reclusión se fundamenta en percepciones relacionadas con estereotipos, prejuicios y estigmas. Éstas se ven agravadas en espacios de reclusión y aislamiento.

Ausencia de políticas públicas y de un esquema eficaz de atención

Una de las principales preocupaciones que tenemos desde la sociedad civil las y los defensores de derechos humanos de las personas privadas de libertad es la ausencia de políticas públicas que se traduzcan en verdaderos programas que contribuyan a la reinserción social de las personas sentenciadas.

Si bien es cierto que el capítulo sobre derechos de las personas privadas de la libertad en centros de reclusión del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal constituye uno de los esfuerzos más relevantes e incluyentes en materia de políticas públicas de la ciudad a favor del respeto, promoción y protección de los derechos humanos de este sector de la población, los compromisos y líneas de acción plasmados en él aún carecen de una ruta clara para su implementación y cumplimiento.

Por otro lado, los cambios constitucionales emprendidos en 2008 sobre seguridad y justicia representaron, entre otras cosas, un viraje paradigmático de los objetivos de las penas privativas de la libertad, al incluir el respeto a los derechos humanos como base sobre la cual debe sostenerse el sistema penitenciario en México. No obstante, el artículo 18 constitucional –donde queda establecida esta base– no ha logrado materializarse en verdaderas políticas públicas y programas sociales que permitan vivir con dignidad a las personas privadas de la libertad, como primer paso y elemento fundamental para su reinserción social.

Tal como lo establece la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*,¹ la práctica penitenciaria ha de cumplir un principio básico: “no debe añadirse a la privación de libertad mayor sufrimiento del que ésta representa”; es decir, el sistema debe procurar la reinserción social de las personas en reclusión basándose en el respeto de la dignidad e integridad de las personas como mínimos indispensables para el ejercicio de derechos.

Uno de los principales desafíos que enfrenta el sistema penitenciario mexicano es precisamente la ausencia de un esquema eficaz de programas sociales que garantice el disfrute de derechos humanos con base en la universalidad e interdependencia de éstos.

El derecho a la integridad personal, al igual que el derecho a la vida, es fundamental y básico, pues se relaciona con el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas que se encuentran bajo custodia del Estado en los centros de reclusión.

“El disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social”, obligación del Estado concebida en el derecho a la salud, tiene una relación directa en la integridad de las personas y cualquier violación a éste constituye una limitante para la completa reinserción social de las personas en reclusión.

El derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todas las personas, sin discriminación, oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; el acceso a medicamentos esenciales; el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; el derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades y la lucha contra ellas; la salud materna, infantil y reproductiva; y los servicios, bienes e instalaciones de salud² en su conjunto son elementos esenciales de los que

1 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 64, CIDH/OEA, 31 de diciembre de 2011.

2 OACNUDH y OMS, *El derecho a la salud*, Ginebra, ONU (Folleto informativo, núm. 31), junio de 2008, 65 pp.

deben gozar todas las personas para la realización del derecho a la salud. No obstante, en México los sistemas penitenciarios carecen de una política de salud pública homogénea que garantice la realización de tal derecho para todas las personas. Algunas entidades federativas delegan su garantía a los centros de reclusión; otras la delegan a las secretarías de salud de cada entidad.

Es por ello que se vislumbra apremiante el diseño y la implementación de políticas públicas para el desarrollo y la reinserción social de las personas que viven en reclusión, las cuales se traduzcan en efectivos programas sociales que cumplan con las obligaciones del Estado de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de este grupo.

Diagnóstico sobre la accesibilidad del derecho a la salud de los grupos de población en los centros de reclusión

En México existen 420 centros penitenciarios: 15 de ellos están bajo la jurisdicción del gobierno federal, 11 corresponden al Distrito Federal, 303 a los gobiernos estatales y 91 a los gobiernos municipales. Sin importar el nivel de gobierno al cual se encuentren adscritos, todos los centros dependen del Poder Ejecutivo. En el caso de los centros federales esa dependencia se establece a través de la Secretaría de Seguridad Pública federal; los centros estatales y del Distrito Federal dependen de las secretarías de Gobierno de cada entidad, y los centros de reclusión municipales dependen de la Secretaría Municipal de Seguridad Pública correspondiente.

De acuerdo con datos actualizados en enero de 2013,³ de las 242 754 personas que se encuentran privadas de la libertad, 100 304

lo están bajo prisión preventiva mientras su proceso se resuelve y 142 450 están sentenciadas; esto significa que la cifra de personas internas bajo la primera modalidad representa 43.6% de la población penitenciaria en México. Este hecho contribuye visiblemente a la sobrepoblación y al hacinamiento en los centros penitenciarios de este país.

Mujeres

En cuanto a la distribución de la población penitenciaria por género, cabe señalar que están internas 11 641 mujeres, lo que representa 4.8% del total. Sólo 4 189 –es decir, 35% de ellas– se encuentran en centros de reclusión específicos para mujeres y 7 452 –65%– se hallan en centros de reclusión mixtos. Existen 10 centros femeniles estatales y tres federales.

La carencia de instalaciones provoca que la población femenil sea distribuida en centros penitenciarios mixtos. En dichos lugares las mujeres son alojadas en secciones o pabellones improvisados y al margen de los espacios destinados a la población varonil; incluso en ocasiones su estancia se reduce a un cuarto bajo las escaleras o a una sección dentro del área varonil. Esto no sólo provoca altas tasas de hacinamiento, sino que además representa una práctica anticonstitucional de acuerdo con el artículo 18, en donde se establece que “las mujeres compurgarán sus penas en lugares separados de los destinados a los hombres para tal efecto”.

Las mujeres privadas de libertad se enfrentan a diversos obstáculos para acceder al servicio de atención médica; uno de éstos lo constituye la negación por parte del personal de custodia del acceso a visitas especializadas o de control

3 Presidencia de la República, *Quinto Informe Presidencial de Felipe Calderón Hinojosa*, septiembre de 2011, disponible en <<http://quinto.informe.gob.mx/>>, página consultada el 3 de julio de 2013.



Fotografía: Sonia Blanquel/CDHDF.

de salud. Cuando es necesario el traslado de las mujeres a un hospital externo para que reciban la atención oportuna que el servicio médico del centro penitenciario no es capaz de brindar, se ha observado que éstas suelen ser trasladadas con medidas de seguridad desproporcionadas e irracionales como el sometimiento con *esposas* en manos y tobillos, que incluso llegan a lastimarlas, sin importar si están embarazadas o viven con alguna discapacidad.

Otro de los obstáculos lo constituye la falta de espacios específicos para la atención médica adecuada en las aéreas femeniles, por lo que en caso de presentar un problema de salud las mujeres son canalizadas a las áreas varoniles del centro de reclusión, donde se encuentra la mayoría de la infraestructura médica. Esto

significa que las áreas a las que deben acudir generalmente no cuentan con medicamentos, instrumentos ni personal médico especializado

El disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, obligación del Estado concebida en el derecho a la salud, tiene una relación directa en la integridad de las personas y cualquier violación a éste constituye una limitante para la completa reinserción social de las personas en reclusión.



para atender las enfermedades y necesidades de salud propias de su género.

Asimismo, son escasas las campañas de salud sexual y reproductiva en donde se practiquen análisis clínicos generales y de rutina, como el papanicolaou y las mastografías, que permitiría a las mujeres prevenir enfermedades o ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos.

De acuerdo con encuestas realizadas en 2010 por la asociación civil Asistencia Legal por los Derechos Humanos (Asilegal) a mu-

jerías privadas de la libertad en los estados de Guanajuato, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Querétaro y Baja California,⁴ en los casos en que se realizaron estas campañas los resultados de los estudios no fueron informados ni entregados a las mujeres participantes. También se identificaron casos de mujeres que tuvieron problemas de salud como infecciones de transmisión sexual, los cuales pudieron haber sido detectados y tratados a tiempo si las afectadas hubieran recibido los resultados de esos estudios o si se les hubieran practicado regularmente.

4 José Luis Gutiérrez Román (coord.), *Mujeres privadas de libertad. ¿Mujeres sin derechos? Diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres privadas de libertad en los estados de Guanajuato, Guerrero, Puebla y Querétaro*, México, Asilegal/Instituto de Derechos Humanos Ignacio Ellacuría, S. J. de la Universidad Iberoamericana Puebla, (col. Derechos sexuales y reproductivos), 2011, disponible en <http://dl.dropboxusercontent.com/u/79437401/Publicaciones%20ASILEGAL/diagnostico_sobre_los_derechos_sexuales.pdf>, página consultada el 3 de julio de 2013.



Fotografía: Sonia Blanquel/CDHDF.

Población LGBTTTI

En cuanto a la salud de las personas pertenecientes a la comunidad LGBTTTI que se encuentran privadas de la libertad, en un diagnóstico realizado en 2011 por Asilegal en el Distrito Federal,⁵ se pudo constatar que los principales problemas de accesibilidad a los servicios de salud son de tipo geográfico (debido al espacio del inmueble penitenciario), físico y social: por un lado, está la mala ubicación de los servicios médicos respecto de los lugares asignados a las personas de esta comunidad; por otro lado, se halla la discriminación ejercida por el personal encargado de asegurar y sal-

vaguardar la integridad y la dignidad de las personas privadas de la libertad en general, y de las de la comunidad LGBTTTI en particular.

La distancia de los servicios de salud en relación con el área que habita la población LGBTTTI transgrede el principio de accesibilidad física, ya que las expone a situaciones de violencia y arriesga su integridad física. Además, el personal de seguridad y de salud niega de manera explícita los servicios de salud, especialmente a las personas transgénero que consumían hormonas como parte de sus procesos de concordancia sexogenérica cuando estaban en libertad. Al momento de ingresar a los centros de reinserción social, éstas tienen que interrumpir la hormonización y la atención psicológica debido a que en ellos no se cuenta con los servicios de salud necesarios y adecuados.

Personas pertenecientes a pueblos y comunidades indígenas

Es recurrente encontrar en los centros penitenciarios de nuestro país a personas procedentes de algún pueblo indígena cuya situación procesal es incierta y desconocida por sí mismas.

Esto se debe principalmente a que tales personas no suelen contar con una defensa adecuada que vele por sus intereses legales y que pueda explicarles en términos de su cultura las particularidades de sus procesos jurídicos. Además, durante el desarrollo de las audiencias generalmente no cuentan con un perito interprete-traductor que pueda comunicarles lo que sucede en tales audiencias ni aquello que se les cuestiona o se les solicita declarar.

Las personas pertenecientes a pueblos y comunidades indígenas que viven en reclusión deben enfrentarse a condiciones de vida particularmente complejas. Durante su detención son víctimas del aislamiento social debido principalmente a su incapacidad para

5 José Luis Gutiérrez Román y Luis Jorge de la Peña Rodríguez (coords.), *Personas privadas de la libertad de la comunidad lgbttti. ¿Comunidad lgbttti sin derechos? Diagnóstico sobre la situación de los derechos a la salud y a la justicia de la comunidad lgbttti privada de la libertad en el Distrito Federal*, México, Asilegal/Indesol (col. Género y diversidad sexual), 2011, disponible en <<http://dl.dropboxusercontent.com/u/79437401/Publicaciones%20ASILEGAL/Personas%20privadas%20de%20la%20libertad%20de%20la%20comunidad%20LGBTTTI.pdf>>, página consultada el 3 de julio de 2013.

El grado de vulnerabilidad que enfrentan diversos grupos que se encuentran en reclusión, ya sea por su orientación sexual, origen étnico o género —el cual es exacerbado en el encierro—, exige que se realicen reformas legislativas que ponderen el uso de la justicia alternativa y medidas de sanción no privativas de la libertad.

población no indígena, así como a la discriminación sistemática de la que son víctimas. De la misma manera, deben enfrentarse con la incapacidad de las y los representantes del Estado para respetar sus diferencias culturales. En reiteradas ocasiones las autoridades penitenciarias suelen implementar al interior de los centros medidas que obstaculizan el libre ejercicio de los derechos culturales de las personas indígenas como el habla de la lengua originaria, cuyo uso suele ser prohibido por supuestos motivos de seguridad.

Adicionalmente a este complejo contexto, estas personas requieren con frecuencia cuidados y tratamiento médico oportuno y adecuado, el cual no se les suministra. Muchas personas de origen indígena que ingresan a los centros de reclusión presentan enfermedades crónico-degenerativas como

diabetes e hipertensión, así como gastritis y migraña en un grado avanzado. Estos padecimientos suelen agravarse en reclusión debido a la falta de atención y tratamiento médico previo y durante el internamiento.

Retos y perspectivas

El respeto, la protección y la garantía de los derechos humanos de las personas que viven en reclusión, como base para la reinserción social, deben ser la premisa para cumplir verdaderamente con los objetivos de las penas privativas de la libertad.

El grado de vulnerabilidad que enfrentan diversos grupos que se encuentran en reclusión, ya sea por su orientación sexual, origen étnico o género —el cual es exacerbado en el encierro—, exige que se realicen reformas legislativas que ponderen el uso de la justicia alternativa y medidas de sanción no privativas de la libertad.

Los daños provocados por la vida en reclusión son irreversibles. Por ello debemos comenzar a cuestionar críticamente la efectividad de esta sanción para las personas infractoras del *orden público*, más aún cuando ellas también han sido víctimas de violaciones a sus derechos.

La reinserción social de las personas privadas de la libertad que pertenecen a un grupo en situación de vulnerabilidad debe ser vista como un desafío, el cual ha de implicar cambios normativos, operativos y culturales que incluyan una perspectiva de derechos humanos y que velen por la dignidad y seguridad de todas las personas.

Salud pública, VIH/sida y derechos humanos en los centros de reclusión

ANDREA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, FLORENTINO BADIAL HERNÁNDEZ Y NATHALIE GRAS ALLAIN*

A finales de 2008 la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) presentó 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*, el primero en su tipo realizado en el país. Entre otros puntos, el informe alertaba sobre las precarias condiciones en la atención médica de las internas y los internos en los centros penitenciarios del Distrito Federal.

En esas mismas fechas, la Secretaría de Salud del Distrito Federal y el sistema penitenciario estrenaban administraciones. Ambas instancias optaron por analizar dicho informe y buscar una intervención que mejorara la situación de salud de la población interna y que arrojará un diagnóstico certero sobre la prevalencia del VIH/sida (proporción de personas viviendo con él). Para la realización de esta intervención fueron fundamentales los aportes de la Segunda Visitaduría de la CDHDF, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) y el Instituto Nacional de Cancerología (Incan); así como de la recién creada Subsecretaría de Sistema Penitenciario del Distrito Federal, del Programa de VIH/sida de la ciudad de México y de la Clínica Especializada Condesa.

El diagnóstico inicial

Los centros penitenciarios son espacios donde se concentran poblaciones particularmente expuestas a factores de riesgo y de vulnerabilidad en términos de salud, debido en parte a las condiciones de vida previas al encarcelamiento: pobreza, menor acceso a servicios de salud, desnutrición, alcoholismo y consumo de drogas, problemas de salud mental, falta de acceso a la

* Andrea González Rodríguez es la coordinadora del Programa de VIH/sida de la ciudad de México. Florentino Badial Hernández es maestro en ciencias con enfoque en epidemiología clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); coordinó el Programa de atención en VIH en cárceles del Programa de VIH/sida de la ciudad de México entre febrero de 2009 y mayo de 2013, y actualmente trabaja en la Unidad de VIH del Hospital Civil de Guadalajara. Nathalie Gras Allain desde 2009 es subdirectora de Atención a Poblaciones Vulnerables del Programa de VIH/sida de la ciudad de México, con énfasis en el Programa de detección y atención de VIH e infecciones de transmisión sexual en los centros penitenciarios del Distrito Federal.

información, bajo nivel de escolaridad, y contextos de violencia social como marginación, estigmatización y discriminación. Algunas de esas condiciones tienden a empeorar durante la reclusión.

Esto es especialmente cierto en el caso del VIH/sida, pues las poblaciones más afectadas por la epidemia en México están sobrerrepresentadas en las cárceles. A esto se suelen sumar otras condiciones que por sí mismas constituyen no sólo un caldo de cultivo para muchos problemas de salud sino hasta una violación a los derechos humanos más fundamentales: violencia, servicios insuficientes (agua, drenaje), dificultad para acceder a servicios médicos, alimentación inadecuada, falta de protección a personas internas jóvenes, uso de drogas –inyectables o no–, relaciones sexuales sin protección –con o sin consentimiento–, tatuajes con material no esterilizado, y saturación de los espacios y recursos disponibles –la población penitenciaria pasó de 22 mil personas internas en 2000 a 42 mil en 2012–. Debido a estas condiciones algunas enfermedades se presentan con mayor frecuencia en las cárceles: tuberculosis, contagio por virus de hepatitis C (VHC), sífilis y VIH/sida, entre otras.

Desde 1998 el sistema penitenciario del Distrito Federal concentró a los internos varones con VIH/sida en la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla con el fin de otorgarles tratamiento antirretroviral (TAR), incluso antes de que hubiera acceso universal en el país. A principios de 2009, cuando se inició el proyecto, había cerca de 40 mil hombres y mujeres –38 mil y dos mil, respectivamente, en números redondos– en ocho centros varoniles y dos femeniles de la ciudad de México. Aquellos a quienes se había detectado que vivían con VIH/sida –80 hombres y tres mujeres– carecían de un servicio especializado de atención médica al interior de los reclusorios y eran trasladados al servicio de



Fotografía: Ernesto Gómez Ruiz/CDHDF.

consulta de la Clínica Condesa, pero sin un sistema eficaz de monitoreo del tratamiento ni de administración de los medicamentos.

En cuanto a las pruebas de detección del VIH/sida, éstas sólo se realizaban por solicitud



directa de las o los internos, lo cual sucedía raramente sobre todo debido al estigma del que suelen ser objeto quienes viven con el virus –particularmente en el ámbito penitenciario–, o por indicación de los servicios mé-

dicos, lo que sucedía usualmente en etapas muy avanzadas de la enfermedad.

Con la detección en etapas tempranas del padecimiento y un tratamiento para el VIH/sida o TAR eficaz, consistente en la com-

Debido a condiciones que por sí mismas constituyen no sólo un caldo de cultivo para muchos problemas de salud sino hasta una violación a los derechos humanos, algunas enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en las cárceles son: tuberculosis, contagio por virus de hepatitis C (VHC), sífilis y VIH/sida, entre otras

plicación del virus, se podrían evitar todas las muertes por VIH/sida y dar a las personas que viven con el virus una esperanza de vida prácticamente igual a la de la población general. Además, se ha demostrado que las personas en quienes se logra el control de la enfermedad gracias al tratamiento eficaz y a que lo toman adecuadamente tienen 96% menos probabilidad de transmitir el virus. Sin embargo, de los 101 internos que viven con VIH/sida que estuvieron o pasaron por la Penitenciaría en 2008, falleció 9% por causas relacionadas con la enfermedad. Además, a principios de 2009, de aquellos que recibían TAR, sólo 44% lo tomaba adecuadamente y únicamente 35% presentaba un adecuado control del padecimiento.

Por un modelo comprensivo de control del VIH en cárceles

Existen pocas experiencias de intervenciones integrales exitosas para controlar el VIH/sida en cárceles en el mundo y ninguna en México, a pesar del reconocimiento de que se trata de una población clave en la epidemia. Desde el planteamiento inicial del proyecto se contó con tres principios básicos que enmarcaron la discusión y el diseño de la intervención: equivalencia, voluntariedad y confidencialidad. En primer lugar, la equivalencia entendida como el derecho a recibir la misma calidad de atención que

segundo lugar, la voluntariedad para aceptar la prueba y la atención médica como un elemento de dignidad y de posibilidad para elegir respecto a un problema de salud en un ambiente ordinariamente coercitivo. No sólo no es lícito –excepto en contadísimas ocasiones– realizar una prueba de VIH/sida a las personas en contra de su voluntad, y menos aún a internas e internos de reclusorios que se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad, sino que una medida así tiende a llevar a las poblaciones en riesgo a la clandestinidad y a una mayor dificultad para acceder a los servicios de salud. Y en tercer lugar, la confidencialidad del diagnóstico, que es extremadamente complicada en un contexto de pérdida de la libertad pero representa un elemento fundamental para lograr la credibilidad en el equipo médico por parte de las internas y los internos.

El primer paso fue implementar un modelo de atención médica especializada para quienes ya se encontraban en el reclusorio, el cual pudiera recibir y atender los casos nuevos. Se estableció un sistema de monitoreo de la eficacia del tratamiento y se crearon mecanismos para garantizar el abasto de medicamentos antirretrovirales. Se dispuso de un sistema de toma del tratamiento supervisada diariamente y se incorporó la atención de enfermedades relacionadas con el VIH/sida. Se creó un vínculo con hospitales de especialidad como el Hospital General Manuel Gea González, el Instituto Nacional de Enfermedades Respira-

torias (INER), el INCMNSZ y el Hospital Belisario Domínguez. Se involucró tanto al personal de salud y de seguridad como a las y los propios internos, quienes se comprometieron a poner de su parte apegándose a la toma de sus medicamentos y al seguimiento de las indicaciones médicas.

En sólo dos años de iniciado el proyecto, la mortalidad por causas relacionadas con el VIH/sida se redujo a menos de 1%, y hacia 2011 tomaba adecuadamente su medicamento 87% de los internos y el mismo porcentaje tenía un adecuado control de la enfermedad. Una de las problemáticas con las que se ha enfrentado el programa de atención ha sido la dificultad para lograr que sigan el tratamiento los internos que consumen sustancias, particularmente cocaína base o *pedra*, y aquellos con problemas de índole psiquiátrica. Otro inconveniente ha sido la coinfección VIH/sida-tuberculosis; es muy conocida la acción sinérgica que tienen ambas enfermedades. En un estudio realizado en los internos que viven con VIH/sida que se encuentran en Santa Martha Acatitla se halló una prevalencia de tuberculosis activa de 16.3%, la mayoría pulmonar o diseminada.

El programa Ponte a prueba

El segundo paso del proyecto consistió en desarrollar un modelo de detección que permitiera al mismo tiempo conocer las dimensiones del problema. Con rigor metodológico, perspectiva de derechos humanos y el liderazgo conjunto del sistema penitenciario, el Programa de VIH/sida de la ciudad de México y los institutos nacionales de salud antes referidos, se diseñó e implementó el programa Ponte a prueba con sus diferentes etapas:

1. Discusión y diseño del programa con expertos en VIH/sida, salud pública y cárceles, con énfasis en los principios mencionados de equidad, voluntariedad y confidencialidad.
2. Incorporación de la detección de otras enfermedades en el programa –sífilis, virus de

hepatitis B (VHB), VHC, síndrome metabólico, diabetes, dislipidemias e hipertensión– para así obtener un diagnóstico más completo de la situación de salud en cárceles y para incrementar la aceptación a la prueba de VIH/sida.

3. Capacitación del personal del sistema penitenciario –desde la subsecretaría y los directores de los centros hasta el personal técnico y de seguridad– con énfasis en derechos humanos y no discriminación.
4. Desarrollo de una campaña de promoción y descripción del programa entre las internas y los internos.
5. Solicitud del consentimiento de las y los internos con el método *opt-out*, basado en la aceptación general de las pruebas, dando la opción para descartar alguna o algunas en particular.
6. Toma de muestra de sangre y recolección de datos clínicos.
7. Aplicación, a un grupo aleatoriamente elegido, de una encuesta con fines de información epidemiológica.
8. Procesamiento de las muestras de sangre.
9. Segunda toma de sangre para los casos sugerentes de contagio por VIH/sida, síndrome metabólico, diabetes o dislipidemias, con el fin de confirmar el diagnóstico.
10. Toma de muestra de sangre en los casos positivos a VHB y VHC para realizar pruebas de funcionamiento hepático con el fin de referir a quienes lo requerían a estudios ulteriores y a consulta especializada –el acceso universal gratuito al tratamiento para VHB y VHC es aún una tarea pendiente en México.
11. Entrega de resultados positivos sobre VIH/sida y propuesta de atención por parte de la Clínica Condesa, lo que en el caso de los hombres implica su traslado a la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla.
12. Entrega de resultados positivos sobre otras enfermedades con referencia a los servicios médicos penitenciarios. En los casos de sífi-

lis el mismo día se otorgaba el tratamiento curativo.

Además del programa Ponte a prueba, de manera permanente y simultánea la Clínica Condesa ha destinado a personal de enfermería capacitado en consejería para acudir regularmente –hasta una o dos veces por mes– a los diferentes reclusorios y ofrecer pruebas de VIH/sida, sífilis, VHB y VHC a las internas y los internos que lo soliciten o que lo requieran por indicación médica. Este sistema ha resultado útil para dirigir la oferta a las poblaciones clave dentro de los reclusorios.

En ambos modelos de detección, a las personas que no aceptan la atención se les ofrecen exámenes periódicos para determinar el nivel de avance de la enfermedad y darles consejería dirigida de acuerdo con los hallazgos. Si aún así se rehúsan a recibir el tratamiento se solicita el apoyo de la CDHDF para que puedan darles seguimiento y orientación.

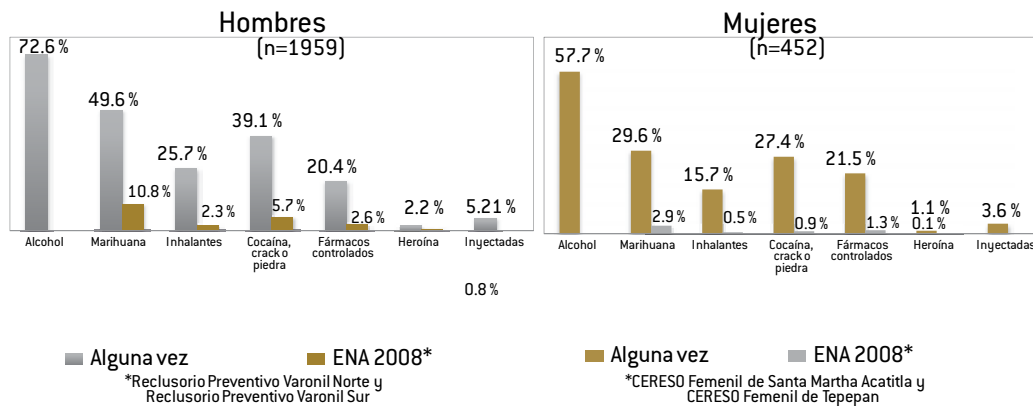
El monitoreo de contactos para las parejas de las y los internos con resultados positivos de VIH/sida o alguna otra enfermedad de transmisión sexual (ETS) ha consistido en la solicitud de autorización para contactarlas con el fin de realizarles las pruebas de detección. Esto tiene particular importancia en el caso de las mujeres que estén o que pudieran estar embarazadas, especialmente en los casos de sífilis y VIH/sida por el riesgo de transmisión materno-infantil. En cuanto a la sífilis, una enfermedad prevenible y curable, el riesgo de malformaciones congénitas y de aborto o muerte fetal es alto si no se detecta y se trata a tiempo. Y respecto del VIH/sida, si bien no es curable, con las medidas adecuadas –que incluyen el TAR para la madre y para el recién nacido– se puede prevenir en 99% de los casos la transmisión del virus de una mujer a su hija o hijo. Cuando las o los internos no acepta que se le notifique a sus

parejas, y sobre todo cuando la pareja es una mujer embarazada, se ha solicitado la intervención de la CDHDF debido a que la normatividad vigente no permite que los servicios de salud busquen a las parejas sin el consentimiento de la o el paciente con VIH/sida, ni siquiera cuando está en riesgo el derecho a la vida y a la protección de la salud de la pareja y de su hijo o hija.

Los resultados

En el modelo de detección del programa Ponte a prueba, los porcentajes de aceptación fueron muy altos tanto en mujeres (93%) como en hombres (77%). La prevalencia de VIH/sida encontrada fue de 1% en ambos sexos, considerablemente mayor a 0.3% de la población general en México. Más sorprendente aún fue el hallazgo de mujeres con sífilis activa (8.1% frente a 2.9% de la población general) o con evidencias por anticuerpos de sífilis curada (5.1% frente a 0.6%) y, en menor grado, de hombres con sífilis activa (2.9% frente a 1.8%). También se encontraron prevalencias mayores de anticuerpos del VHC tanto en mujeres (2.5% frente a 1.3%) como en hombres (3.3% frente a 1.4%). Las prevalencias de síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, dislipidemias y VHB fueron comparables con las de poblaciones similares fuera de los reclusorios. Tal vez el hallazgo más importante en términos de salud pública se dio en la encuesta que se aplicó: un alto porcentaje de internos e internas reportaron consumir sustancias adictivas; en particular llamó la atención el tema del consumo de cocaína, *crack* o *pedra* debido al alto potencial de adicción y a las problemáticas de salud y sociales relacionadas con él. En el siguiente gráfico se muestran los resultados encontrados en tal sentido:

Gráfico Porcentaje de la población de centros penitenciarios que reporta consumo de sustancias alguna vez en su vida, comparado con población general en el Distrito Federal



ENA: Encuesta Nacional de Adicciones.

Cereso: Centro de Readaptación Social.

Fuente: Resultados del cuestionario autoaplicado en el programa Ponte a prueba.

En términos de descripción de la población en la que se detectó VIH/sida, se hicieron patentes varios aspectos. En primer lugar, que se trataba de personas que afuera del reclusorio tendrían muy difícil acceso a los servicios de salud. Esto tiene que ver, en ocasiones, con sus condiciones de vida (personas en situación de calle, con situación laboral inestable, usuarias de drogas, con problemas de salud mental, etc.) y fundamentalmente con cuestiones estructurales (estigma hacia las y los trabajadores sexuales, las personas transgénero, las y los usuarios de drogas y los hombres que tienen sexo con hombres; bajo nivel socioeconómico, etc.).

De esta manera, en las cárceles se encontró un reflejo de la epidemia de VIH/sida concentrada en poblaciones clave que existen en México. De hecho, también en ellas se requieren programas específicos para las poblaciones clave como las mujeres transgénero –que se encuentran en centros varoniles–, cuya aceptación de Ponte a prueba fue menor que entre otros internos. Una vez

que se les abordó con personal capacitado y sensibilizado y con la colaboración de sus pares su la aceptación de las pruebas en esta población fue cercana al total.

La situación de las mujeres en los reclusorios es particularmente complicada. Sin duda, viven condiciones de mucha mayor vulnerabilidad, control y coerción; reciben menos visitas que los hombres, con lo cual aumenta la soledad y, por lo tanto, la vulnerabilidad; proporcionalmente presentan más problemas de salud mental que los hombres y que la población general; y provienen de historias con una fuerte carga de violencia y de todo tipo de abusos. La implementación de un programa de atención eficaz para las mujeres con VIH/sida, a pesar de ser menor el número de casos –no así la proporción– que en los hombres, todavía es una tarea pendiente. A pesar de que se han generado estrategias de monitoreo y seguimiento desde la Clínica Condesa, los obstáculos para lograr resultados satisfactorios han sido más difíciles de superar.

Conclusiones

En los centros de reclusión, la detección y atención del VIH/sida, las ETS y las condiciones asociadas –especialmente el consumo de drogas y la tuberculosis– con una visión de respeto y promoción de los derechos humanos representa un reto en términos de salud pública. Los reclusorios son el lugar idóneo para detectar y tratar enfermedades en poblaciones particularmente expuestas a factores de riesgo y que tienen complicado acceso a los programas de salud fuera de la cárcel debido a sus condiciones de vida previas al encarcelamiento. Los beneficios de hacerlo no sólo impactan positivamente en la población penitenciaria sino en la sociedad en general, pues los reclusorios son espacios dinámicos en los cuales existe contacto con el exterior; no son *islas* apartadas del resto de la comunidad. Además de ser una obligación del Estado, la adecuada atención de las necesidades básicas de la población penitenciaria contribuye a generar condiciones de seguridad al interior de los centros de reclusión.

Diversos factores han contribuido al éxito, donde lo ha habido, de estas intervenciones. El método de consentimiento *opt-out* con la oferta de pruebas para otras enfermedades, ha ayudado en gran medida –a manera de un *caballo de Troya*– a la aceptación de la prueba de VIH/sida. La confianza de las y los internos en el programa se ha logrado al incorporar una visión de respeto y promoción de los derechos humanos y de constancia y perseverancia en la preservación de los

principios de equivalencia, voluntariedad y confidencialidad; y gracias al trabajo colaborativo entre las autoridades del sistema penitenciario, la CDHDF, el sector académico, el Programa de VIH/sida y, sobre todo, las y los propios internos, y al desarrollo de intervenciones específicas para poblaciones clave.

A pesar de todo lo anterior, todavía quedan retos por enfrentar, como en el caso de los obstáculos para lograr la atención de las mujeres con VIH/sida. También falta implementar un modelo de detección permanente de VIH/sida y sífilis que ofrezca continuamente pruebas de detección y consejería a todas y todos los internos al momento de su ingreso a los centros de reclusión; y lo mismo hay que decir sobre la atención al problema de consumo de sustancias y el control de la tuberculosis dentro de los centros, y más especialmente posterior a la liberación.

Otra tarea aún no cumplida satisfactoriamente es el seguimiento de los contactos –parejas sexuales– de las y los internos con VIH/sida y otras ETS, especialmente sífilis. A pesar del apoyo de los hospitales de especialidad en la atención de casos específicos, también está pendiente normalizar con acuerdos formales la referencia de internas e internos con VIH/sida a dichos centros. Y la lista podría seguir, pero es importante reafirmar que se pueden enfrentar estos retos con una perspectiva de derechos humanos, el fundamento en la evidencia científica, la participación interinstitucional y multidisciplinaria, y el involucramiento y la obtención de la confianza por parte de las y los internos con base en principios éticos no negociables.

En los centros de reclusión, la detección y atención del VIH/sida, las ETS y las condiciones asociadas –especialmente el consumo de drogas y la tuberculosis– con una visión de respeto y promoción de los derechos humanos representa un reto en términos de salud pública

Referencias

- Beckwith, C. G., *et al.*, “Opportunities to Diagnose, Treat, and Prevent HIV in the Criminal Justice System”, en *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 55, núm. 1, 1 de diciembre de 2010, pp. S49-S55.
- 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, disponible en <http://directorio.cd hdf.org.mx/informes/2008/Informe_VIH.pdf>, página consultada el 8 de julio de 2013.
- Cohen, M. S., *et al.*, “Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy”, en *The New England Journal of Medicine*, vol. 365, núm. 6, 11 de agosto de 2011, pp. 493-505.
- Flanigan, T. P., y C. G. Beckwith, “The Intertwined Epidemics of HIV Infection, Incarceration, and Substance Abuse: A Call to Action”, en *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 203, núm. 9, 1 de mayo de 2011, pp. 1201-1203.
- Hammett, Theodore M., “HIV/AIDS and Other Infectious Diseases among Correctional Inmates: Transmission, Burden, and an Appropriate Response”, en *American Journal of Public Health*, vol. 96, núm. 6, junio de 2006, pp. 974-978.
- Jürgens, R., *et al.*, “HIV and Incarceration: Prisons and Detention”, en *Journal of the International AIDS Society*, vol. 14, núm. 26, 19 de mayo de 2011, 17 pp.
- “Leading Edge. HIV in prisons”, en *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, núm. 1, enero de 2007, p. 1. ONUSIDA, disponible en <<http://www.unaids.org.vn/>>, página consultada el 8 de julio de 2013.
- Rich, J. D., *et al.*, “Medicine and the Epidemic of Incarceration in the United States”, en *The New England Journal of Medicine*, vol. 364, núm. 22, 2 de junio de 2011, pp. 2081-2083.
- Weinbaum, C. M., *et al.*, “Hepatitis B, Hepatitis C, and HIV in Correctional Populations: A Review of Epidemiology and Prevention”, en *aids 2005*, vol. 19, núm. 3, octubre de 2005, pp. S41-S46.

Los olvidados de los olvidados: personas con discapacidad psicosocial en el sistema penitenciario del D. F.

DOCUMENTA, A. C. *

Existen en el Distrito Federal más de 40 mil personas privadas de la libertad en los centros de reclusión, cifra que representa cerca de 17% de la población penitenciaria a nivel nacional.

De ese total, 95% son hombres y 5% mujeres; y 18% está conformado por procesados, es decir, personas que están en prisión pero que todavía no han recibido una sentencia condenatoria.¹

En los últimos ocho años la población penitenciaria ha crecido considerablemente. Mientras que en julio de 2005 había aproximadamente 30 mil personas internas, a mediados de 2012 eran 42 mil, lo cual representa un aumento cercano a 30%. Este incremento, aunado a la falta de recursos destinados al sistema penitenciario, repercute directamente en los niveles de hacinamiento y en las condiciones de vida al interior de las prisiones.

Si bien las carencias del ámbito penitenciario afectan a todas las personas privadas de la libertad, es importante reconocer que existen individuos en situaciones de extrema vulnerabilidad que requieren atención y apoyos específicos y que, de no contar con éstos, se hallan en condición de riesgo y desventaja.

En las siguientes páginas nos referiremos a las personas con discapacidad psicosocial quienes, además de tener que sobrellevar las difíciles condiciones del ámbito penitenciario, deben hacer frente a los vacíos en cuanto a la atención médica especializada, el aislamiento permanente y sin actividad al que son sometidas, la falta de programas psicoterapéuticos y,

* Documenta. Análisis y Acción para la Justicia Social, A. C., está formada por un equipo interdisciplinario, plural, apartidista e independiente de abogados con experiencia en litigio estratégico, investigadores sociales y cineastas especializados en el género documental, quienes buscan franquear la brecha entre análisis y acción y vincular el conocimiento con estrategias de cambio social, cultural y político. Disponible en <<http://www.documenta.org.mx/>>, página consultada el 9 de julio de 2013.

1 Secretaría de Gobernación, *Estadísticas del sistema penitenciario nacional*, México, Segob, enero de 2013, disponible en <<http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary?nodeld=/BEA%20Repository/365162//archivo>>, página consultada el 3 de julio de 2013.

en resumen, un sistema en el que imperan los prejuicios, la discriminación, la incompreensión y el abuso.²

La magnitud del problema

Cuando nos referimos a las personas con discapacidad psicosocial en reclusión podemos distinguir, para efectos del análisis, entre dos grupos. Quienes durante la imposición de la sentencia fueron declarados inimputables, es decir, que al momento de cometer el delito no comprendían su carácter ilícito;³ y quienes entraron a prisión como imputados y una vez adentro fueron diagnosticados o desarrollaron esta discapacidad.

En noviembre de 2011 las personas inimputables en el sistema penitenciario del Distrito Federal sumaban 796 (de ellas 736 eran hombres y 60 mujeres). Cerca de 50% de los varones se encontraba en el Centro Varonil de Readaptación Psicosocial (Cevarepsi), y los demás estaban repartidos en otros centros de reclusión donde tienen menores probabilidades de recibir tratamiento y atención de forma especializada.⁴

Para tener un panorama completo, a esta población habría que sumar las personas imputadas con discapacidad psicosocial. La información que pudo recabarse da cuenta de que el sistema penitenciario tiene identificados a 965 *internos psiquiátricos* –número

que incluye a los inimputables–. Esto quiere decir que, de acuerdo con las estadísticas oficiales, hay alrededor de 170 personas que desarrollaron una discapacidad psicosocial estando ya en prisión.

Un análisis sobre lo que acontece en otros países con respecto a la atención a la salud mental en prisión da cuenta de que en México, o por lo menos en el Distrito Federal, estas cifras están muy por debajo de la realidad. En Estados Unidos, por ejemplo, aproximadamente 10% de los internos tiene una condición psiquiátrica grave, ya sea esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión aguda; incluso la cárcel del condado de Los Ángeles ha sido llamada el hospital psiquiátrico más grande del mundo.⁵ En Inglaterra, 39% de la población penitenciaria presenta una discapacidad psicosocial y 75% tiene un diagnóstico dual, es decir, discapacidad psicosocial y abuso de sustancias.⁶ Finalmente, en España “10% de la población reclusa [*sic*] padece algún trastorno mental grave”.⁷

Estos datos arrojan luz sobre por lo menos dos aspectos: por un lado, la falta de información veraz y confiable acerca de la verdadera magnitud de las personas con discapacidad psicosocial en el sistema penitenciario mexicano; y por otra parte, la necesidad de llevar a cabo evaluaciones oportunas de todas las personas privadas de la libertad para detectar a quienes podrían tener un problema relacionado con su salud mental.

2 Por *personas con discapacidad psicosocial* nos referimos a quienes, de manera temporal o permanente, tienen un problema ligado a su salud mental como esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión aguda, entre otros.

3 Código Penal para el Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 16 de julio de 2002; última reforma publicada el 3 de agosto de 2012. En su artículo 29, fracción VII, señala con respecto a la inimputabilidad como causa de exclusión del delito que “Al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el sujeto hubiese provocado su trastorno mental para en ese estado cometer el hecho, en cuyo caso responderá por el resultado típico producido en tal situación”.

4 Solicitud de información pública dirigida a la Subsecretaría de Sistema Penitenciario. Es importante señalar que sólo en el Cevarepsi y en el Centro Femenil Tepepan existen recursos e infraestructura especializados, aunque ello no significa que sean de la calidad adecuada.

5 Center for Public Representation, *The Legal Rights of Prisoners with Mental Disorders*, mimeografiado.

6 Jenny Talbot, *Fair Access to Justice? Support for Vulnerable Defendants in the Criminal Courts*, Londres, Prison Reform Trust, junio de 2012.

7 Quino Petit, “Una mirada hacia la enfermedad mental en prisión”, en *El País*, Madrid, 3 de febrero de 2013, disponible en <http://elpais.com/elpais/2013/02/03/eps/1359918792_007462.html>, página consultada el 3 de julio de 2013.

Atención a la salud mental en el sistema penitenciario

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*, publicado por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), reveló que una de las mayores debilidades del sistema penitenciario de la capital del país son los servicios de salud, tanto por la falta de personal médico como por la insuficiencia de recursos materiales y de medicamentos.⁸

Si nos concentramos únicamente en lo que señala este informe en cuanto a la atención a la salud mental, el panorama es desalentador. La disponibilidad de personal capacitado en psiquiatría y psicología está muy por debajo de lo necesario y aceptable: en la mayoría de los centros sólo hay un psiquiatra con un horario de atención muy restringido.

Cuadro 1 Atención a la salud mental por centro penitenciario

Centro	Psiquiatras	Horario de atención	Psicólogos	Horario de atención
Reclusorio Preventivo Varonil Oriente	1	Lunes a viernes en horario vespertino.	2	Lunes a viernes en horario matutino; sábados y domingos en horarios matutino y vespertino.
Reclusorio Preventivo Varonil Norte	2	Lunes a viernes en horario matutino; sábado, las 24 horas del día.	-	-
Reclusorio Preventivo Varonil Sur	Uno del Cevarepsi	Una vez a la semana.	-	-
Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla	1	Lunes, miércoles y viernes en horario matutino.	-	-
Penitenciaría del Distrito Federal	1	Lunes a viernes en horario matutino.	-	-
Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente	-	-	-	-
Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte	-	-	-	-
Cevarepsi	6	Lunes a viernes en horarios matutino y vespertino; sábados en horario vespertino, y urgencias las 24 horas del día.	-	-
Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla	1	Horario flexible.	-	-
Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan	-	-	-	-

Fuente: CDHDF, *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*, México, CDHDF, 2011. Estos datos son de 2011; posteriormente se acondicionó la Torre Médica del Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan, lo cual modificó las condiciones de atención, en especial para las internas de dicho centro.

⁸ CDHDF, *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*, México, CDHDF, 2011, disponible en <http://www.cd hdf.org.mx/images/pdfs/informes/epciales/informe_especial_salud_reclusion.pdf>, página consultada el 2 de julio de 2013.



Es difícil imaginar que con la escasez de recursos humanos dedicados a la atención a la salud mental sea posible brindar una atención médica adecuada; sin embargo, eso no significa que el Estado esté eximido de proporcionar los recursos necesarios para garantizar un trato humano hacia las personas que se encuentran bajo su custodia. Como ha sido planteado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “la pérdida de libertad no debe representar jamás la pérdida del derecho a la salud. Del mismo modo, tampoco es tolerable que el encarcelamiento agregue enfermedad y padecimientos físicos y mentales adicionales a la privación de la libertad”.⁹

Así, además de incrementar los recursos humanos especializados, es urgente capacitar a los operadores del sistema penitenciario de todos los niveles para disipar los estigmas, la falta de conocimiento y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, con el objetivo de eliminar las formas de discriminación hacia ellas y garantizar la protección de sus derechos humanos. Esta capacitación deberá promover un cambio de paradigma en torno a la discapacidad y

En México no hay información veraz y confiable de la verdadera magnitud de las personas con discapacidad psicosocial en el sistema penitenciario. Es necesario efectuar evaluaciones oportunas de todas las personas privadas de la libertad para detectar a quienes podrían tener un problema relacionado con su salud mental.

a las respuestas adecuadas para garantizar la seguridad y la protección de estas personas.¹⁰

¿Qué implica dicho cambio de paradigma en términos de la atención a la salud mental en prisión? En principio, reconocer que siendo los centros de reclusión un lugar donde el Estado tiene control total sobre las y los internos, éste tiene la obligación de proteger la vida e integridad de quienes se hallan sujetos a su control y que carecen, por sí mismos, de capacidad efectiva de autodetermina-

9 CIDH, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 64, CIDH/OEA, 31 de diciembre de 2011, disponible en <<http://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/PPL2011esp.pdf>>, página consultada el 3 de julio de 2013.

10 En ese sentido la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad constituye una guía fundamental.

ción y defensa. En tal sentido, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar a la población penitenciaria el más alto grado de salud física y mental y de otorgar los apoyos necesarios para que las personas con discapacidad psicosocial puedan gozar de los mismos derechos y beneficios que las y los demás internos en los centros penitenciarios.¹¹

Por otro lado, el cambio de paradigma también conlleva transformar los principios que subyacen tras los servicios de salud mental para incorporar la dignidad, la autonomía individual y la libertad en la toma de decisiones como ejes centrales de la atención a las personas con discapacidad psicosocial. Hasta la fecha el tratamiento que prevalece en el sistema penitenciario está basado en el uso de la farmacoterapia –muchas veces en contra de la voluntad de las y los internos– y la segregación. Si bien se reconoce la importancia de la provisión de medicamentos en los casos necesarios, es fundamental destinar los recursos suficientes para la implementación de programas de atención integral que incluyan, entre otras cosas, terapias individuales y colectivas en distintos ámbitos, entre ellos, el manejo de adicciones y la posibilidad de realizar actividades deportivas, lúdicas y culturales.¹²

Estos programas de atención a la salud mental, además de requerir personal calificado –médicos generales, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y pedagogos–, deberán contar por lo menos con los siguientes elementos:

- 1) Protocolos estandarizados en todos los centros de reclusión al momento del ingreso para la detección de personas con discapacidad psicosocial. Éstos permitirán identificar a quienes están tomando algún medicamento y a quienes requieren una evaluación más completa.
- 2) Mecanismos de evaluación y monitoreo a lo largo del periodo de internamiento.
- 3) Estancias especiales para crisis agudas o riesgos de conductas suicidas.
- 4) Historias clínicas completas, organizadas y confiables.
- 5) Programas personalizados de reinserción social.
- 6) Sistemas de evaluación y transparencia para asegurar la calidad de la atención.¹³

Reflexiones finales: hacer visible lo invisible

Más allá de las necesarias reformas para transformar la atención a la salud mental en el sistema penitenciario, el hecho de que existan personas con trastornos psicosociales en las prisiones –generalmente sin tratamiento– exige una reflexión en torno al objetivo de las penas privativas de la libertad.

Dejar a las personas con discapacidad psicosocial en manos del sistema de justicia penal no es útil ni para la sociedad ni para ellas, y menos aún ante las limitaciones del sistema penitenciario. La manera más efectiva de asegurar que sus derechos sean pro-

11 Ello con base en los principios del derecho internacional y de los derechos humanos contenidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, el Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a cualquier Forma de Detención o Prisión, los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos, y los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas.

12 La Secretaría de Salud señaló que 80% de las personas privadas de la libertad es adicto a alguna droga ilegal, incluyendo el alcohol. Véase "Adictos, 80% de los reos mexicanos", en *Milenio*, México, 28 de octubre de 2010, disponible en <<http://www.milenio.com/cdb/doc/impreso/8855790>>, página consultada el 3 de julio de 2013.

13 Center for Public Representation, *op. cit.*; Council of State Governments, *Criminal Justice/Mental Health*, Nueva York, 2002; y *The Bradley Report*, Londres, Departamento de Salud, 2009.

tegidos es tratar de mantenerlas fuera de prisión. Lo anterior no quiere decir que no deban responder ante el sistema de justicia penal cuando sean halladas culpables de cometer un ilícito, sino que se implementen los ajustes razonables –entre ellos las sanciones alter-

nativas a la prisión– que les permitan hacer frente a su responsabilidad social, pero contando con los apoyos necesarios y en un ambiente terapéutico que en última instancia responda al objetivo de su reinserción en la sociedad.

Referencias

- “Adictos, 80% de los reos mexicanos”, en *Milenio*, México, 28 de octubre de 2010, disponible en <<http://www.milenio.com/cdb/doc/impreso/8855790>>, página consultada el 3 de julio de 2013.
- CDHDF, *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*, México, CDHDF, 2011, disponible en <http://www.cd hdf.org.mx/images/pdfs/informes/epenciales/informe_especial_salud_reclusion.pdf>, página consultada el 2 de julio de 2013.
- Center for Public Representation, *The Legal Rights of Prisoners with Mental Disorders*, mimeografiado.
- CIDH, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 64, CIDH/OEA, 31 de diciembre de 2011, disponible en <<http://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/PPL2011esp.pdf>>, página consultada el 3 de julio de 2013.
- Código Penal para el Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 16 de julio de 2002; última reforma publicada el 3 de agosto de 2012.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución A/RES/61/106 del 13 de diciembre de 2006.
- Council of State Governments, *Criminal Justice/Mental Health*, Nueva York, 2002.
- Petit, Quino, “Una mirada hacia la enfermedad mental en prisión”, en *El País*, Madrid, 3 de febrero de 2013, disponible en <http://elpais.com/elpais/2013/02/03/eps/1359918792_007462.html>, página consultada el 3 de julio de 2013.
- Secretaría de Gobernación, *Estadísticas del sistema penitenciario nacional*, México, Segob, enero de 2013, disponible en <<http://www.ssp.gob.mx/portaWebApp/ShowBinary?nodeId=/BEA%20Repository/365162//archivo>>, página consultada el 3 de julio de 2013.
- Talbot, Jenny, *Fair Access to Justice? Support for Vulnerable Defendants in the Criminal Courts*, Londres, Prison Reform Trust, junio de 2012.
- The Bradley Report*, Londres, Departamento de Salud, 2009.

Es urgente capacitar a los operadores del sistema penitenciario de todos los niveles para disipar los estigmas, la falta de conocimiento y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, con el objetivo de eliminar las formas de discriminación hacia ellas y garantizar la protección de sus derechos humanos.



accion

A photograph showing the silhouettes of two people sitting on a bench in a desert landscape. In the background, there is a tall, white, cylindrical tower with a dark opening at the top, resembling a lighthouse or a watchtower. The scene is set in a sandy, open area with a fence and some buildings in the distance. A small bird is visible on the ground to the right. The overall color palette is warm and monochromatic, dominated by shades of yellow and orange.

es

Quejas y retos del derecho a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal*

A dos años de la publicación del *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*,¹ ¿qué tendencias se observan en las quejas presentadas ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF)? Al retomar el esquema de las tres etapas que estructuran el proceso de atención médica en los centros de reclusión,² el presente artículo ofrece una descripción de las principales denuncias presentadas ante este organismo entre enero de 2011 y mayo de 2013;³ así como de las recomendaciones dirigidas a la autoridad capitalina que contienen propuestas en materia de política penitenciaria, y específicamente en el ámbito de la salud y prevención de enfermedades.

La salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico y mental, es una necesidad básica de las personas para tener una vida digna. Al ser reconocida como derecho humano,⁴ implica una serie de libertades y derechos. En cuanto a las primeras, se puede mencionar la libertad de controlar el propio cuerpo y no ser sometido a torturas; respecto de los derechos, el principal es contar con un sistema de protección de la salud al que tenga acceso toda la población.

Cuando una persona se encuentra privada de la libertad, la obligación del Estado de proveer un servicio de atención médica suficiente, accesible, de calidad y aceptable⁵ se convierte en un imperativo jurídico irrenunciable,⁶ pues en tales circunstancias las personas están imposibilitadas para ejercer por sí solas ese derecho. En el caso que nos

* Texto elaborado por Domitille Delaplace, subdirectora de Investigación en el Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos (CIADH) de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF); coordinó la investigación e integración del *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*. Contacto: <domitille.delaplace@cdhdf.org.mx>.

1 CDHDF, *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*, México, CDHDF, 2011, 170 pp., disponible en <http://www.cdhdf.org.mx/images/pdfs/informes/especiales/informe_especial_salud_reclusionccc.pdf>, página consultada el 2 de julio de 2013.

2 *Ibidem*, pp. 44-49.

3 Para la elaboración del presente artículo se tomó como referencia la información proporcionada por la Subdirección de Estadística del CIADH el 19 de junio de 2013, a partir del Sistema de Información de Seguimiento de Recomendaciones (SISR) y del Sistema Integral de Gestión de Información (Siiges). Se consideraron las quejas registradas de enero de 2011 a mayo de 2013 por actos calificados como *presuntas violaciones a derechos humanos* y correspondientes al *ámbito penitenciario*. La clasificación de las quejas por problemática se realizó a partir de los *tipos de violación* utilizados por las y los visitantes para calificar las presuntas violaciones a derechos humanos.

4 Véanse en particular Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948, artículo 25.1; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (XXI) del 16 de diciembre de 1966, artículo 12; y Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en su xviii período de sesiones, San Salvador, 17 de noviembre de 1988, artículo 10.

5 Véase en particular Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud [artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales], aprobada en el 22º período de sesiones, Ginebra, 11 de mayo de 2000.

6 CDHDF, *op. cit.*, p. 23.



Fotografía: Juan Daniel Zamudio Guzmán/CDHDF.

ocupa, el acceso al derecho a la salud depende exclusivamente de los servicios y gestiones que realice el Gobierno del Distrito Federal.

Por lo tanto, cobra particular relevancia el monitoreo de las problemáticas asentadas en los expedientes de quejas, ya que constituyen un indicador de algunos de los obstáculos que enfrentan las y los internos para ejercer sus derechos y proporcionan elementos de diagnóstico que deberán ser tomados en cuenta con el objetivo de fortalecer las acciones de gobierno.

Principales tendencias

De las seis recomendaciones emitidas por la CDHDF entre 2011 y 2013 por violaciones a derechos humanos en el ámbito penitenciario, cuatro documentaron acciones u omisiones de las autoridades que redundaron en la negación u obstaculización del ejercicio del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad.⁷ Esta recurrencia evidencia que el acceso a la salud sigue constituyendo una preocupación central para las y los internos.

⁷ En el periodo de estudio la CDHDF emitió un total de 43 recomendaciones (13 en 2011, 20 en 2012, y 10 entre enero y mayo de 2013). De éstas, seis están relacionadas con el ámbito penitenciario, y cuatro de ellas con violaciones al derecho a la salud.

Fotografía: Sonia Blanquel/SDHO.



Cuadro 1 Recomendaciones emitidas por violaciones al derecho a la salud en el ámbito penitenciario, enero de 2011 a mayo de 2013

Año	Recomendación	Situación actual	Caso	Aceptación	Cumplimiento
2011	4/2011	Sujeta a seguimiento	Ausencia de medidas de seguridad al interior de los centros de reclusión y negativa, restricción o retardo para que los pacientes sean referidos a hospitales donde se les pueda brindar el servicio médico que necesitan.	Parcialmente aceptada	Parcialmente cumplida
	7/2011	Sujeta a seguimiento	Violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de quien en vida llevara el nombre de Viridiana López Centeno, interna del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, y de su familia.	Parcialmente aceptada	Parcialmente cumplida
2012	6/2012	Sujeta a seguimiento	Exposición ante los medios de comunicación de una interna del Cefereso y falta de protección a su integridad psicológica.	Aceptada	No cumplida
2013	9/2013	Sujeta a seguimiento	Mala práctica médica y violaciones al derecho a la salud, vida e integridad de personas privadas de la libertad en reclusorios del Distrito Federal.	Aceptada	No cumplida

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Estadística del CIADH con base en el Sistema de Información de Seguimiento de Recomendaciones (SISR); última actualización al 19 de junio de 2013.

Por otro lado, el conjunto de las quejas investigadas confirma la tendencia al incremento de las denuncias, identificada en el Informe especial.⁸ Al considerar únicamente las quejas por actos calificados como presuntas violaciones al derecho a la salud, se observa que durante 2011 se registraron 802, mientras que en 2012 se atendieron 883. Al finalizar los primeros cinco meses de 2013, la CDHDF ya había recibido 446 quejas, lo que supera la cantidad contabilizada en el mismo del año anterior.

Cuadro 2 Quejas por actos presuntamente violatorios del derecho a la salud en el ámbito penitenciario

Periodo	Número de quejas por actos presuntamente violatorios
2011	802
2012	883
Enero-mayo de 2013	446
Total	2 131

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Estadística del CIADH con base en el Sistema Integral de Gestión de Información (Siigesi) 2011-2013; base de producción actualizada al 19 de junio de 2013.

Las autoridades mencionadas con mayor frecuencia como probables responsables de las violaciones son la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), con 69%; y la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal (SGDF), con 30%. Mientras la primera es señalada por la carencia o insuficiencia de los insumos, personal o medicamentos necesarios para atender a las y los pacientes, y por los malos tratos o tratamientos ineficaces; en el caso de la segunda el personal de seguridad y custodia es denunciado principalmente por obstaculizar, restringir o negar a las y los internos el acceso a los servicios médicos.

⁸ CDHDF, *op. cit.*, p. 23.

Cuadro 3 Autoridades señaladas como probables responsables

Autoridad	Menciones por periodo			Total de menciones por autoridad
	2011	2012	Enero-mayo de 2013	
Secretaría de Salud	791	1028	547	2 366
Secretaría de Gobierno	427	408	221	1 056
Otra	6	4	2	12
Total general	1 224	1 440	770	3 434

Nota: En una queja puede señalarse a una o más autoridades.

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Estadística del CIADH con base en el Siigesi 2011-2013; base de producción actualizada al 19 de junio de 2013.

Quejas relacionadas con el acceso a la atención médica

El ejercicio del derecho a la salud implica, en primer lugar, la posibilidad de que las y los internos accedan físicamente a las unidades médicas habilitadas en los centros de reclusión y que sean atendidos, una vez en ellas. Al clasificar las quejas por problemáticas se observa que las dificultadas en materia de accesibilidad concentran más de la mitad (53%) del total de las quejas.

Cuadro 4 Tipos de violaciones al derecho a la salud relacionadas con la accesibilidad a la atención médica

Tipo de violación	Menciones por periodo			Total de menciones
	2011	2012	Enero-mayo de 2013	
Obstaculización, restricción o negativa de la atención médica.	441	492	241	1 174
Obstaculización o negativa al acceso a los servicios de salud.	117	138	108	363
Obstaculización, restricción o negativa del derecho a la salud.	89	109	43	241
Obstaculización, restricción o negativa a proporcionar atención médica a los grupos en situación de vulnerabilidad.	24	19	5	48
Total	671	758	397	1 826

Fuente: Elaboración propia a partir de la información proporcionada por la Subdirección de Estadística del CIADH con base en el Siigesi 2011-2013; base de producción actualizada al 19 de junio de 2013.

Estas denuncias señalan presuntas responsabilidades tanto del personal de seguridad y custodia (45%) como de las y los servidores públicos adscritos a la unidad médica (55%). Por un lado, se encontraron casos de internas o internos que fueron lesionados o que requerían atención médica urgente pero a quienes, como castigo, las o los custodios les negaban la posibilidad de acudir al servicio médico; en algunos expedientes incluso se mencionan situaciones en que debían pagar al personal de seguridad para poder acudir al centro de salud del reclusorio. Cuando las personas se encuentran en zonas segregadas, en particular en la zona de castigo, la accesibilidad se complica aún más, ya que dependen de manera estricta del personal técnico y/o de las y los custodios para poder ir al servicio médico.

Por otro lado, en las quejas se denuncian casos de personas que se presentaron en las unidades médicas pero no fueron atendidas, ya sea por la ausencia de médicos, con el pretexto de que no se cuenta con los insumos o medicamentos necesarios, o sin razones explícitas. En esta situación se encuentran personas que viven con VIH/sida, enfermedades crónico-degenerativas, cáncer, discapacidad mental y mujeres embarazadas. Al respecto, la Recomen-



Fotografía: Sonia Blanquel/CDHDF.

dación 7/2011 evidenció la importancia de garantizar el derecho de acceso a los servicios de salud para todas las personas en reclusión,⁹ en particular cuando se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y requieren una atención permanente, como en el caso de las mujeres embarazadas.

Quejas relacionadas con la calidad de la atención médica

La atención proporcionada en las unidades médicas es señalada en poco más de 15% de las quejas relacionadas con el derecho a la salud. Lógicamente, la mayoría (83%) menciona como probable responsable a la SSDF, y sobre todo al personal que labora en las unidades médicas de los centros de reclusión.

La principal problemática en este conjunto de quejas se encuentra relacionada con el acceso a los medicamentos (169 quejas) o la ausencia de éstos (87 quejas). En tales casos, las y los internos denuncian tener que pagar para conseguir los medicamentos u obtenerlos a través de las personas que los visitan, lo que va en contra del principio de gratuidad. En este aspecto, la Recomendación 9/2013 incluye en sus puntos recomendatorios la propuesta de actualizar y ampliar el cuadro básico de medicamentos abastecidos en las unidades médicas, de tal forma que las y los internos puedan acceder gratuitamente a las medicinas que requieren para su tratamiento.¹⁰

Otro elemento importante que se evidencia en las quejas son los obstáculos que hallan las y los internos para disponer de tratamientos efectivos (169 quejas). Denuncian esencialmente que los medicamentos que les recetan no les hacen efecto, que no reciben la atención que requieren o que no les practican los estudios necesarios para obtener un diagnóstico veraz y oportuno sobre su enfermedad. En la Recomendación 9/2013 se documentaron 10

9 CDHDF, Recomendación 7/2011, disponible en <<http://www.cd hdf.org.mx/index.php/recomendaciones/por-ano/2011>>, página consultada el 2 de julio de 2013.

10 CDHDF, Recomendación 9/2013, sexto punto recomendatorio, disponible en <<http://www.cd hdf.org.mx/index.php/recomendaciones/por-ano/2013>>, página consultada el 2 de julio de 2013.

casos de personas que murieron o quedaron con graves secuelas debido a malas prácticas médicas del personal de las unidades de salud y de los hospitales públicos en donde que fueron atendidas.¹¹

Un pendiente en la materia es la implementación de un sistema efectivo que permita asegurar que las personas internas con padecimientos médicos reciban con puntualidad las consultas y tratamientos adecuados.¹² Anteriormente, en la Recomendación 7/2011 la CDHDF ya había insistido en la necesidad de contar con un registro de las mujeres embarazadas y un mecanismo para vigilar que tuvieran acceso a un seguimiento médico oportuno y adecuado a sus necesidades.¹³

Cuadro 5 Tipos de violaciones al derecho a la salud relacionadas con la calidad de la atención médica recibida

Tipo de violación	Menciones por periodo			Total de menciones
	2011	2012	Enero-mayo de 2013	
Obstaculización, restricción o negativa a proporcionar medicamento gratuito a quienes tengan derecho.	50	77	42	169
Obstaculización, restricción o negativa de medidas de prevención y tratamiento de enfermedades.	36	65	68	169
Ausencia de medicamento.	53	30	4	87
Obstaculización, restricción o negativa de brindar información a las personas responsables de la o el paciente respecto de su estado de salud y el tratamiento que debe seguir.	14	17	15	46
Negligencia médica.	7	7	8	22
Ausencia o carencia del material o instrumentos necesarios para la prestación del servicio médico.	7	7	1	15
Ausencia o carencia de personal médico.	7	2	1	10
Obstaculización o injerencias arbitrarias en la confidencialidad del diagnóstico, el tratamiento o la rehabilitación de la o el paciente.	1		1	2
Violación al derecho al consentimiento informado.		1		1
Obstaculización, restricción o negativa en el consentimiento informado.		1		1
Total	175	207	140	522

Fuente: Elaboración propia a partir de la información proporcionada por la Subdirección de Estadística del CIADH con base en el Siigesi 2011-2013; base de producción actualizada al 19 de junio de 2013.

La conformación de expedientes médicos, su debida integración y resguardo constituye otro elemento esencial para garantizar una óptima atención médica. Sin embargo, la Recomendación 6/2012 evidenció un caso de extravío de expediente que puso en riesgo la garantía del derecho a la salud e incluso la confidencialidad de los datos clínicos de la paciente.¹⁴ Los hechos documentados en dicha Recomendación llevaron a la CDHDF a exhortar a la SSDF sobre la creación de lineamientos para el debido resguardo, préstamo, reproducción y, en su caso, reposición inmediata de los expedientes clínicos de las y los pacientes internos en los centros de reclusión del Distrito Federal.

11 *Ibidem*, pp. 22 y 23.

12 *Ibidem*, pp. 36 y 37.

13 CDHDF, Recomendación 7/2011, pp. 59-63.

14 CDHDF, Recomendación 6/2012, p. 54, disponible en <<http://www.cd hdf.org.mx/index.php/recomendaciones/por-ano/2012>>, página consultada el 2 de julio de 2013.

Quejas sobre acceso a medicina especializada

El acceso y la calidad de la atención especializada es otro ámbito de preocupación que se menciona en más de un tercio de las quejas (31%). Las más de mil denuncias recibidas en el periodo de análisis refieren la negación del personal o los retardos injustificados en la realización de las gestiones necesarias para que las y los pacientes sean referidos de manera oportuna a otro centro u hospital para que se les brinde la atención especializada que requieren, violaciones a los derechos humanos de las personas en el contexto de los traslados y malas prácticas médicas en los hospitales de especialidad donde son atendidos, entre otros aspectos.

Las quejas y las recomendaciones señalan la carencia de recursos humanos y materiales en algunas de las instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención. Al respecto, la Recomendación 7/2011 incluye en sus puntos recomendatorios la asignación de personal médico, técnico y administrativo capacitado para fortalecer en particular las siguientes áreas tocoquirúrgica, el cunero patológico y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General de Iztapalapa.¹⁵ Además, en la Recomendación 4/2011 se insta a la SSDF a ampliar los servicios de angiología dentro de la red hospitalaria del sistema de salud local y proporcionar servicios las 24 horas.¹⁶

Cuadro 6 Tipos de violaciones al derecho a la salud relacionadas con la atención médica especializada

Tipo de violación	Menciones por periodo			Total de menciones
	2011	2012	Enero-mayo de 2013	
Obstaculización, restricción o negativa a proporcionar atención médica especializada a las y los pacientes que lo requieren.	181	156	83	420
Negativa, restricción u obstaculización para que las y los pacientes tengan acceso a los servicios de salud especializada.	97	175	72	344
Negativa, restricción o retardo para que la o el paciente sea referido a un hospital donde se le pueda brindar el servicio médico que necesita.	70	111	65	246
Obstaculización, restricción o negativa de referir a las y los pacientes a otro hospital cuando no es posible su atención en el hospital al que se recurrió en primera instancia.	10	15	4	29
Negativa, restricción u obstaculización de la atención médica especializada y rehabilitatoria para las personas con discapacidad.	4	7	3	14
Negativa, restricción, obstaculización u omisión para proporcionar atención médica especializada a las personas adultas mayores, conforme a su condición de salud.	10	8	4	22
Negativa, restricción u obstaculización en el ejercicio del derecho a la seguridad social.	1		2	3
Total	373	472	233	1 078

Fuente: Elaboración propia a partir de la información proporcionada por la Subdirección de Estadística del CIADH con base en el Siigesi 2011-2013; base de producción actualizada al 19 de junio de 2013.

La infraestructura médica institucional también evidencia problemas en la referencia de las y los pacientes, lo que tiene consecuencias graves en su estado de salud e incluso repercute en su derecho a la vida. La Recomendación 4/2011, por ejemplo, ilustra el caso de una persona que fue agredida por otros internos y no fue transferida oportu-

¹⁵ CDHDF, Recomendación 7/2011, punto recomendatorio undécimo.

¹⁶ CDHDF, Recomendación 4/2011, punto recomendatorio sexto, disponible en <<http://www.cdhdff.org.mx/index.php/recomendaciones/por-ano/2011>>, página consultada el 2 de julio de 2013.

namente a un un hospital donde se le hubiese podido brindar el servicio médico que necesitaba. Ello generó afectaciones irreversibles al agraviado que hicieron imposible restituirlo íntegramente al estado en que se encontraba antes de la violación y lo dejaron con una discapacidad permanente.¹⁷

Este tipo de violaciones graves fue abordado nuevamente en la Recomendación 9/2013. En ocho de los 10 casos que la integran se comprobó la obstaculización, restricción o negativa de referir a las y los pacientes a otro hospital cuando no era posible su atención en la unidad médica de su reclusorio; en todos los casos se documentaron negativas, restricciones u obstaculizaciones para que las personas enfermas tuvieran acceso a los servicios de salud especializada.¹⁸

Frente a tales hechos, la CDHDF ya había recomendado en 2011 la elaboración de un protocolo de actuación con el fin de asegurar la pronta y adecuada determinación y canalización de internas e internos que requiriesen ser trasladados urgentemente a hospitales externos, insistiendo en que la protección de la salud, la integridad personal y la vida deben ser el criterio rector de la actuación.¹⁹ En 2013 este organismo insistió de nuevo en la necesidad de fortalecer el sistema de referencias y contrarreferencias, vigilando en especial que las y los pacientes sean presentados con puntualidad a las consultas programadas y se les dé un seguimiento médico adecuado cuando regresen a su centro de reclusión.²⁰

A manera de conclusión

A dos años de la presentación del Informe especial muchos de los puntos señalados en él aún no están resueltos; al contrario, una vez más han sido puntualizados en las recomendaciones emitidas después a su publicación. Los insumos institucionales de la CDHDF coinciden en evidenciar el déficit que sigue imperando en la prestación de los servicios médicos en los centros de reclusión del Distrito Federal. Tanto la SSDF como la SGDF tienen cartas en el asunto.

El reto no está únicamente en el incremento de los recursos económicos, humanos y materiales necesarios para mejorar las condiciones de trabajo y calidad en la atención, sino también en revertir las reiteradas omisiones del personal que no adopta todas las medidas necesarias para garantizar los derechos de las personas en reclusión. En particular, resulta imprescindible mejorar la coordinación y los procedimientos para asegurar el acceso oportuno a las unidades médicas de todas las personas que lo requieran; y vigilar y mejorar los servicios proporcionados, el seguimiento médico de las y los pacientes y el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia a hospitales de especialidad. Éstos son algunos de los desafíos para garantizar una atención médica de calidad a las personas privadas de la libertad que se encuentran en los centros de reclusión del Distrito Federal.

¹⁷ *Ibidem*, p. 47.

¹⁸ CDHDF, Recomendación 9/2013, pp. 22 y 23.

¹⁹ CDHDF, Recomendación 4/2011, punto recomendatorio quinto. Véase también CDHDF, Recomendación 7/2011.

²⁰ CDHDF, Recomendación 9/2013, puntos recomendatorios segundo y tercero.



Fotografía: Archivo CDHDF.

Fotografía: Ernesto Gómez Ruiz/CDHDF.



Re



ferencias

Mujeres y prisión preventiva: presuntas inocentes sufriendo castigos anticipados y abusos*

En algunos países los porcentajes de *mujeres* privadas de la libertad a la *espera de juicio* sobrepasan **80%**. Conforme las cifras aumentan, los sistemas judiciales y penales carecen de preparación para atender el fenómeno.

México

En México, durante 2006 la población penitenciaria femenina era de 40 000; para **2010** se incrementó a **74 000** internas.

Más de medio millón de mujeres están privadas de la libertad en el mundo, sufriendo penas anticipadas, abusos y abandono. En América Latina, la población penitenciaria femenina casi se duplicó en los últimos cinco años.

Brasil

Mientras tanto, en Brasil se presentó un crecimiento explosivo, al triplicarse el número de mujeres internas en el mismo periodo (2006-2010), pasando de 11 000 a **35 000**.

* Open Society Justice Initiative, Campaña Global para la Justicia Previa al Juicio-Región América Latina, disponible en <<http://equis.org.mx/wpcontent/uploads/2012/05/previaaljuicio.pdf>>, página consultada el 30 de abril de 2013.

Ley y política pública

Los instrumentos universales y regionales de derechos humanos indican que la prisión preventiva debe ser utilizada sólo como último recurso y atendiendo a las necesidades específicas de las mujeres. Los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, señalan que “la privación preventiva de la libertad, como medida cautelar y no punitiva, deberá obedecer a los principios de legalidad, presunción de inocencia, necesidad y proporcionalidad, en la medida estrictamente necesaria en una sociedad democrática” (principio III.2, tercer párrafo).

Por otro lado, las Reglas de Bangkok para el tratamiento de mujeres privadas de la libertad y bajo medidas en libertad establecen: “A fin de poner en práctica el principio de no discriminación consagrado en el párrafo 6 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, se deben tener en cuenta las necesidades especiales de las reclusas en la aplicación de las presentes Reglas” (regla 1).

Elevada cifra de mujeres privadas de la libertad

La privación de la libertad de mujeres está inevitablemente vinculada a la pobreza. La mayoría fueron acusadas de delitos menores y se encuentran en situación de penuria, marginalidad y abuso. Hay un crecimiento importante de mujeres jefas de hogar, a cargo de niños y eventualmente de hermanos(as) y padres. Rara vez pueden pagar un abogado o una fianza y, por lo tanto, tienen mayor riesgo de pasar un tiempo prolongado en prisión preventiva. En muchos países de la región, la gran mayoría de las mujeres privadas de la libertad están acusadas de delitos contra la salud, aunque escasamente son las protagonistas del narcotráfico.

Las mujeres pobres y en situación de vulnerabilidad son un blanco fácil para la policía, lo cual ha resultado en el incremento de la detención y la privación de la libertad de miles de mujeres.

Algunas recomendaciones:

1

Revisar las leyes y políticas públicas que contribuyen al incremento desproporcionado de mujeres privadas de la libertad.

2

Mantener estadísticas confiables sobre el número, la situación procesal y las necesidades de las mujeres en prisión preventiva.

3

Incluir más mujeres capacitadas con visión de género en las diferentes áreas del sistema de justicia penal.

4

Incrementar el acceso a alternativas para la prisión preventiva y proveer instalaciones y servicios con perspectiva de género.

TESTIMONIO 1

“MLPR, 34 años, pasó cuatro años en prisión preventiva. Durante ese tiempo las autoridades penitenciarias condicionaron su derecho a la visita conyugal, a que aceptara una inyección anticonceptiva que no necesitaba por haber sido previamente esterilizada. Nunca hubo examen médico anterior o seguimiento posterior, aunque ella se quejó de efectos secundarios por esa inyección innecesaria. Esta práctica penitenciaria es una violación a las normas nacionales e internacionales.”

ASILEGAL, México.

TESTIMONIO 2

“Una joven con tres meses de embarazo fue arrestada por microtráfico de estupefacientes. Aunque la ley dispone que se aplique el arresto domiciliario, lleva ya siete meses de gestación y aún está en detención previa al juicio, en condiciones antihigiénicas, sin nutrición apropiada ni atención médica. De dar a luz en detención, el hospital sólo le proveerá atención si está esposada.”

Informe sobre los derechos humanos de las mujeres internas en centros de reclusión en México*

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

2. A través de este informe, la Comisión Nacional [de los Derechos Humanos (CNDH)] hace patente la necesidad de que las autoridades encargadas del sistema penitenciario mexicano tomen medidas pertinentes y realicen acciones a efecto de que se garantice la protección, defensa y ejercicio efectivo de los derechos humanos de las mujeres que se encuentran privadas de su libertad en los centros de reclusión de la república mexicana, por cuya circunstancia las coloca en una situación de vulnerabilidad.

[...]

III. Acciones

12. Para la elaboración de este informe, se diseñó un programa de trabajo que contempló visitas de campo a centros penitenciarios con población femenil, tanto federales como estatales, entrevistas a mujeres privadas de la libertad y a personal técnico penitenciario, así como la recopilación de información. Además, se revisaron los resultados del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria (DNSP), presentado en septiembre de 2012, relativo a 69 establecimientos que albergan a población mixta dependientes de autoridades de los estados de Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luís Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas [...]

[...]

* Extracto del Informe especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre el estado que guardan los derechos humanos de las mujeres internas en centros de reclusión de la república mexicana, México, CNDH, 2013. El informe completo está disponible en <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/informes/especiales/informeEspecial_CentrosReclusion_0.pdf>, página consultada el 27 de junio de 2013.

13. Del mismo modo, servidores públicos de la [...] [CNDH] llevaron a cabo visitas de supervisión penitenciaria a los siguientes 10 establecimientos de reclusión exclusivos para mujeres [...]. 1) Centro de Readaptación Social Femenil Aguascalientes; 2) Centro de Readaptación Social Femenil Saltillo; 3) Centro Estatal para la Reinserción Social de los Sentenciados No. 4 Femenil Tapachula; 4) Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla; 5) Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan; 6) Centro de Reinserción Femenil de Jalisco; 7) Centro de Readaptación Social Femenil Atlacholaya; 8) Centro de Readaptación Social Femenil San José El Alto; 9) Centro de Readaptación Social Nogales Femenil, y 10) Centro Preventivo de Readaptación Social Femenil Cieneguillas.

[...]

iv. Hechos

21. Como resultado del trabajo de investigación realizado se observó la existencia de hechos que contravienen normas nacionales e internacionales sobre los derechos humanos de las mujeres privadas de la libertad, relativos a la reinser-

ción social, a la igualdad, al trato digno, a la protección de la salud,¹ a la legalidad y seguridad jurídica [...]

E. Protección de la salud

[...]

43. En la mayoría de establecimientos que alojan población femenil y varonil la atención médica es deficiente, puesto que no existen instalaciones específicas para mujeres, ello implica que las mujeres sean atendidas, si es el caso, en el mismo lugar que los varones.

[...]

45. En los establecimientos penitenciarios exclusivos para mujeres existen algunas deficiencias relacionadas con la prestación del servicio de salud a la población interna, ya que en el caso del Centro de Readaptación Social Femenil Aguascalientes no se cuenta con suficiente instrumental médico; en el similar de Saltillo no existe unidad odontológica ni hay suficiente personal médico y psicológico para atender a las internas; y el Centro Estatal para la Reinserción para Sentenciados No. 4 Femenil Tapachula [...] no tiene personal médi-

co ni material de curación suficiente.

46. Por otra parte, en el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla se observó que el mobiliario e instrumental médico presentan deterioros; el Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan carece de instrumental médico.

47. El Centro de Reinserción Social Femenil de Atlacholaya, Morelos, presenta deficiencias en la unidad odontológica, cuenta con escaso personal y el material de curación y medicamentos es insuficiente; el Femenil de San José El Alto, Querétaro, carece de instrumental médico; y en el similar de Nogales existen deficiencias relacionadas con la falta de personal y una adecuada atención médica a sus necesidades específicas, especialmente aquellas propias de su género.

48. En el Complejo Penitenciario Islas Marías los servidores públicos entrevistados manifestaron que el servicio médico por parte del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social solamente contaba con tres médicos generales para una población de más de 8000 internos; cuya labor esencial es de carácter administrativo y en ocasiones para la atención de urgencias; aunado a que se constató que no se

1 N. del E.: Para efectos de esta edición de *defensor*, nos enfocaremos en el tema del derecho a la salud.

integran debidamente los expedientes clínicos, hay escasez de medicamentos, y no cuentan con instalaciones propias como área de hospitalización y que los estudios de laboratorio, de gabinete básicos, así como la atención médica son realizados por el Hospital Rural número 20 Islas Marías del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual también suministra los fármacos.

49. Por otro lado, el titular de la División de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social comunicó que la enfermera adscrita al área femenil es quien lleva a las internas que lo solicitan para que el médico familiar adscrito al Hospital Rural número 20 Islas Marías las valore y programe las citas para las pacientes que requieran tratamientos y estudios especializados o atención de urgencias fuera del Complejo Penitenciario.

50. Así, para recibir la atención referida en el párrafo que antecede es necesario esperar un tiempo mínimo de tres meses para la asignación de cita, así como la autorización del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social para su externación al continente, cuyo traslado se realiza en barco, para ser atendidas indistintamente en el Hospital General o en el Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mazat-

lán, Sinaloa, cuyas salidas se efectúan todos los jueves por la noche.

51. Aunado a lo anterior, se constató que en el área de Tratamientos Especiales del Centro Federal Femenil de Readaptación Social Rehilete del Complejo Penitenciario Islas Marías no se brinda ningún tipo de atención médica durante el tiempo que las internas permanecen en ese sitio cumpliendo alguna sanción.

52. En relación con el servicio médico del Centro Federal Femenil Noroeste, la directora de dicho establecimiento penitenciario expuso que cada seis semanas las internas son revisadas por un ginecólogo, sin embargo, no cuentan con un quirófano o sala de expulsión, y cuando se requiere las reclusas [*sic*] son externadas para su atención al quirófano de su similar varonil. Adicionalmente, refirió que se contrata el servicio de un médico pediatra cuando es necesario, sin embargo, la vigilancia médica de los menores que se alojan en el centro está a cargo de los médicos generales del Cefereso varonil.

[...]

v. Observaciones

85. Cuando se analiza el sistema penitenciario relacionado con la reclusión de las mujeres, puede observarse la añeja y de





Fotografía: Sonia Blanquel/сдног.

ninguna manera justificable situación de discriminación en razón de género que permea en dichos establecimientos, desde la regulación normativa interna, la estructura de las cárceles, la clasificación de la población penitenciaria, así como el funcionamiento y operación de los centros de reclusión, que se manifiesta en una notoria falta de presupuesto y atención específica relacionada con el internamiento de las mujeres, que presenta un notorio desequilibrio con el de los varones [...]

[...]

89. Del análisis de la información que se recabó sobre el particular, así como del resultado de las entrevistas y las visitas de supervisión realizadas a diversos establecimientos penitenciarios con población mixta y de aquellos que albergan exclusivamente población femenil, se evidenció la existencia de diversas deficiencias e irregularidades que constituyen violaciones a derechos humanos de las internas y de sus menores hijos que viven con ellas, por lo que es pertinente hacer notar esas violaciones con la finalidad de

que se corrijan en los lugares donde se presentan.

[...]

134. [...] en relación con el derecho a la protección de la salud, se observó que en la gran mayoría los centros de reclusión existen profundas carencias en los servicios médicos, las cuales tiene que ver principalmente con la insuficiencia de personal médico, la falta de instalaciones específicas para la atención de las mujeres, así como la carencia o insuficiencia de medicamentos, lo cual vulnera el derecho de todas las personas a la protección de la salud.

135. Al respecto, esta Comisión Nacional ha emitido diversos pronunciamientos a consecuencia de esta problemática, en ese sentido en la Recomendación General número 18, sobre la situación de los derechos humanos de los internos en los centros penitenciarios de la república mexicana, emitida en septiembre de 2010, ha insistido en que la obligación de proporcionar a cada recluso [sic] la asistencia médica que requiere es uno de los deberes

que el Estado asume cuando priva de la libertad a una persona, debido a que por la situación de encierro no le es posible satisfacer por sí mismo sus necesidades, las cuales frecuentemente se tornan más apremiantes debido al efecto del internamiento sobre el bienestar físico y mental.

136. A la mujer corresponde cierto trato diferenciado dentro de los centros de reclusión, razón por la cual la autoridad penitenciaria es la principal responsable de la protección de este derecho, ante la imposibilidad de las reclusas [sic] de acceder por sus propios medios a los servicios de salud, por lo que se le debe proporcionar atención médica y el suministro de medicamentos de manera oportuna.

137. Además, con su conducta las autoridades que administran la institución penitenciaria dejan de observar el contenido del párrafo cuarto del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y del artículo 2º, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, que dispone que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad el bienestar físico y mental

Los centros de reclusión destinados exclusivamente para mujeres presentan una serie de restricciones o carencias materiales que no les permite el ejercicio de sus derechos humanos.

para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, así como la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.

138. Los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas en su principio x señala[n] que las personas privadas de libertad tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial; el acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos; la implementación de programas de educación y promoción en salud, inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, endémicas y de otra índole; y las medidas especiales para satisfacer las necesidades particulares de salud de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos vulnerables, entre ellos las mujeres.

139. También se menciona que las mujeres tendrán derecho de acceso a una atención médica especializada que corresponda a sus características físicas y biológicas, y que responda adecuada-

mente a sus necesidades en materia de salud reproductiva, con atención médica ginecológica y pediátrica antes, durante y después del parto, el cual no deberá realizarse dentro de los lugares de privación de libertad sino en hospitales o establecimientos destinados para ello.

[...]

vi. Conclusiones

198. Lo [...] anteriormente descrito [...] pone de manifiesto que los centros de reclusión destinados exclusivamente para mujeres presentan una serie de restricciones o carencias materiales que no les permite el ejercicio de sus derechos humanos, a pesar de que éstos no quedan limitados por la sujeción a la prisión preventiva o a la ejecución de la pena privativa de libertad. Aunado a lo anterior, es de señalar que en los establecimientos mixtos, por ser considerablemente más numerosa la población masculina, las internas procesadas y sentenciadas se encuentran incluso hacinadas o con una serie de restricciones o carencias materiales que no tienen justificación y les impide[n] el efectivo ejercicio de sus derechos humanos.

199. Es por ello que las autoridades penitenciarias, en el ámbito local y federal, deben implementar medidas necesarias a efecto de garantizar el respeto y ejercicio pleno de [...] los derechos humanos de la población femenil reclusa [*sic*] con establecimientos exclusivos para ellas, a fin de que no se vean afectadas por las adecuaciones que suelen hacerse a las instalaciones que las albergan y que en muchas ocasiones las obligan a compartir diversas áreas comunes con los varones.

[...]

201. La [...] [CNDH] pone de manifiesto que las acciones y tendencias actuales en la planeación y uso de los espacios penitenciarios en México no contemplan de manera específica y clara la situación de las mujeres en reclusión que les garantice una estancia digna y segura de acuerdo [...] [con] su condición de mujer y separada de los hombres como lo establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y que la infraestructura de los centros donde se encuentran reclusas carece de equipamiento y condiciones propias para la atención de sus necesidades de género en términos de respeto e igualdad.

Salud y prisión

JUANA PATRICIA NOVA ARANDA Y JORGE RUIZ DEL ÁNGEL*

I. Introducción

En estas líneas se buscará abordar un terreno poco explorado en la praxis por expertos en derecho penal y penitenciario. No se pretende construir un modelo que enmarque el deber ser de los actores involucrados, tanto del Estado como de particulares; la aspiración radica en enunciar algunas obligaciones y consecuencias que produce el binomio prisión y salud cuando esta última imposibilita a la persona para que cumpla una pena privativa o restricción preventiva de la libertad en un centro penitenciario.

También se esbozarán algunas ideas que resaltan la exigibilidad del derecho fundamental que tienen las personas, en el caso del Distrito Federal, a no permanecer privadas de la libertad en centros de reclusión –ya sea durante la prisión preventiva o en el cumplimiento de una pena– cuando su estado de salud sea precario, hayan sufrido consecuencias graves derivadas de la comisión del ilícito imputado, sean seniles o vivan con alguna discapacidad; y finalmente, la obligación de los entes que integran el sistema penitenciario de la ciudad y de los operadores judiciales.

II. Finalidad de la pena y salud

Existe el sentir generalizado de que la pena privativa de la libertad y la prisión preventiva deben invocarse como *ultima ratio*, es decir como una acción excepcional que no se erija como regla exclusiva para el cumplimiento de una pena o sanción por la comisión de una conducta delictiva.

En los últimos tres siglos se transitó de la concepción de la pena como una potestad del Estado para provocar sufrimiento y dolor con saña y crueldad –mediante flagelos, tratos crueles e inhumanos– a quienes infringían las leyes dictadas por el soberano, hacia su noción como una medida que intentaba enaltecer el humanismo de la sociedad a través del encierro en centros denominados prisiones.

Aún en la actualidad se sostiene que “la prisión tiene por finalidad causar sufrimiento y dolor; si no hay sufrimiento y dolor, esta pena no ha logrado su fin”, aunque *de facto* se sabe que el déficit en las condiciones de los centros penitenciarios de casi la totalidad del país y el Distrito Federal *per se* produce sufrimiento y dolor en las personas se hallan ahí. La posición teórica dista, y en mucho, de tal afirmación.

Se ha debatido desde diversos enfoques la génesis del delito y la necesidad, objeto y utilidad de la prisión. En su obra *Tratado de los delitos y de las penas*, César Bonesana, marqués de Beccaria, apuntó que las penas y el

* Juana Patricia Nova Aranda es licenciada en derecho por la Universidad Nacional Autónoma de México; actualmente es visitadora adjunta adscrita a la Segunda Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) encargada de la atención a casos por presuntas violaciones al derecho a la salud en centros de reclusión de la ciudad de México. Jorge Ruiz del Ángel es licenciado en derecho por la Universidad Veracruzana y maestro en derechos fundamentales por la Universidad Carlos III de Madrid; actualmente es director de área adscrito a la Segunda Visitaduría de la CDHDF.

modo de infligirlas deben estudiarse de tal manera que, guardando la debida proporción, hagan una impresión más eficaz y duradera sobre el espíritu de los hombres, y a la vez sean menos tormentosas sobre el cuerpo de los “reos”.¹ Si bien esta posición puede ser cuestionada, da las pautas para proscribir sufrimientos de cualquier naturaleza e índole más allá de los que causa la propia restricción a la libertad de las personas que se encuentran en prisión.

Con base en esta premisa, los modelos penitenciarios –por lo menos en Occidente– no tienen por finalidad implementar penas que provoquen sufrimiento para que a través de ellas se inhiban conductas delictivas y se genere una medida ejemplar a la sociedad.

El *corpus iuris*² de los derechos de las personas privadas de la libertad prohíbe que en la ejecución de una pena o durante el sometimiento a la medida que restrinja la libertad se materialicen medidas ajenas a la reclusión que ocasionen sufrimiento; e incluso contempla el cumplimiento de la medida privativa de libertad en el derecho a la reinserción social. Así, a partir de la reforma en materia de derechos humanos de 2011, el sistema jurídico mexicano reconoció en el párrafo segundo del artículo 18 constitucional que

el sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo,



1 César Bonesana, marqués de Beccaria, *Tratado de los delitos y de las penas*, Buenos Aires, Heliasta, 1993.

2 Se utiliza este concepto para referir al conjunto de instrumentos internacionales de los sistemas universal e interamericano de derechos humanos y a las normas federales y locales que reconocen derechos, en este caso, de las personas privadas de la libertad o sometidas a cualquier forma de detención o prisión.



la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir, observando los beneficios que para él prevé la ley.

Se esté o no de acuerdo, la reinserción social se erige como la piedra angular del sistema penitenciario federal; y es a partir del contenido esencial de este precepto que los estados, incluyendo el Distrito Federal, tienen el deber de construir sus respectivos sistemas.

En tal contexto y sin la intención de definir cuál sería la finalidad de la prisión y/o pena privativa de libertad, se podría considerar que para cumplir con su propósito ésta debe tener por lo menos dos objetivos, uno implícito y otro expreso. Por un lado, no causar mayor sufrimiento y/o dolor que el que derive de la propia restricción de la libertad; y por otro, generar condiciones óptimas para la reinserción de las personas al promover una gama de satisfactores, algunos de los cuales, a nuestro juicio, son categorías autónomas y no requisitos para lograr

dicho propósito. Por ejemplo, la salud no es un medio para lograr o hacer efectiva la reinserción social sino una pretensión moral justificada –derecho fundamental– y autónoma cuya garantía es independiente de las condiciones que pueda generar el Estado para que la persona privada de la libertad decida o no hacer efectivo el derecho a la reinserción social.

Ahora bien, al hacer el planteamiento sobre las consecuencias de mantener privada de la libertad a una persona cuyo estado de salud y/o condición es vulnerable ante las condiciones penitenciarias y acerca del propósito y finalidad de la prisión, se podría determinar que su permanencia le causaría un daño y sufrimiento mayores e innecesarios a los que de por sí se encuentra expuesta con la restricción de su libertad. Por ejemplo, no se advierte cuál es el fin que se persigue al permitir que una persona con cáncer terminal o paraplejia permanezca en prisión; no se vislumbra el objetivo de la cárcel cuando, además de una enfermedad terminal, existe un déficit en las condiciones penitenciarias que no garantiza a las personas una

estancia digna, como infraestructura suficiente para alojarlas, accesibilidad y calidad en los tratamientos médicos.

III. Pena privativa de la libertad innecesaria a partir del precario estado de salud, senilidad y/o discapacidad

En el caso del Distrito Federal, a través del legislador, el poder político reconoció como derecho fundamental la posibilidad de no cumplir con la pena privativa de la libertad en un centro penitenciario bajo ciertos supuestos; y en el caso de las personas procesadas, contempló la posibilidad de que afronten el proceso fuera de prisión³ o que, al dictar sentencia, la o el juzgador prescindiera de la pena privativa de la libertad.⁴ En este sentido, nos referiremos al derecho de toda persona privada de la libertad a la que se dictó sentencia condenatoria a cumplir la sentencia fuera de prisión por su condición de salud.

La Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, en vigor a

3 Código Penal para el Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 16 de julio de 2002; última reforma publicada el 3 de agosto de 2012, artículo 75 bis: "Cuando la orden de aprehensión o el auto de formal prisión se dicte en contra de una persona mayor de 70 años de edad o de precario estado de salud permanente, el juez podrá ordenar que la prisión preventiva se lleve a cabo en el domicilio del indiciado o procesado bajo las medidas de seguridad que procedan. La petición se tramitará incidentalmente.

"No gozarán de esta prerrogativa quienes, a criterio del juez, puedan sustraerse de la acción de la justicia o manifiesten una conducta que haga presumir fundadamente que causarán daño al denunciante o querellante, a la víctima u ofendido o a quienes directa o indirectamente participen o deban participar en el proceso.

"En todo caso, la valoración del juez se apoyará en dictámenes de peritos".

4 *Ibidem*, artículo 75: "El juez, de oficio o a petición de parte, podrá prescindir de la imposición de la pena privativa o restrictiva de la libertad o sustituirla por una menos grave o por una medida de seguridad, cuando la imposición resulte notoriamente innecesaria e irracional, en razón de que el agente:

"a) Con motivo del delito cometido, haya sufrido consecuencias graves en su persona;

"b) Presente senilidad avanzada; o

"c) Padezca enfermedad grave e incurable avanzada o precario estado de salud. En estos casos, el juez tomará en cuenta el resultado de los dictámenes médicos y asentará con precisión, en la sentencia, las razones de su determinación.

"Se exceptúa la reparación del daño y la sanción económica, por lo que no se podrá prescindir de su imposición".

Referencias

partir del 19 de junio de 2011, plantea en su artículo 9º, fracción II, la facultad de las y los jueces de Ejecución de sustituir la pena de prisión por externamiento en los casos en que sea notoriamente innecesario que se compurgue, y específicamente en las siguientes hipótesis: senilidad, precario estado de salud y discapacidad que impida la compurgación de la pena.

Esta ley reconoce que la prisión no tiene ningún objeto y finalidad bajo tales supuestos, por lo que prescinde de ella. Dicha visión garantista se hace extensiva cuando la misma norma posibilita a las y los jueces para actuar de oficio en la figura de externamiento; es decir que en casos en que detecten a una persona privada de la libertad que se encuentre en estas condiciones, deberán activar la maquinaria

judicial y permitir que cumpla con la pena fuera de la prisión. Sin embargo, la *praxis* pone de manifiesto una serie de obstáculos que impiden la exigibilidad de este derecho.

La referida ley tendría como objetivo principal crear una auténtica jurisdicción penitenciaria, por esto atribuye a las y los jueces de Ejecución las facultades para conocer de cualquier tipo de modificación, sustitución o cese de la pena privativa de la libertad. En consecuencia, son estos últimos los entes competentes para conocer sobre la figura del externamiento.

La realidad es que hasta el día de hoy únicamente se han creado dos juzgados de Ejecución para el Distrito Federal, situación que hace casi imposible que éstos ejerzan todas y cada una de las facultades que les son otorgadas por la ley. En

2011 el Consejo de la Judicatura emitió dos acuerdos –59-28/2011 y 62/48/2011– en los que se determinó que de manera indefinida las y los jueces de Ejecución conocerían únicamente de beneficios penitenciarios.

Tales acuerdos no sólo delimitan la competencia de las y los jueces de Ejecución sino que también trasladan a las y los jueces penales de primera instancia esa competencia, situación no menor, pues implica que éstos deban ser los encargados de la ejecución de la pena; es decir, que se asuman como jueces de Ejecución y, por ende, desahoguen el procedimiento de externamiento con las reglas establecidas por dicha ley. Sin embargo, es común que se rehúsen a admitir y a pronunciarse sobre las peticiones de exter-

Fotografía: Sonia Blanquel/CDHDF.





Fotografía: Sonia Blanquel/COHDF.

namiento; dicho de otro modo: el derecho se encuentra reconocido, pero la eficacia de la garantía –mecanismo de protección al derecho– es cuestionada.

iv. Los operadores judiciales en la resolución de casos al prescindir de la pena privativa de la libertad por motivos de salud

La realidad penitenciaria es conocida por todos los entes encargados de la administración e impartición de justicia. Para los operadores de justicia ésta no es extraña y más aún cuando se tiene una población privada de la libertad que rebasa las 40 mil personas pero se cuenta con una capacidad instalada para poco más de 21 mil.

Ante tal fenómeno, su reto será convertirse en un mecanismo jurisdiccional capaz de observar el respeto a los derechos de las personas privadas de la libertad, tanto en la vigilancia sobre el cumplimiento de las penas de prisión como en la despresurización a través del análisis de las peticiones de beneficios de libertad anticipada. Si bien esta misión presenta obstáculos materiales, se podría empezar por revisar las condiciones de salud de la población penitenciaria de la ciudad: qué factores determinantes inciden en la afectación de su salud y ubicar aquellos casos en que, por senilidad, precario estado de salud o discapacidad, la pena privativa de libertad no es necesaria.

Los operadores judiciales encargados de supervisar la ejecución de la pena deberán desplegar materialmente todas las funciones que tienen encomendadas: tomar en cuenta el desahogo de un procedimiento rápido, debido y oportuno cuando se trate de alguno de los supuestos mencionados, ya que de no hacerlo así la estancia o permanencia de la persona privada de la libertad en un centro penitenciario se prolonga, al igual que su sufrimiento y angustia, lo cual es adicional a la pena que la o el juez natural le haya impuesto.

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, como mecanismo protector de derechos humanos y como garantía no jurisdiccional de éstos, generó un proyecto que se encarga de identificar casos en que la prisión preventiva o pena impuesta es innecesaria; y que articula a los diferentes actores de la sociedad civil y autoridades locales para que, considerando el estado de salud de las personas, el déficit en las condiciones penitenciarias y las dificultades que se observan en la accesibilidad y calidad de la atención médica, se prescinda de la pena privativa de la libertad.

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, como mecanismo protector de derechos humanos y como garantía no jurisdiccional de éstos, generó un proyecto que se encarga de identificar casos en que la prisión preventiva o pena impuesta es innecesaria; y que articula a los diferentes actores de la sociedad civil y autoridades locales para que, considerando el estado de salud de las personas, el déficit en las condiciones penitenciarias y las dificultades que se observan en la accesibilidad y calidad de la atención médica, se prescinda de la pena privativa de la libertad.

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, como mecanismo protector de derechos humanos y como garantía no jurisdiccional de éstos, generó un proyecto que se encarga de identificar casos en que la prisión preventiva o pena impuesta es innecesaria; y que articula a los diferentes actores de la sociedad civil y autoridades locales para que, considerando el estado de salud de las personas, el déficit en las condiciones penitenciarias y las dificultades que se observan en la accesibilidad y calidad de la atención médica, se prescinda de la pena privativa de la libertad.

Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

I. Introducción

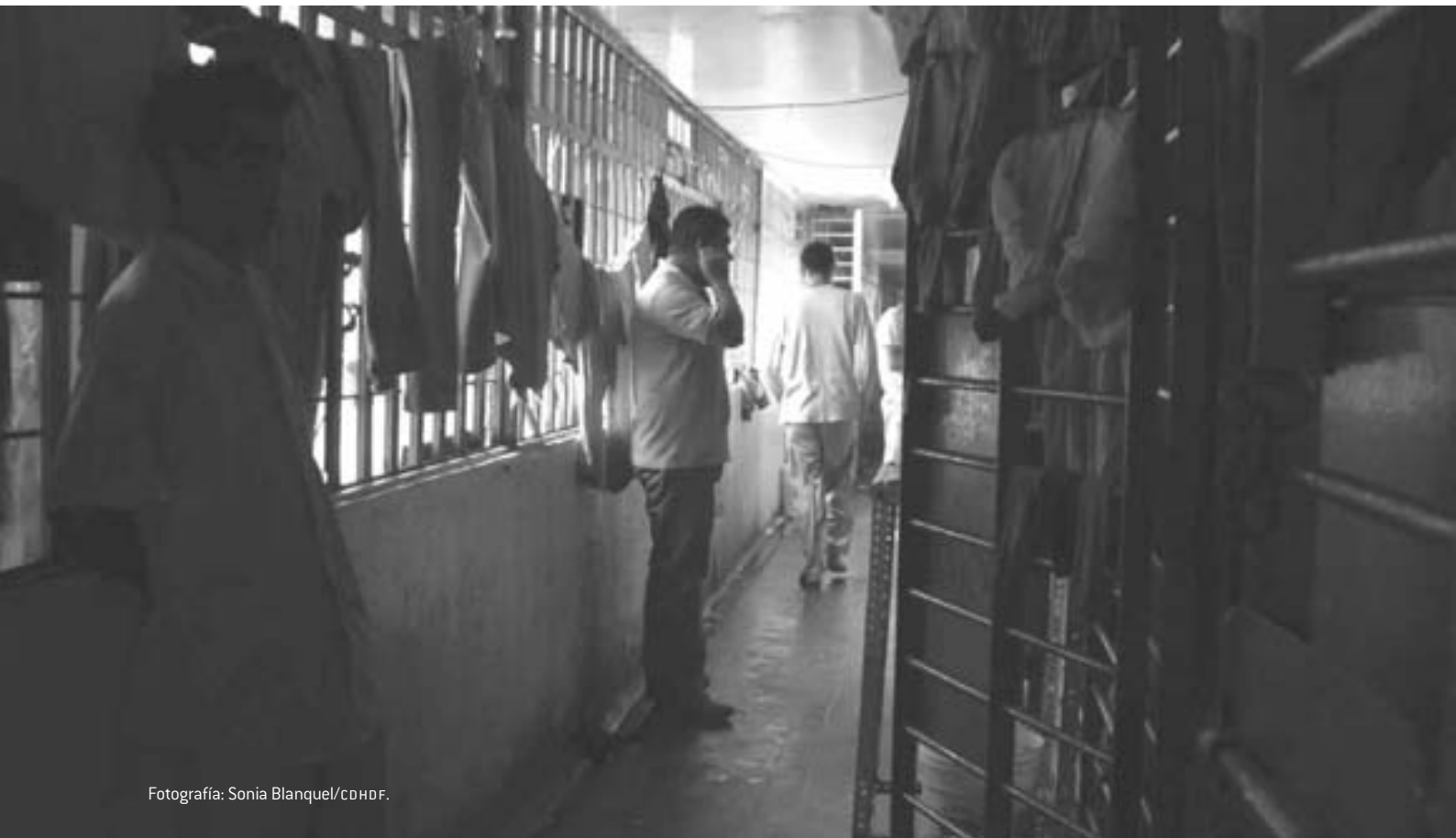
A. Contexto y propósito del presente informe

1. Desde hace cinco décadas la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante “la Comisión”, “la Comisión Interamericana” o “la CIDH”) ha venido dando seguimiento a la situación de las personas privadas de libertad en las Américas por medio de sus distintos mecanismos; sobre todo, a partir del establecimiento en marzo de 2004, de su Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad (en adelante “la Relatoría de PPL” o “la Relatoría”).¹
2. Así, la CIDH ha observado que los problemas más graves y extendidos en la región son:
 - a) el hacinamiento y la sobrepoblación;
 - b) las deficientes condiciones de reclusión, tanto físicas como relativas a la falta de provisión de servicios básicos;
 - c) los altos índices de violencia carcelaria y la falta de control efectivo de las autoridades;
 - d) el empleo de la tortura con fines de investigación criminal;
 - e) el uso excesivo de la fuerza por parte de los cuerpos de seguridad en los centros penales;
 - f) el uso excesivo de la detención preventiva, lo cual repercute directamente en la sobrepoblación carcelaria;²

* Extracto del *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 64, CIDH/OEA, 31 de diciembre de 2011, disponible en <<http://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/PPL2011esp.pdf>>, página consultada el 4 de julio de 2013.

1 Durante el periodo 2004-2011 la Relatoría realizó 20 visitas de trabajo a 15 países del hemisferio: Uruguay (julio de 2011); Surinam (mayo de 2011); El Salvador (octubre de 2010); Argentina (junio de 2010); Ecuador (mayo de 2010); Uruguay (mayo de 2009); Argentina (abril de 2009); Paraguay (septiembre de 2008); Chile (agosto de 2008); México (agosto de 2007); Haití (junio de 2007); Argentina (diciembre de 2006); Bolivia (noviembre de 2006); Brasil (septiembre de 2006); República Dominicana (agosto de 2006); Colombia (noviembre de 2005); Honduras (diciembre de 2004); Brasil (junio de 2005); Argentina (diciembre de 2004); y Guatemala (noviembre de 2004). En el curso de estas misiones de trabajo se realizan visitas a penitenciarias, centros de detención, comisariías, estaciones de policía, entre otros, con el objeto de verificar la situación de las personas privadas de libertad en esos lugares; asimismo, se sostienen reuniones con autoridades de alto nivel y organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la situación de las personas privadas de libertad. La página web oficial de la Relatoría está disponible en <<http://www.oas.org/es/cidh/ppl/default.asp>>.

2 El uso excesivo de la detención preventiva es otro de los graves problemas presentes en la absoluta mayoría de los países de la región, éste es a su vez la causa de otros serios problemas como el hacinamiento y la falta de separación entre procesados y condenados. El uso excesivo de esta medida es un tema amplio y complejo al que la Comisión le dedicará próximamente un informe temático.



Fotografía: Sonia Blanquel/CDHDF.

- g) la ausencia de medidas efectivas para la protección de grupos vulnerables;
 - h) la falta de programas laborales y educativos, y la ausencia de transparencia en los mecanismos de acceso a estos programas, y
 - i) la corrupción y falta de transparencia en la gestión penitenciaria.
3. Estos desafíos en el respeto y garantía de los derechos de las

personas privadas de libertad identificados por la CIDH son fundamentalmente los mismos que han sido sistemáticamente observados en las Américas por los mecanismos de monitoreo de las Naciones Unidas que realizan visitas a cárceles y centros de detención.³ La naturaleza de esta situación revela la existencia de serias deficiencias estructurales que afectan gravemente derechos

humanos inderogables, como los derechos a la vida y a la integridad personal de los reclusos [sic] e impiden que en la práctica las penas privativas de la libertad cumplan con la finalidad esencial que establece la Convención Americana [sobre Derechos Humanos] la reforma y la readaptación social de los condenados [sic]

[...]

3 Por otro lado, la CIDH observa que el Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente (Ilanud), en su reciente publicación *Cárcel y justicia penal en América Latina y el Caribe* plantea que los cinco problemas o necesidades principales de los sistemas penitenciarios de América Latina son: a) la ausencia de políticas integrales (criminológicas, de derechos humanos, penitenciarias, de rehabilitación, de género, de justicia penal); b) el hacinamiento carcelario, originado en reducidos presupuestos y en la falta de adecuada infraestructura; c) la deficiente calidad de vida en las prisiones; d) la insuficiencia de personal penitenciario y su falta de capacitación adecuada, y e) la falta de programas de capacitación y de trabajo para las personas presas [sic] [...] Ilanud, *Cárcel y justicia penal en América Latina y el Caribe*, 2009, pp. 28-31.

B. Principios en los que se sustenta y contenidos fundamentales

8. Este informe se sustenta en el principio fundamental de que el Estado se encuentra en una posición especial de garante frente a las personas privadas de libertad, y que como tal, asume deberes específicos de respeto y garantía de los derechos fundamentales de estas personas; en particular, de los derechos a la vida y a la integridad personal, cuya realización es condición indispensable para el logro de los fines esenciales de la pena privativa de libertad: la reforma y la readaptación social de los condenados. Así, el ejercicio del poder de custodia lleva consigo la responsabilidad especial de asegurar que la privación de la libertad sirva a su propósito y que no conduzca a la violación de otros derechos básicos.⁴

[...]

12. En cuanto a sus contenidos, el presente informe se estructura en seis capítulos en los que la Comisión Interamericana se refiere a aquellos problemas que considera son

los más graves y extendidos de la región, aquellos que afectan de forma más contundente los derechos fundamentales de la generalidad de las personas privadas de libertad. Sin desconocer que esta realidad también incluye otros elementos y que por lo tanto existen otros temas de gran importancia que si bien no son abordados directamente en esta ocasión, sí serán analizados en eventuales informes temáticos posteriores.

[...]

22. En el capítulo v sobre *atención médica*, se establece que el deber del Estado de proveer servicios de salud a las personas sometidas a su custodia es una obligación que deriva directamente de su deber de garantizar los derechos a la vida e integridad personal de los reclusos [*sic*] y que dicha responsabilidad internacional se mantiene aun en el supuesto de que tales servicios sean proveídos en las cárceles por agentes privados. Asimismo, se analizan varios de los principales obstáculos que enfrentan las personas privadas de libertad cuando

requieren atención médica, como por ejemplo, la falta de personal e insumos suficientes para cubrir la demanda real.

[...]

v. Atención médica⁵

A. Estándares fundamentales

519. El proveer la atención médica adecuada a las personas privadas de libertad es una obligación que se deriva directamente del deber del Estado de garantizar la integridad personal de éstas (contenido en los artículos 1.1 y 5° de la Convención Americana y 1 de la Declaración Americana [de los Derechos y Deberes del Hombre]). En ese sentido, la CIDH ha establecido que “[e]n el caso de las personas privadas de libertad la obligación de los Estados de respetar la integridad física, de no emplear tratos crueles, inhumanos y de respetar la dignidad inherente al ser humano, se extiende a garantizar el acceso a la atención médica adecuada”.⁶

[...]

4 CIDH, *Quinto informe sobre la situación de los derechos humanos en Guatemala*, OEA/Ser.L/V/II.111. Doc. 21 rev., adoptado el 6 de abril de 2001 [...] cap. VIII, párr. 1.
 5 Corresponde destacar que en la redacción de este capítulo la Comisión contó con el asesoramiento técnico del Equipo de Derechos Humanos (Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos) de la Organización Panamericana de la Salud, que ofreció su valiosa colaboración con respecto a datos, estudios y estándares internacionales.
 6 CIDH, *Demanda ante la Corte idh en el caso de Pedro Miguel Vera Vera, Caso núm. 11.535, Ecuador*, 24 de febrero de 2010, párr. 42. Asimismo, la CIDH ha establecido que “[s]i el Estado no cumple con esta obligación, por acción o omisión, incurre en la violación del artículo 5° de la Convención y, en casos de muerte de reclusos [*sic*] en la violación del artículo 4° del mismo instrumento”. CIDH, *Tercer informe sobre la situación de los derechos humanos en Colombia* [OEA/Ser.L/V/II.102. Doc. 9 rev. 1, adoptado el 26 de febrero de 1999,] cap. XIV, párr. 33.

B. Principales desafíos identificados y estándares aplicables

536. Con respecto a las principales deficiencias observadas por la CIDH en las cárceles de la región se encuentran las siguientes:

- a) la falta de personal de salud idóneo y suficiente;
- b) la falta de abastecimiento de medicamentos, de insumos y equipo médico;
- c) las deficiencias en la infraestructura de las clínicas u hospitales que funcionan en las cárceles;
- d) la falta de condiciones laborales adecuadas para que los profesionales de salud cumplan sus funciones profesionales y seguridad adecuadas;
- e) la falta de elementos como mobiliario, camillas, ropa de cama, materiales para la limpieza y otros que son básicos para la prestación de servicios de salud en condiciones mínimamente aceptables, y
- f) la falta de procedimientos claros y eficaces para determinar que internos que requieren atención médica especializada o procedimientos que no se pueden realizar dentro de la cárcel tengan los medios para conseguir la atención, así como su transporte en forma oportuna a los centros hospitalarios donde aquellos sean dispensados.

[...]

C. Recomendaciones

575. Con respecto al cumplimiento por parte del Estado de su deber de proveer atención médica a las personas privadas de libertad, la CIDH recomienda:

1. Adoptar e implementar políticas públicas integrales orientadas a asegurar las condiciones de salud de los establecimientos de privación de libertad. Dichas políticas deben estar orientadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades, así como a la atención de grupos de reclusos [*sic*] en particular situación de riesgo, de acuerdo con los términos del presente capítulo y siempre en línea con los instrumentos regionales e internacionales de derechos humanos relacionados con la salud.⁷ En concreto, y al respecto, se fomentará:
 - a) la incorporación de normas y estándares regionales e internacionales de derechos humanos en las políticas nacionales de personas privadas de libertad así como en los proyectos de ley en la materia;
 - b) promoción y fortalecimiento de la capacitación técnica del personal sanitario de los centros de privación de liber-

tad sobre los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables al contexto carcelario;

- c) la cooperación técnica de entidades y agencias especializadas en la formulación, revisión y, si fuera necesario, reformulación de planes nacionales y la legislación sobre salud aplicada a los centros de privación de libertad [, y]
- d) la participación en eventos regionales para aprender de las buenas prácticas de otros países en la materia y observar ejemplos de cómo contribuir a que el derecho básico a la salud sea reconocido como tal entre las personas privadas de libertad.
2. Fomentar las medidas presupuestarias necesarias para asegurar, en el marco de esas políticas públicas mencionadas, que los centros de privación de libertad cuenten con personal de salud cualificado, medicamentos, equipo e insumos suficientes para satisfacer las necesidades médicas de la población que alojan.
3. Implementar mecanismos de supervisión y monitoreo externo de los servicios de salud que se ofrecen en los centros de privación de libertad, y adoptar las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias y de otra índole necesarias para asegurar que los

⁷ Véase en el mismo sentido: OPS, Resolución: Salud y Derechos Humanos, CD50/R.8, adoptada el 29 de septiembre de 2010.



- servicios de salud en los centros de privación de libertad sean prestados por personal independiente de las autoridades penitenciarias.
4. Abordar el acceso a la salud en los centros de privación de libertad desde la base, como una cuestión de salud pública. Para ello se sugiere que se coordinen esfuerzos que promuevan las relaciones entre los distintos ministerios involucrados en la salud de personas privadas de libertad de manera que se establezcan prioridades comunes encaminadas a proteger y promover el acceso a la salud por parte de todas las personas que se encuentran privadas de libertad.
 5. Cooperar con los mecanismos de derechos humanos existentes que trabajan en la protección de los derechos básicos de las personas privadas de libertad. Esto incluye:
 - a) promover iniciativas con los mecanismos regionales e internacionales de derechos humanos en la invitación, prepa-

- ración, e implementación de visitas a los países;
- b) promover la ratificación de aquellos instrumentos relativos a la promoción de derechos humanos de personas privadas de libertad que aún no hayan sido ratificados (por ejemplo el Protocolo Facultativo a la Convención contra la Tortura, OPCAT).
6. Adoptar las medidas necesarias para que en todo momento se garantice la independencia del personal de salud encargado de la atención de personas en custodia del Estado, de forma tal que puedan ejercer sus funciones libres de la injerencia, intimidación o influencia de otras autoridades no médicas. Para ello se recomienda que se promueva y difunda ampliamente entre los profesionales a cargo de centros donde se encuentren personas privadas de libertad, el contenido y la mejor práctica de implementación del Protocolo.

7. Agilizar los procedimientos para asegurar que aquellos reclusos [*sic*] que requieran atención médica fuera de los centros de privación de libertad sean transportados oportunamente. Asimismo, garantizar que los mismos no reciban un trato discriminatorio, de menor calidad o que se obstaculice de alguna manera su acceso a dicha atención médica.
8. Igualmente, se adoptarán las medidas necesarias para asegurar que el acceso de los reclusos [*sic*] a los servicios de salud de los centros de privación de libertad, sea gratuito, equitativo, transparente y que responda efectivamente a las necesidades médicas de los internos.
9. Promover un sistema de registros médicos sistemático e integral; promover el derecho de los reclusos [*sic*] a acceder a un profesional médico en cualquier momento y en forma gratuita. Los Estados tienen el deber de adoptar medidas para hacer efectivo este derecho. Los reclusos [*sic*] deben poder



Fotografías: Archivo CDHDF.

dirigirse a los profesionales médicos en forma confidencial y sin que sus solicitudes sean obstaculizadas o filtradas por los guardias o por otros reclusos [sic]

10. Adoptar las directrices del caso, para que las historias clínicas de los reclusos [sic] se mantengan bajo estricta confidencialidad y que sólo el personal médico pueda tener acceso a las mismas. Asimismo, adoptar las medidas administrativas correspondientes para que las historias clínicas de los internos los acompañen, incluso en el caso de que sean trasladados a distintos establecimientos penitenciarios; y que se conserven por un tiempo razonable en caso de que estas personas vuelvan a ingresar en el sistema.
11. Fomentar la participación de todos los actores relevantes, incluyendo la sociedad civil, en el análisis de cuáles serían las mejores prácticas para combatir el hacinamiento en las prisiones. Para ello, deben

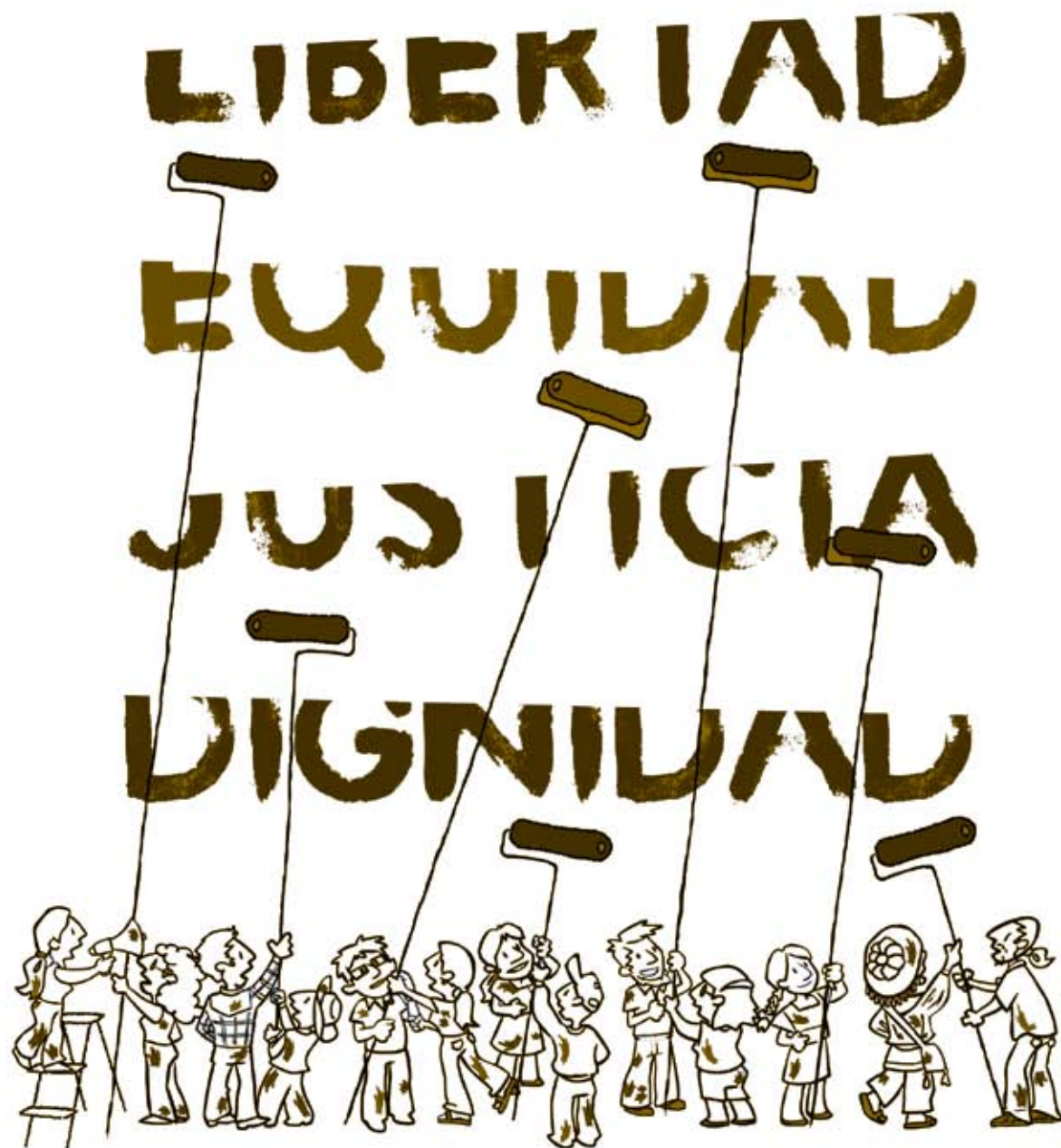
tenerse en cuenta las nefastas consecuencias que este tema presenta a todos los niveles, y analizarlo como una cuestión de salud pública en el caso, por ejemplo, de enfermedades infecciosas como el VIH/sida o la TB [tuberculosis]

12. Adoptar políticas públicas integrales orientadas a la prevención y tratamiento de enfermedades de alta presencia en las cárceles como el VIH/sida, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas desatendidas, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual y enfermedades gastrointestinales (bacterias, protozoarios, helmintos y virus) en los términos del presente capítulo.
13. Contribuir en la promoción del conocimiento de enfermedades infecciosas desatendidas mediante el fomento de estudios conjuntos y participación en talleres nacionales, regionales e internacionales con miras a cuantificar la prevalencia de casos de las distintas enfermedades infecciosas

desatendidas, particularmente las cutáneas, entre los privados de libertad. Asimismo, se recomienda analizar las mejores prácticas sobre cómo atender las necesidades específicas de estos grupos de personas. Dichas acciones deberían ir encaminadas a contribuir en la lucha contra la discriminación hacia este grupo de la población carcelaria [sic]

14. Capacitar al personal de salud al servicio de la población carcelaria [sic] sobre las enfermedades infecciosas desatendidas, los modos de transmisión y los métodos para la prevención y la curación de las mismas.
15. Adoptar un compromiso que tenga como objetivo eliminar o reducir las enfermedades infecciosas desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. En este sentido, la CIDH insta a los Estados a que determinen cuáles son las enfermedades infecciosas desatendidas prioritarias en el contexto carcelario.





**Sin el trabajo de los defensores y defensoras
de los derechos humanos estas palabras
no podrían cobrar significado**

¡ DEFENDAMOS LA ESPERANZA !

¡ ACOMPÁÑANOS !



**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.: 1833

www.cd hdf.org.mx

Visítanos y deja tus comentarios en:

facebook www.facebook.com/revistadfensor

twitter @DFENSOR

No había luz. Los baños no tenían agua. Dormías en el piso porque había sobrepoblación. Todo el mundo te lo podía decir: en aquel entonces el área médica sólo te daba una aspirina.

Testimonio de una persona en reclusión
en Guadalajara, Jalisco.