



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
CENTRO DE RELACIONES INTERNACIONALES**

**CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUA
PROGRAMA DE NUEVAS
MODALIDADES DE TITULACIÓN**

**“LA OBSERVACIÓN GENERAL 14 DEL COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS
SOCIALES Y CULTURALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES
UNIDAS: DIAGNÓSTICO Y PERSPECTIVAS DEL DERECHO HUMANO A LA
SALUD EN LOS RECLUSORIOS DEL DISTRITO FEDERAL DURANTE EL
PERIODO 2010-2014.”**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN RELACIONES INTERNACIONALES**

**P R E S E N T A
GEORGETTE ROSAS MORALES**

ASESOR: ROBERTO ARTURO LÓPEZ VARGAS



CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX FEBRERO DE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Este trabajo lo dedico a mi mamá y a mi papá, quienes con su amor y dedicación de cada día, me mostraron el mundo que hoy conozco. Ambos con su ejemplo me motivan cada día a ser una mejor persona. Gracias por darme la vida, gracias por guiarme en todo momento, gracias por enseñarme a querer y disfrutar de la vida. Los amo con todo mi ser.

A mis hermanos: Antonio, Marcela, Eduardo, Alejandra, Mary y Nelly. Cada uno de ellos es especial en mi vida, me encanta saber que comparto mi sangre con seres tan maravillosos, tan auténticos, tan parte de mí. Gracias por su ejemplo de nobleza, de bondad, de amor y por el cariño que compartimos.

A mis sobrinos: Viridiana, Nathaly, Braulio, Leslie, Brayan, Marifer, Katia y Oscar. A ellos a quienes tuve en mis brazos, con quienes he jugado y a quienes he visto crecer a pasos agigantados. Gracias por sorprenderme siempre, por permitirme descubrir que generación tras generación la bondad y el amor fluyen. Los amo con todo mi corazón.

A mis amigos, por la fortuna de coincidir en esta vida con seres tan maravillosos. A ellos que han estado conmigo de alguna manera en este proceso, todo mi cariño y agradecimiento por compartir mi felicidad.

A mi Universidad, mi alma máter. Por sus aulas corre la dedicación, el talento y la sabiduría de un conjunto de hombres y mujeres que trabajan todos los días por un mundo mejor. A ella, que está construida de piedra, pero también de sueños, mi agradecimiento por despertar mi consciencia social, el profundo amor que siento hacia mi país, por darme todo lo que necesitaba para ser el día de hoy una defensora de derechos humanos.

Finalmente a mi asesor Arturo López, a quien agradezco su apoyo para la elaboración de este trabajo, paciencia y dedicación, así como por su labor de guía en esta bella Universidad.

Índice

Introducción	6
Capítulo 1. El derecho a la salud en el marco del derecho internacional de los derechos humanos	10
1.1. Los derechos humanos.....	10
1.1.1. Características de los derechos humanos.....	13
1.1.2. Sistema Universal de Derechos Humanos.....	17
1.1.3. Sistema Interamericano de Derechos Humanos.....	19
1.1.3.1. Comisión Interamericana de Derechos Humanos.....	20
1.1.3.2. Corte Interamericana de Derechos Humano.....	21
1.2. El derecho a la salud.....	22
1.2.1. Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....	25
1.2.2. Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas.....	26
1.2.3. Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. El derecho a la salud.....	33
Capítulo 2. Ordenamiento jurídico-administrativo de protección del derecho a la salud en México y en los Reclusorios del Distrito Federal	38
2.1. Ordenamiento Federal en Materia de Salud.....	38
2.1.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	38
2.1.2. Ley General de Salud.....	39
2.2. Ordenamiento Local en Materia de Salud.....	43
2.2.1. Ley de Salud del Distrito Federal.....	43
2.3. El Derecho a la Salud en los Reclusorios del Distrito Federal.....	46
2.3.1. Reclusorios del Distrito Federal.....	46
2.3.1.1. Ordenamiento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal.....	48
2.3.1.2. Administración de los Centros de Reclusión del Distrito Federal.....	51
2.3.2 Salud en los Reclusorios del Distrito Federal.....	53
2.3.2.1. Ordenamiento en materia de salud en los Reclusorios del Distrito Federal.....	54
2.3.2.1.1. Aspectos generales de la salud en los Reclusorios del Distrito Federal.....	55
2.3.2.2. Administración en materia de salud en los Reclusorios del Distrito Federal.....	62

Capítulo 3. Situación del derecho a la salud en los reclusorios del Distrito Federal, en el periodo 2010 2014.....	65
3.1. Situación general del derecho a la salud en las cárceles de México.....	65
3.1.1. Informes emitidos por la Comisión Nacional de Derechos Humanos.....	66
3.1.1.1. Recomendación General No. 18 sobre la Situación de los Derechos Humanos de los Internos en los Centros Penitenciarios de la República Mexicana.....	66
3.1.1.2. Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria.....	68
3.2. Situación del derecho a la salud en las cárceles del Distrito Federal.....	74
3.2.1. Informe especial sobre derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011.....	75
3.2.2 Recomendaciones emitidas por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.....	88
3.2.2.1. Recomendación 09/2013.....	88
3.2.2.2. Recomendación 16/2014.....	91
3.2.3. Sociedad Civil. Informe sobre la Situación de las Personas Privadas de Libertad en México.....	93
3.3. Recomendaciones internacionales y nacionales emitidas, para solucionar las condiciones actuales en materia de salud en los centros penitenciarios del Distrito Federal, a partir de la Observación General 14.....	96
3.3.1. Recomendaciones emitidas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.....	97
3.3.2. Recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos.....	98
3.3.3. Recomendaciones emitidas por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.....	99
Conclusiones.....	101
Anexo.....	107
Bibliografía.....	142

Introducción

Los derechos humanos son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada. Estos derechos, establecidos en instrumentos internacionales, la Constitución y en las leyes, deben ser reconocidos y garantizados por el Estado.

A nivel tanto regional como internacional, se han llevado a cabo diversos esfuerzos tendientes a reconocer y mediante ello concientizar a los Estados acerca de la importancia de garantizar los derechos humanos de su población. El primero de ellos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, adoptada el 2 de mayo de 1948 y más adelante, del 10 de diciembre de 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

A dichos esfuerzos se suman el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965), la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos (1988), entre otros instrumentos.

De manera específica, en lo que se refiere al derecho a la salud, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.¹

Al respecto, en el año 2000 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales emitió la Observación General No. 14, la cual desarrolla cuestiones

¹ Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Estados Unidos, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (xxi), de 16 de diciembre de 1960, entrada en vigor en 1976 y en México en 1981.

sustantivas relacionadas con el citado artículo 12, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En este sentido, se establece que al ser la salud un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos, todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. Para ello, en la Observación General 14 se enumeran cuatro elementos esenciales, los cuales debe atender el Estado, para considerar que se encuentra cumpliendo dicha obligación. Tales elementos son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

La igualdad y la no discriminación, principios rectores en la mayoría de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, advierten que la situación jurídica de una persona – de la misma forma que su origen, sexo u orientación sexual – no puede ser usada como pretexto para limitar su acceso a los derechos. En este sentido, con excepción de aquellos derechos restringidos por la condición de privación de la libertad, las personas en reclusión, deben gozar de los mismos derechos reconocidos a toda persona en los instrumentos nacionales e internacionales sobre derechos humanos, en particular del derecho a la salud.

En México, la Constitución consagra en el artículo primero, que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en ella y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano es parte.

Para tal efecto, se indica que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

En este sentido, el artículo 4º. de nuestra Constitución señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, por lo que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

De tal suerte que el derecho a la salud, incluye el deber del Estado de garantizar su aplicación tanto a la población en general, como a quienes se encuentran privados de la libertad. Es decir, el Estado está facultado para privar a una persona de la libertad, esto en caso de haber cometido algún delito, sin embargo, no está legitimado para privarla de la vida o de cualquier otro derecho fundamental.

La salud al ser una condición básica para la vida, constituye un derecho fundamental, por lo tanto, el Estado que priva a una persona de su libertad, asume la responsabilidad de garantizar dicho derecho.

En el caso específico de México, se reconoce el derecho de las personas privadas de la libertad, a contar con servicios de salud que permitan a esta población, atender los padecimientos que presentan.

No obstante lo anterior, los reclusorios son sitios en los que se cometen de manera constante violaciones al derecho a la salud, situación que pone en evidencia la falta del cumplimiento del Estado, de esta obligación.

Una característica general de los centros penitenciarios es el hacinamiento. En el caso particular de los reclusorios del Distrito Federal,² a dicha problemática se suman la falta de recursos y personal capacitado, lo cual influye en que el derecho a la salud de los internos, se vea violentado.

De acuerdo con la hipótesis de este trabajo, el derecho a la salud en los Reclusorios del Distrito Federal no se ha hecho efectivo, debido a las condiciones precarias que en su conjunto prevalecen en dichos centros, aunado a que los servicios de salud que se proporcionan a los internos, carecen de elementos tales como: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, por lo que no se cumple con lo establecido en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas, la cual

² El 29 de enero de 2016, el Presidente de la República Mexicana, Enrique Peña Nieto, promulgó la Reforma Política de la Ciudad de México, mediante la cual el Distrito Federal cambió su nombre a "Ciudad de México". No obstante lo anterior, debido al periodo que abarca la presente investigación, durante su desarrollo se hará referencia al "Distrito Federal".

indica que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

Por lo anterior, esta investigación tiene por objetivo realizar un balance de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas y las condiciones actuales del derecho a la salud en los Reclusorios del Distrito Federal, a fin de conocer si se cumple o no con su aplicación.

Para ello se expondrá el contenido de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas en materia de salud, así como los estándares de protección del derecho a la salud tanto a nivel nacional como local, a fin de contar con un panorama amplio, acerca de las obligaciones que ha adquirido el gobierno mexicano en la materia y que en muchos casos, se encuentran plasmadas en la normatividad tanto nacional como local.

Teniendo como base los elementos señalados, se realizará un análisis de diversos informes, que nos permitirán conocer la situación actual del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad, ubicadas en los centros de reclusión del Distrito Federal.

Lo anterior, a fin de realizar un balance y conocer si los esfuerzos que lleva a cabo nuestro gobierno, son suficientes para garantizar las condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, necesarias, para el ejercicio integral del derecho a la salud, de este sector de la población.

Capítulo 1

El derecho a la salud en el marco del derecho internacional de los derechos humanos.

El derecho a la salud se deriva de los derechos humanos y pertenece a los denominados derechos económicos, sociales y culturales.

A fin de comprender ampliamente el concepto de derechos humanos, a lo largo del presente capítulo se desarrollarán sus fundamentos, definición y características, así como el sistema de protección de derechos humanos tanto universal como interamericano.

Aunado a lo anterior, revisaremos las características del derecho a la salud, su definición de acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales así como el contenido de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, referente al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

Finalmente, analizaremos el Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, en particular el apartado referente al derecho a la salud de esta población.

1.1. Los derechos humanos.

Desde el punto de vista jurídico, un derecho constituye una prerrogativa con la que cuenta un individuo, la cual se hace valer mediante el conjunto de normas establecidas por el Estado.

Diversos autores afirman que existe una diferencia esencial entre los derechos fundamentales y los derechos humanos.

En este sentido, de acuerdo con Miguel Carbonell, los derechos fundamentales, "... son considerados como tales en la medida en que constituyen instrumentos de protección de los intereses más importantes de las personas,

puesto que preservan los bienes básicos, necesarios para poder desarrollar cualquier plan de vida de manera digna...”³

El mismo autor señala que el término “derechos humanos”, es en realidad un concepto mucho más amplio e impreciso que el de “derechos fundamentales”. “Los derechos humanos son una categoría más amplia y que, en la práctica, se suele utilizar con menos rigor jurídico que la de derechos fundamentales. Muchas veces se hace referencia a los derechos humanos como expectativas que no están previstas de forma clara en alguna norma jurídica...”⁴

En este sentido, “los derechos humanos son un conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humanas...”⁵ los cuales a través de su evolución se van ampliando y reconociendo jurídicamente.

La idea de derechos humanos, sobre todo a partir del significado que le reconoce la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), establece que existen bienes y prerrogativas que corresponden al ser humano por el simple hecho de serlo, en cualquier tiempo y lugar; que estos bienes y prerrogativas se traducen en derechos inalienables, universales, que muestran y protegen el halo de dignidad que acompaña a todos los individuos de la especie humana.⁶

“El término derechos humanos se utiliza al menos en dos acepciones: como instrumento y mecanismo para controlar y limitar la acción del Estado, y como la brújula de los esfuerzos sociales para conseguir el bien común. En el primer caso, los derechos humanos han de entenderse exclusivamente en el contexto de las obligaciones de los Estados, que nacen en su Constitución y en el derecho internacional público. Pero el uso cotidiano de la expresión derechos humanos nos

³ Miguel Carbonell, *Los Derechos Fundamentales en México*, México, Porrúa, 2004, p. 5.

⁴ Miguel Carbonell, *Los Derechos Humanos en México. Hacia un nuevo modelo*, México, Ubijus Editorial, Colección Derecho Procesal de los Derechos Humanos 3, 2014, p.16.

⁵ Miguel Carbonell, *Los Derechos Fundamentales en México*, *op. cit.*, p. 9.

⁶ Hugo Saúl Ramírez García; Pedro de Jesús Pallares Yabur, *Derechos Humanos*, México, Oxford University Press, 2011, p. 29 – 30.

recuerda que en una sociedad construimos el bien común y la cultura, desde el respeto y la promoción de la dignidad de la persona.”⁷

De esta manera, “... decir persona implica afirmar su dignidad, su libertad, pero también su valor para cumplir un fin en él mismo y en las personas que están bajo su responsabilidad. Por eso hablamos de ‘derechos’ humanos, pues lo humano está dotado de una carga para el Estado, para los demás y para la propia persona.”⁸

Como observamos, los derechos humanos no solo son un conjunto de instrumentos que generan o limitan cierta actuación por parte del Estado, sino que su alcance va más allá, al convertirse en una guía social de lo que cada ser humano debe realizar en torno a la defensa de la dignidad.

Respecto al significado práctico de dignidad humana, se entiende que, “... representa un principio axiomático, es decir, evidente en sí mismo, del cual deriva el deber de no ser tratado como un medio, sino como un fin en sí mismo”.⁹ De esta manera, “el fundamento de los derechos humanos que se asienta en la dignidad de la persona hace énfasis en la forma peculiar de ser que corresponde a los individuos de la especie humana, sobre todo el hecho de que ellos mismos son el principio de su dinamismo existencial, por lo que deben ser tratados como fines en sí...”¹⁰

La dignidad se descubre como un debo-respetar-a-otra-persona, a otro yo, de donde nace el deber de comportarse fraternalmente con los demás. De esta manera, en diversos instrumentos internacionales en materia de derechos humanos, se pone en primer término al titular del derecho, como el primer obligado a actuar en favor de los derechos de otros.¹¹

Resulta interesante el considerar que al ser la defensa de la dignidad, el elemento esencial en los derechos humanos, se parte del hecho de que la comunicación entre los seres humanos es vital, dado que unos necesitamos de los

⁷ Hugo Saúl Ramírez García; Pedro de Jesús Pallares Yabur, *Derechos Humanos, op. cit.*, p.23.

⁸ *Ibid.*, p.31.

⁹ *Ibid.*, p.53.

¹⁰ *Ibid.*, p. 55.

¹¹ *Ibid.*, p. 6.

otros. Este es un factor importante, debido a que más allá de que se busque un control social a través de su aplicación mediante el derecho, se espera una concientización general, en la que al reconocer el valor propio, se esté reconociendo el valor del otro ser humano.

Antonio Millán- Puelles, en su obra *Ética y realismo* señala:

El hombre es capaz de un comportamiento moralmente calificable, de una conducta éticamente torcida, en la medida en que es capaz con sus hechos, de afirmar su ser o negarlo ... Si consideramos inhumano el libre actuar de un hombre que maltrata a otro hombre – decimos que es una conducta inhumana, por ejemplo, el torturar a otra persona- entendemos por inhumano la negación práctica de lo humano: el hombre niega su propio ser desentendiéndose de la identidad específica que ese otro hombre tiene con él (...) Considera que es hombre también, y sin embargo, lo maltrata. Justo en ese maltrato hay un comportarse inhumanamente, un atentar contra la naturaleza humana que le es común, que es compartida entre un hombre y otro.¹²

Se podría decir en todo caso, que el cumplimiento de los derechos humanos, depende de dos factores esenciales: un poder que los garantice, en este caso el Estado y el compromiso ético, por parte de las personas que hacen de la dignidad un concepto aplicado. Así, el hombre sólo puede ver realizados sus derechos humanos si otros los respetan y viceversa.

1.1.1. Características de los derechos humanos.

Entre las características de los derechos humanos, se encuentra que son: inalienables, indivisibles, interdependientes, de carácter absoluto, universales, irreversibles y progresivos.

¹² Hugo Saúl Ramírez García; Pedro de Jesús Pallares Yabur, *Derechos Humanos, op. cit.*, p. 12

Los derechos humanos son inalienables, ya que no se pueden vender o transmitir. Su posesión corresponde a cada ser humano, quien es titular de esos derechos, razón por la cual no pueden ser transferidos a otra persona.

Los derechos humanos también son indivisibles, porque se encuentran unidos al formar parte de una sola construcción. De esta manera, todos los derechos son importantes y deben ser respetados en igual medida. Los Estados entonces, no se encuentran autorizados para garantizar únicamente una categoría de derechos humanos, sino a todos en su conjunto. Lo anterior debido a que solo pueden alcanzarse mediante su realización conjunta.

Por otro lado, los derechos humanos son interdependientes, ya que existe una interrelación y dependencia recíproca entre las diferentes categorías de derechos. Por ejemplo, el derecho a la salud tiene aparejadas claras relaciones con el derecho a la alimentación y a la vivienda digna, así como al trabajo en condiciones adecuadas.¹³

Los derechos humanos tienen un carácter absoluto, lo cual significa que sus exigencias no pueden ser desplazadas en ninguna circunstancia, de tal manera que su cumplimiento debe ser satisfecho sin excepción y su vulneración es siempre un acto injustificado.¹⁴

En cuanto a la universalidad, esta se refiere a que los derechos humanos se atribuyen a todos los seres humanos, independientemente del contexto político, jurídico, social o cultural en que se desarrollen.

En este sentido, un derecho será universal cuando todas las personas puedan disfrutar de él, sin ser objeto de discriminación o tener que cubrir ciertas condiciones o contar con un status, para que se reconozca tal derecho.

¹³ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Programa de formación y capacitación profesional en derechos humanos. Fase de introducción. Módulo II. ¿Cuáles son las características de los derechos humanos?*, México, Servicio Profesional en Derechos Humanos, 2013, segunda edición, p. 223.

¹⁴ Hugo Saúl Ramírez García; Pedro de Jesús Pallares Yabur, *op. cit.*, p. 67.

Si el objetivo de los derechos humanos como se analizó anteriormente es la vida digna, "... el contenido y significado de ello pueden ser cosas muy distintas para las personas que pertenecen a contextos diferentes..."¹⁵

Lo anterior, ha generado una gran discusión en torno a esta característica de los derechos humanos. Las principales críticas a la construcción de la universalidad de tales derechos, "... provienen de dos rubros: la posible colonización que se realiza al pretender presentar valores de una sola cultura –la occidental- como universales; y el hecho fáctico de que los derechos humanos no son respetados en prácticamente ninguna parte del mundo – con distintas graduaciones en torno a las violaciones-. Estos dos contra argumentos de la universalidad nos llevan necesariamente a la defensa de la idea central de los derechos humanos: la construcción de una vida digna."¹⁶

Al respecto, vale la pena señalar que la universalidad de los derechos humanos, no supone uniformidad, ya que ellos dependen de varios factores, definidos especialmente por la cultura y la historia de cada pueblo. Sino que por el contrario, implica el reconocimiento de las necesidades específicas para cada grupo, dependiendo de su contexto.

En el ámbito internacional existen muchas diferencias, las cuales son resultado de la historia y contexto de cada nación. A pesar de que cada región tiene similitudes, no se puede considerar que por tal motivo se compartan las mismas visiones del mundo. Esto se vuelve más complicado cuando se analiza el sistema internacional en su conjunto. Si bien la dignidad humana es la base de los derechos humanos, el desarrollo de este concepto implica una discusión constante, a través de la cual se debe lograr un consenso, en el que existan estándares mínimos que lleven a garantizar su cumplimiento.

¹⁵ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Programa de formación y capacitación profesional en derechos humanos. Fase de introducción. Módulo II. ¿Cuáles son las características de los derechos humanos?*, op. cit., p.225.

¹⁶ *Idem*.

Por tal motivo, la universalidad de los derechos humanos más allá de representar una estrategia de dominio de una cultura hacia otra, debe contener un diálogo entre culturas, con el propósito de crear una sociedad internacional, en la que prevalezca la solidaridad y el entendimiento en relación a lo que cada ser humano requiere para desarrollarse dignamente.

Otra característica de los derechos humanos, es que son irreversibles y progresivos.

La irreversibilidad consiste en la imposibilidad de suprimir la condición de un derecho humano, una vez que el Estado lo ha reconocido mediante algún instrumento jurídico. La irreversibilidad de los derechos humanos resulta de particular relevancia en el ámbito del derecho internacional, sobre todo frente a la denuncia de algún tratado o convención en el que se ha reconocido un derecho humano; en este caso, la denuncia no afecta las obligaciones contraídas por el Estado denunciante en relación con los derechos reconocidos en el tratado en cuestión.¹⁷

La progresividad implica gradualidad y progreso "... mediante el principio de progresividad se establece la prioridad en la aplicación de aquellas disposiciones jurídicas más eficaces para la protección y promoción de los derechos humanos, independientemente del ámbito espacial de validez de la norma más favorable."¹⁸

En este sentido, la prohibición de la regresividad se traduce en que una vez logrado un avance, no se puede retroceder en el disfrute de un derecho.

En el caso de México, es importante señalar que el 10 de junio de 2011, fue publicada en el Diario Oficial de la Federación, la reforma constitucional en materia de derechos humanos, lo cual se traduce en un gran avance al interior de nuestro país, en la materia.

¹⁷ Hugo Saúl Ramírez García; Pedro de Jesús Pallares Yabur, *op. cit.*, p. 73.

¹⁸ *Ibid.*, p. 72 - 73.

Con dicha reforma, la denominación del Capítulo I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cambió de “Garantías Individuales” a “De los derechos humanos y sus garantías”.

Al respecto, en el artículo primero se establece que en los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos tanto en la Constitución, como en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte.

También se incorporó el principio “pro persona”, el cual consiste en garantizar la protección más amplia para el titular de los derechos.

Se señala que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, por lo que el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Aunado a lo anterior se señala que queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

1.1.2. Sistema Universal de Derechos Humanos.

Al concluir la Segunda Guerra Mundial, prevaleció una visión pragmática de la política internacional. Las atrocidades llevadas a cabo durante dicho conflicto encontraron respuesta en la voluntad de los Estados y el tema de los derechos humanos comenzó a tener sentido, convirtiéndose en el centro del debate.

En el periodo que va de 1945 a 1948, se abrió una discusión en torno al tema y diversas naciones comenzaron a participar de su definición, pero sobre todo, en

la creación de instrumentos que promovieran su importancia y que incluyeran el compromiso por parte de los Estados, de llevar a cabo su garantía y protección.

De esta manera, el Sistema Universal de Derechos Humanos nació con la Carta de Naciones Unidas, la cual se suscribió el 26 de junio de 1945.

En el preámbulo de dicha Carta se establece que "... dentro de sus finalidades esenciales se encuentra la necesidad de reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres de las naciones grandes y pequeñas. Ya en el cuerpo de dicho tratado, el artículo 55 reafirma uno de los propósitos de la ONU: el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin haber distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades."¹⁹ Así pues, en el documento constitutivo de las Naciones Unidas se contemplaba una concepción integral de los derechos humanos.

En 1946, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, creó la Comisión de Derechos Humanos.

"Fue precisamente el Consejo Económico y Social el que solicitó a la Comisión elaborar un proyecto de convención o declaración universal de derechos fundamentales. Su redacción se encargó a un comité compuesto por representantes de varios Estados. Dicho proyecto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1948".²⁰

"El movimiento internacional de los derechos humanos se fortaleció con la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. Redactada como un ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, en la Declaración, por primera vez en la historia de la humanidad, se establecen

¹⁹ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Programa de formación y capacitación profesional en derechos humanos. Fase básica 2. Módulo I. ¿Qué es el derecho internacional de los derechos humanos?*, México, Servicio Profesional en Derechos Humanos, 2013, segunda edición, p.16.

²⁰ *Ibid.*, p. 17.

claramente los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos de los que todos los seres humanos deben gozar”.²¹

De esta manera observamos que a partir de esa fecha los derechos humanos dejaron de ser una cuestión interna de los Estados, para pasar al ámbito de las relaciones internacionales. “Los tribunales nacionales empiezan a aplicar las normas jurídicas internacionales y los problemas antes considerados exclusivamente domésticos, adquirieron relevancia internacional...”²²

1.1.3. Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

De manera paralela a la creación del sistema universal de derechos humanos, surgió el proyecto de los sistemas de protección de derechos humanos regionales. En este sentido, se consideró que al tratarse de regiones en específico, existiría un mayor diálogo y comprensión del tema.

El Sistema Interamericano de Derechos Humanos, surgió a partir de la creación en 1948 de la Organización de Estados Americanos (OEA), lo cual constituyó un paso importante en la composición regional interamericana.

En este contexto, durante la IX Conferencia Internacional Americana, celebrada el 2 de mayo de 1948, se adoptó la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la cual constituye uno de los instrumentos base del sistema interamericano de protección de los derechos humanos. Dicho instrumento consta de 38 artículos, en los cuales se establecen diversos derechos y deberes.

“En noviembre de 1969 se celebró en San José de Costa Rica la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos. En ella, se redactó la

²¹ Naciones Unidas, *El derecho internacional de los derechos humanos* [en línea], Dirección URL: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/InternationalLaw.aspx> [consulta: 8 de agosto de 2014].

²² Miguel Carbonell, *Los Derechos Fundamentales en México*, *op. cit.*, p. 18.

Convención Americana sobre Derechos Humanos, que entró en vigor el 18 de julio de 1978”.²³

Se considera que los dos pilares del Sistema Interamericano de Derechos Humanos son: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, las cuales se explican brevemente a continuación.

1.1.3.1. Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), “... fue creada por resolución de la Quinta Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores en Santiago de Chile en 1959. La CIDH fue formalmente establecida en 1960, cuando el Consejo de la Organización aprobó su Estatuto. Su Reglamento, sancionado en 1980, ha sido modificado en varias oportunidades, la última de ellas en 2013”.²⁴

“Se encuentra compuesta por siete miembros, los cuales se reúnen varias veces al año, tiene su sede en Washington, y actúa en representación de los estados americanos. En 1950, al amparo de la disposición del art. 106 de la Carta de la OEA, se creó dicha Comisión, cuyos procedimientos y funciones se vieron reformados con la entrada en vigor del Pacto de San José (Convención Americana sobre Derechos Humanos). Conforme a este tratado, las funciones de la Comisión se pueden clasificar en consultivo-promocionales, administrativas y cuasijurisdiccionales”.²⁵

Las facultades de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos se pueden enumerar de la siguiente manera:

²³ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Historia de la Corte IDH* [en línea], Dirección URL: <http://www.corteidh.or.cr/index.php/es/acerca-de/historia-de-la-corteidh> [consulta: 22 de agosto de 2014].

²⁴ Organización de los Estados Americanos, *Comisión Interamericana de Derechos Humanos* [en línea], Dirección URL: http://www.oas.org/es/acerca/comision_derechos_humanos.asp [consulta: 22 de agosto de 2014].

²⁵ Hugo Saúl Ramírez García; Pedro de Jesús Pallares Yabur, *op. cit.*, p 351.

- Presenta informes anuales sobre la situación de los derechos humanos en la región.
- Presenta informes especiales sobre la situación prevaleciente en materia de derechos humanos, en un país en concreto o informes temáticos.
- Presenta recomendaciones sobre situaciones generalizadas.
- Atiende consultas realizadas por Estados.
- Realiza visitas a países.
- Establece relatorías especializadas para dar seguimiento a determinados asuntos.
- Presenta asesorías a los estados y a la OEA sobre temas relacionados con los derechos humanos.

1.1.3.2. Corte Interamericana de Derechos Humanos.

“El 22 de mayo de 1979 los Estados Partes en la Convención Americana eligieron, durante el Séptimo Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de la OEA, a los juristas que en su capacidad personal, serían los primeros jueces que compondrían la Corte Interamericana. La primera reunión de la Corte se celebró el 29 y 30 de junio de 1979 en la sede de la OEA en Washington, D.C.”²⁶

“Se compone de siete jueces elegidos a título personal entre juristas de la más alta autoridad moral, de reconocida competencia en materia de derechos humanos. Tiene su sede en San José, Costa Rica, (...). Fue establecida por el Pacto de San José; y cualquier país de la región, conforme al art. 62 del tratado, ha de aceptar explícitamente la competencia de la Corte, para que ésta pueda conocer de casos relacionados con el Pacto de San José”.²⁷

La Corte Interamericana de Derechos Humanos tiene las siguientes competencias:

²⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Historia de la Corte IDH* [en línea], Dirección URL. <http://www.corteidh.or.cr/index.php/es/acerca-de/historia-de-la-corteidh> [consulta: 22 de agosto de 2014].

²⁷ Hugo Saúl Ramírez García; Pedro de Jesús Pallares Yabur, *op. cit.*, p. 357

- Emisión de opiniones consultivas. Con ellas da respuesta a casos concretos, no busca responsables.
- Emisión de opiniones contenciosas. Cuando el Estado acepta la jurisdicción contenciosa de la Corte, se compromete a cumplir con las decisiones emitidas por dicho Órgano. De esta manera al existir una violación a derechos humanos, mediante dicha opinión se establece una responsabilidad internacional para el Estado que la cometió.

Sin duda, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos posee una gran relevancia dado que a partir de su creación, se han establecido una serie de estándares mínimos de respeto y garantía de derechos y libertades, los cuales han sido adoptados por diversos Estados, situación que impulsa el tema de los derechos humanos a nivel internacional.

A continuación se abordara de manera específica, lo relacionado al derecho a la salud.

1.2. El derecho a la salud.

El derecho a la salud forma parte de los denominados Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). La importancia de tales derechos radica en que a través de su cumplimiento, se logra garantizar a las personas el goce de un nivel de vida adecuado y por lo tanto, una vida digna, es decir, mediante su exigibilidad, se busca la satisfacción de las necesidades básicas.

“La concepción de la dignidad humana como cimiento para el orden y el desarrollo de todo ser humano, y por ende de la sociedad, trae aparejado el hecho de que el individuo tiene un mínimo de necesidades que debe satisfacer o de lo contrario la condición humana intrínseca se verá menoscabada”.²⁸

Por tal motivo, la naturaleza de estos derechos, se define a partir del concepto de la dignidad humana, lo cual implica asegurar un nivel decoroso de bienestar, principalmente a la clase más vulnerable y desprotegida de la sociedad.

²⁸ Baltazar Pahuamba Rosas, *El derecho a la protección de la salud*, México, Editorial Novum, 2014, p. 24.

Es por ello, que se busca mediante su establecimiento, la creación de condiciones de igualdad, que garanticen el que toda la población, sin distinciones, tenga acceso a tales prerrogativas.

Es aquí, donde se inserta la idea del bien común, la cual "...se cumple cuando el Estado busca el bienestar de todos sus habitantes, de tal forma que invierte recursos y actividades al servicio de los sectores vulnerables. El Estado, como órgano rector de la organización social, debe procurar que el bienestar sea posible para todos los integrantes de su población; debe procurarse y buscar la forma de lograr el cometido de que todos los individuos puedan satisfacer sus necesidades básicas. Aquél debe apoyar, como dice José Campillo, al hombre cuando requiera la ayuda de la colectividad, ya sea a través de la asistencia social o la prestación de los servicios precisados. " ²⁹

Por tal motivo, el deber del Estado frente al cumplimiento de estos derechos, implica una labor constante, el establecimiento de una serie de políticas públicas y la voluntad para generar condiciones, que permitan a la población tener un adecuado nivel de vida y contar con las bases mínimas para su desarrollo.

Es así como el derecho a la salud, se ubica dentro de este rubro de derechos. "La salud es el valor fundamental que antecede todo planteamiento del hombre, cuyo significado hace posible la vida humana; sin el cual se pone en riesgo la supervivencia y difícilmente se pueden ejercer los demás derechos." ³⁰

Es importante destacar que el derecho a la salud implica el tener acceso a los servicios de cuidado médico, es decir, no significa el derecho a estar sano. Por lo tanto, el derecho a la salud, obliga al Estado a garantizar a los ciudadanos la posibilidad de disfrutar del mejor estado de salud posible, creando las condiciones necesarias a fin de que el conjunto de su población tenga acceso a los servicios médicos.

²⁹ *Ibid.*, p. 23.

³⁰ *Ibid.*, p. 47.

Por lo anterior, un importante reto en materia de salud, lo representa la necesidad de reconocerlo de manera integral, considerando que aunado a la idea del acceso a los servicios médicos, es necesario que el Estado lleve a cabo acciones a través de las cuales se busque prevenir enfermedades y promover la salud de la población.

En el derecho a la salud, un aspecto fundamental lo representa el hecho de que los grupos vulnerables que no pueden acceder a estos servicios por su propia cuenta, tengan las posibilidades de hacerlo, mediante las alternativas que brinde el Estado. Por tal motivo, los esfuerzos encaminados a ampliar la cobertura de estos servicios, deben tener como finalidad, el garantizar este derecho a toda la población, sin diferenciación ni discriminación.

De tal suerte que el derecho a la salud se divide en varios derechos específicos que los países deben asegurar:

- El derecho a un sistema de protección de la salud
- El derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de enfermedades
- El derecho al acceso a los medicamentos esenciales
- El derecho al acceso a los servicios de salud apropiados
- Por último, la educación y la concienciación sobre la salud ³¹

La importancia de que los Estados se comprometan a dar cumplimiento a este rubro de derechos, específicamente en lo relacionado al derecho a la salud, ha sido un tema ampliamente discutido a nivel internacional, suscribiéndose diversos documentos, entre los que destaca, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

³¹ Derecho a la salud Humanium, *Juntos por los derechos del niño* [en línea], Dirección URL: <http://www.humanium.org/es/derecho-salud/>, [consulta: 31 de agosto de 2014].

1.2.1. Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), es considerado el instrumento internacional más relevante, en cuanto a protección del derecho a la salud se refiere, ya que contiene el artículo más exhaustivo al respecto.³²

El PIDESC se celebró el 16 de diciembre de 1966, años después de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Nuestro país realizó la adhesión al Pacto el 23 de marzo de 1981 y este entró en vigor el 23 de junio del mismo año.

Dicho instrumento hace referencia al derecho a la salud en su artículo 12, el cual señala lo siguiente:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

³² Hugo Saúl Ramírez García; Pedro de Jesús Pallares Yabur, *op. cit.*, p. 173.

Como se observa, en dicho artículo se establece la importancia tanto de la salud física como mental de las personas. Aunado a ello, se mencionan algunas de las medidas que deben ser adoptadas por los Estados Partes, con el propósito de garantizar su cumplimiento.

Dicho artículo constituye la base para la elaboración de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la cual hace referencia al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

1.2.2. Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas.³³

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, es el Órgano de Naciones Unidas encargado de supervisar la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), por lo que funciona como observador del cumplimiento de los derechos contenidos en dicho Pacto.

En su segundo periodo de sesiones celebrado en 1998, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, decidió iniciar la preparación de observaciones generales sobre la base de diversos artículos contenidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a fin de establecer los lineamientos a partir de los cuales, los Estados deberían actuar.³⁴

Por tal motivo, el Comité llevó a cabo la ampliación del artículo 12 del PIDESC, a través de la elaboración de la Observación General 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, la cual fue publicada en el año 2000.

³³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General núm. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, Ginebra, 11 de agosto de 2000.

³⁴ *Observaciones generales aprobadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* [en línea]. Dirección URL: https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html [consulta: 20 de septiembre de 2016].

La importancia de dicho documento radica en que detalla las características del derecho a la salud, además de hacer hincapié a las obligaciones básicas a las que el Estado debe dar cumplimiento en la materia.

La Observación General 14, contiene dos aspectos fundamentales, uno denominado de carácter inderogable y otro conocido como contenido esencial “... el carácter inderogable (contenido mínimo esencial) es aquel de carácter estándar que debe ser garantizado con independencia de la situación económica o las condiciones desfavorables que enfrenten los Estados parte. Mientras el contenido esencial hace referencia a aquello sin lo cual se desnaturaliza un derecho...”³⁵

La Observación General 14, con el fin de ayudar a los Estados Partes a aplicar el Pacto y cumplir sus obligaciones en materia de presentación de informes, se centra en el contenido normativo del artículo 12 (parte I), en las obligaciones de los Estados Partes (parte II), en las violaciones (parte III) y en la aplicación en el plano nacional (parte IV), mientras que la parte V versa sobre las obligaciones de actores distintos a los Estados Partes.

Esta Observación General se basa en la experiencia adquirida por el Comité en el examen de los informes de los Estados Partes a lo largo de muchos años.

El artículo 1º de la Observación General 14 establece que:

“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de

³⁵ *Idem.*

instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley.”

Dentro del contenido de la Observación General 14, se hace referencia a los instrumentos internacionales en los que se encuentra contemplado el derecho a la salud.

También se enumeran diversos derechos los cuales se encuentran estrechamente vinculados con el derecho a la salud, entre ellos: el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación.

Se hace hincapié a lo establecido en el párrafo 1º. del artículo 12 del Pacto, referente al "más alto nivel posible de salud física y mental" señalando que éste no se limita al derecho a la atención de la salud. Se establece que por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12, reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y un medio ambiente sano.

Se explica que: El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar *sano*. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

La Observación 14 señala que el "más alto nivel posible de salud", a que hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, del Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado y además aclara que existen aspectos que no pueden abordarse desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos, refiriéndose a que un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano, indicando que por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Se establece que el derecho a la salud, se entiende como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Se establecen como elementos esenciales del derecho a la salud los siguientes:

a) Disponibilidad. Se refiere a contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Tales servicios deben incluir factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales.

b) Accesibilidad. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso en las zonas rurales.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deben basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.

c) Aceptabilidad. Se refiere a que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deben estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello implica, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente

aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Por otro lado, se indica que es necesario llevar a cabo la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad tanto física como mental, incluyendo así el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación

La Observación 14 también hace referencia a temas especiales de alcance general como lo son:

- La no discriminación e igualdad de trato. Se prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.
- Perspectiva de género. Se recomienda incorporar la perspectiva de género en políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre.
- La mujer y el derecho a la salud. Se establece la importancia de elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida.
- Los niños y adolescentes. Se refiere a la necesidad de adoptar medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños.
- Personas mayores. Se reafirma la importancia de un enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación.

- Personas con discapacidades. Abarca tanto el aspecto físico como mental de este sector.

- Pueblos indígenas. Se indica la necesidad de aplicar medidas específicas para mejorar su acceso a los servicios de salud. En este sentido, los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, se deben tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.

Se indica que al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir.

La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de obstaculizar directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud.

La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el artículo 12 del PIDESC.

La obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. Aunado a ello, esta obligación requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

La observación en comentario menciona que el derecho a la salud en todas sus formas y en todos los niveles abarca elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación y desarrollo dependerá de cada Estado parte, sin embargo, ello no implica que el Estado pueda argumentar no tener condiciones para satisfacer estas necesidades ya que no sólo con decir esto se libera de la obligación: tiene que demostrar por qué no puede hacerlo y que efectivamente hace todo lo que está en sus manos. Los Estados deben satisfacer los elementos esenciales que integran el derecho a la salud como parte de la obligación que adquieren en el pacto, como es garantizar los niveles esenciales de la protección de la salud. En este sentido, el

punto 43 de la observación que nos ocupa señala que es una obligación fundamental de los Estados parte, asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el pacto.

Sin duda, la Observación General 14 representa un instrumento de gran valor, ya que como hemos observado, establece de manera precisa las condiciones a partir de las cuales, se debe garantizar el derecho a la salud. En este sentido, no sólo hace referencia a sus características, sino que aporta una visión integral, acerca de los elementos necesarios para cumplir con un derecho fundamental, sin el cual, como lo hemos mencionado previamente, no podríamos gozar de otros derechos.

Ahora bien, en el ámbito regional, encontramos otros instrumentos que hacen referencia al derecho a la salud. Aunque no lo exponen de manera específica, si hacen hincapié en su importancia y en su relación con otras temáticas. Este es el caso del Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, en el cual se destina un apartado al derecho a la salud de personas internas en centros de reclusión de esta región.

A continuación se expone de manera breve, el contenido de dicho instrumento en el apartado relacionado con el derecho a la salud, a fin de contar con elementos que nos introducirán a la problemática central expuesta en esta investigación.

1.2.3. Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. El derecho a la salud.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), ha mostrado especial interés en temas relacionados con personas privadas de la libertad. Muestra de ello, es el Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, aprobado el 31 de diciembre de 2011, por dicha Comisión.

De acuerdo con lo señalado en este instrumento "... la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos presenta este informe con el propósito

de ayudar a los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos en el cumplimiento de sus obligaciones internacionales, y proveer de una herramienta útil para el trabajo de aquellas instituciones y organizaciones comprometidas con la promoción y defensa de los derechos de las personas privadas de libertad.”³⁶

Se señala que el Informe se sustenta en el principio fundamental de que el Estado es el garante frente a las personas privadas de libertad, y que en este sentido asume deberes como el respeto de los derechos fundamentales de quienes permanecen internos.

El capítulo V de este Informe está dedicado a la atención médica, y se divide en tres apartados, los cuales se enuncian a continuación:

A. Estándares fundamentales.

“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 I de la Declaración Americana). En este sentido, la CIDH ha establecido que ‘en 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’.”³⁷

Se indica que debido a que las personas privadas de la libertad se encuentran en una posición de subordinación frente al Estado, este es el responsable de satisfacer todas sus necesidades. En este sentido, la provisión de atención médica, es un requisito para garantizar un trato digno a dicha población.

Una situación particularmente importante, es la relacionada con las enfermedades transmisibles. Esto debido a que las prisiones no constituyen sitios

³⁶ Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*. 2011. Prefacio.

³⁷ *Ibid.*, p.199.

cerrados, ya que en ellos existe un constante flujo de personas, tanto de trabajadores, como de visitas, por lo que hay un fuerte riesgo de propagación de enfermedades transmisibles, características de los centros de reclusión, tal como lo son el VIH/SIDA, la tuberculosis y hepatitis, que pueden convertirse incluso en un problema de salud pública.

Por tal motivo, la CIDH considera que es fundamental llevar a cabo acciones preventivas, respecto de estas enfermedades al interior de los centro de reclusión, a fin de evitar su propagación.

B. Principales desafíos identificados y estándares aplicables.

Respecto a las principales deficiencias que la CIDH identifica 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 eficientes 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.³⁸

Aunado a estas insuficiencias, se destaca el papel que personal de seguridad y custodia juega en el acceso al derecho a la salud. En este sentido, se hace

³⁸ Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*. 2011, p. 204-205.

referencia a los cobros a internos para permitirles el paso hasta los servicios médicos e incluso, al pago de cuotas para sacar a los internos de sus celdas y llevarlos a las clínicas.

De acuerdo con este Informe “es una realidad generalizada en la región que las personas privadas de libertad se vean obligadas a depender en gran medida de sus familiares, o de terceras personas, para satisfacción de sus necesidades básicas, lo que en algunos casos implica la entrega de medicamentos, dietas especiales u otros elementos necesarios para el cuidado de la salud de los presos, como anteojos, prótesis, y otras necesidades.”³⁹

También se reporta, que en algunos casos, los internos son discriminados o tratados de manera distinta en los centros hospitalarios externos, por su condición de reclusos.

En el informe se hace énfasis en el impacto que las condiciones de reclusión tienen en la salud de las personas privadas de la libertad, situación que se encuentra relacionado con la sobrepoblación y la falta de medidas preventivas al interior de los centros. Por tal motivo, se establece que es necesario que las condiciones estructurales, sanitarias y de higiene en los reclusorios sean adecuadas y cuenten con servicios dignos, a fin de evitar que las enfermedades contagiosas, comiencen a propagarse.

C. Recomendaciones.

En cuanto a las recomendaciones que la CIDH realiza para garantizar el cumplimiento por parte del Estado de proveer atención médica a las personas privadas de libertad, se encuentran:

La adopción e implementación de políticas públicas que aseguren las condiciones de salud de los establecimientos de privación de libertad. Para ello, deben fomentarse normas y estándares regionales e internacionales de derechos humanos, así como llevarse a cabo la formulación y revisión de planes nacionales

³⁹ *Ibid.*, p.208.

y la participación en eventos regionales, para aprender de las buenas prácticas de otros países en la materia.

Por otro lado es necesario fomentar medidas presupuestarias para asegurar que los centros de reclusión, cuenten con personal cualificado, medicamento e insumos suficientes así como abordar el acceso a la salud en los centros de privación de libertad, como una cuestión de salud pública.

Se requiere adoptar medidas para asegurar el acceso de los reclusos a los servicios de salud de manera gratuita, equitativa y transparente, así como bajo estricta confidencialidad las historias clínicas de los reclusos.

La promoción del conocimiento de enfermedades y la capacitación de personal de salud adscrito a los centros de reclusión, sobre enfermedades infecciosas, son indispensables para la prevención y tratamiento de las mismas.⁴⁰

Sin duda, este informe muestra de manera amplia la problemática relacionada con el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en países del continente americano. En este sentido, al señalar la importancia de la intervención de los gobiernos responsables, establece pautas y algunas medidas a partir de las cuales las autoridades deben actuar a favor del derecho a la salud de esta población.

Lo anterior resulta de suma importancia, dado que la problemática que a lo largo de la presente investigación se expone, no es exclusiva de nuestro país, sino que se desarrolla en varios estados americanos.

⁴⁰ Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*, op. cit., p.216-218.

Capítulo 2

Ordenamiento jurídico-administrativo de protección del derecho a la salud en México y en los Reclusorios del Distrito Federal.

El ordenamiento jurídico-administrativo del derecho a la salud, se refiere a las leyes, normas y reglamentos, a partir de los cuales se rige este derecho.

Es jurídico-administrativo debido a que contempla tanto las obligaciones del Estado, como la descripción de la administración de este derecho; es decir, las condiciones bajo las cuales se debe otorgar su prestación.

El ordenamiento que se desarrolla en los siguientes apartados, incluye normatividad de carácter federal, local y de manera específica, aquella relacionada con los centros de reclusión del Distrito Federal, en los que también se incluye el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad.

2.1. Ordenamiento Federal en Materia de Salud.

En el ámbito federal, el derecho a la salud en México, está estipulado en el artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por su parte, la Ley General de Salud es reglamentaria de dicho artículo, por lo que en su contenido se encuentran las bases y procedimientos para el acceso a este derecho.

A continuación se desarrolla el contenido de este ordenamiento.

2.1.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En México, diversos derechos sociales, entre ellos el derecho a la salud, fueron incluidos en la Constitución de 1917, como resultado del proceso revolucionario de 1910.

Sin duda, el derecho a la salud, ha gozado de un lugar privilegiado al ubicarse en el apartado de la Constitución Mexicana denominado “Garantías individuales”,

mismo que a través de las reformas de junio de 2011 cambió a: “De los derechos humanos y sus garantías”.

Ya previamente, el constituyente mexicano había determinado dar supremacía a determinados derechos sociales. Tal fue el caso de la protección al derecho a la salud, esto en el año 1983, cuando se reformó el artículo 4º. Constitucional para establecer lo siguiente:⁴¹

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

De este artículo se desprende que toda persona, sin distinción, tiene derecho a la protección a la salud, por lo que no se puede dejar fuera ningún sector. Aunado a ello, se deja claro que tanto la federación como los estados, tienen la obligación de proteger la salud.

2.1.2. Ley General de Salud. ⁴²

La Ley General de Salud, reglamenta el derecho a la protección de la salud de los mexicanos. Lo anterior, en los términos del artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual se aplica en toda la República.

El artículo 1º. de la Ley General de Salud, señala que dicho ordenamiento es reglamentario del derecho a la salud que tiene toda persona, por lo que en su contenido se establecerán las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

El artículo 2º refiere las finalidades del derecho a la protección de la salud; al respecto señala que son las siguientes:

⁴¹ Baltazar Pahuamba Rosas, *El derecho a la protección de la salud*, México, Editorial Novum, 2014, p. 48.

⁴² *Ley General de Salud*, Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

De esta manera, se contempla que la salud incluye tanto factores físicos como mentales, su importancia dado que implica la prolongación y mejoramiento en la calidad de vida de las personas, la necesidad de protegerla, el disfrute de los servicios de salud y su conocimiento, así como el desarrollo de investigación en la materia.

Aunado a lo anterior, en esta Ley se hace referencia al Sistema Nacional de Salud, el cual está compuesto por dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, que son quienes dan cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

En este tenor se señala que el Sistema Nacional de Salud tienen como objetivo: proporcionar servicios de salud a toda la población, atendiendo los problemas sanitarios y los factores que condicionan y causan daños a la salud.

Por otro lado se indica que la Coordinación del Sistema Nacional de Salud, es el Órgano encargado de establecer y conducir la política nacional en materia de salud.

La Ley General de Salud establece que el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud, debe dictar las normas oficiales mexicanas de servicios de salud, debe organizar y operar los servicios de salud, coordinar el Sistema Nacional de Salud, así como regular, desarrollar, coordinar y supervisar las acciones de protección social en salud.

Los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, deben coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud. Aunado a ello, deben formular y desarrollar programas locales en materia de salud.

Se establece que el Consejo de Salubridad General es un órgano que depende del Presidente. Se integra por un presidente que es el Secretario de Salud, un secretario y 13 vocales titulares, 2 de los cuales son los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía y los vocales que su propio reglamento determine.

Dicho Consejo de Salubridad General, dicta medidas, opina sobre programas y proyectos, elabora el cuadro básico de insumos del sector salud, rinde opiniones y formula sugerencias al Ejecutivo Federal.

En cuanto a la prestación de los servicios de salud, éstos se clasifican en 3 tipos: atención médica, salud pública y asistencia social.

Se consideran servicios básicos de salud los referentes a la educación por la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles, atención médica integral, planificación familiar, salud mental, control de enfermedades

bucodentales, disponibilidad de medicamentos, promoción del mejoramiento de la nutrición y la asistencia sociales a grupos vulnerables.

En cuanto a las actividades de atención médica, estas se clasifican en: preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas.⁴³

El artículo 51 de la Ley General de Salud establece que los usuarios tienen derecho a obtener una prestación de salud oportuna y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

A su vez, el artículo 51 Bis indica que los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se les indiquen o apliquen.

Vale la pena destacar que de acuerdo con el artículo 77 Bis-9 en el párrafo III de la Ley, se establece que la calidad de los servicios prestados, debe considerar al menos los siguientes aspectos: prestaciones orientadas a la prevención y fomento del autocuidado de la salud, aplicación de exámenes preventivos, programación de citas por consultas, atención personalizada, integración de expedientes clínicos, continuidad de cuidados mediante referencia y contrarreferencia, surtimiento de medicamento e información al usuario, sobre diagnóstico y pronóstico.

Finalmente, el artículo 77 Bis-36 señala que los beneficiarios del sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir, bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades

⁴³ El término paliativo se refiere al cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales, por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

A continuación, se plantearán los pormenores, respecto al ordenamiento local en el que se incluye el derecho a la salud.

2.2. Ordenamiento Local en Materia de Salud.

El ordenamiento local en materia de salud, está constituido por la Ley de Salud del Distrito Federal.

En dicha Ley se establecen las bases y modalidades a partir de las cuales se debe garantizar a la población del Distrito Federal, el acceso a los servicios de salud.

A continuación se desarrolla brevemente su contenido.

2.2.1. Ley de Salud del Distrito Federal.⁴⁴

La Ley de Salud del Distrito Federal establece en su artículo 2º, que los habitantes del Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquiera otro, tienen derecho a la protección a la salud. En este sentido, el Gobierno del Distrito Federal, las dependencias y entidades federales, en el ámbito de sus respectivas competencias, tienen la obligación de dar cumplimiento a este derecho.

Se establece que la protección a la salud debe regirse por los principios de universalidad,⁴⁵ equidad y gratuidad.

El derecho a la protección a la salud de acuerdo con esta Ley, tiene por finalidad: el bienestar físico y mental del individuo, la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana, el disfrute de servicios de salud que satisfagan eficaz

⁴⁴ *Ley de Salud para el Distrito Federal*, Diario Oficial de la Federación, 15 de enero de 1987.

⁴⁵ En los términos de la Ley de Salud del Distrito Federal, universalidad se refiere a la cobertura de los servicios de salud que responde a las necesidades de salud de toda persona para hacer efectivo su derecho a la protección a la salud.

y oportunamente las necesidades de la población y la garantía de seguridad sanitaria a sus habitantes, entre otras.

En el Distrito Federal, las autoridades sanitarias son: el Jefe de Gobierno del Distrito Federal, el titular de la Secretaría Federal, el titular de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y el titular de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno del Distrito Federal.

Se establece que los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a: acceder libremente a los servicios de salud en los términos de la ley, a recibir tratamiento médico, ser atendidos oportuna, eficaz y cálidamente por personal de salud con respeto a sus derechos, su dignidad, su vida privada, su cultura y sus valores en todo momento, a tener la seguridad en la calidad y la certeza de la continuidad en la atención médica recibida, a recibir información suficiente, clara, oportuna, veraz y apropiada a su edad, género, educativa, cultural e identidad étnica sobre su historial médico y sobre su estado de salud, tener la seguridad de que la información sobre su estado de salud será confidencial y protegida, recibir atención médica en caso de urgencias, contar con un expediente clínico, no ser objeto de discriminación por ninguna enfermedad o padecimiento, entre otros.

De acuerdo con el artículo 15 de esta Ley, el Sistema de Salud del Distrito Federal se compone de las dependencias, órganos desconcentrados y organismos descentralizados del gobierno y de personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los instrumentos jurídicos de coordinación que se suscriban con dependencias o entidades de la Administración Pública Federal, que tiene por objeto: dar cumplimiento al derecho a la protección a la salud, proporcionar servicios de salud a la población y procurar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

La dependencia del gobierno encargada de administrar la salud en el Distrito Federal, es la Secretaría de Salud, la cual tiene como atribuciones: formular, ejecutar, operar y evaluar las políticas de salud del Distrito Federal; conducir la política en materia de servicios médicos y de salubridad general, así como

desarrollar acciones para el mejoramiento y especialización de los servicios de salud. También lleva a cabo programas y toma acciones de regulación y control sanitario en materia de salubridad local.

El tema de salud, también incluye la salud mental. Al respecto, en la ley se establece que las enfermedades mentales tienen carácter prioritario, por lo que el gobierno en coordinación con las autoridades competentes, debe fomentar y apoyar el desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, así como crear programas de atención médica a la salud mental. Aunado a ello, debe realizar programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia.

El capítulo XXV de la Ley, dedicado a los servicios de salud en reclusorios y centros de readaptación social, establece lo siguiente:

Artículo 98.- Corresponde a la Secretaría, en coordinación con las autoridades competentes, integrar, conducir, desarrollar, dirigir, administrar y otorgar en forma permanente, oportuna y eficiente los servicios de salud y de atención médica y de especialidades, particularmente en materia de medicina general y preventiva, medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría, odontología, psiquiatría, salud sexual y reproductiva, nutrición, campañas de vacunación, entre otros, que se ofrezcan en los Reclusorios y Centros de Readaptación Social. Los centros femeniles de reclusión y readaptación contarán de forma permanente con servicios médicos de especialidad en salud materno-infantil.

Artículo 99.- Tratándose de enfermedades que requieran atención de emergencia, graves o cuando así lo requiera el tratamiento, a juicio del personal médico de los reclusorios y centros de readaptación social, se dará aviso para el traslado del interno al

centro hospitalario que determine el propio gobierno, en cuyo caso, se deberá hacer del conocimiento de la autoridad competente.

El personal médico, a partir de que tenga conocimiento de alguna enfermedad transmisible, deberá proceder a adoptar las medidas necesarias de seguridad sanitaria, para efectos de control y para evitar su propagación, informando de ello en un plazo no mayor de 24 horas a las autoridades competentes.

Tendiendo como base lo establecido en el ordenamiento tanto federal como local en materia de salud, a continuación se abordará la estructura del sistema penitenciario del Distrito Federal y posteriormente el contenido legal en materia de salud aplicable a los centros de reclusión que lo conforman.

2.3. El Derecho a la Salud en los Reclusorios del Distrito Federal.

El derecho a la salud en los Reclusorios del Distrito Federal, representa una de las problemáticas más relevantes al interior de los centros de reclusión que conforman el sistema penitenciario de la capital.

Su análisis y seguimiento se ha convertido en tema central de estudio para quienes se dedican a la investigación y atención de asuntos relacionados con condiciones carcelarias, ya que la prestación de este derecho denota una serie de irregularidades y transgresiones que ponen en evidencia la constante violación a derechos humanos, específicamente en el rubro de salud.

2.3.1. Reclusorios del Distrito Federal.

El sistema penitenciario del Distrito Federal, cuya población oscila entre los 40,125 internos,⁴⁶ se encuentra compuesto por los siguientes 10 centros de reclusión, ubicados en diversos puntos de la ciudad:

⁴⁶ Subsecretaría del Sistema Penitenciario, *Movimiento Diario de Población Penitenciaria. Promedio de internos del mes de septiembre de 2014* [en línea], Dirección URL:

- Reclusorio Preventivo Varonil Norte
- Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte
- Reclusorio Preventivo Varonil Oriente
- Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente
- Reclusorio Preventivo Varonil Sur
- Penitenciaría del Distrito Federal
- Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI)
- Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla (CERESOVA)
- Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla
- Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan

El sistema penitenciario del Distrito Federal se caracteriza por el hacinamiento que existe en casi todos los centros de reclusión de la ciudad, el cual alberga a prácticamente al doble de personas, en relación con su capacidad.

La problemática que se vive al interior de los centros de reclusión de la ciudad, es preocupante, dado que las condiciones y el trato indigno a las personas que ocupan estos sitios, es una constante y forma parte de la manera en la que se vive la prisión.

En este sentido, las múltiples violaciones a derechos humanos relacionadas con actos de corrupción, violencia, malos tratos, falta de atención médica, entre otras, son elementos característicos del sistema penitenciario del Distrito Federal.

La discriminación es otro elemento que prevalece en las cárceles de la ciudad. Este factor sin duda, afecta el acceso a los derechos de las personas

<http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/estadisticas/index.html?anio=2014&mes=9> [consulta: 10 de enero de 2015].

privadas de la libertad, quienes por su condición de internos, dejan de ser vistos como personas y se convierten en objeto de constantes agravios.

Al respecto, es común observar que servidores públicos que ostentan poder al interior de las prisiones, consideran que la privación de la libertad no es suficiente castigo para quienes cometieron algún ilícito, por lo que no atender condiciones mínimas, forma parte del castigo que debe imponerse a los internos.

Sin duda, el tema de las prisiones no únicamente afecta a las personas privadas de la libertad (ya sea por encontrarse bajo proceso o por estar sentenciados); sus implicaciones son de carácter social, dado que la problemática se extiende hasta las familias de quienes permanecen internos, afectándose de esta manera el tejido social.

No obstante lo anterior, el ordenamiento de los centros de reclusión, establece los pormenores acerca de las condiciones que deben prevalecer al interior de los reclusorios. Por tal motivo, a continuación se desarrollarán algunos detalles al respecto.

2.3.1.1. Ordenamiento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal.

La administración de los centros penitenciarios de la ciudad de México se encuentra regulada por:

- La Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal.
- El Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal.
- La Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal.

Mediante esta regulación, se establecen los lineamientos a partir de los cuales, la esfera de gobierno a nivel local, debe actuar a fin de atender y administrar los centros penitenciarios ubicados en el Distrito Federal.

Así mismo, se señala la importancia de modificar y neutralizar los factores que han influido en la conducta del individuo para delinquir, facilitar la comprensión del hecho delictivo en la existencia de la víctima, para con ello lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que dichos actos no sean cometidos nuevamente.

A continuación, se desarrollan algunos aspectos interesantes acerca de su contenido.

Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal.

La Ley de los Centros de Reclusión para el Distrito Federal, fue publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 4 de abril de 2014.

Con esta Ley se ha buscado cubrir un vacío existente, debido a que a pesar de contar previamente con un Reglamento regulador de los centros de reclusión, no se había emitido una Ley en la que se cubrieran los aspectos referentes a la materia.

El objetivo primordial de esta Ley, radica en que a partir de su implementación, se busca adoptar las medidas necesarias a fin de lograr la reinserción social de los sentenciados, por lo que en ella, se dictan las pautas de operación que permitirán contribuir al logro de dicho objetivo.

Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal.

El Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal se publicó en el Diario Oficial de la Federación el día 20 de febrero de 1990.

Dicho instrumento establece en su artículo primero, que las disposiciones que contiene regulan el Sistema de Reclusorios y Centros de Readaptación Social en el Distrito Federal, y que su aplicación corresponde al Departamento del Distrito Federal, a través de la Dirección General de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal.

Se indica además, que la organización y el funcionamiento de los Reclusorios tenderán a conservar y a fortalecer en el interno, la dignidad humana, la protección, la organización y el desarrollo de la familia, a propiciar su superación personal, el respeto a sí mismo, a los demás y a los valores sociales de la nación.

En este sentido, indica que el tratamiento a los internos tiene como finalidad su readaptación a la comunidad libre y socialmente productiva.

Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal.

La ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, se expidió a través de un Decreto, el 17 de junio de 2011.

En ella se indica que su objetivo es regular:

- I. El cumplimiento, modificación y duración de las penas y medidas de seguridad impuestas por la autoridad judicial; y,
- II. La organización, administración y operación del Sistema Penitenciario del Distrito Federal, para lograr la reinserción social y procurar que no vuelva a delinquir la persona sentenciada.

Para lograr dicho objetivo, se menciona que uno de los principios rectores de la Ejecución de la Pena, Medidas de Seguridad y del Sistema Penitenciario, es la mínima afectación, la cual consiste en que el Sistema Penitenciario no debe agravar los sufrimientos inherentes a la pena privativa de libertad.

De esta manera, se hace hincapié, en que los sentenciados deben gozar de todos los derechos no afectados por la condena, sin establecerse diferencia alguna por razón de raza, opiniones políticas, creencias religiosas, condición social o cualquiera otra circunstancia discriminatoria, por lo que tienen derecho a recibir un trato digno.

Vale la pena resaltar que la no discriminación por razones de raza, color, género, lengua, religión, opinión política, discapacidad, nacionalidad o cualquier otra, es un común denominador de este ordenamiento.

2.3.1.2. Administración de los Centros de Reclusión del Distrito Federal.

De acuerdo con la Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, la administración de los Centros de Reclusión del Distrito Federal se encuentra a cargo de la Secretaría de Gobierno a través de la Subsecretaría del Sistema Penitenciario.

Por tal motivo, la Subsecretaría del Sistema Penitenciario es la encargada de formular los programas necesarios para el funcionamiento del Sistema Penitenciario.

De acuerdo con el artículo 7º. de la Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, la responsabilidad directa del Sistema Penitenciario está a cargo de las siguientes autoridades:

- I. El Jefe de Gobierno;
- II. La Secretaría de Gobierno.
- III. La Secretaría de Salud;
- IV. La Subsecretaría del Sistema Penitenciario del Distrito Federal;
- V. El Instituto de Reinserción Social;
- VI. Los Directores de los Centros de Reclusión;
- VII. Los Directores de las Unidades Médicas en los Centros de Reclusión, en el ámbito de su competencia;
- VIII. Las Direcciones Ejecutivas.

En este sentido, cada una de las autoridades señaladas, tiene las siguientes funciones y atribuciones:

El Jefe de Gobierno es el encargado de supervisar la administración del Sistema Penitenciario y garantizar el respeto y ejercicio de los derechos humanos de los internos. Se encarga de elaborar, expedir y actualizar los reglamentos y normatividad necesarios para el correcto funcionamiento del Sistema Penitenciario. Celebra convenios con dependencias de la Administración Pública Federal y de los Estados de la Federación, con otras dependencias o entidades públicas paraestatales, entre otras.⁴⁷

El Secretario de Gobierno garantiza el funcionamiento del Sistema Penitenciario y el ejercicio de los derechos de los internos. Verifica que se cumpla la normatividad y demás disposiciones. Es el encargado de nombrar al Titular de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario y a los Directores de los Centros de Reclusión.⁴⁸

El Secretario de Salud provee de todos los elementos y recursos a fin de que los servicios médicos del Sistema Penitenciario se presten con eficiencia y prontitud. Supervisa los aspectos médicos y de salud pública inherentes al Sistema Penitenciario. Celebra convenios con la Secretaría de Salud Federal, para que se pueda canalizar oportunamente a los internos cuando su problema de salud requiera atención especializada.⁴⁹

El Subsecretario del Sistema Penitenciario se encarga de administrar y supervisar el correcto funcionamiento de los Centros de Reclusión del Sistema así como de garantizar el respeto y ejercicio de los derechos humanos de los internos. Elabora y actualiza los manuales de organización, de operación y de funcionamiento del Sistema Penitenciario. Supervisa la creación y coordinación de los sistemas de seguridad en los Centros de Reclusión del Sistema Penitenciario. Vigila que se atiendan las necesidades de los internos, las sugerencias y quejas de sus familiares y sus defensores.

⁴⁷ Asamblea Legislativa del Distrito Federal, *Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal*, Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 4 de abril de 2014. Artículo 10.

⁴⁸ *Ibid.*, Artículo 11.

⁴⁹ *Ibid.*, Artículo 12.

Respecto a cuestiones relacionadas con la salud de los internos, establece las políticas necesarias para contribuir con la Secretaría de Salud, en la atención médica eficiente y oportuna de los internos en los Centros de Reclusión así como en el cumplimiento de las normas de higiene general y personal de los internos.⁵⁰

Por su parte, los Directores de los Centros de Reclusión se encargan de autorizar el ingreso y egreso de quienes serán internados en una institución hospitalaria, ello en cumplimiento a la determinación de una resolución dictada por autoridad competente. Su labor, es administrar el correcto funcionamiento del Centro de Reclusión y el ejercicio de los derechos de los internos. Administran los recursos humanos, financieros y materiales asignados al Centro de Reclusión.⁵¹

De acuerdo con la Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, las autoridades penitenciarias tienen la obligación de respetar los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas privadas de la libertad. En este sentido, queda prohibida toda forma de discriminación que atente contra la dignidad de los internos, por lo que la autoridad no podrá en ningún caso, realizar actos que se traduzcan en tratos crueles, inhumanos o degradantes, torturas o cualquier tipo de extorsión.

2.3.2. Salud en los Reclusorios del Distrito Federal.

La privación de la libertad, constituye un acto de restricción del derecho a la libertad del inculcado. Como se ha mencionado, dicha restricción no excluye a la persona del goce de sus demás derechos.

En este sentido, el artículo 38 de la Constitución Mexicana, establece la suspensión de derechos político- electorales para las personas que se encuentren privadas de la libertad, como son el derecho de votar y ser votado.

No obstante lo anterior, la persona que está sujeta a un proceso de carácter judicial, no pierde sus derechos fundamentales como: el derecho a la vida, a la

⁵⁰ *Ibid.*, Artículo 13.

⁵¹ *Ibid.*, Artículo 15

integridad física y a la salud. Es por ello, que el Estado al privar a una persona de la libertad, asume la responsabilidad de garantizar tales derechos.

En este sentido, una persona que se encuentra libre, tiene las posibilidades de acudir a recibir atención médica, a las diversas instituciones creadas para dicho fin, ya sean públicas o privadas, sin embargo, una persona que está en reclusión, no cuenta con esa posibilidad.

En el caso de las personas privadas de la libertad, al no tener la posibilidad de acudir por ellas mismas a recibir atención médica, dependen por completo de las acciones que lleve a cabo el Estado a través de las autoridades penitencias y de salud, para atender situaciones que pongan en riesgo su integridad e incluso su vida.

Para tal fin, existe una serie de lineamientos legales, los cuales establecen las obligaciones del Estado con respecto a las personas privadas de la libertad, específicamente, en materia de salud.

2.3.2.1. Ordenamiento en materia de salud en los Reclusorios del Distrito Federal.

Los lineamientos que hacen referencia a la obligación de las autoridades encargadas de atender asuntos de carácter médico al interior de los Reclusorios del Distrito Federal, son los señalados previamente: la Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, el Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal y la Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal.

Aunado a ello, el sistema de salud cuenta con diversos manuales, creados específicamente para desarrollar los procedimientos que el personal de las Unidades Médicas de los centros de reclusión, debe atender para dar cumplimiento a su labor al interior de los Centros de Reclusión del Distrito Federal. Entre dichos manuales se encuentran:

- Manual de Organización de las Unidades Médicas de los Centros de Reclusión del Distrito Federal.
- Modelo de Atención a la Salud en los Centros de Reclusión del Distrito Federal.
- Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de Derechohabientes o Usuarios.

En materia de salud, la Ley de los Centros de Reclusión para el Distrito Federal establece, como lo marcan los estándares internacionales, que las personas privadas de la libertad, deben gozar del derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

Para tal propósito, los centros de reclusión del Distrito Federal, deben contar permanentemente con médicos, psicólogos, servicios de psiquiatría y odontología, y en los centros femeniles, con servicios de ginecología, obstetricia y pediatría.

2.3.2.1.1. Aspectos generales de la salud en los Reclusorios del Distrito Federal.

Ingreso al centro de reclusión.

La ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal establece que al ingresar un interno a un centro penitenciario, debe ser inmediatamente examinado y certificado por personal médico dependiente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a fin de conocer con precisión su estado de salud físico y mental.

En caso de que por su estado de salud, el interno(a) requiera tratamiento médico y farmacológico, este se le debe proporcionar a partir de dicha valoración. Si presenta enfermedad psiquiátrica y/o trastorno mental, que requiera atención farmacológica, se debe garantizar el suministro de medicamentos.

Por su parte el Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal, establece que si como resultado del examen médico fuere conveniente un tratamiento especializado, el Director del reclusorio debe dictar las

medidas necesarias para que el interno sea trasladado a recibir la atención requerida, lo cual debe comunicar por escrito a los familiares del interno, defensores o personas de su confianza dentro de las 24 horas siguientes.

La importancia de esta acción radica por un lado, en que hay personas que presentan algún padecimiento crónico-degenerativo que requiere de tratamiento y por el otro, que hay quienes durante la detención, fueron heridos o lesionados, por lo que necesitan atención médica.

Expediente técnico.

De acuerdo con el artículo 84 de la Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, a todo sentenciado se le debe formular un expediente que incluya los estudios técnicos que se le practiquen, además de una copia de la partida jurídica.

El expediente se debe conservar en el Centro Penitenciario y debe incluir una sección de salud con un resumen clínico sobre el estado físico y mental que se realice al sentenciado, por parte de la Secretaría de Salud.

En este caso, el contar con un expediente clínico actualizado, garantiza el acceso a una adecuada atención médica, por lo que este constituye un derecho de cualquier paciente. Tanto los antecedentes clínicos, notas médicas y estudios, permiten contar con los elementos necesarios para proporcionar una atención de calidad.

Prevención.

De acuerdo con la Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, es necesario realizar campañas permanentes de prevención de enfermedades al interior de los centros penitenciarios. Se debe otorgar tratamiento adecuado mediante el diagnóstico oportuno de enfermedades agudas, crónicas y crónico degenerativas incluyendo las enfermedades mentales.

Es responsabilidad de los servicios médicos de cada establecimiento, aplicar periódicamente pruebas de enfermedades infectocontagiosas.

Respecto a este punto, considerando que una de las características de los centros de reclusión es el hacinamiento, el contar con campañas de prevención, se convierte en un tema relevante, dado que esta representa la alternativa para evitar la propagación de enfermedades que pueden ser letales e incluso llegar a convertirse en problemas de salud pública.

Higiene y vigilancia.

A fin de garantizar la salud de la población interna en su conjunto, la Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, señala en su artículo 106, que el área médica tiene la obligación de realizar inspecciones regulares a los Centros Penitenciarios y debe asesorar al Director acerca de la cantidad, calidad, preparación y distribución de alimentos; higiene y las condiciones sanitarias, de iluminación y ventilación del Centro Penitenciario.

Lo anterior con el propósito de detectar aquellas situaciones en las que enfermedades que son transmisibles, puedan erradicarse lo más pronto posible.

La coordinación, entre la Secretaría de Salud y el sistema penitenciario, resultan fundamentales para resolver situaciones que atañen a ambas autoridades y que sin su colaboración no podrían resolverse. En este caso, temas como la alimentación, la higiene y las condiciones dignas de estancia, repercuten directamente en la salud de los internos, razón por la cual, la comunicación entre las dos autoridades señaladas, resulta indispensable.

Dormitorios en aislamiento.

Los dormitorios de castigo y los de protección, se caracterizan por ser áreas aisladas de las cuales los internos no pueden salir. Por tal motivo, las personas que permanecen en dichos dormitorios, no pueden acudir por ellos mismos a la Unidad Médica del centro penitenciario, dependiendo por completo de seguridad y custodia, para tener acceso a la atención médica.

Al respecto, el Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal, señala en su artículo 91, que los dormitorios o secciones destinados para custodia en aislamiento, deben ser visitados diariamente por el médico general, psiquiatra y por psicólogo del establecimiento, informando a las autoridades del reclusorio respecto del estado de salud en que se encuentren los internos y las anomalías que puedan ser detectadas.

El Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal, en su artículo 157 señala que:

En los módulos de alta seguridad, existirá atención técnica permanente de índole médica, de trabajo social, psicológica, psiquiátrica, pedagógico-educativa, cultural, deportiva y recreativa, que incidan en la readaptación social.

Los dormitorios de castigo y protección son áreas que requieren de una vigilancia constante en temas de salud. Debido a las condiciones de aislamiento de estas zonas, las autoridades se encuentran obligadas a atender de inmediato cualquier emergencia o situación que ponga en riesgo la integridad de los internos. La visita diaria de personal médico resulta por tanto fundamental, debido a que cualquier anomalía debe ser reportada y atendida de inmediato.

Adicción.

Respecto a las personas que se encuentran internas en algún centro penitenciario del Distrito Federal y que presentan problemas de adicción, la Secretaría de Salud es la encargada de diseñar un programa permanente que asegure la atención a las personas con problemas de adicción. De acuerdo con la Ley de los Centros de Reclusión para el Distrito Federal este programa debe ser permanente y voluntario.

Los programas de desintoxicación al interior de estos centros, son limitados y reciben a un pequeño número de internos, comparado con la población en reclusión existente.

En este sentido, los programas de desintoxicación tendrían que ser vistos como una herramienta necesaria para atacar el problema de las adicciones, que es uno de los más importantes al interior de los centros de reclusión.

Salud Mental.

La salud mental en los reclusorios, es uno de los temas más frecuentes, pero también más olvidados al interior del sistema.

Si bien en muchos de estos centros se cuenta con atención psiquiátrica y excepcionalmente psicológica, el tema rebasa en gran medida las acciones implementadas por autoridades de salud.

En este sentido, la Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal establece que el tratamiento psicológico se debe fundar en los resultados de los estudios técnicos que se practiquen a los internos, los que deben ser actualizados periódicamente.

El artículo 10 de dicha Ley establece que el área de psicología debe apoyar, auxiliar y asesorar a la Autoridad de los Centros Penitenciarios en todo lo concerniente a su especialidad para:

- I. El debido manejo conductual de los sentenciados, considerándose las características de personalidad;
- II. Manejar adecuadamente al sentenciado en posibles situaciones críticas y para prevenir trastornos en su personalidad;
- III. Procurar un ambiente psicológicamente adecuado entre el sentenciado y personal del Centro Penitenciario; y
- IV. Tomar las medidas necesarias cuando el estado emocional del sentenciado amenace su integridad física, la de terceros o la seguridad del Centro Penitenciario, previo informe de seguridad y custodia o del propio sentenciado.

Respecto a la atención psiquiátrica, se contempla la existencia de áreas especializadas al interior de los centros de reclusión, encargadas de detectar y tratar las enfermedades mentales y emocionales de los internos. Ello considerando que tal circunstancia puede representar una amenaza para su integridad física y la de terceros.

El tema del seguimiento a la atención de pacientes psiquiátricos al interior de los centros de reclusión, resulta preocupante, dado que la población que presenta estas características, más que estar sujeta al seguimiento médico y vigilancia por parte de las autoridades de salud, se encuentra custodiada por personal de seguridad, situación que vulnera aún más su condición, ya que este sector de la población interna no es tratada a partir de su estado médico, sino con base a su situación jurídica.

Atención especializada.

En cuanto a aquellas personas que padezcan enfermedades crónicas, graves y quienes lo requieran, tienen derecho a recibir atención médica especializada.

En los casos en que dicha atención no se pueda proporcionar al interior del centro penitenciario, las autoridades responsables, tanto la Secretaría de Salud del Distrito Federal, como la Subsecretaría del Sistema Penitenciario, deben coordinarse para que se garantice su acceso a la atención requerida.

En este sentido, cuando el personal médico de los servicios de salud determine necesario trasladar a un(a) interno(a) a otra unidad médica, ya sea para diagnóstico, tratamiento, o en casos de urgencia, se debe solicitar su traslado a la dirección del centro de reclusión de que se trate o al funcionario que normativamente lo supla, acompañando dicha solicitud con la hoja de referencia correspondiente.

La atención especializada y referencias, juegan un papel importante en el tema general de salud al interior de los centros, ya que sin la canalización oportuna

de los pacientes para ser valorados en un hospital externo, se puede poner en riesgo su vida.

Personas que viven con VIH.

Respecto a la atención a personas que viven con VIH, la Secretaría de Salud, a través de la Clínica Especializada Condesa, atiende a la población interna que presenta esta enfermedad.

Si bien, en la normatividad señalada no se contemplan los pormenores respecto a la atención que se debe dar a pacientes con VIH al interior de los centros de reclusión, en la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, se plantean los detalles acerca del manejo que se debe dar a los pacientes que lo padecen.

Atención médica a las mujeres en reclusión.

Con base a lo establecido en la Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, las mujeres internas, deben tener acceso a los servicios de salud preventiva, de atención a la salud general y atención especializada, de acuerdo a las necesidades propias de su edad y sexo.

En lo que respecta a mujeres embarazadas, la normatividad establece que en caso de estado de gravidez, en los Centros Penitenciarios femeniles se debe otorgar atención para el embarazo, parto y puerperio, así como de recién nacidos, tomando las medidas de protección necesarias para salvaguardar la salud tanto de la madre como de su hijo.

En este sentido, la Secretaría de Salud tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias para que los hijos de las internas nazcan en instituciones hospitalarias fuera de los centros de reclusión, de segundo nivel, que cuenten con especialistas en Pediatría y Ginecología.

En la Ley se contempla que si existe complicación o si en el Centro Penitenciario no se cuenta con las instalaciones adecuadas para las sentenciadas o los recién nacidos, deberán ser trasladadas a una unidad médica del sector salud, bajo la vigilancia de la Subsecretaría y las autoridades auxiliares que ésta determine.

Atención médica a niños que viven con madres en reclusión.

El Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal, establece en su artículo 98, que los hijos de mujeres internas podrán permanecer dentro de la institución hasta cumplir la edad de 6 años.

En el artículo 70 de la Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, se señala que las internas que permanezcan en reclusión con sus hijos, deberán contar con todas las facilidades médicas pediátricas, de alimentación y desarrollo de los menores.

En este sentido, la atención médica de los menores que viven con madres en reclusión, también depende de la Secretaría de Salud, quien debe garantizar que los niños cuenten con atención pediátrica y seguimiento médico, en caso de requerirlo.

2.3.2.2. Administración en materia de salud en los Reclusorios del Distrito Federal.

La Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal es la encargada de proveer los servicios médicos que se requieren para atender a la población penitenciaria, función que realiza a través de la Dirección de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios, Órgano del cual dependen las Unidades Médicas que se encuentran al interior de los centros penitenciarios.

De acuerdo con el artículo 87 del Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal, los reclusorios del Departamento del Distrito Federal deben contar permanentemente con servicios medicoquirúrgicos generales, y los especiales de psicología, de psiquiatría y odontología.

De este análisis se desprende que es obligación del estado garantizar el derecho a la salud de su población. De esta manera, el ejercicio de tal derecho implica que toda la población tenga acceso a la protección de la salud, sin discriminación, por motivos de económicos, sociales o culturales.

Sin duda, uno de los avances más significativos en materia de protección a la salud en México, se llevó a cabo en 1983, cuando a través de la reforma al artículo 4º. constitucional se hizo valer jurídicamente este derecho. Aunado a ello, en mayo de 2003 la protección social en salud adquiere un mayor alcance, con la creación del Seguro Popular, el cual se estableció con la finalidad de atender a las personas que no pertenecían al sistema de seguridad social establecido y que no contaban con recursos económicos para acudir a servicios médicos privados.

A pesar de lo anterior, diversos problemas aquejan el actual sistema de salud, tanto para la población abierta, como para quienes permanecen internos en algún centro de reclusión, específicamente en el Distrito Federal.

“Para hablar de la protección de la salud en los hechos se requiere valorar lo que se hace y lo que falta por hacer. Es necesario reconocer los avances que ha tenido nuestro país en materia de salud: se ha reducido la tasa de mortalidad en menores de cinco años (...), se han eliminado enfermedades como la polio, la difteria y el sarampión...”⁵²

En cuanto a las disposiciones jurídicas que rigen en México en materia de salud, se puede considerar que se cuenta con un amplio cuerpo normativo, a partir del cual se protege el derecho a la salud.

No obstante lo anterior “... la realidad de la eficacia en derecho es opuesta a lo que se muestra en la legislación: tenemos el problema de las condiciones reales de los centros de salud que en los servicios de salud se expresa como deterioro de la planta física, obsolescencia de equipamiento, insuficiencia e inadecuación de las

⁵² Baltazar Pahuamba Rosas, *El derecho a la protección de la salud*, México, Editorial Novum, 2014, p. 54.

instalaciones, acompañada de una simplificación en la interpretación de las causas que producen enfermedad.”⁵³

A fin de conocer de manera detallada las condiciones en materia de salud que prevalecen al interior de los centros penitenciarios en México, y específicamente en el Distrito Federal, a continuación se expondrá el contenido de diversos documentos que abordan el tema.

⁵³ *Ibid.*, p.55.

Capítulo 3

Situación del derecho a la salud en los reclusorios del Distrito Federal, en el periodo 2010-2014.

En este capítulo, se abordará la información contenida en los informes, diagnósticos y recomendaciones emitidos por los Organismos de protección de derechos humanos tanto federal como local, a fin de conocer las condiciones en materia de salud, que prevalecen al interior de los centros de reclusión del Distrito Federal.

Aunado a ello, se analizará el contenido del Informe sobre la situación de las personas privadas de libertad en México, el cual fue elaborado por diversas organizaciones de la sociedad civil.

Finalmente, se indicarán los puntos recomendatorios, así como las observaciones que estos Organismos realizan a las autoridades correspondientes, a fin de atender de manera integral el problema de salud en reclusorios.

3.1. Situación general del derecho a la salud en las cárceles de México.

Diversos Organismos tanto nacionales como locales, han prestado interés a las condiciones que imperan al interior de los centros de reclusión, poniendo énfasis al tema del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en nuestro país.

Específicamente, la Comisión Nacional de Derechos Humanos y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, se han encargado de emitir informes y recomendaciones en las que se aborda de manera detallada el tema de salud en reclusorios, abordando las condiciones en las que se garantiza este derecho.

En el caso de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, los documentos que ha elaborado, contemplan las condiciones de los centros penitenciarios de todo el país, por lo que al plantear un diagnóstico general de lo ocurrido en materia de salud en México, se incluye a los centros de reclusión ubicados en el Distrito Federal.

3.1.1. Informes emitidos por la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), es el Organismo encargado de vigilar el cumplimiento de los derechos humanos, al interior de la República Mexicana. Por tal motivo, además de la tramitación de quejas en la materia, realiza diversas acciones encaminadas a visibilizar las omisiones por parte de las autoridades.

En este sentido, la CNDH ha emitido la Recomendación General No. 18 sobre la Situación de los Derechos Humanos de los Internos en los Centros Penitenciarios de la República Mexicana, así como los Diagnósticos Nacionales de Supervisión Penitenciaria, estos últimos, presentados anualmente.

3.1.1.1. Recomendación General No. 18 sobre la Situación de los Derechos Humanos de los Internos en los Centros Penitenciarios de la República Mexicana.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), emitió esta Recomendación el 21 de septiembre de 2010. En ella señala que a partir de la información contenida en los Diagnósticos Nacionales de Supervisión Penitenciaria (DNSP) obtenida por dicho Organismo, se llevó a cabo esta Recomendación. Las observaciones realizadas, se extienden a los 251 reclusorios que dependen de los 31 gobiernos estatales y del Distrito Federal.⁵⁴

En cuanto al derecho a la salud, este instrumento señala que dentro de las irregularidades documentadas con relación a dicha garantía, se observó la falta de personal médico, deficiencias en la atención, desabasto de medicamentos e inadecuada integración de expedientes clínicos.

⁵⁴ Comisión Nacional de los Derechos Humanos México, *Recomendación General No. 18, Sobre la situación de los Derechos Humanos de los internos en los Centros Penitenciarios de la República Mexicana* [en línea], 56 pp., México, 21 de septiembre de 2010, Dirección URL: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_018.pdf [consulta: 12 de mayo de 2015].

Se enfatiza en que la falta de personal médico y de enfermería, trae como consecuencia que las enfermedades de los pacientes, no sean detectadas de manera oportuna, situación que se traduce en una atención inadecuada de las enfermedades.

También se menciona el hecho de que en los centros de reclusión hay un flujo constante de personas, por lo que existe un vínculo con la sociedad, situación que hace posible la propagación de enfermedades, tanto al interior como al exterior de las prisiones.

En cuanto a la atención médica a mujeres, en este instrumento se señala que de acuerdo con la información del DNSP, se detectaron 135 centros de reclusión que albergan mujeres, en los que además de los problemas mencionados, se presentan otros, propios de su sexo, por lo que es necesaria la implementación de acciones destinadas a hacer efectiva la observancia de sus derechos.

En lo que respecta a los medicamentos se hace hincapié en que los centros de reclusión no cuentan con abasto suficiente de los medicamentos del cuadro básico autorizado por la Secretaría de Salud, lo que pone en riesgo la salud de la población penitenciaria.

Las fallas en el expediente clínico también impiden una adecuada atención, debido al registro deficiente de los antecedentes relacionados con la salud de cada interno, ya que el médico tratante no cuenta con elementos suficientes para proporcionar una atención adecuada.

Por lo anterior, resulta evidente que no se da cumplimiento a lo establecido en el artículo 51, párrafo primero, de la Ley General de Salud, en virtud de que muchas de las personas que se encuentran en centros de reclusión, no obtienen servicios de salud de manera oportuna, profesional y éticamente responsable.

Tampoco reciben un trato respetuoso ni digno por parte de profesionales, técnicos y auxiliares.⁵⁵

3.1.1.2. Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria.

“El Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria (DNSP) es un instrumento de evaluación que permite analizar la situación que impera en el sistema penitenciario nacional relacionado con las condiciones de estancia e internamiento de la personas en reclusión, con perspectiva del respeto a los derechos humanos, el cual se ha convertido en un indicador importante que refleja la situación que prevalece en tales lugares.”⁵⁶

Dicho diagnóstico se obtiene mediante la elaboración de encuestas realizadas a los internos de cada centro de reclusión, las cuales se dividen en 5 rubros, asignando una calificación del 0 al 10. Los rubros evaluados son los siguientes:

1. Aspectos que garantizan la integridad física y moral del interno.
2. Aspectos que garantizan una estancia digna.
3. Condiciones de gobernabilidad.
4. Reinserción social del interno.
5. Grupos de internos con requerimientos específicos.

El rubro referente al derecho a la salud, se encuentra enlistado en el referente a la integridad física y moral del interno.

⁵⁵ Comisión Nacional de los Derechos Humanos México, *Recomendación General No. 18, Sobre la situación de los Derechos Humanos de los internos en los Centros Penitenciarios de la República Mexicana* [en línea], México, 21 de septiembre de 2010, 56 pp., Dirección URL: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_018.pdf [consulta: 12 de mayo de 2015].

⁵⁶ Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2011* [en línea], 350 pp., México Dirección URL: http://dnsp.cndh.org.mx/archivos/DNSP_2011.pdf [consulta: 19 de mayo de 2015].

Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2011.

En lo que respecta al año 2011, 5 de los 10 penales del Distrito Federal fueron evaluados. Las calificaciones que obtuvieron, en el rubro que incluye el derecho a la salud, son las siguientes:

Tabla1. Calificación por centro de reclusión en el rubro de integridad física y moral.

No.	Centro de reclusión	Calificación
1	Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.	4.41
2	Reclusorio Preventivo Varonil Norte.	4.10
3	Reclusorio Preventivo Varonil Sur.	5.21
4	Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla.	5.91
5	Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan.	5.58

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sustraídos del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2011.

Respeto a las problemáticas que se identifican en este Diagnóstico, relacionadas con la atención médica al interior de dichos centros, destacan: deficiencias en los servicios para mantener la salud de los internos, falta de atención psicológica, deficiencia en el mobiliario por consultorio y unidad odontológica, insuficiencia de personal para atender a los internos, falta de medicamento y material de curación.

Finalmente, en lo que respecta a la evaluación general, el Distrito Federal obtuvo una calificación de 5.99, colocándose entre los estados de la República Mexicana con más baja calificación.⁵⁷

Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2012.

Para el año 2012, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, llevó a cabo la evaluación de 6 de los 10 centros de reclusión que se encuentran en el Distrito Federal. El promedio de calificación que se obtuvo al evaluar los cinco rubros

⁵⁷ Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2011* [en línea], 350 pp., México Dirección URL: http://dnsp.cndh.org.mx/archivos/DNSP_2011.pdf [consulta: 19 de mayo de 2015].

establecidos (aspectos que garantizan la integridad física y moral del interno, aspectos que garantizan una estancia digna, condiciones de gobernabilidad, reinserción social del interno y grupos de internos con requerimientos específicos), fueron los siguientes:

Tabla 2. Promedio de calificación de los centros de reclusión evaluados en 2012.

No.	Centro de reclusión	Calificación
1	Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.	4.32
2	Reclusorio Preventivo Varonil Norte.	3.64
3	Reclusorio Preventivo Varonil Sur.	4.23
4	Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla.	5.56
5	Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan.	5.77
6	Penitenciaría del Distrito Federal Santa Martha Acatitla.	4.97

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sustraídos del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2012.

En cuanto al rubro relacionado con los aspectos que garantizan la integridad física y moral del interno, las calificaciones que obtuvieron estos centros, son las siguientes:

Tabla 3. Calificación por centro de reclusión en el rubro de integridad física y moral.

No.	Centro de reclusión	Calificación
1	Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.	5.25
2	Reclusorio Preventivo Varonil Norte.	4.69
3	Reclusorio Preventivo Varonil Sur.	4.87
4	Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla.	6.11
5	Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan.	6.2
6	Penitenciaría del Distrito Federal Santa Martha Acatitla.	4.92

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sustraídos del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2012.

En lo que respecta a las problemáticas que se identifican en este Diagnóstico, relacionadas con la atención médica al interior de dichos centros, se encuentran las siguientes: deficiencias en los servicios para mantener la salud de los internos, deficiencia en la unidad odontológica, insuficiente personal médico para atender a

los internos, falta de medicamentos y material de curación, así como falta de atención psicológica

El promedio general obtenido por el Distrito Federal, fue de 4.74.⁵⁸

Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2013.

Para el año 2013, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, evaluó 8 de los 10 centros de reclusión que se encuentran ubicados en el Distrito Federal, además del área denominada “Diamante” ubicada en el Centro de Rehabilitación Social Varonil Santa Martha Acatitla.

El promedio de calificación que se obtuvo al evaluar los cinco rubros establecidos (aspectos que garantizan la integridad física y moral del interno, aspectos que garantizan una estancia digna, condiciones de gobernabilidad, reinserción social del interno y grupos de internos con requerimientos específicos), fue el siguiente:

Tabla 4. Promedio de calificación de los centros de reclusión evaluados en 2013.

No.	Centro de reclusión	2013
1	Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.	5.6
2	Reclusorio Preventivo Varonil Norte.	5.36
3	Reclusorio Preventivo Varonil Sur.	5.64
4	Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla.	6.01
5	Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan.	6.46
6	Penitenciaría del Distrito Federal Santa Martha Acatitla.	5.37
7	Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial.	6.68
8	Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla.	6.76
9	Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla. (Diamante).	5.91

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sustraídos del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2013.

⁵⁸ Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2012* [en línea], 500 pp., México, Dirección URL: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/programas/dnsp_2012.pdf [consulta 20 de mayo de 2015].

En cuanto al rubro relacionado con los aspectos que garantizan la integridad física y moral del interno, las calificaciones que obtuvieron estos centros, son las siguientes:

Tabla 5. Calificación por centro de reclusión en el rubro de integridad física y moral.

No.	Centro de reclusión	Calificación
1	Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.	4.56
2	Reclusorio Preventivo Varonil Norte.	4.88
3	Reclusorio Preventivo Varonil Sur.	4.86
4	Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla.	6.02
5	Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan.	6.83
6	Penitenciaría del Distrito Federal Santa Martha Acatitla.	4.47
7	Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial.	6.64
8	Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla.	7.25
9	Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla. (Diamante).	7.03

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sustraídos del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2013.

El promedio general obtenido por el Distrito Federal para el año 2013, fue de 5.98.⁵⁹

Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2014.

Para el año 2014, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, evaluó 8 de los 10 centros de reclusión que se encuentran ubicados en el Distrito Federal, además del área denominada Módulo de Alta Seguridad, ubicada en el Centro de Reinserción Social Varonil Santa Martha Acatitla.

El promedio de calificación que se obtuvo al evaluar los cinco rubros establecidos (aspectos que garantizan la integridad física y moral del interno, aspectos que garantizan una estancia digna, condiciones de gobernabilidad,

⁵⁹ Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2013* [en línea], 635 pp., México, Dirección URL: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/programas/DNSP_2013.pdf [consulta 23 de mayo de 2015].

reinserción social del interno y grupos de internos con requerimientos específicos), fue el siguiente:

Tabla 6. Promedio de calificación de los centros de reclusión evaluados en 2014.

No.	Centro de reclusión	2014
1	Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.	5.74
2	Reclusorio Preventivo Varonil Norte.	6.03
3	Reclusorio Preventivo Varonil Sur.	6.06
4	Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla.	6.61
5	Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan.	6.97
6	Penitenciaría del Distrito Federal Santa Martha Acatitla.	5.88
7	Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial.	7.55
8	Centro de Reinserción Social Varonil Santa Martha Acatitla.	6.88
9	Centro de Reinserción Social Varonil Santa Martha Acatitla. (Diamante).	7.23

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sustraídos del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2014.

En cuanto al rubro relacionado con los aspectos que garantizan la integridad física y moral del interno, las calificaciones que obtuvieron estos centros, son las siguientes:

Tabla 7. Calificación por centro de reclusión en el rubro de integridad física y moral.

No.	Centro de reclusión	Calificación
1	Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.	5.05
2	Reclusorio Preventivo Varonil Norte.	5.27
3	Reclusorio Preventivo Varonil Sur.	5.15
4	Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla.	5.95
5	Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan.	7.39
6	Penitenciaría del Distrito Federal Santa Martha Acatitla.	4.21
7	Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial.	6.62
8	Centro de Reinserción Social Varonil Santa Martha Acatitla	6.38
9	Centro de Reinserción Social Varonil Santa Martha Acatitla. (Diamante).	7.96

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sustraídos del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2014.

Entre las problemáticas que se identifican en este Diagnóstico, relacionadas con la atención médica al interior de dichos centros, se encuentran las siguientes: deficiencias en los servicios para mantener la salud de los internos, instrumental, unidad odontológica, de área médica y consultorios

El promedio general obtenido por el Distrito Federal para el año 2014, fue de 6.55.⁶⁰

Como lo hemos observado, el Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria brinda algunos elementos indispensables para contar con información acerca de las condiciones que prevalecen en los centros de reclusión, no obstante, los indicadores que presenta son muy vagos y no hacen referencia a situaciones en particular que afecten a la población interna de nuestro país.

Dichos indicadores no se han modificado y año con año, a través de encuestas realizadas con el mismo instrumento a los internos, se han obtenido las calificaciones que son publicadas y a través de las cuales se exponen las deficiencias del sistema penitenciario.

Valdría la pena señalar, que a la par del diagnóstico no se elaboran propuestas de atención ni se contemplan objetivos, que en este caso la Comisión Nacional de Derechos Humanos podría elaborar, a fin de atender de manera integral la problema de la cual tiene conocimiento a partir del Diagnóstico señalado.

3.2. Situación del derecho a la salud en las cárceles del Distrito Federal.

La situación en materia de salud que prevalece al interior de las cárceles, se ha convertido en un foco de atención para diversos organismos encargados de analizar las condiciones en las que se desarrolla la prestación de este derecho.

⁶⁰ Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2014* [en línea], 585 pp., México, Dirección URL: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/DNSP/DNSP_2014.pdf [consulta 23 de mayo de 2015].

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), es el Organismo en el ámbito local, encargado de atender las quejas relacionadas con derecho a la salud al interior de los penales de la capital. Su función también contempla la elaboración de informes y recomendaciones, relacionados con los casos de violaciones a derechos humanos de la población que habita esta ciudad.

Por lo tanto, a fin de contar con más elementos acerca de las condiciones que prevalecen en materia de salud en los centros de reclusión del Distrito Federal, se analizará el contenido tanto del Informe especial sobre derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011, como las Recomendaciones emitidas por la CDHDF en la materia, durante el periodo analizado en el presente trabajo.

3.2.1. Informe especial sobre derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011.

Este Informe fue presentado en diciembre de 2011, por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF).

En él se hace referencia a factores determinantes de la salud como la sobrepoblación, situación que evita la convivencia digna y el goce de derechos fundamentales para la población interna en los centros de reclusión del Distrito Federal.

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

enfermedades con mayor incidencia en la población en reclusión, hace imposible su adecuado control.”⁶¹

De los recientes avances en materia de salud en reclusorios, se hace referencia al Manual de Organización de las Unidades Médica y el Manual de Procedimientos de Referencia y Contrarreferencia, creados por la Secretaría de Salud del Distrito Federal del Distrito Federal como parte del cumplimiento a la Recomendación 20/2009 emitida por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y que aborda casos de negligencia médica y deficiencias en la disponibilidad de personal y de recursos materiales en la atención de personas privadas de la libertad en centros de reclusión y hospitales de la ciudad.

Aunado a ello, en 2010 se rehabilitaron las Unidades Médicas de los Centros de Readaptación Social Femenil y Varonil de Santa Martha Acatitla (Cefereso y Ceresova), situación que permitió que la atención médica brindada a la población interna de estos centros, se llevara a cabo en condiciones dignas.

También se menciona la remodelación del Hospital General Torre Médica Tepepan, iniciada en 2008, haciendo hincapié en la importancia de este proyecto, el cual tuvo como propósito mejorar la atención especializada de segundo nivel a la población interna. Al ser éste un hospital destinado para la atención médica especializada únicamente de personas privadas de la libertad en el Distrito Federal, permite mejorar el acceso a los servicios de salud que se prestan en los hospitales de la red del Distrito Federal.

En cuanto al objetivo general del Informe, se establece que a través de su elaboración, se pretende analizar la situación del derecho a la salud de las personas que se encuentran internas en los centros de reclusión ubicados en el Distrito Federal.

⁶¹ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *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, p. 9.

Para lograr dicho objetivo, se optó por analizar las diferencias entre cada uno de los 10 centros de reclusión ubicados en el Distrito Federal, a fin de identificar situaciones particulares. Aunado a ello, se revisó información oficial requerida a las autoridades correspondientes e información pública. Finalmente, se tomó en consideración el contenido de las quejas recibidas en la CDHDF y una serie de entrevistas efectuadas en los diversos centros de reclusión.

Es importante señalar que el proceso de atención médica al interior de los centros de reclusión, se divide en tres fases. La primera corresponde al acceso a la Unidad Médica, la segunda tiene que ver con la atención proporcionada por parte de personal médico y la tercera, con el proceso de referencia y contrarreferencia.

En lo que respecta al acceso a la Unidad Médica, el personal de seguridad y custodia juega un papel muy importante, dado que ellos son los encargados de permitir a los internos el paso a la Unidad Médica. En las áreas de aislamiento y zonas de castigo, los internos dependen por completo de personal de seguridad y técnicos penitenciarios para acceder a la atención, por lo que en caso de requerirlo y no ser referidos, su salud se encuentra expuesta.

La atención proporcionada en las Unidades Médicas, se relaciona directamente con factores determinantes como son: el tipo de atención médica que se brinda, el trato por parte de personal médico, los insumos con los que se cuenta al interior de las Unidades, el registro del expediente clínico, abasto de medicamentos, así como el seguimiento médico, entre otros.

La referencia y contrarreferencia, es un procedimiento que lleva a cabo personal que labora en las Unidades Médicas de los centros de reclusión. Se desarrolla cuando un médico establece el diagnóstico y con base a ello, determina si el paciente requiere de algún tipo de atención médica especializada. De ser así se realiza una referencia, la cual es elaborada por el médico y tramitada por el áreas de trabajo social, la cual se encarga de agendar la cita en algún hospital externo. En este caso, cuando el médico especialista valora al paciente, realiza una

contrarreferencia en la que señala el posible diagnóstico, tratamiento y seguimiento médico.

Deficiencias observadas en los centros de reclusión del Distrito Federal.

Con el propósito de contar con información relevante para la elaboración de este Informe, personal de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), llevó a cabo visitas a los distintos centros de reclusión, a fin de aplicar un instrumento, en el que se solicitaba a los internos señalar las características de la atención médica proporcionada en cada reclusorio.

Entre las problemáticas particulares que se abordan en el Informe de Salud, relacionadas con las condiciones de las Unidades Médicas de los 10 centros de reclusión ubicados en el Distrito Federal, y que fueron encontradas a partir de la aplicación de los instrumentos señalados, resaltan las siguientes:

Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, Norte y Sur.

Estos tres centros de reclusión son denominados preventivos, ya que inicialmente tenían como objeto albergar a personas que se encontraran siendo procesadas. No obstante, debido al gran número de internos que hay en el Distrito Federal, actualmente alojan también a personas sentenciadas.

Estos tres centros de reclusión son los más grandes de la ciudad, por lo que en ellos se encuentra gran parte de la población penitenciaria de la capital.

El **Reclusorio Preventivo Varonil Oriente**, cuenta con una capacidad para 5,604 personas. Al día 13 de junio de 2011 (fecha de la aplicación del instrumento), la población de este centro era de 12,275 personas. El número de médicos total en esa Unidad era de 22.⁶² La Unidad Médica de ese reclusorio data del año 1976.

El **Reclusorio Preventivo Varonil Norte**, cuenta con una capacidad para 5,430 personas. Su población al día de la visita realizada por personal de la CDHDF

⁶² Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *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*, op. cit., p. 53 - 54.

(6 de junio de 2011), era de 11,862 personas. El número de médicos era de 22.⁶³ La Unidad Médica de ese centro también data del año 1976.

El **Reclusorio Preventivo Varonil Sur**, tiene una capacidad para 4,622 personas. Su población al día de la visita (3 de junio de 2011), era de 8,278 personas. El número total de médicos en esa Unidad era de 18.⁶⁴ La Unidad Médica de ese centro data del año 1979.

Tabla 8. Comparación de capacidad, población interna, número de médicos y año de creación de las Unidades Médicas, por centro de reclusión.

Centro de Reclusión	Capacidad	Población	No. de médicos	Año U.M.
R.P.V. Oriente	5,604	12,275	22	1976
R.P.V. Norte	5,430	11,862	22	1976
R.P.V. Sur	4,622	8,278	18	1979

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sustraídos 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.

En lo que respecta a las condiciones generales de las Unidades Médicas de estos tres centros, en el Informe se indica que las instalaciones de dichas áreas se encuentran en general en malas condiciones. Hay falta de equipamiento y la plantilla de personal no es suficiente para garantizar un servicio continuo.

Tanto la carencia de personal como la sobrepoblación, dificultan la disponibilidad del servicio de salud. En este sentido, se encontró que personal de las Unidades Médicas, niega citas o fichas, por insuficiencia de las mismas, ello se realiza bajo el argumento de que los pacientes no presentan padecimiento alguno.

Se observó que no todos los internos que cuentan con una receta médica, tienen acceso a todos los medicamentos. Sumado a ello, no hay medicamento en la tarde, noche, ni fines de semana.

⁶³ *Ibid.*, p. 57 - 58.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 62 - 63.

En estos centros penitenciarios también se reportaron actos de discriminación y falta de ética por parte de personal médico, así como falta de información a los pacientes acerca del tipo de padecimiento que presentan y medidas de atención y prevención de enfermedades.

En el caso de los odontólogos, ellos trabajan con su propio material, ante la falta de insumos. En caso de requerir de algún material con el que no cuenten, como fresas quirúrgicas, estas se le solicitan a los pacientes, dado que no están incluidas en el cuadro básico de la Secretaría de Salud.

Aunado a lo anterior, se observaron fallas técnicas en aparatos de rayos X y falta de personal para operarlos, situación que retrasa y en ocasiones, obstaculiza la atención al interior de la Unidad.

Finalmente, con relación a la atención médica especializada, se reportó que varios pacientes no han tenido acceso a estudios o sus documentos fueron perdidos, lo que ha complicado el diagnóstico y seguimiento de sus padecimientos. La falta de referencias médicas, también ha ocasionado el no contar con un diagnóstico certero y por lo tanto, de tratamiento a padecimientos graves.

Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla (CERESOVA).

Este centro fue inaugurado el 30 de marzo de 2003. “Se creó en continuidad del Programa de Rescate y Reinserción de Jóvenes Primodelincuentes, con el objetivo de garantizar la rehabilitación psicosocial integral de los jóvenes internos primodelincuentes, menores de 30 años y sentenciados por delitos no graves.”⁶⁵

En el Informe se señala que la infraestructura de la Unidad Médica de este centro de reclusión, se encuentra en buenas condiciones.

Entre las deficiencias que resaltan en esta Unidad, está que el servicio de Rayos X no funcionaba por falta de personal técnico capacitado. “La disponibilidad

⁶⁵ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *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*, op. cit., p. 66.

de médicos, personal de enfermería y número de camas, se encuentra por debajo del promedio para el Distrito Federal.”⁶⁶

Por otro lado, un número importante de internos manifestó obstaculización por parte de personal de seguridad y custodia para acceder a la Unidad Médica, principalmente debido a los actos de extorción, llevados a cabo por dicho personal.

Penitenciaria del Distrito Federal.

Es la cárcel más antigua del Distrito Federal, por lo que las instalaciones de ese centro de reclusión, se encuentran sumamente deterioradas. La Unidad Médica fue inaugurada en 1975, razón por la cual, muestra falta de mantenimiento generalizado.

Los consultorios cuentan con mínimos insumos, no tienen instrumental ni contenedores para basura o residuos peligrosos. Respecto a los consultorios dentales, están en buen estado y cuentan con mobiliario y el equipo requerido.

Debido a que la mayoría de los internos se encuentran segregados en este centro de reclusión, la mayor problemática se reporta en cuanto al acceso a la Unidad Médica, debido a que personal de seguridad y custodia, así como los técnicos penitenciarios, no canalizan a los internos a esa área. Al respecto, “... internos en zonas de protección comentaron que hacía más de 10 días que el personal técnico penitenciario no acudía a esta zona, y por ende, que los internos allí reclusos no tenían la posibilidad de acudir a la Unidad Médica. En las entrevistas, resalta que 57% de las personas que habían estado enfermas en zonas de aislamiento, no recibió atención médica; 18% de las personas que tuvieron una urgencia, no fueron atendidas de forma inmediata.”⁶⁷

Respecto a las personas que presentan alguna enfermedad crónica degenerativa o que tienen padecimientos psiquiátricos, señalaron no ser atendidos con la frecuencia requerida, ni con los cuidados necesarios. Las personas con

⁶⁶ *Ibid.*, p. 68.

⁶⁷ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *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*, op. cit., p. 73.

alguna discapacidad motriz o sensorial, así como los adultos mayores, no cuentan con seguimiento médico.

En 1994 se designó un área específica (dormitorio 10) para albergar a pacientes que vivían con VIH/sida, como una medida preventiva y con el establecimiento de un programa para su atención a cargo de la Clínica Especializada Condesa. Al respecto, en el Informe se indica que el personal médico asignado resultaba insuficiente para atender a la población de ese centro, que requería de una atención especializada y un seguimiento permanente por presentar este padecimiento. Por otro lado se señaló que el abasto de los medicamentos antirretrovirales era adecuado, aunque su suministro no se daba siempre en el tiempo requerido.⁶⁸

Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente (CESPVO) y Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte (CESPVN).

Estos dos centros comparten características propias relacionadas con el objetivo que cumplen, así como las condiciones físicas bajo las cuales operan.

El Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente se encuentra anexo al Reclusorio Preventivo Varonil Oriente y el Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte, anexo al Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

Ambos centros albergaron antes del año 2005, a población femenina. Desde esa fecha, se constituyeron como centros varoniles, en los cuales residen internos próximos a cumplir su sentencia (menos de dos años) y que han presentado una buena conducta.

Estos centros no cuentan con Unidad Médica, únicamente con un pequeño consultorio, atendido por un técnico adscrito a la Subsecretaría del Sistema Penitenciario.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 75.

El mecanismo para recibir atención médica al interior de estos centros, es a través de una lista en la que se anotan los internos y son llamados a consulta.

Cuando el caso es complicado, el paciente, es referido a la Unidad Médica del centro de reclusión contiguo. Esta situación dificulta el acceso de los internos a recibir atención médica, dado que su traslado a la Unidad, depende por completo de personal de seguridad y custodia, que es quien los refiere.

El no contar con una Unidad Médica al interior de estos centros, dificulta además, la obtención de medicamento, y seguimiento médico, ya que no se encuentra en esos sitios, el expediente clínico de los pacientes.

Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI).

Este centro fue construido en 1987 y albergaba a mujeres hasta 1997, año en que empezó a funcionar como un reclusorio para personas inimputables.⁶⁹ En este centro también se encuentran personas que permanecen de forma temporal, para valoración y tratamiento únicamente.

La Unidad Médica de este centro, comenzó a funcionar en 1997. No cuenta con rayos X, ni área de hospitalización. Dicha Unidad, al igual que la farmacia, se encuentra en un espacio precario y no funcional.

Los consultorios no son suficientes para atender a toda la población. El servicio de urgencias, está ubicado en un lugar inadecuado.

La plantilla de médicos es insuficiente, ya que sólo se cuenta con 6 psiquiatras, para una población de 412 personas. Por tal motivo, el promedio de

⁶⁹ Las personas inimputables son aquellas que al momento de realizar el hecho típico, no tienen la capacidad de comprender el carácter ilícito del mismo o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado. Véase Código de Procedimientos Penales del Distrito Federal.

consulta general por internos se encuentra en un nivel bajo en comparación con el resto de centros varoniles.

Cabe mencionar que una cuestión preocupante al interior de este centro, es el desabasto de medicamentos, principalmente el psiquiátrico, dado que para garantizar un tratamiento adecuado, este debe ser suministrado en su totalidad.

“Las personas internas en Cevarepsi son personas inimputables o con discapacidad mental, con necesidad de atención psiquiátrica y de vigilancia estrecha. Este centro cumple con su función de reservar un espacio propio para albergar a pacientes psiquiátricos, pero la poca infraestructura y la escasez de recursos materiales y de personal disponible no permite garantizar la atención especializada permanente e integral adecuada al perfil de estos pacientes. (...) La atención se reduce a la administración de los medicamentos. El tratamiento no contempla terapia individual o grupal ni actividades de rehabilitación orientadas a desarrollar aptitudes, mejorar la calidad de vida y promover la rehabilitación de estos pacientes.”⁷⁰

Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla (CEFERESO).

Este penal concentra el 87% de la población femenil en reclusión del Distrito Federal.⁷¹ Fue inaugurado en el año 2004. En 2012 comenzó a funcionar la Unidad Médica, la cual cuenta con consultas en pediatría y ginecobstetricia, así como tococirugía.

De acuerdo con lo señalado en el Informe, la Unidad Médica de este centro, no cuenta con las instalaciones, ni la organización requerida para asegurar la atención médica. Se detectó además que el personal administrativo es insuficiente.

En lo que respecta al acceso a los servicios médicos, se indica que 70% de las personas entrevistadas, afirmó que alguna vez se le había negado la atención o

⁷⁰ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *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*, op. cit., p. 87.

⁷¹ *Idem*.

cita, siendo la falta de recursos humanos o insuficiencia de fichas, el argumento más recurrente del personal para justificar dicha negativa.⁷²

En cuanto a la calidad de la atención, las internas refirieron malos tratos por parte de las autoridades médicas que les levantaban la voz, las amenazaban o les negaban el servicio.

“La Unidad Médica cuenta con un área de tococirugía destinada a valorar, preparar, vigilar y atender a las mujeres embarazadas, así como a sus bebés, integrada por un espacio de exploración, una sala de recuperación postparto y de reanimación de recién nacido. El mobiliario y equipo se encuentra en buen estado, aunque no hay tomas de oxígeno y de vacío, recipientes para material punzocortante así como botes para los residuos peligrosos biológicos infecciosos. Tampoco cuenta con los aparatos e instrumental necesario ni con personal capacitado para la realización de estudios ginecológicos, lo que implica tener que recurrir a instituciones externas para llevarlos a cabo”.⁷³

Respecto al acceso a información acerca de métodos anticonceptivos, esta es restringida. La atención integral en el periodo de embarazo es deficiente, ya que no todas las personas entrevistadas tuvieron consulta de control mensual. Aunado a ello, se reportó que la atención pediátrica brindada en el centro de reclusión era mala.

Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan.

Este sitio comenzó a funcionar como centro femenino en 1982. Para el año 2010 albergaba alrededor de 200 mujeres.

Al interior de este centro de reclusión se ubica el Hospital General Torre Médica Tepepan, el cual constituye una unidad hospitalaria de segundo nivel, exclusiva para atender a personas privadas de la libertad ubicadas en cualquiera de

⁷² Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *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*, op. cit., p. 90.

⁷³ *Ibid.*, p. 91.

los centros penitenciarios del Distrito Federal. Para 2011, año en que fue realizado el presente Informe, esta unidad hospitalaria no se encontraba en funcionamiento, debido a que estaba siendo remodelada, no obstante, el personal médico especializado ubicado en este hospital, continuaba brindando atención médica a las internas de este centro.

Por lo anterior se detectó que el índice de médicos generales y de personal de enfermería que atendía a esa población, se encontraba por arriba de los promedios de los otros centros de reclusión e incluso de la población en libertad.

No obstante, la atención se daba en un espacio improvisado que no contaba con los estándares mínimos en materia de infraestructura, equipos e instrumental para la atención médica de las pacientes.

A continuación se muestra una tabla comparativa de la población interna en los centros de reclusión señalados, y el número de médicos con el que cuentan, de acuerdo con el Informe analizado.

Tabla 9. Comparación de población interna con número de médicos por centro de reclusión.

Centro de Reclusión	Población	No. de médicos
R.P.V. Oriente	12,275	22
R.P.V. Norte	11,862	22
R.P.V. Sur	8,278	18
CERESOVA	2,485	8
Penitenciaría	2,757	20
CESPV Oriente	471	1
CESPV Norte	405	1
CEVAREPSI	412	8
CEFERESO	1,607	8
Tepepan	232	9

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sustraídos 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.

Accesibilidad a la atención médica especializada.

Las Unidades Médicas de los centros de reclusión, proporcionan atención de primer nivel. Es por tal motivo que cuando el paciente requiere de algún tipo de atención médica especializada, es referido a una institución médica externa.

Al respecto, en el Informe se señala que existen diversos obstáculos que impiden el seguimiento adecuado a la atención médica especializada de los pacientes. Entre ellos se encuentran, los largos periodos que transcurren para que una persona sea referida a la especialidad correspondiente.

“La tardanza para tramitar las citas obedece en gran medida a la ausencia de lineamientos claros para asegurar la atención, los problemas de coordinación entre las autoridades encargadas de la prestación del servicio (unidades médicas, hospitales y Subsecretaría de Sistema Penitenciario) así como falta de eficiencia e inobservancia del modelo de referencia. Cabe señalar que el manual de referencia y contrarreferencia existente no desarrolla de forma específica y con precisión, la actuación y las responsabilidades de cada uno de los actores involucrados en ese proceso.”⁷⁴

Vale la pena señalar, que a pesar de lo anterior, en general se registró que existe una buena percepción por parte de los pacientes con relación a la atención médica que se les brinda en hospitales externos.

Como lo hemos constatado en este apartado, el Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión, nos brinda elementos indispensables para conocer las principales problemáticas en materia de salud que imperan al interior de estos centros.

Sin duda, el tema resulta preocupante, más aun considerando que los 10 centros de reclusión que conforman el sistema penitenciario de la capital, comparten

⁷⁴ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *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*, op. cit., p. 105.

problemáticas que no han sido atendidas en ninguno de los centros y por lo tanto dejan a la luz, la deficiencia de un sistema en su conjunto.

3.2.2. Recomendaciones emitidas por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Una Recomendación es emitida por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), posterior a la comprobación de la comisión de violación de derechos humanos por parte de la autoridad. Es un instrumento no vinculatorio, sin embargo, su importancia radica en que pone en evidencia la actuación de las autoridades responsables, generando ello un elemento de presión, lo cual obliga a las autoridades a modificar su actuación, acatando los puntos recomendatorios.

3.2.2.1. Recomendación 09/2013.

La Recomendación 09/2013 emitida el 29 de abril de 2013, por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), hace referencia a diez casos, en los que se señalan como presuntas violaciones la mala práctica médica, así como diversas violaciones al derecho a la salud, la vida e integridad de las personas privadas de la libertad en Reclusorios del Distrito Federal.

Los diez casos señalados, se desarrollaron dentro de los Reclusorios Preventivos Varoniles Norte, Oriente, Sur, Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla (CERESOVA), Centro Femenil de Readaptación Social (CEFERESO) y Penitenciaría del Distrito Federal.

Respecto al procedimiento de investigación y método empleado para acreditar las presuntas violaciones en esta Recomendación, se llevó a cabo la recopilación de solicitudes de informe y respuestas de las autoridades involucradas, revisión de expedientes clínicos y entrevistas, entre otras.

Del estudio y análisis de los casos, se observa claramente que existieron omisiones por parte de personal de las Unidades Médicas de dichos centros de reclusión, que van desde falta de referencia a hospitales, retraso en el diagnóstico, falta de seguimiento médico, así como omisiones por parte de personal adscrito a

los Hospitales de la Red del Gobierno del Distrito Federal, al no brindar atención médica especializada y seguimiento adecuado a los pacientes.

En este sentido, la CDHDF acreditó violaciones al derecho a la salud en los diez casos analizados en esta Recomendación, y en nueve de ellos, acreditó la violación al derecho a la vida por negligencia médica, debido a que los pacientes fallecieron.

Específicamente, la CDHDF acreditó las siguientes violaciones en los casos señalados a continuación:

Tabla 10. Tipo de violaciones a derechos humanos cometidas en los casos expuestos en la Recomendación 09/2013.

Tipo de violación	Casos relacionados
Obstaculización, restricción o negativa en el derecho a la salud.	1,5,6,7
Obstaculización, restricción o negativa de medidas de prevención y tratamiento de enfermedades.	1
Negligencia Médica	2,3,4,5,6,7,8,9,10
Responsabilidad médica	9,10
Obstaculización, restricción o negativa de atención médica	1,5,7
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.	1,2,3,4,6,7,8,9
Obstaculización, restricción o negativa a proporcionar atención médica especializada a las y los pacientes que la requieren.	1,5,8,10
Ausencia o carencia de personal médico	6
Negativa, restricción, obstaculización para que las y los pacientes tengan acceso a los servicios de salud especializada.	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sustraídos de la Recomendación 09/2013 emitida por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Es claro que “... los casos expuestos dan muestra de una atención médica insuficiente frente a condiciones graves de salud, así como de un precario seguimiento médico, debido también a la falta de diagnósticos certeros y a la ausencia de exploraciones integrales entre otros factores”.⁷⁵

En cuanto al posicionamiento de la Comisión frente a las violaciones de los derechos humanos señaladas en la misma, se enlistan algunos de los más importantes a continuación:

- La sobrepoblación existente al interior de los Reclusorios del Distrito Federal, incide en la prestación de los servicios médicos y por ende, en el goce del derecho a la salud de las personas que permanecen internas en dichos centros.

- Se enlistan tres de las razones, por las cuales el derecho a la salud de esta población debe ser garantizado:
 - a) Que a las personas privadas de la libertad, se les restringe únicamente el derecho a la libertad personal y derechos políticos, no así, al derecho a la salud.

 - b) Que el derecho a la salud de las personas privadas de su libertad, debe garantizarse por el Estado, dada la especial sujeción a la que se encuentra sometida la persona, pues se ve imposibilitada para elegir un servicio de salud público o privado.

 - c) La falta de atención a personas privadas de su libertad, es reconocida como una norma imperativa, razón por la cual se debe garantizar el derecho a la salud de este núcleo de población.⁷⁶

⁷⁵ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Recomendación 09/2013* [en línea], 37 pp., México, CDHDF, 29 de abril de 2013, Dirección URL: http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/03/reco_1309.pdf [consulta: 4 de junio de 2015].

⁷⁶ *Idem*.

- Se observan situaciones en detrimento de la población carcelaria, como falta de insumos, carencia y disponibilidad de personal, negativa de brindar los pocos servicios con que se cuenta, obstaculización o negativa de brindar atención especializada, inexistencia de seguimiento médico, negativa de acceso a medicamentos, incluso, las consecuencias llegan a ser trágicas cuando las y los pacientes tardan meses e incluso varios años para obtener un diagnóstico certero de su enfermedad, o no reciben la atención de forma oportuna y en consecuencia, pierden un miembro u órgano, e incluso la vida.⁷⁷
- El acceso oportuno a los servicios de salud, representa uno de los problemas más notorios. Iniciando por las trabas que tienen los internos para llegar hasta la Unidad Médica de los centros de reclusión. En este sentido, personal de seguridad y custodia juega un papel importante, dado que en muchas ocasiones, son ellos mismos, quienes impiden que los internos tengan acceso a la atención médica.⁷⁸
- Para un acceso oportuno a los servicios de salud de los centros de reclusión, se requiere de personal médico capacitado, pero además sensible y respetuoso ante las demandas de las personas privadas de su libertad; que den credibilidad a sus peticiones, las de sus familiares, compañeros o personal del centro de reclusión, respecto a la atención médica; y que no minimicen sus condiciones de salud.⁷⁹

3.2.2.2. Recomendación 16/2014.

La Recomendación 16/2014 emitida el 16 de diciembre de 2014, por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), hace referencia a 20 casos, en los que se señala la violación al derecho a la salud y al derecho a la integridad

⁷⁷ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Recomendación 09/2013* [en línea], 37 pp., México, CDHDF, 29 de abril de 2013, Dirección URL: http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/03/reco_1309.pdf [consulta: 4 de junio de 2015].

⁷⁸ *Idem.*

⁷⁹ *Idem.*

personal de personas privadas de la libertad en centros de reclusión del Distrito Federal.

Las autoridades señaladas como responsables, son: las Unidades Médicas de los Reclusorios Preventivos Varoniles Norte, Oriente, Sur y Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial del Distrito Federal, así como el Hospital General Xoco, Hospital General Enrique Cabrera, Hospital General Gregorio Salas, Hospital General Ticomán, Hospital General Balbuena y Hospital General Iztapalapa.

Respecto a los antecedentes de esta Recomendación, se indica que durante los años 2009, 2011, 2012 y 2013 se iniciaron los expedientes de queja correspondientes a cada caso. En 18 de los 20 casos analizados, se tuvo como desenlace, la muerte de los internos.

Claramente de los 20 casos analizados, se observa que la falta de diagnóstico oportuno, seguimiento médico, falta de referencias a hospitales, falta de atención médica especializada, así como de insumos y equipo médico adecuado, fueron las condicionantes determinantes para acreditar la violación al derecho a la salud en los casos señalados.

De acuerdo con esta Recomendación, se comprobaron las siguientes hipótesis de investigación:

a. Autoridades de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, adscritas a las Unidades Médicas de los Reclusorios Preventivos Varoniles Norte, Oriente, Sur y Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial del Distrito Federal, así como Hospitales del Sistema de Salud del Distrito Federal, cometieron actos de mala práctica médica por inadecuados diagnósticos y seguimientos médicos en perjuicio de 20 personas privadas de libertad, lo que vulneró el derecho a la salud y el derecho a la vida.

b. Autoridades de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, adscritas a las Unidades Médicas de los Reclusorios Preventivos Varoniles Norte, Oriente, Sur y Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial del Distrito Federal, así como

Hospitales del Sistema de Salud del Distrito Federal, al no asegurar la atención médica de forma inmediata de 20 personas privadas de la libertad, prolongaron el dolor y sufrimiento más allá del generado por el padecimiento, lo que transgredió el derecho a la integridad personal, en particular el derecho a no ser cometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes en el ámbito de la salud.⁸⁰

En esta Recomendación, se abordan tres rubros fundamentales en el déficit del derecho a la salud.

1) Actos de mala práctica médica que se produjeron por inadecuados diagnósticos y seguimiento médico.

2) Los casos exponen la falta de insumos, así como de carencia de personal, obstaculización o negativa de brindar atención médica especializada e inexistencia de seguimiento médico. Esto especialmente en los casos en que los pacientes presentaban diabetes mellitus.

3) La falta del cumplimiento a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, toda vez que las actuaciones por parte de personal médico de las autoridades señaladas, no fueron registradas en diversos casos.

3.2.3. Sociedad Civil. Informe sobre la Situación de las Personas Privadas de Libertad en México.

En marzo de 2012, las Organizaciones Asistencia Legal por los Derechos Humanos (ASILEGAL), Documenta y el Instituto de Derechos Humanos Ignacio Ellacuría, presentaron de manera conjunta el Informe sobre la Situación de las Personas Privadas de libertad en México.

A través de este instrumento se realiza un balance de las condiciones carcelarias de las prisiones mexicanas, mediante el análisis de derechos como: la

⁸⁰ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Recomendación 16/2014* [en línea], 93 pp., México, CDHDF, 16 de diciembre de 2014, Dirección URL: http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/12/reco_1416.pdf [consulta: 5 de junio de 2015].

seguridad jurídica; estancia digna; salud física y mental; alimentación; integridad física y moral; educación; contacto con el exterior y grupos vulnerables.

En lo que respecta al derecho a la salud, se indica que este derecho conlleva a garantizar el bienestar físico, mental y social, por lo que la satisfacción de estos tres aspectos, es necesario para garantizar una vida digna.

“La responsabilidad del Estado en cuanto a garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de libertad sigue siendo una asignatura pendiente. Como lo han señalado diversos organismos nacionales e internacionales, la sobrepoblación en las cárceles mexicanas influye en ‘la precaria prestación en los servicios de salud, la insuficiencia de los recursos clínicos, terapéuticos, de rehabilitación y, en general, en el recrudecimiento de las dificultades estructurales para acceder de manera efectiva y sin discriminación al derecho a la salud’.”⁸¹

Se señala que de acuerdo con los testimonios de personas privadas de libertad hay evidencias de falta de atención a la salud, lo que da cuenta de situaciones de suma gravedad que se desarrollan al interior de los centros de reclusión.

“La realidad sobre la protección al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad exige que se lleven a cabo múltiples reformas en este sentido.”⁸²

En este Informe se hace especial énfasis a la situación de las mujeres privadas de la libertad. Al respecto, se indica que existen diversos obstáculos para que esta población tenga acceso al derecho a la salud, los cuales van desde la negación de personal de seguridad y custodia para llegar a la Unidad Médica, hasta la dificultad para acceder a algún tipo de atención médica especializada.

⁸¹ Asistencia Legal por los Derechos Humanos A.C. (ASILEGAL), *et al.*, *Informe sobre la situación de las personas privadas de libertad en México*. Washington DC, 23 de marzo de 2012. p. 31.

⁸² *Ibid.*, p. 32.

Aunado a lo anterior, los traslados a unidades hospitalarias externas, suelen llevarse a cabo, bajo medidas de seguridad desproporcionadas e irracionales, lo que puede llegar a constituirse en un trato cruel, inhumano y degradante.

En cuanto a las campañas de salud sexual y reproductiva, estas suelen ser escasas, por lo que se convierte en una dificultad la prevención de enfermedades.

De lo observado en el presente apartado, podemos destacar lo siguiente:

Respecto a la disponibilidad, tomando en consideración que esta característica se refiere a contar con un número suficiente de bienes y servicios de salud, así como de condiciones sanitarias adecuadas y personal médico capacitado y bien remunerado, se observa que las Unidades Médicas ubicadas al interior de los centros de reclusión del Distrito Federal, no cumplen con ese criterio, ya que la mayoría de esas Unidades data de los años setenta, por lo que las condiciones en las que se desarrolla la prestación de este derecho, resultan inadecuadas. Sumado a ello, la falta de capacitación a personal médico y falta de insumos, así como de medicamentos, evitan que el derecho a la salud de la población interna sea garantizado.

En cuanto a la aceptabilidad, de acuerdo con esta característica todos los establecimientos de salud, deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.

Sin duda, la ética médica representa uno de los elementos esenciales en el ejercicio de la medicina. Los profesionales de la salud, tienen como deber garantizar el buen estado físico e incluso psicológico de los pacientes, sin estar ello condicionado, a las acciones u omisiones que las personas que se encuentran bajo su cuidado, llevaron o no a cabo; sin embargo, la estigmatización, se convierte en un factor determinante al interior de los centros de reclusión, situación que impacta a quienes laboran al interior de estos sitios, incluyendo al personal médico. Ello ocasiona que la salud e incluso la vida de los internos, se ponga en riesgo.

Respecto a la accesibilidad, se establece que los servicios de salud, deben proporcionarse sin discriminación, sin embargo, esta situación que se repite continuamente y se suma a las ya de por sí, malas condiciones que prevalecen en materia de salud, impide que las personas privadas de la libertad sean vistas como seres humanos y únicamente se les trate como individuos a los que constantemente, se les debe castigar.

En cuanto a la accesibilidad física, como se documentó durante la investigación, personal de seguridad y custodia juega un papel importante, al impedir que los internos que lo requieren acudan hasta las Unidades Médicas. Ello constituye una violación al derecho al acceso a la salud, y pone en evidencia la falta de cumplimiento del deber de custodia, de garantizar la integridad psicofísica de las personas privadas de la libertad.

En lo que respecta al acceso a la información, esta se encuentra limitada, dado que las campañas de prevención y tratamiento de enfermedades al interior de los centros de reclusión, es limitado.

Respecto a la calidad de los servicios de salud al interior de la Unidades Médicas de los centros de reclusión, cabe destacar que de lo analizado encontramos que no cuentan con equipo ni material de calidad, además de que las instalaciones se encuentran sumamente deterioradas, situación que no permite brindar una adecuada atención. El personal médico que labora en ellas, no recibe cursos de capacitación, no cuenta con los insumos necesarios ni con condiciones laborales apropiadas, para otorgar un servicio de calidad.

3.3. Recomendaciones internacionales y nacionales emitidas, para solucionar las condiciones actuales en materia de salud en los centros penitenciarios del Distrito Federal, a partir de la Observación General 14.

A continuación se exponen algunos de los puntos recomendatorios emitidas tanto por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la Comisión Nacional de Derechos Humanos y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en las que se hace énfasis a las acciones que es necesario que las autoridades

correspondientes lleven a cabo, a fin de atender la problemática de salud en reclusorios de esta capital.

3.3.1. Recomendaciones emitidas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), ha mostrado especial interés en temas relacionados con personas privadas de la libertad. Muestra de ello, es el Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, aprobado el 31 de diciembre de 2011 por dicha Comisión.

En este Informe se exponen diversas problemáticas, que ponen en evidencia una serie de situaciones de carácter estructural, las cuales atentan contra los derechos humanos de las personas privadas de la libertad y que representan un reto para los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

Al respecto, la CIDH recomienda la adopción e implementación de políticas públicas que aseguren las condiciones de salud de los establecimientos de privación de libertad. Para ello, deben fomentarse normas y estándares regionales e internacionales de derechos humanos, así como llevarse a cabo la formulación y revisión de planes nacionales y la participación en eventos regionales, para aprender de las buenas prácticas de otros países en la materia.

Por otro lado, en este Informe se señala que es necesario fomentar medidas presupuestarias para asegurar que los centros de reclusión, cuenten con personal cualificado, medicamento e insumos suficientes así como abordar el acceso a la salud en los centros de privación de libertad, como una cuestión de salud pública.

También se indica que la promoción del conocimiento de enfermedades y la capacitación de personal de salud adscrito a los centros de reclusión, sobre

enfermedades infecciosas, son indispensables para la prevención y tratamiento de las mismas.⁸³

3.3.2. Recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

En la Recomendación General No. 18 sobre la Situación de los Derechos Humanos de los Internos en los Centros Penitenciarios de la República Mexicana, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, realiza las siguientes recomendaciones generales en materia de salud en reclusorios:

Se solicita al titular de la Secretaría de Salud Federal, promover y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas y del Distrito Federal. También se solicita llevar a cabo el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas en materia de salud, a fin de garantizar el derecho a la protección de la salud de los hombres y mujeres que se encuentran privados de la libertad en los centros de salud penitenciarios que dependen de las autoridades estatales y del Distrito Federal. Lo anterior, en ejercicio de las facultades provistas en el artículo 13, apartado A, fracción IV, de la Ley General de Salud.⁸⁴

Aunado a lo anterior, se recomienda realizar las acciones necesarias a efecto de garantizar que en los centros penitenciarios que dependen de las autoridades estatales y del Distrito Federal, se lleven a cabo las mismas campañas de promoción y de prevención para la salud, que se realizan a la población en general.⁸⁵

⁸³ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas* [en línea], 247 pp., 31 de diciembre de 2011, Dirección URL: <https://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/ppl2011esp.pdf> [consulta: 3 de abril de 2015].

⁸⁴ Ley General de Salud, establece en su artículo 13, que la competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente: A. Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud: IV. Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia.

⁸⁵ Comisión Nacional de los Derechos Humanos México, *Recomendación General No. 18, Sobre la situación de los Derechos Humanos de los internos en los Centros Penitenciarios de la República Mexicana*, [en línea], 56 pp., México, 21 de septiembre de 2010, Dirección URL: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_018.pdf [consulta: 12 de mayo de 2015].

3.3.3. Recomendaciones emitidas por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Con base a los casos analizados y tomando en consideración la acreditación de la violación a los derechos humanos señaladas en la Recomendación 09/2013, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, recomendó lo siguiente:

A la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Elaborar un diagnóstico de la prevalencia de enfermedades por centro de reclusión para desprender de los resultados obtenidos, un programa de atención médica especializada para asegurar a las personas privadas de libertad acceso a la atención de salud con calidad. Diseñar e implementar un procedimiento permanente de vigilancia de las referencias y contrarreferencias de los internos pacientes. Adecuar los protocolos para la vigilancia médica continua y oportuna de pacientes que ingresaran a dichos centros inmediatamente después de ser dados de alta de algún hospital o centro de salud. Instruir a personal médico de las Unidades Médicas de los centros de reclusión para efectuar el registro detallado y completo de la atención hospitalaria, o cualquier servicio proporcionado a las y los pacientes. Ampliar cuadros básicos de medicamentos de las Unidades Médicas en reclusorios. Proceder a la reparación integral del daño, a favor de las y los agraviados.⁸⁶

A la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal. En coordinación con la Secretaría de Salud, mantener una vigilancia permanente de las referencias y contrarreferencias de los interno pacientes para evaluar la puntualidad de la presentación de los interno pacientes a las consultas programadas. Evaluar, estudiar y perfeccionar la eficiencia de los procedimientos relativos a la recepción, trámite y atención de quejas o peticiones de las personas internas o sus familiares relativas a la atención médica y medicamentosa.⁸⁷

⁸⁶ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Recomendación 09/2013* [en línea], 37 pp., México, CDHDF, 29 de abril de 2013, Dirección URL: http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/03/reco_1309.pdf [consulta: 4 de junio de 2015].

⁸⁷ *Idem*

Por otra parte, mediante la emisión de la Recomendación 16/2014, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, realizó las siguientes recomendaciones:

A la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Reparar integralmente a las víctimas y/o familiares de 8 de los casos expuestos, por concepto de daño material e inmaterial ocasionado por las violaciones a sus derechos humanos, considerando la situación específica de cada caso. Inscribir a sus familiares a programas de apoyo social. Realizar las gestiones correspondientes para proporcionar a dos de los agraviados prótesis adecuadas a sus necesidades y el seguimiento médico inherente a su utilización. Ofrecer valoración y en su caso, tratamiento psicológico correspondiente, a las víctimas y familiares de quienes fallecieron, que así lo requieran. Diseñar una estrategia integral de atención para la prevención y control de la diabetes de acuerdo a las directrices fijadas en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Instruir a todo el personal de las Unidades Médicas de los centros de reclusión del Distrito Federal, para el uso, manejo y actualización del expediente clínico. Diseñar y poner en marcha un programa permanente de detección y atención de tuberculosis y VIH. Diseñar y poner en marcha un programa permanente de capacitación para los profesionales de la salud que brindan sus servicios en las Unidades Médicas de los centros de reclusión del Distrito Federal.⁸⁸

⁸⁸ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Recomendación 16/2014* [en línea], 93 pp., México, CDHDF, 16 de diciembre de 2014, Dirección URL: http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/12/reco_1416.pdf [consulta: 5 de junio de 2015].

Conclusiones

Los avances que a través del consenso internacional se han logrado en materia de derechos humanos, han impulsado el desarrollo del tema en los distintos países, situación que debe trascender y tener impacto en la vida cotidiana de las personas.

Sin duda, los esfuerzos llevados a cabo en el ámbito internacional, particularmente los relacionados con el tema de derechos humanos, han surgido a partir del auténtico interés de contar con una sociedad, en la que imperen valores superiores y se garantice el derecho a la vida digna de cada ser humano.

Es por tanto que la dignidad humana como fundamento de los derechos humanos, implica el reconocimiento del valor que tiene el otro en función del propio valor, por lo que en la medida en que seamos conscientes de que todos los seres humanos merecemos las mejores condiciones de vida, avanzaremos en la construcción de una sociedad garante de derechos.

En este tenor, los principios básicos que rigen los tratados internacionales en materia de derechos humanos, establecen que para su cumplimiento, no debe existir discriminación alguna.

En lo que respecta al derecho a la salud, en el ámbito internacional es reconocido como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y de acuerdo con la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, debe contar con características como: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; elementos que fijan un estándar mínimo en la materia.

Al principio de esta investigación se planteaban las características de los derechos humanos, entre las que se destacan la indivisibilidad y la interdependencia. La indivisibilidad entendida como el conjunto de derechos que forman parte de una sola construcción y la interdependencia, como la interrelación que existe entre los derechos y que resulta de la absoluta dependencia que hay entre ellos.

En este sentido, el derecho a la salud funciona como parte de un conjunto de derechos entre los que destacan el derecho a la alimentación, el derecho a la integridad, el derecho a la vida, entre otros. Es por ello, que al no garantizarse el cumplimiento del derecho a la salud, se cometen violaciones a otros derechos.

A nivel nacional, desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, hasta las leyes que regulan el derecho a la salud, se reconoce a éste como un derecho fundamental, al que la población en su conjunto debe tener acceso, incluidas las personas que están privadas de su libertad. Esto es importante, considerando que una persona que se encuentra interna en un centro de reclusión, ya sea porque está bajo proceso o porque ha sido sentenciada, continúa gozando de los derechos fundamentales reconocidos por el Estado, a excepción de los derechos políticos (entendidos como derecho a votar y ser votado) y por supuesto, del derecho a la libertad.

Si bien los esfuerzos de carácter legislativo a nivel nacional, han influido en la creación de normas en las que se establece la importancia de garantizar el derecho a la salud, dichos esfuerzos no han sido suficientes para que el Estado cumpla con dicha obligación.

Las condiciones que se viven en el país en materia de salud resultan preocupantes, ya que a pesar de la existencia de instituciones federales que prestan servicios de salud y de hospitales de la red local en los que se atienden a personas que no cuentan con seguro social, dichos servicios son insuficientes.

Aún más preocupante resulta la prestación del derecho a la salud de las personas que se encuentran privadas de su libertad, la cual como vimos en la presente investigación, está por debajo de los estándares internacionales de atención, consignados en los tratados internacionales en materia de derechos humanos suscritos por México. En el caso específico de esta población, el derecho a la salud, constituye un tema susceptible, dado que una persona en esta condición, no puede acudir por cuenta propia ante los servicios médicos necesarios, por lo

que el Estado tiene la obligación de brindarle atención médica en el momento en el que la requiera.

En este sentido, el derecho a la salud constituye uno de los rubros de mayor preocupación y con mayor número de violaciones al interior de los centros de Reclusión de la Ciudad de México.

Sin duda, el tema resulta muy importante en virtud de que las personas que permanecen internas en estos centros, representan un sector de la población que históricamente ha vivido relegado y cuya existencia se ha tratado de ignorar, a pesar de ser individuos que forman parte del tejido social. De esta manera, la invisibilidad de este sector, se convierte en una manifestación de discriminación, que de acuerdo con las características de los derechos humanos, representa una violación, dado que no deben ser impuestas penas más allá de las dictadas por una autoridad judicial, es decir además de una sentencia; por lo que dicho trato discriminatorio puede traducirse en una pena cruel e inusitada, prohibida por nuestra Carta Magna en su artículo 22.

Muchas de las personas que se encuentran en centros de reclusión, poseen historias de vida en las que se observa como común denominador la falta de acceso a los derechos fundamentales, previo a su ingreso a estos centros. La insatisfacción de derechos fundamentales como el derecho a la educación, vivienda, alimentación, así como la falta de oportunidades, se convierten en factores determinantes para el desarrollo de conductas delictivas. Dichas violaciones a derechos humanos continúan ocurriendo en los centros de reclusión, convirtiendo a la persona en un sujeto de violaciones constantes.

Desde el punto de vista de la teoría jurídica, la finalidad de establecer como pena a los delitos graves la privación de la libertad de un individuo, responde a la necesidad de garantizar que durante el periodo que se encuentra interna dicha persona, pague su deuda con la sociedad por haber cometido algún acto previsto por las leyes como antisocial, y por otro lado en su aspecto inhibitorio para que tales

actos no se repitan. Aunado a ello, el Estado tendría que dotarle de las herramientas que le permitan reinserirse a la sociedad.

No obstante, las prisiones de la Ciudad de México, no funcionan bajo un esquema de reinserción social. El sistema penitenciario muy lejos del discurso oficial, y contrario a lo que establece la ley, es un sistema basado en corrupción, discriminación, falta de compromiso con el individuo y con la sociedad; situación que se traduce en la inobservancia del respeto a los derechos humanos de los internos, mediante malos tratos y todo tipo de actos crueles, inusitados, degradantes e ilegales. En este sentido, no se logran garantizar los derechos mínimos de la población interna, entre ellos, el derecho a la salud, lo que sin lugar a dudas se traduce en violación a los derechos humanos.

Las cifras y los resultados de los diversos informes en materia de salud en reclusorios resultan reveladores y alarmantes, dado que dan muestra de las condiciones que viven las personas que se encuentran privadas de su libertad.

Entre las principales problemáticas que se identificaron a lo largo de esta investigación, relacionadas con el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad, encontramos: la falta de acceso a las unidades médicas, falta de seguimiento médico, falta de referencia a hospitales, insuficiencia de medicamento, falta de recursos humanos y materiales, aunado a los constantes actos de discriminación y corrupción hacia los pacientes. Por tal motivo, podemos establecer que no se cumple con el estándar internacional en la materia y que el sistema de reclusorios en la Ciudad de México incurre en graves y constantes violaciones a los derechos humanos de las personas recluidas.

Si bien la problemática señalada resulta alarmante, existen alternativas para atenderla, las cuales pueden aplicarse a fin de influir de manera positiva en la creación de un nuevo modelo de atención en materia de salud penitenciaria.

Para dicho fin se requiere el cumplimiento pleno de los instrumentos internacionales en la materia, de los que México es parte.

Es claro que la constante referencia a dichos instrumentos y la discusión en torno a su contenido, promueven la cultura de derechos humanos, sin embargo el gobierno mexicano debe fomentar el conocimiento de los mismos, difundiendo de manera amplia los derechos humanos entre la población, e incluso estableciéndolos como materia de estudio obligatoria en el sistema educativo nacional.

En materia de defensa de la población en los reclusorios, el uso de los criterios internacionales y su aplicación con base al artículo primero constitucional, permiten ampliar la visión de las autoridades e impulsar los criterios fundamentales, existentes a favor de la dignidad humana.

Desde mi punto de vista, en muchos casos la base del problema deviene de la falta de acceso a derechos y oportunidades a la población, por lo que se debe comenzar por entender los motivos por los que las personas cometen actos delictivos y con base a ello trabajar en la creación de una estructura social fortalecida, en la que las personas puedan gozar de sus derechos y no convertirse en objeto de la justicia.

Con respecto a esta labor, vale la pena resaltar la importancia de las Comisiones encargadas de defender los derechos humanos. Sin lugar a dudas, desde su creación, las Comisiones de Derechos Humanos, tanto a nivel federal como local, han fungido como defensores del pueblo, cuyos visitantes han hecho visibles las principales problemáticas que aquejan a los ciudadanos. Si bien sus atribuciones no son de carácter coercitivo, la firmeza con la que se pronuncien tendrá efectos positivos, que repercutirán en la creación de una sociedad más crítica y constructiva.

Sin duda, avanzar en materia de derechos humanos implica articular una nueva visión acerca de lo que significa la dignidad humana y los derechos que la protegen. De tal manera que la importancia de valores como el respeto, la tolerancia y la no discriminación, resultan fundamentales para comprender el significado de la convivencia social y trabajar a favor de una vida digna para todos.

En el caso específico del derecho a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal, existe la necesidad de crear políticas públicas encaminadas a mejorar las condiciones a través de las cuales se debe garantizar el derecho a la salud de esta población, ello implica la necesidad de asignación de recursos tanto materiales como humanos, a fin de avanzar en la materia.

Sin duda, la capacitación y concientización de quienes trabajan los temas relacionados con la salud en reclusorios, permitirá impulsar cambios positivos que garanticen a los internos, el goce de este derecho, tomando como base los estándares mínimos existentes.

Los futuros esfuerzos para solucionar la problemática que a lo largo del presente trabajo se planteó, pueden generar un cambio positivo y obligado, dado que existen alternativas para atender el asunto. Sin embargo, ello implica la suma de voluntades, para lo cual se requiere tener consciencia acerca del tema y comprender la importancia de garantizar los derechos de las personas que se encuentran privadas de la libertad, y tener presente y muy claro que quienes por estar en esa condición, no dejan de gozar de sus derechos, ni tampoco dejan de formar parte de una sociedad que merece ser tratada dignamente, bajo cualquier circunstancia.

Anexo

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Observación General 14

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley (1).

2. Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados Partes reconocen "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas "medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho". Además, el derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención

sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos (2), así como también en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales (3).

3. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

4. Al elaborar el artículo 12 del Pacto, la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no adoptó la definición de la salud que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que concibe la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades". Sin embargo, la referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al "más alto nivel posible de salud física y mental" no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

5. El Comité es consciente de que para millones de personas en todo el mundo el pleno disfrute del derecho a la salud continúa siendo un objetivo remoto. Es más, en muchos casos, sobre todo por lo que respecta a las personas que viven en la pobreza, ese objetivo es cada vez más remoto. El Comité es consciente de que los formidables obstáculos estructurales y de otra índole resultantes de factores internacionales y otros factores fuera del control de los Estados impiden la plena realización del artículo 12 en muchos Estados Partes.

6. Con el fin de ayudar a los Estados Partes a aplicar el Pacto y cumplir sus obligaciones en materia de presentación de informes, esta observación general se centra en el contenido normativo del artículo 12 (parte I), en las obligaciones de los Estados Partes (parte II), en las violaciones (parte III) y en la aplicación en el plano nacional (parte IV), mientras que la parte V versa sobre las obligaciones de actores distintos de los Estados Partes. La observación general se basa en la experiencia adquirida por el Comité en el examen de los informes de los Estados Partes a lo largo de muchos años.

I. CONTENIDO NORMATIVO DEL ARTÍCULO 12

7. El párrafo 1 del artículo 12 define el derecho a la salud, y el párrafo 2 del artículo 12 da algunos ejemplos de las obligaciones contraídas por los Estados Partes.

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

9. El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el

Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

10. Desde la adopción de los dos Pactos Internacionales de las Naciones Unidas en 1966, la situación mundial de la salud se ha modificado de manera espectacular, al paso que el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. Se están teniendo en cuenta más elementos determinantes de la salud, como la distribución de los recursos y las diferencias basadas en la perspectiva de género. Una definición más amplia de la salud también tiene en cuenta inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado (4). Es más, enfermedades anteriormente desconocidas, como el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), y otras enfermedades, como el cáncer, han adquirido mayor difusión, así como el rápido crecimiento de la población mundial, han opuesto nuevos obstáculos al ejercicio del derecho a la salud, lo que ha de tenerse en cuenta al interpretar el artículo 12.

11. El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el

proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

12. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

a) *Disponibilidad.* Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS (5).

b) *Accesibilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud (6) deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos (7).

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de

la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) *Accesibilidad económica (asequibilidad)*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) *Acceso a la información*: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas (8) acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) *Aceptabilidad*. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) *Calidad*. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

13. La lista incompleta de ejemplos que figura en el párrafo 2 del artículo 12 sirve de orientación para definir las medidas que deben adoptar los Estados. En dicho párrafo se dan algunos ejemplos genésicos de las medidas que se pueden adoptar a partir de la definición amplia del derecho a la salud que figura en el párrafo 1 del artículo 12, con la consiguiente ilustración del contenido de ese derecho, según se señala en los párrafos siguientes (9).

Apartado a) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva

14. La disposición relativa a "la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños" (apartado a) del párrafo 2 del artículo 12) (10) se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto (11), los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información (12).

Apartado b) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a la higiene del trabajo y del medio ambiente

15. "El mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial" (apartado b) del párrafo 2 del artículo 12) entraña, en particular, la adopción de medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales; la necesidad de velar por el suministro adecuado de agua limpia potable y la creación de condiciones sanitarias básicas; la prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias nocivas tales como radiaciones y sustancias químicas nocivas u otros factores ambientales perjudiciales que afectan directa o indirectamente a la salud de los seres humanos (13). Además, la higiene industrial aspira a reducir al mínimo, en la medida en que ello sea razonablemente viable, las causas de los peligros para la salud resultantes del medio ambiente laboral (14). Además, el apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 abarca la cuestión relativa a la vivienda adecuada y las condiciones de trabajo higiénicas y seguras, el

suministro adecuado de alimentos y una nutrición apropiada, y disuade el uso indebido de alcohol y tabaco y el consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas.

Apartado c) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas

16. "La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas" (apartado c) del párrafo 2 del artículo 12) exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género. El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas.

Apartado d) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud (15)

17. "La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad" (apartado d) del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes,

preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

Artículo 12 - Temas especiales de alcance general

No discriminación e igualdad de trato

18. En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud. El Comité señala que se pueden aplicar muchas medidas, como las relacionadas con la mayoría de las estrategias y los programas destinados a eliminar la discriminación relacionada con la salud, con consecuencias financieras mínimas merced a la promulgación, modificación o revocación de leyes o a la difusión de información. El Comité recuerda el párrafo 12 de la observación general N° 3 en el que se afirma que incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo.

19. En cuanto al derecho a la salud, es preciso hacer hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la

atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud (16). Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta. Por ejemplo, las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población.

La perspectiva de género

20. El Comité recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud.

La mujer y el derecho a la salud

21. Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud

requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos.

Los niños y adolescentes

22. En el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 se pone de manifiesto la necesidad de adoptar medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños. En los ulteriores instrumentos internacionales de derechos humanos se reconoce que los niños y los adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades (17). En la Convención sobre los Derechos del Niño se exhorta a los Estados a que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre. La Convención vincula esos objetivos con el acceso a la información, respetuosa del niño, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas. La aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental. Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones (18). Es preciso dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria y decente y participar en las actividades de su comunidad.

23. Los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los

jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

24. La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente.

Personas mayores

25. En lo que se refiere al ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, el Comité, conforme a lo dispuesto en los párrafos 34 y 35 de la observación general Nº 6 (1995), reafirma la importancia de un enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Esas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos; medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores; y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad.

Personas con discapacidades

26. El Comité reafirma lo enunciado en el párrafo 34 de su observación general Nº 5, en el que se aborda la cuestión de las personas con discapacidades en el contexto del derecho a la salud física y mental. Asimismo, el Comité subraya la necesidad de velar por que no sólo el sector de la salud pública, sino también los establecimientos privados que proporcionan servicios de salud, cumplan el principio de no discriminación en el caso de las personas con discapacidades.

Pueblos indígenas

27. Habida cuenta del derecho y la práctica internacionales que están surgiendo, así como de las medidas adoptadas recientemente por los Estados en relación con las poblaciones indígenas (19), el Comité estima conveniente identificar los elementos que contribuirían a definir el derecho a la salud de los pueblos indígenas, a fin de que los Estados con poblaciones indígenas puedan aplicar más adecuadamente las disposiciones contenidas en el artículo 12 del Pacto. El Comité

considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas. El Comité observa que, en las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones.

Limitaciones

28. Los Estados suelen utilizar las cuestiones relacionadas con la salud pública para justificar la limitación del ejercicio de otros derechos fundamentales. El Comité desea hacer hincapié en el hecho de que la cláusula limitativa -el artículo 4- tiene más bien por objeto proteger los derechos de los particulares, y no permitir la imposición de limitaciones por parte de los Estados. Por consiguiente, un Estado Parte que, por ejemplo, restringe la circulación de personas -o encarcela a personas- con enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, no permite que los médicos traten a presuntos opositores de un gobierno, o se niega a vacunar a los integrantes de una comunidad contra graves enfermedades infecciosas, alegando motivos tales como la seguridad nacional o el mantenimiento del orden público, tiene la obligación de justificar esas medidas graves en relación con cada uno de los elementos enunciados en el artículo 4. Esas restricciones deberán estar en consonancia con la ley, incluidas las normas internacionales de derechos humanos,

y ser compatibles con la naturaleza de los derechos amparados por el Pacto, en aras de los objetivos legítimos perseguidos, y ser estrictamente necesarias para promover el bienestar general en una sociedad democrática.

29. De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 5, esas limitaciones deberán ser proporcionales, es decir, deberán corresponder a la solución menos restrictiva de entre los tipos de limitaciones previstos. Aun cuando se permiten básicamente esas limitaciones por motivos de protección de la salud pública, su duración deberá ser limitada y estar sujeta a revisión.

II. OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS PARTES

Obligaciones legales de carácter general

30. Si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud (20).

31. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario, la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12 (21).

32. Al igual que en el caso de los demás derechos enunciados en el Pacto, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud. Si se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han

aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte (22).

33. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover (23). La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Obligaciones legales específicas

34. En particular, los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. Además, las obligaciones de respetar incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas. Esas excepciones deberán estar sujetas a condiciones específicas y restrictivas, respetando las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables, en particular los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos

mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. (24) Asimismo, los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud. Los Estados deben abstenerse asimismo de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado, utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado de esos ensayos, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano, o limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva, por ejemplo durante conflictos armados, en violación del derecho internacional humanitario.

35. Las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología. Los Estados también tienen la obligación de velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia; impedir que terceros induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, por ejemplo a la mutilación de los órganos genitales femeninos; y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género. Los Estados deben velar asimismo porque terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud.

36. La obligación de cumplir requiere, en particular, que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales. Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país. Otras obligaciones incluyen el establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos, el fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/SIDA, la salud sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas. Los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos. Con tal fin, los Estados deben formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación del aire, el agua y el suelo, incluida la contaminación causada por metales pesados tales como el plomo procedente de la gasolina. Asimismo, los Estados Partes deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así

como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud (25).

37. La obligación de cumplir (facilitar) requiere en particular que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la salud. Los Estados Partes también tienen la obligación de cumplir (facilitar) un derecho específico enunciado en el Pacto en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición. La obligación de cumplir (promover) el derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población. Entre esas obligaciones figuran las siguientes: i) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro resultados positivos en materia de salud, por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información; ii) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; iii) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como acerca de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; iv) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.

Obligaciones internacionales

38. En su observación general N° 3 el Comité hizo hincapié en la obligación de todos los Estados Partes de adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, para dar plena efectividad a los derechos reconocidos en el Pacto, como el derecho a la salud. Habida cuenta de lo dispuesto en el Artículo 56 de la Carta de las Naciones Unidas, en las disposiciones específicas del Pacto (párrafos 1 y 2 del artículo 12 y artículos 22 y 23) y en la Declaración sobre atención primaria de la salud, de Alma Ata, los Estados Partes deben reconocer el papel fundamental de la

cooperación internacional y cumplir su compromiso de adoptar medidas conjuntas o individuales para dar plena efectividad al derecho a la salud. A este respecto, se remite a los Estados Partes a la Declaración de Alma-Ata, que proclama que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países desarrollados y los país en desarrollo, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países (26).

39. Para cumplir las obligaciones internacionales que han contraído en virtud del artículo 12, los Estados Partes tienen que respetar el disfrute del derecho a la salud en otros países e impedir que terceros conculquen ese derecho en otros países siempre que puedan ejercer influencia sobre esos terceros por medios legales o políticos, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y el derecho internacional aplicable. De acuerdo con los recursos de que dispongan, los Estados deben facilitar el acceso a los establecimientos, bienes y recursos de salud esenciales en otros países, siempre que sea posible, y prestar la asistencia necesaria cuando corresponda (27). Los Estados Partes deben velar por que en los acuerdos internacionales se preste la debida atención al derecho a la salud, y, con tal fin, deben considerar la posibilidad de elaborar nuevos instrumentos legales. En relación con la concertación de otros acuerdos internacionales, los Estados Partes deben adoptar medida para cerciorarse de que esos instrumentos no afectan adversamente al derecho a la salud. Análogamente, los Estados partes tienen la obligación de velar por que sus acciones en cuanto miembros de organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta el derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados Partes que sean miembros de instituciones financieras internacionales, sobre todo del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, deben prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud influyendo en las políticas y acuerdos crediticios y las medidas internacionales adoptadas por esas instituciones.

40. De acuerdo con la Carta de las Naciones Unidas y las resoluciones pertinentes de la Asamblea General de las Naciones Unidas y de la Asamblea Mundial de la

Salud, los Estados Partes tienen la obligación individual y solidaria de cooperar en la prestación de ayuda en casos de desastre y de asistencia humanitaria en situaciones de emergencia, incluida la prestación asistencia a los refugiados y los desplazados dentro del país. Cada Estado debe contribuir a esta misión hasta el máximo de su capacidad. Al proporcionar ayuda médica internacional y al distribuir y administrar recursos tales como el agua limpia potable, los alimentos, los suministros médicos y la ayuda financiera, hay que otorgar prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población. Además, dado que algunas enfermedades son fácilmente transmisibles más allá de las fronteras de un Estado, recae en la comunidad internacional la responsabilidad solidaria por solucionar este problema. Los Estados Partes económicamente desarrollados tienen una responsabilidad y un interés especiales en ayudar a los Estados en desarrollo más pobres a este respecto.

41. Los Estados Partes deben abstenerse en todo momento de imponer embargos o medidas análogas que restrinjan el suministro a otro Estado de medicamentos y equipo médico adecuados. En ningún momento deberá utilizarse la restricción de esos bienes como medio de ejercer presión política o económica. A este respecto, el Comité recuerda su actitud, expuesta en su observación general N° 8, con respecto a la relación existente entre las sanciones económicas y el respeto de los derechos económicos, sociales y culturales.

42. Si bien sólo los Estados son Partes en el Pacto y, por consiguiente, son los que, en definitiva, tienen la obligación de rendir cuentas por cumplimiento de éste, todos los integrantes de la sociedad -particulares, incluidos los profesionales de la salud, las familias, las comunidades locales, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil y el sector de la empresa privada- tienen responsabilidades en cuanto a la realización del derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados Partes deben crear un clima que facilite el cumplimiento de esas responsabilidades.

Obligaciones básicas

43. En la observación general N° 3, el Comité confirma que los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud. Considerada conjuntamente con instrumentos más recientes, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (28), la Declaración de Alma-Ata ofrece una orientación inequívoca en cuanto a las obligaciones básicas dimanantes del artículo 12. Por consiguiente, el Comité considera que entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:

- a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;
- b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre;
- c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable;
- d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;
- e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;
- f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual

se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

44. El Comité confirma asimismo que entre las obligaciones de prioridad comparables figuran las siguientes:

a) Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil;

b) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad;

c) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas;

d) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;

e) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

45. Para disipar toda duda, el Comité desea señalar que incumbe especialmente a los Estados Partes, así como a otros actores que estén en situación de prestar ayuda, prestar "asistencia y cooperación internacionales, en especial económica y técnica" (29), que permita a los países en desarrollo cumplir sus obligaciones básicas y otras obligaciones a que se hace referencia en los párrafos 43 y 44 supra.

III. VIOLACIONES

46. Al aplicar el contenido normativo del artículo 12 (parte I) a las obligaciones de los Estados Partes (parte II), se pone en marcha un proceso dinámico que facilita la identificación de las violaciones del derecho a la salud. En los párrafos que figuran a continuación se ilustran las violaciones del artículo 12.

47. Al determinar qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho a la salud, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones. Ello se desprende del párrafo 1 del artículo 12, que se refiere al más alto nivel posible de salud, así como del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, en virtud del cual cada Estado Parte tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga. Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12. Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento por un Estado de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, dicho Estado tendrá que justificar no obstante que se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas supra. Cabe señalar sin embargo que un Estado Parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 supra, que son inderogables.

48. Las violaciones del derecho a la salud pueden producirse mediante la acción directa de los Estados o de otras entidades que no estén suficientemente reglamentadas por los Estados. La adopción de cualesquiera medidas regresivas que sean incompatibles con las obligaciones básicas en lo referente al derecho a la salud, a que se hace referencia en el párrafo 43 supra, constituye una violación del derecho a la salud. Entre las violaciones resultantes de actos de comisión figura la revocación o suspensión formal de la legislación necesaria para el continuo disfrute del derecho a la salud, o la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las preexistentes obligaciones legales nacionales o internacionales relativas al derecho a la salud.

49. Los Estados también pueden conculcar el derecho a la salud al no adoptar las medidas necesarias dimanantes de las obligaciones legales. Entre las violaciones por actos de omisión figuran el no adoptar medidas apropiadas para dar plena

efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, el no contar con una política nacional sobre la seguridad y la salud en el empleo o servicios de salud en el empleo, y el no hacer cumplir las leyes pertinentes.

Violaciones de las obligaciones de respetar

50. Las violaciones de las obligaciones de respetar son las acciones, políticas o leyes de los Estados que contravienen las normas establecidas en el artículo 12 del Pacto y que son susceptibles de producir lesiones corporales, una morbosidad innecesaria y una mortalidad evitable. Como ejemplos de ello cabe mencionar la denegación de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos de personas como resultado de la discriminación de iure o de facto; la ocultación o tergiversación deliberadas de la información que reviste importancia fundamental para la protección de la salud o para el tratamiento; la suspensión de la legislación o la promulgación de leyes o adopción de políticas que afectan desfavorablemente al disfrute de cualquiera de los componentes del derecho a la salud; y el hecho de que el Estado no tenga en cuenta sus obligaciones legales con respecto al derecho a la salud al concertar acuerdos bilaterales o multilaterales con otros Estados, organizaciones internacionales u otras entidades, como, por ejemplo, las empresas multinacionales.

Violaciones de las obligaciones de proteger

51. Las violaciones de las obligaciones de proteger dimanar del hecho de que un Estado no adopte todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros. Figuran en esta categoría omisiones tales como la no regulación de las actividades de particulares, grupos o empresas con objeto de impedir que esos particulares, grupos o empresas violen el derecho a la salud de los demás; la no protección de los consumidores y los trabajadores contra las prácticas perjudiciales para la salud, como ocurre en el caso de algunos empleadores y fabricantes de medicamentos o alimentos; el no disuadir la producción, la comercialización y el consumo de tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas; el no proteger a las

mujeres contra la violencia, y el no procesar a los autores de la misma; el no disuadir la observancia continua de prácticas médicas o culturales tradicionales perjudiciales; y el no promulgar o hacer cumplir las leyes a fin de impedir la contaminación del agua, el aire y el suelo por las industrias extractivas y manufactureras.

Violaciones de la obligación de cumplir

52. Las violaciones de las obligaciones de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Cabe citar entre ellas la no adopción o aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a la salud de todos; los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud por los particulares o grupos, en particular las personas vulnerables o marginadas; la no vigilancia del ejercicio del derecho a la salud en el plano nacional, por ejemplo mediante la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia; el hecho de no adoptar medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud; la no adopción de un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género; y el hecho de no reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.

IV. APLICACIÓN EN EL PLANO NACIONAL

Legislación marco

53. Las medidas viables más apropiadas para el ejercicio del derecho a la salud variarán significativamente de un Estado a otro. Cada Estado tiene un margen de discreción al determinar qué medidas son las más convenientes para hacer frente a sus circunstancias específicas. No obstante, el Pacto impone claramente a cada Estado la obligación de adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y pueda gozar cuanto antes del más alto nivel posible de salud física y mental. Para ello es necesario adoptar una estrategia nacional que permita a todos el disfrute del derecho a la salud, basada en los principios de derechos humanos que definan los

objetivos de esa estrategia, y formular políticas y establecer los indicadores y las bases de referencia correspondientes del derecho a la salud. La estrategia nacional en materia de salud también deberá tener en cuenta los recursos disponibles para alcanzar los objetivos fijados, así como el modo más rentable de utilizar esos recursos.

54. Al formular y ejecutar las estrategias nacionales de salud deberán respetarse, entre otros, los principios relativos a la no discriminación y la participación del pueblo. En particular, un factor integrante de toda política, programa o estrategia con miras al cumplimiento de las obligaciones gubernamentales en virtud del artículo 12 es el derecho de los particulares y grupos a participar en el proceso de adopción de decisiones que puedan afectar a su desarrollo. Para promover la salud, la comunidad debe participar efectivamente en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud. Sólo podrá asegurarse la prestación efectiva de servicios de salud si los Estados garantizan la participación del pueblo.

55. La estrategia y el plan de acción nacionales de salud también deben basarse en los principios de rendición de cuentas, la transparencia y la independencia del poder judicial, ya que el buen gobierno es indispensable para el efectivo ejercicio de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. A fin de crear un clima propicio al ejercicio de este derecho, los Estados Partes deben adoptar las medidas apropiadas para cerciorarse de que, al desarrollar sus actividades, el sector de la empresa privada y la sociedad civil conozcan y tengan en cuenta la importancia del derecho a la salud.

56. Los Estados deben considerar la posibilidad de adoptar una ley marco para dar efectividad a su derecho a una estrategia nacional de salud. La ley marco debe establecer mecanismos nacionales de vigilancia de la aplicación de las estrategias y planes de acción nacionales de salud. Esa ley deberá contener disposiciones sobre los objetivos que deban alcanzarse y los plazos necesarios para ello; los medios que permitan establecer las cotas de referencia del derecho a la salud; la proyectada cooperación con la sociedad civil, incluidos los expertos en salud, el

sector privado y las organizaciones internacionales; la responsabilidad institucional por la ejecución de la estrategia y el plan de acción nacionales del derecho a la salud; y los posibles procedimientos de apelación. Al vigilar el proceso conducente al ejercicio del derecho a la salud, los Estados Partes deben identificar los factores y las dificultades que afectan al cumplimiento de sus obligaciones.

Indicadores y bases de referencia del derecho a la salud

57. Las estrategias nacionales de salud deben identificar los pertinentes indicadores y bases de referencia del derecho a la salud. El objetivo de los indicadores debe consistir en vigilar, en los planos nacional e internacional, las obligaciones asumidas por el Estado Parte en virtud del artículo 12. Los Estados podrán obtener una orientación respecto de los indicadores pertinentes del derecho a la salud -que permitirán abordar los distintos aspectos de ese derecho- de la labor que realizan al respecto la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los indicadores del derecho a la salud requieren un desglose basado en los motivos de discriminación prohibidos.

58. Una vez identificados los pertinentes indicadores del derecho a la salud, se pide a los Estados Parte que establezcan las bases nacionales de referencia apropiadas respecto de cada indicador. En relación con la presentación de informes periódicos, el Comité emprenderá con el Estado Parte un proceso de determinación del alcance de la aplicación. Dicho proceso entraña el examen conjunto por el Estado Parte y el Comité de los indicadores y bases de referencia nacionales, lo que a su vez permitirá determinar los objetivos que deban alcanzarse durante el próximo período de presentación del informe. En los cinco años siguientes, el Estado Parte utilizará esas bases de referencia nacionales para vigilar la aplicación del artículo 12. Posteriormente, durante el proceso ulterior de presentación de informes, el Estado Parte y el Comité determinarán si se han logrado o no esas bases de referencia, así como las razones de las dificultades que hayan podido surgir.

Recursos y rendición de cuentas

59. Toda persona o todo grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional (30). Todas las víctimas de esas violaciones deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos. Los defensores del pueblo, las comisiones de derechos humanos, los foros de consumidores, las asociaciones en pro de los derechos del paciente o las instituciones análogas de cada país deberán ocuparse de las violaciones del derecho a la salud.

60. La incorporación en el ordenamiento jurídico interno de los instrumentos internacionales en los que se reconoce el derecho a la salud puede ampliar considerablemente el alcance y la eficacia de las medidas correctivas, por lo que debe alentarse en todos los casos (31). La incorporación permite que los tribunales juzguen los casos de violaciones del derecho a la salud, o por lo menos de sus obligaciones fundamentales, haciendo referencia directa al Pacto.

61. Los Estados Partes deben alentar a los magistrados y demás jurisperitos a que, en el desempeño de sus funciones, presten mayor atención a la violación al derecho a la salud.

62. Los Estados Partes deben respetar, proteger, facilitar y promover la labor realizada por los defensores de los derechos humanos y otros representantes de la sociedad civil con miras a ayudar a los grupos vulnerables o marginados a ejercer su derecho a la salud.

V. OBLIGACIONES DE LOS ACTORES QUE NO SEAN ESTADOS PARTES

63. El papel desempeñado por los organismos y programas de las Naciones Unidas, y en particular la función esencial asignada a la OMS para dar efectividad al derecho a la salud en los planos internacional, regional y nacional, tiene especial importancia, como también la tiene la función desempeñada por el UNICEF en lo que respecta al derecho a la salud de los niños. Al formular y aplicar sus estrategias nacionales del derecho a la salud, los Estados Partes deben recurrir a la

cooperación y asistencia técnica de la OMS. Además, al preparar sus informes, los Estados Partes deben utilizar la información y los servicios de asesoramiento amplios de la OMS en lo referente a la reunión de datos, el desglose de los mismos y la elaboración de indicadores y bases de referencia del derecho a la salud.

64. Además, es preciso mantener los esfuerzos coordinados para dar efectividad al derecho a la salud a fin de reforzar la interacción entre todos los actores de que se trata, en particular los diversos componentes de la sociedad civil. Conforme al o dispuesto en los artículos 22 y 23 del Pacto, la OMS, la Organización Internacional del Trabajo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, los bancos regionales de desarrollo, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial del Comercio y otros órganos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas deberán cooperar eficazmente con los Estados Partes, aprovechando sus respectivos conocimientos especializados y respetando debidamente sus distintos mandatos, para dar efectividad al derecho a la salud en el plano nacional. En particular, las instituciones financieras internacionales, especialmente el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, deberán prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud en sus políticas de concesión de préstamos, acuerdos crediticios y programas de ajuste estructural. Al examinar los informes de los Estados Partes y la capacidad de éstos para hacer frente a las obligaciones dimanantes del artículo 12, el Comité examinará las repercusiones de la asistencia prestada por todos los demás actores. La adopción por los organismos especializados, programas y órganos de las Naciones Unidas de un enfoque basado en los derechos humanos facilitará considerablemente el ejercicio del derecho a la salud. Al examinar los informes de los Estados Partes, el Comité también tendrá en cuenta el papel desempeñado por las asociaciones profesionales de la salud y demás organizaciones no gubernamentales en lo referente a las obligaciones contraídas por los Estados en virtud del artículo 12.

65. El papel de la OMS, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja,

y el UNICEF, así como también por las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones médicas nacionales, reviste especial importancia en relación con la prestación de socorros en casos de desastre y la ayuda humanitaria en situaciones de emergencia, en particular la asistencia prestada a los refugiados y los desplazados dentro del país. En la prestación de ayuda médica internacional y la distribución y gestión de recursos tales como el agua potable, los alimentos y los suministros médicos, así como de ayuda financiera, debe concederse prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población.

Aprobado el 11 de mayo de 2000.

Notas

1. Por ejemplo, el principio de no discriminación respecto de los establecimientos, bienes y servicios de salud es legalmente aplicable en muchas jurisdicciones nacionales.

2. En su resolución 1989/11.

3. Los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991 (resolución 46/119), y la observación general N° 5 del Comité sobre personas con discapacidad se aplican a los enfermos mentales; el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, y la Declaración y Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, contienen definiciones de la salud reproductiva y de la salud de la mujer.

4. Artículo 3 común a los Convenios de Ginebra relativos a la protección de las víctimas de la guerra (1949); apartado a) del párrafo 2 del artículo 75 del Protocolo adicional I relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (1977); apartado a) del artículo 4 del Protocolo adicional II relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (1977).

5. Véase la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS, revisada en diciembre de 1999, Información sobre medicamentos de la OMS, vol. 13, Nº 4, 1999.

6. Salvo que se estipule expresamente otra cosa al respecto, toda referencia en esta observación general a los establecimientos, bienes y servicios de salud abarca los factores determinantes esenciales de la salud a que se hace referencia en los párrafos 11 y 12 a) de esta observación general.

7. Véanse los párrafos 18 y 19 de esta observación general.

8. Véase el párrafo 2 del artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. En esta observación general se hace especial hincapié en el acceso a la información debido a la importancia particular de esta cuestión en relación con la salud.

9. En las publicaciones y la práctica acerca del derecho a la salud, se mencionan con frecuencia tres niveles de atención de la salud, a saber: la atención primaria de la salud, que versa esencialmente sobre las enfermedades comunes y relativamente leves y es prestada por los profesionales de la salud y/o los médicos generalmente capacitados que prestan servicios dentro de la comunidad a un precio relativamente bajo; la atención secundaria de la salud prestada en centros, por lo general hospitales, que se relaciona esencialmente con enfermedades leves o enfermedades graves relativamente comunes que no se pueden tratar en el plano comunitario y requieren la intervención de profesionales de la salud y médicos especialmente capacitados, equipo especial y, en ocasiones, atenciones hospitalarias de los pacientes a un costo relativamente más alto; la atención terciaria de la salud dispensada en unos pocos centros, que se ocupa esencialmente de un número reducido de enfermedades leves o graves que requieren la intervención de profesionales y médicos especialmente capacitados, así como equipo especial, y es con frecuencia relativamente cara. Puesto que las modalidades de atención primaria, secundaria y terciaria de la salud se superponen con frecuencia y están a menudo interrelacionadas entre sí, el uso de esta tipología no facilita invariablemente criterios de distinción suficientes que sean de utilidad para evaluar

los niveles de atención de la salud que los Estados Partes deben garantizar, por lo que es de escasa utilidad para comprender el contenido normativo del artículo 12.

10. Según la OMS, la tasa de mortinatalidad ya no suele utilizarse; en sustitución de ella se utilizan las tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años.

11. El término prenatal significa existente o presente antes del nacimiento. (En las estadísticas médicas, el período comienza con la terminación de las 28 semanas de gestación y termina, según las distintas definiciones, entre una y cuatro semanas antes del nacimiento); por el contrario, el término neonatal abarca el período correspondiente a las cuatro primeras semanas después del nacimiento; mientras que el término postnatal se refiere a un acontecimiento posterior al nacimiento. En esta observación general se utilizan exclusivamente los términos prenatal y postnatal, que son más genéricos.

12. La salud genésica significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto.

13. A este respecto, el Comité toma nota del principio 1 de la Declaración de Estocolmo de 1972, en el que se afirma que "el hombre tiene el derecho fundamental a la libertad, la igualdad y el disfrute de condiciones de vida adecuadas en un medio de calidad tal que le permita llevar una vida digna y gozar de bienestar", así como de la evolución reciente del derecho internacional, en particular la resolución 45/94 de la Asamblea General sobre la necesidad de asegurar un medio ambiente sano para el bienestar de las personas; del principio 1 de la Declaración de Río de Janeiro; de los instrumentos regionales de derechos humanos y del artículo 10 del Protocolo de San Salvador a la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

14. Párrafo 2 del artículo 4 del Convenio N° 155 de la OIT.

15. Véase el apartado b) del párrafo 12 y la nota 8 supra.

16. Para las obligaciones fundamentales, véanse los párrafos 43 y 44 de la presente observación general.

17. Párrafo 1 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

18. Véase la resolución WHA 47.10 de la Asamblea Mundial de la Salud titulada "Salud de la madre y el niño y planificación de la familia: prácticas tradicionales nocivas para la salud de las mujeres y los niños, de 1994.

19. Entre las recientes normas internacionales relativas a los pueblos indígenas cabe mencionar el Convenio N° 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989); los apartados c) y d) del artículo 29 y el artículo 30 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989); el apartado j) del artículo 8 del Convenio sobre la Diversidad Biológica (1992), en los que se recomienda a los Estados que respeten, preserven y conserven los conocimientos, innovaciones y prácticas de las comunidades indígenas; la Agenda 21 de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1992), en particular su capítulo 26, y la primera parte del párrafo 20 de la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993) en el que se señala que los Estados deben adoptar de común acuerdo medidas positivas para asegurar el respeto de todos los derechos humanos de los pueblos indígenas, sobre la base de no discriminación. Véase también el preámbulo y el artículo 3 de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático (1992), y el apartado e) del párrafo 2 del artículo 10 de la Convención de las Naciones Unidas de lucha contra la desertificación en los países afectados por sequía grave o desertificación, en particular en África (1994). En los últimos años un creciente número de Estados han modificado sus constituciones y promulgado legislación en la que se reconocen los derechos específicos de los pueblos indígenas.

20. Véase la observación general N° 13 (párr. 43).

21. Véase la observación general N° 3 (párr. 9), y la observación general N° 13 (párr. 44).

22. Véase la observación general N° 3 (párr. 9), y la observación general N° 13 (párr. 45).

23. Según las observaciones generales N° 12 y N° 13, la obligación de cumplir incorpora una obligación de facilitar y una obligación de proporcionar. En la presente observación general, la obligación de cumplir también incorpora una obligación de promover habida cuenta de la importancia crítica de la promoción de la salud en la labor realizada por la OMS y otros organismos.

24. Resolución 46/119 de la Asamblea General (1991).

25. Forman parte integrante de esa política la identificación, determinación, autorización y control de materiales, equipo, sustancias, agentes y procedimientos de trabajo peligrosos; la facilitación a los trabajadores de información sobre la salud, y la facilitación, en caso necesario, de ropa y equipo de protección; el cumplimiento de leyes y reglamentos merced a inspecciones adecuadas; el requisito de notificación de accidentes laborales y enfermedades profesionales; la organización de encuestas sobre accidentes y enfermedades graves, y la elaboración de estadísticas anuales; la protección de los trabajadores y sus representantes contra las medidas disciplinarias de que son objeto por actuar de conformidad con una política de esa clase, y la prestación de servicios de salud en el trabajo con funciones esencialmente preventivas. Véase el Convenio N° 155 de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo (1981) y el Convenio N° 161 de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (1985).

26. Artículo II de la Declaración de Alma-Ata, informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata del 6 al 12 de septiembre de 1978, en: Organización Mundial de la Salud, "Serie de Salud para Todos", N° 1, OMS, Ginebra, 1978.

27. Véase el párrafo 45 de la presente observación general.

28. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.95.XIII.18), capítulo I, resolución 1, anexo, capítulos VII y VIII.

29. Párrafo 1 del artículo 2 del Pacto.

30. Con independencia de que los grupos en cuanto tales puedan presentar recursos como titulares indiscutibles de derechos, los Estados Partes están obligados por las obligaciones colectivas e individuales enunciadas en el artículo 12. Los derechos colectivos revisten importancia crítica en la esfera de la salud; la política contemporánea de salud pública se basa en gran medida en la prevención y la promoción, enfoques que van esencialmente dirigidos a los grupos.

Bibliografía

Libros

Carbonell, Miguel. Los Derechos Humanos en México. Hacia un nuevo modelo. Colección Derecho Procesal de los Derechos Humanos 3, Ubijus Editorial, México, D.F. 2014. 160 pp.

Carbonell, Miguel. Los Derechos Fundamentales en México. Editorial Porrúa, México D.F., 2004, 1111 pp.

Carbonell, Miguel; Ferre Mac-Gregor, Eduardo. Los Derechos Sociales y su Justiciabilidad Directa. Editorial Flores, México D.F., 2014, 161 pp.

Programa de formación y capacitación profesional en derechos humanos. Fase de introducción. Módulo II. ¿Cuáles son las características de los derechos humanos?, Servicio Profesional en Derechos Humanos. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. Segunda edición, México, 2013, 220-243, pp.

Programa de formación y capacitación profesional en derechos humanos. Fase básica 2. Módulo I. ¿Qué es el derecho internacional de los derechos humanos?, Servicio Profesional en Derechos Humanos. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. Segunda edición, México, 2013, 14-22 pp.

Pahuamba Rosas, Baltazar. El Derecho a la Protección de la Salud. Su exigibilidad judicial al Estado. Editorial Novum, México, 2014, 179 pp.

Ramírez García, Hugo Saúl; Pallares Yabur, Pedro de Jesús. Derechos Humanos, Oxford University Press, México, 2011, 406 pp.

Vázquez, Luis Daniel; Serrano, Sandra. Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Apuntes para su aplicación práctica. La reforma constitucional de derechos humanos; un nuevo paradigma. Editorial Porrúa. México., D.F. 2012, 135-165 pp.

Documentos

Observación General núm. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Ginebra, 11 de agosto de 2000, 21 pp.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas Estados Unidos, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (xxi), de 16 de diciembre de 1960, entrada en vigor en 1976.

Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, México, D.F. 2011, 170 pp.

Informe sobre la situación de las personas privadas de la libertad en México. Documento elaborado por Asistencia Legal por los Derechos Humanos A.C. (ASILEGAL), Documenta, Análisis y Acción para la Justicia Social A.C. y el Instituto de Derechos Humanos Ignacio Ellacuría SJ de la Universidad Iberoamericana Puebla. Washington, DC, 23 de marzo de 2012. 61 pp.

Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 2011. 238 pp.

Ordenamiento jurídico

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, 5 de febrero de 191.

Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 4 de abril de 2014.

Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 17 de junio de 2011.

Ley de Salud para el Distrito Federal, Diario Oficial de la Federación, 15 de enero de 1987.

Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.

Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal, Diario Oficial de la Federación, 20 de febrero de 1990.

Fuentes electrónicas

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Recomendación 09/2013 [en línea], 37 pp., México, CDHDF, 29 de abril de 2013, Dirección URL: http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/03/reco_1309.pdf

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Recomendación 16/2014 [en línea], 93 pp., México, CDHDF, 16 de diciembre de 2014, Dirección URL: http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/12/reco_1416.pdf

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas [en línea], 247 pp., 31 de diciembre de 2011, Dirección URL: <https://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/ppl2011esp.pdf>

Comisión Nacional de Derechos Humanos, Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2011 [en línea], 350 pp., México Dirección URL: http://dnsp.cndh.org.mx/archivos/DNSP_2011.pdf

Comisión Nacional de Derechos Humanos, Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2012 [en línea], 500 pp., México, Dirección URL: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/programas/dnsp_2012.pdf

Comisión Nacional de Derechos Humanos, Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2013 [en línea], 635 pp., México, Dirección URL: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/programas/DNSP_2013.pdf

Comisión Nacional de Derechos Humanos, Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria en México 2014 [en línea], 585 pp., México, Dirección URL: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/DNSP/DNSP_2014.pdf

Comisión Nacional de los Derechos Humanos México, Recomendación General No. 18, Sobre la situación de los Derechos Humanos de los internos en los Centros Penitenciarios de la República Mexicana, [en línea], 56 pp., México, 21 de septiembre de 2010, Dirección URL: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_018.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos, Historia de la Corte IDH [en línea], Dirección URL: <http://www.corteidh.or.cr/index.php/es/acerca-de/historia-de-la-corteidh>

Derecho a la salud Humanium, Juntos por los derechos del niño [en línea], Dirección URL: <http://www.humanium.org/es/derecho-salud/>,

Naciones Unidas, El derecho internacional de los derechos humanos [en línea], Dirección URL: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/InternationalLaw.aspx>

Observaciones generales aprobadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [en línea]. Dirección URL: https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html

Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana de Derechos Humanos [en línea], Dirección URL: http://www.oas.org/es/acerca/comision_derechos_humanos.asp

Subsecretaría del Sistema Penitenciario, Movimiento Diario de Población Penitenciaria. Promedio de internos del mes de septiembre de 2014 [en línea], Dirección URL: <http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/estadisticas/index.html?anio=2014&mes=9>