

Recomendación 8/2000  
Guadalajara, Jalisco, 16 de agosto de 2000  
**Asunto: violaciones a los derechos humanos  
de las personas privadas de su libertad que  
viven con VIH/Sida, a la protección a la salud,  
a la igualdad, al trato digno y a la integridad física**  
Queja 2136/98/III y sus acumuladas  
263/98/III, 2716/98/III y 145/99/III

Ingeniero Alberto Cárdenas Jiménez  
Gobernador constitucional del estado de Jalisco

Señor Daniel Guillermo Ituarte Reynaud  
Secretario de Seguridad Pública, Prevención y  
Readaptación Social del estado de Jalisco

Doctor Cristóbal Ruiz Gaytán López  
Secretario de Salud del estado de Jalisco

Presentes

Síntesis: este organismo acumuló varias quejas respecto de la situación en la que se encuentran las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el complejo penitenciario de Puente Grande, así como de los criterios y medidas que se toman para su atención médica, las acciones preventivas, de diagnóstico y de control por dicha infección y por la enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).

Del análisis de la información recabada y de la investigación que realizó personal de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco (CEDHJ), se concluye que en los casos presentados las autoridades de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social de Jalisco, adscrita a la Secretaría de Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social del estado, violan sistemáticamente los derechos humanos de estas personas, principalmente el derecho social a la protección a la salud, el derecho a la igualdad y al trato digno, ya que se evidenció que la atención médica es inoportuna e insuficiente y que se segrega y estigmatiza tanto a las personas que viven con la enfermedad como a las que aún no se les determina con certeza su situación médica, lo que provoca que la sanción penal se traduzca en una pena trascendental que vulnera su integridad física. Asimismo, se comprobó que las acciones y material preventivos, y la capacitación sobre el VIH/sida son insuficientes en los centros de reclusión, situación que conmina a un mayor riesgo de contagio para las personas que ahí trabajan y las que lo habitan.

En consecuencia, la CEDHJ solicita al titular del Poder Ejecutivo del Estado, al Secretario de Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social y al Secretario de Salud que asuman su responsabilidad ante las condiciones en las que se encuentran estas personas, apelando a la conciencia de cada uno de estos actores para realizar acciones eficaces que reivindiquen la dignidad humana.

La Comisión Estatal de Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4° y 10 de la Constitución Política de Jalisco; 1°, 2°, 3°, 4° y 17, fracción III; 35, fracción III; 72, 73 y 75 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, y 89 de su Reglamento Interior, examinó las quejas 2136/98/III, 2263/98/II, 2716/98/III y 145/99/III en contra de diversas autoridades y funcionarios públicos de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social (Digpres), Centro de Readaptación Social (CRS), Reclusorio Preventivo de Guadalajara (RPG), Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud y

Consejo Estatal para la Prevención del Sida en Jalisco (Coesida), acumuladas de acuerdo con los principios de inmediatez y concentración a que se refieren los artículos 48 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y 55 de su Reglamento Interior en razón de que la información recabada evidencia violaciones de los derechos humanos de las personas privadas de su libertad que viven con el VIH o con sida, consistentes en el derecho a la igualdad y al trato digno; a la protección de la salud y a la integridad física.

Por respeto a los agraviados que presumiblemente viven con VIH, este organismo considera necesario utilizar las siglas de sus nombres a fin de respetar su vida privada, ya que esta recomendación tiene como propósito evidenciar las violaciones a sus derechos humanos, sin que esto implique vulnerar su derecho a la confidencialidad.

## I. RESULTANDO

### a. antecedentes y hechos

Caso I. Interno del RPG que se suicidó y mediante una nota póstuma refirió que padecía VIH (queja 2136/98/III y su acumulada 2137/98/III)

1. El 6 de octubre de 1998, la Comisión Estatal de Derechos Humanos registró la queja 2136/98/III, que se inició de oficio con motivo de la nota periodística publicada el 2 de octubre de 1998 en el diario Público, que refiere: "Reo se suicidó agobiado por una afección". Enseguida, en el cuerpo de la nota se explicaba que el interno del Reclusorio Preventivo de Guadalajara (RPG), quien llevó en vida el nombre de FCI, fue encontrado por sus compañeros de celda, colgado de su litera el 1° de octubre de 1998. El mismo día se registró la queja 2137/98, debido a un escrito en fotocopia simple, suscrito por los doctores adscritos al área médica del RPG, María de la Paz Torres Esqueda, Ana Elizabeth Ahedo Alfaro, Omar Saúl Rodríguez Hurtado y Luis L. Pérez Denegri, en el que las dos primeras mencionaron que la licenciada Blanca Cielo Margarita Corona Vizcaíno y el licenciado Jorge de León Jiménez, directora y subdirector del RPG, respectivamente, las acusaron del suicidio del interno FCI, por lo que las amenazaron de perder su cédula profesional. Les solicitaron su renuncia, y al negarse, las destituyeron.

2. El 7 de octubre de 1998 se acordó la acumulación de la queja 2137/98/III a su antecesora, por tratarse de actos y omisiones atribuibles a una misma autoridad y hechos con una íntima relación; se admitió y se requirió a Blanca Cielo Margarita Corona Vizcaíno y a Jorge de León Jiménez un informe respecto de los hechos motivo de la queja.

3. El 23 de octubre de 1998, en referencia a los oficios 2368/98/III y 2369/98/III, ambos funcionarios señalaron que a las 13:50 horas del 1° de octubre, personal de Vigilancia y Custodia encontró a FCI colgado de una escalera, sin saber por qué decidió quitarse la vida. Indicaron que días antes el interno había acudido al área médica para conocer el resultado de la prueba para la detección del VIH. Advirtieron que personal del Hospital Civil de Guadalajara entregó los resultados, que fueron negativos, al área médica el 29 de septiembre de 1998. Rechazaron haber solicitado la renuncia o pronunciado amenazas contra las doctoras María de la Paz Torres Esqueda y Ana Elizabeth Ahedo Alfaro y que únicamente se conminó al personal de las áreas técnicas a tener más cuidado con su trabajo, ya que una de las dos notas póstumas que dejó el interno decía: "A nadie se le culpe de mi muerte, ya que no quiero seguir viviendo con la enfermedad de VIH, en la bolsa de mi pantalón dejo mi última voluntad para mi madre"; por lo que podría desprenderse que a esta persona no se le avisó a tiempo del resultado negativo de la prueba del VIH. Señalaron que las doctoras María de la Paz Torres Esqueda y Ana Elizabeth Ahedo Alfaro declararon en la Subdirección Jurídica del RPG, de lo que se levantó el acta administrativa correspondiente y se remitió a la Digpres para que determine su responsabilidad.

4. El 4 de noviembre de 1998 se informó a los servidores públicos del RPG Blanca Cielo Margarita Corona Vizcaíno, directora; Jorge León Jiménez, subdirector, y a María de la Paz Torres Esqueda y Ana Elizabeth Ahedo Alfaro, doctoras del área médica, de la apertura del periodo probatorio en el trámite de la queja 2136/98/III.

5. El 10 de noviembre de 1998 se recibió el escrito en el que ofrecen pruebas María de la Paz Torres Esqueda y Ana Elizabeth Ahedo Alfaro y solicitan el desahogo de los testimonios de diversos servidores públicos del RPG. Los días 1º, 9 y 14 de diciembre de 1998 comparecieron Ramón Padilla Evangelista, Everardo Vergara Rodríguez, Jesús Coronado Martínez, Rosalío Vázquez Gutiérrez, Rosalina Palafox Corona y Graciela Solís Pedroza, quienes coincidieron en que el 2 de octubre de 1998 tuvieron conocimiento de que a las mencionadas doctoras las habían destituido. Por su parte, las trabajadoras sociales Rosalina Palafox Corona y Graciela Solís Pedroza agregaron que desconocen la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH y que no han recibido la capacitación suficiente al respecto.

El 24 de junio de 1999 se solicitaron a Hugo Ricardo Salazar Silva, subdirector jurídico de la Digpres, copias debidamente certificadas del procedimiento administrativo instaurado en contra de María de la Paz Torres Esqueda y Ana Elizabeth Ahedo Alfaro, en el que se determinó exhortar a la primera para que realice con mayor esmero, cuidado y profesionalismo el trabajo que tiene encomendado, ya que según la resolución, su responsabilidad no fue grave, pero generó indisciplina y desobediencia a las leyes y reglamentos de la institución penitenciaria al comprometer con su imprudencia la seguridad o salud de las personas privadas de su libertad. Se determinó amonestar a la segunda por su impericia en el manejo de la información concerniente a la prueba para la detección del VIH de FCI, al no tomar las medidas necesarias para evitar algún hecho lamentable, una vez que le entregó el resultado de la mencionada prueba.

6. El mismo día, con el oficio SJ/1593/99, Hugo Ricardo Salazar Silva remitió copias debidamente cotejadas del procedimiento administrativo requerido.

Caso II. Respecto de las acciones de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del VIH/sida en los centros de reclusión de Puente Grande, Jalisco (queja 2263/98/III y su acumulada 2573/98/III)

1. El 8 de octubre de 1998, personal de esta Comisión realizó una visita al Centro de Readaptación Social (CRS) para revisar las acciones de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del VIH/sida que ahí se realizan. Del acta circunstanciada que se integró se desprende la entrevista con José de Jesús Lara Lara, coordinador del área médica del CRS, quien señaló que no se tiene el medicamento antirretroviral suficiente para atender a las personas presas que viven con el VIH/sida y que existe una deficiencia en el suministro de cerca de ochenta por ciento, aun con la participación del Coesida en su dotación. Advirtió que un interno se encuentra en etapa terminal, y que es atendido en el RPG, debido a que por el momento se carece de un área para hospitalizarlo. Indicó que personal de Trabajo Social y Psicología participa en el manejo de la información sobre esta enfermedad; que se respeta la confidencialidad de los resultados; que el personal recibe una capacitación al año para llevar a cabo los programas respectivos y que incluso el área médica tiene facultades para impartirlas. Mencionó que el proceso para su atención médica consiste sobre todo en detectar en el área de ingreso o consulta a las personas con una sintomatología probable de VIH. Se aplican exámenes para descartar patologías; se aprecian signos y síntomas que indiquen que una persona es seropositiva, y en caso de un resultado afirmativo, se le practican otros dos exámenes confirmatorios. Posteriormente hablan con el paciente con apoyo del área de Psicología y Trabajo Social mediante pláticas en las que se le insiste en que "puede desarrollar una vida normal" y se le indican medidas profilácticas para disminuir el riesgo de la enfermedad. Preciso que los exámenes no son obligatorios y que, previo consentimiento del paciente, se solicita la colaboración de sus familiares para contar con apoyo social y afectivo.

Respecto de la información confidencial, mencionó que el médico asignado se encarga de llevar el control de los nombres y resultados de los exámenes, los cuales no se encuentran en su expediente clínico, sino en un archivo por separado al que sólo tiene acceso el coordinador médico. Sin embargo, señaló que éste no se encuentra bajo llave, ya que los demás médicos pueden requerir alguna información. Expresó que debido a la falta de medicamento se pide que sea adquirido por los familiares del paciente, pero reconoció que la atención médica de estas personas, es responsabilidad de los gobiernos estatal y federal, como el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida), Coesida y la propia institución penitenciaria.

El mismo día, personal médico de este organismo asentó que en el almacén de medicamentos sólo se encontró, para la atención de las personas que viven con VIH/sida, un frasco de Isadol de los laboratorios Pisa. Asimismo, que en el área de gobierno está el archivero en el que se guardan sus expedientes, carente de candado y con los cajones muy averiados, lo que permite el libre acceso a cualquiera. Se corroboró incluso que las secretarías administrativas pueden extraerlos con facilidad. Asimismo, se advirtió que los expedientes carecían de una adecuada organización, ya que no tenían notas de evolución y faltan los exámenes de laboratorio básicos y específicos para el control de los pacientes, además de la descripción del manejo médico para cada caso.

2. El 21 de octubre de 1998, personal del área médica de esta Comisión emitió un informe, en el que consideró que las hojas de los resultados de pruebas de VIH que emite la Secretaría de Salud contienen el nombre completo del paciente, lo que viola su confidencialidad.

3. El 22 de octubre de 1998, el Director de Quejas y Orientación de la Comisión Estatal de Derechos Humanos turnó la queja 2263/98/III, que se inició de oficio con motivo del acta mencionada, a la Tercera Visitaduría para su investigación.

4. El 26 de noviembre de 1998 se levantó el acta circunstanciada con motivo de la entrevista que personal de este organismo sostuvo con Ramón Rocha Valle, coordinador de Salud Penitenciaria de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social (Digpres), con relación a los programas y acciones referentes al VIH/sida. Refirió que se tiene un programa general que comprende aspectos de prevención, diagnóstico y tratamiento, con el fin de unificar los criterios que se aplican en los centros de reclusión de Puente Grande, Jalisco; que su empleo es acorde con la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH y la "cartilla de los derechos humanos de los pacientes". Mencionó que en cada centro existe un grupo interdisciplinario integrado por un médico, un trabajador social y un psicólogo que determinan la consejería para cada caso y se encargan de que los internos se practiquen las pruebas correspondientes para la detección del VIH. Afirman que tienen la suficiente capacitación, ya que han recibido tres cursos, impartidos en los años 1993, 1995 y 1997. Advirtió que por lo general no se llevan a cabo exámenes confirmatorios para la detección del VIH, ya que alrededor de 75 por ciento de los internos cuyo resultado es positivo obtienen su libertad, por lo que a éstos les corresponde acudir a los centros de salud a practicarse las pruebas que les hagan falta. Sin embargo, reconoció la falta de seguimiento de estos casos, y señaló que al egresar éstos los llevan a un organismo civil denominado Proyecto de Apoyo Integral a Personas Inmunodeprimidas (PAIPID, AC). Señaló que hace visitas esporádicas a las áreas médicas de los centros de reclusión y que la Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud recibe las pruebas y encuestas centinelas que se practican en cada centro. Los resultados tardan entre 22 días y un mes y a las personas se les proporciona atención psicológica antes y después de los respectivos exámenes. Aceptó que el medicamento es insuficiente para la atención del VIH, y esta carencia se atribuye, según el coordinador general médico, al bajo presupuesto de la institución, por lo que señaló que se han tenido pláticas con el Secretario de Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social para que se otorgue una partida especial.

Asimismo, se entrevistó al coordinador médico del Reclusorio Preventivo de Guadalajara, Omar Saúl Rodríguez Hurtado, quien señaló que la doctora Ana Elizabeth Ahedo Alfaro es la encargada de tratar a las personas que viven con VIH/sida. Indicó que se realizaba en el área de ingreso un

programa de información respecto del VIH y enfermedades de transmisión sexual en grupos que por lo general son de alto riesgo. Sin embargo, fue suspendido, ya que esta área se habilitó para dormitorios de protección. En cuanto al equipo interdisciplinario, integrado por un médico, un trabajador social y un psicólogo, advirtió que su trabajo fue interrumpido por los cambios de directores en el reclusorio. Aceptó que carecen del medicamento específico para la atención de personas que viven con VIH/sida y que desde hace dos y medio años el personal del RPG, excepto el médico encargado, no ha recibido capacitación.

En el mismo acto se asentó por personal de este organismo que en el área de farmacia del RPG no hay medicinas para la atención del VIH.

5. El 8 de diciembre de 1998, se asignó el número de queja 2573/98/III, como motivo del acta circunstanciada del 26 de noviembre de 1998 y se turnó a la Tercera Visitaduría para su investigación. Esta queja se acumuló a la 2263/98/III por tratarse de hechos íntimamente relacionados.

6. El 1° de febrero de 1999 se admitió la queja 2263/98/III por actos de presunta violación a los derechos de los seropositivos o enfermos de sida y a la protección a la salud. Asimismo, se requirió a Javier Ignacio Salazar Mariscal, director general de Prevención y Readaptación Social del Estado de Jalisco; a la doctora Patricia Isabel Campos, secretaria técnica del Coesida, y al doctor Rubén Hidalgo Reyes, director de la Región Sanitaria XI, Libertad-Tonalá, de la Secretaría de Salud, para que rindieran un informe con respecto a los hechos motivo de la queja. El 8 de febrero de 1999, la queja 2573/98/III se acumuló a la 2263/98/III, por tratarse de hechos íntimamente relacionados.

1. El 4 de marzo de 1999, mediante oficio DG/1448/99, Javier Ignacio Salazar Mariscal, director general de Prevención y Readaptación Social, informó sobre la existencia del Programa de Detección, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de VIH/sida, en el complejo penitenciario de Puente Grande, Jalisco y de la Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/sida en Consulta Externa y Hospitales, que se aplica en forma general a los internos de ese núcleo penitenciario, mediante el auxilio de las áreas de Psicología, Trabajo Social y Medicina. Refirió que el programa permite una adecuada capacitación del personal técnico. Advirtió que existen 18 internos a los que se les detectó el VIH mediante los exámenes presuntivos, pero que a ninguno de ellos se le han practicado los exámenes confirmatorios, debido a que por su elevado costo, "institucionalmente" no hay presupuesto necesario para practicarlos. Precisó que sólo hay cinco personas para atender dicha problemática en cada centro de reclusión.

Respecto de la capacitación, consideró que el personal técnico tiene las aptitudes y actitudes para brindar un tratamiento adecuado, ya que han recibido cuatro cursos referentes al VIH/sida, impartidos en noviembre de 1998, mayo de 1996, y mayo y junio de 1995.

En cuanto a los medicamentos para la atención de las personas que viven con VIH, indicó que la mayoría los donan el Coesida, el Fonsida, la Jurisdicción Sanitaria XI y particulares, y que otros, cuando hay presupuesto suficiente, los compra la administración de la Digpres, ya que su costo es elevado, por lo que se distribuye "en forma rápida y equitativa" a los internos portadores del VIH.

Precisó que el Coesida apoya a la Digpres mediante cursos de capacitación, exámenes de laboratorio, donaciones de medicamento y actividades de difusión a través de trípticos, rotafolios y videos. La Región Sanitaria XI, por su parte, otorga muestras de medicamentos, condones y es intermediaria entre la Digpres y el Coesida.

Afirmó que en todo momento se respeta la confidencialidad de los pacientes, ya que no se revela su identidad y los resultados de las pruebas se envían en sobre cerrado. Explica que el doctor Ramón Valle Rocha guarda las encuestas centinelas que se practican a los internos y envía las muestras de sangre para la detección del VIH a la Región Sanitaria XI, que a su vez los remite al

Coesida para su análisis, por lo que el resultado de la prueba tarda de 20 a 30 días. Advirtió que durante la remisión de los resultados y después de entregarlos, los internos reciben atención psicológica y que el equipo técnico actúa con cautela para informar a los pacientes cuando el resultado de los exámenes es positivo. Argumentó que generalmente a las personas que viven con VIH se les concede el beneficio de prelibertad, mediante el decreto 11192, con base en la etapa en la que se encuentra la enfermedad y el tiempo de reclusión de dichas personas.

2. El 5 de marzo de 1999, por medio del oficio 052/99, Patricia Isabel Campos López, secretaria técnica del Coesida, informó que dicho organismo no realiza actividades directas de prevención y control del VIH/Sida/ETS dentro del núcleo penitenciario, pues esta labor deben realizarla las autoridades de dicho lugar y a esta entidad sólo le corresponde la actualización, capacitación y asesoría del personal médico que ahí labora. Preciso que en coordinación con la Digpres se han impartido dos cursos: uno del 6 al 15 de marzo de 1996 y otro los días 3 y 4 de diciembre de 1998. Advirtió que lo limitado de sus recursos humanos y económicos hace imposible preparar a todos los empleados. Respecto de los medicamentos antirretrovirales, advirtió que además de las personas privadas de su libertad, también carecen de éstos las personas no inscritas en el Instituto Mexicano del Seguro Social y las que no tienen los recursos económicos para adquirirlos. Manifiesta que incluso estos medicamentos no figuran en el cuadro básico de insumos del sector salud, por lo que la Secretaría de Salud no garantiza su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera.

3. El 8 de marzo de 1999, con el oficio DAJ-318/99, el doctor Rubén Hidalgo Reyes, director de la Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud, informó que en los centros penitenciarios ésta coordina y apoya los programas preventivos y ejerce labores de regulación sanitaria y vigilancia epidemiológica de las enfermedades. Dijo también que en 1998 se analizaron 65 muestras para la detección del VIH, de las que siete resultaron positivas. Advirtió que es responsabilidad de la Secretaría de Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social proporcionar los medicamentos antivirales que requieren las personas privadas de su libertad que viven con VIH/sida. Manifestó que únicamente la Secretaría de Salud, a través de la Región Sanitaria XI, proporciona, cuando los hay, los medicamentos previstos en el cuadro básico. Preciso que el periodo para entregar los resultados de las pruebas para la detección del VIH es de 22 días.

4. El 9 de junio de 1999, a Patricia Isabel Campos López, secretaria técnica del Coesida, Jalisco; a Rubén Hidalgo Reyes, director de la Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud y a Javier Ignacio Salazar Mariscal, director general de la Digpres, se les informó de la apertura del periodo probatorio para que ofrecieran las pruebas que consideraran pertinentes.

5. El 24 de junio de 1999, mediante el oficio 208/99; el 25 de junio, con el oficio DAJ-841/99 y el 29 del mismo mes con el oficio DG/3398/99, los servidores públicos Patricia Campos López, Rubén Hidalgo Reyes y Javier Ignacio Salazar Mariscal ofrecieron, respectivamente, los medios de convicción que consideraron convenientes.

6. El 30 de marzo de 2000 se acumuló la queja 2263/98/III a la 2136/98/III por considerar que los hechos estaban relacionados.

7. El mismo día se solicitó a Javier Ignacio Salazar Mariscal, a Rubén Hidalgo Reyes y a Patricia Isabel Campos López un informe acerca de las actividades preventivas y de control que se han desarrollado en el complejo penitenciario de Puente Grande desde enero de 1999. Asimismo, se les informó que la queja 2263/98/III se había acumulado a la 2136/98/III.

8. El 5 de abril de 2000, mediante oficio DG/1605/00, Javier Ignacio Salazar Mariscal, director general de Prevención y Readaptación Social, expresó que para proporcionar la información requerida solicitó al Director Técnico, al Coordinador de Salud Penitenciaria y a los subdirectores jurídicos de cada centro, que detallaran lo relativo a las acciones de prevención y control del VIH que se han realizado en sus áreas respectivas.

9. El 6 de abril de 2000, por oficio RS XI DH 01/2000, Rubén Hidalgo Reyes, director de la Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud, informó que de septiembre de 1999 a la fecha se recabaron 39 muestras para la detección de VIH/sida en el complejo penitenciario, de las que resultaron diez casos positivos de VIH y cinco de VIH+T.B. (tuberculosis). Indicó que la Digpres entrega las muestras para la detección del VIH en forma directa al Centro Estatal de Laboratorios de la Secretaría de Salud con el fin de agilizar la obtención de los resultados. Mencionó que en 1999 hubo varias reuniones de coordinación con las autoridades penitenciarias. Hubo seis cursos de capacitación con los coordinadores médicos de los diferentes centros en los que se trataron temas como el de las enfermedades de transmisión sexual (VIH/sida). Indicó que al personal del núcleo penitenciario se le proporcionó material de promoción y educación para la salud, consistente en 500 trípticos, 50 carteles y 1 000 folletos.

A su escrito adjuntó diversos documentos. Sobresalen el acta de verificación sanitaria 2502, integrada en el CRS, el 10 de marzo de 1999 por el licenciado Pablo Laguna Reynoso, quien labora para la Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud. Consta que en el área de laboratorio se encuentra un refrigerador sin termómetro con reactivos caducos. Afirma también que los desechos de los materiales infecto-contagiosos se depositan en bolsas rojas y que el personal que ahí labora desconoce su destino final. El área médica se encuentra sucia y el material infecto-contagioso (agujas y jeringas) se deposita en recipientes comunes, como botes al ras y sin tapadera (sic) y que también existen medicamentos caducos. Asimismo, que en el dormitorio 2A existen aguas negras acumuladas, ante lo cual se conminó a mejorar sus condiciones sanitarias. El dormitorio 2B se encuentra insalubre, principalmente celdas y baños y el tamaño del mismo provoca hacinamiento y promiscuidad.

Asimismo, destacan las tres actas de verificación sanitaria levantadas al CRS por el doctor Alejandro Cuauhtémoc Carlos Nava, de la Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud. En el acta 529, del 10 de marzo de 1999 se advierte la falta de un organigrama y manuales para el manejo de residuos biológico-infecciosos, lavandería, esterilización, limpieza y desinfección de áreas de trabajo, control ambiental de quirófano y mantenimiento de equipo. Se hace notar que los formatos del expediente clínico de cada paciente carecen del espacio necesario para indicar la evolución y aplicación de órdenes médicas, de medicamentos y de enfermería. También, que no existe un área de depósito temporal de residuos biológico-infecciosos. En el acta 172, del 30 de junio de 1999, fueron verificados los puntos señalados en el acta 2502. Se asentó que el área de laboratorio se encuentra ahora en el edificio del Hospital Penitenciario, cuyo personal desconoce el destino de los residuos infecto-contagiosos. En el área médica aún se encuentran fármacos caducos, de los que también se ignora en qué lugar son desechados. En el dormitorio 2 A todavía se observan aguas negras acumuladas, y en el dormitorio 2 B persisten condiciones sanitarias insalubres, hacinamiento y promiscuidad. En el acta 406, del 14 de septiembre de 1999, se verificaron los puntos mencionados en el acta 529. Se observó que no hay todavía un organigrama ni manuales para el manejo de residuos, de lavandería, esterilización, limpieza y desinfección de áreas de trabajo, control ambiental de quirófano y mantenimiento de equipo, y que aún no existe un área de depósito temporal de residuos biológico-infecciosos.

10. El 6 de abril de 2000, con oficio 163/2000, Patricia Isabel Campos López, secretaria técnica del Coesida, informó que en 1999 se realizaron dos cursos de capacitación, el 2 y el 3 de diciembre de 1999, para el personal operativo de los centros penitenciarios. Asimismo, precisó que se entregaron 2 500 folletos, 250 carteles, videos educativos (seis paquetes con tres películas cada uno), 500 condones y dos diaporamas con 57 diapositivas. Indicó que el 3 de noviembre de 1999 se inició de nuevo el trabajo del Comité de Evaluación y Seguimiento de los Trabajos de Prevención y Control del Sida en los Centros Penitenciarios del Estado de Jalisco que se originó con la firma del Convenio de Colaboración Interinstitucional que celebraron la Secretaría General de Gobierno y la Secretaría de Salud en 1994. Advirtió que se pretende firmar un nuevo convenio entre la Secretaría de Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social y la Secretaría de Salud. Por último, mencionó que el secretario de Salud, Cristóbal Ruiz Gaytán López solicitó al Fondo Nacional para las Personas con Sida, la inclusión de 25 personas privadas de su libertad

que viven con VIH a dicho fondo, para que se les proporcione de manera permanente los medicamentos antirretrovirales que necesitan, pero que aún no se recibe respuesta.

11. El 12 de abril de 2000, personal de este organismo levantó constancia de una llamada telefónica sostenida con el biólogo Francisco Orozco Velasco, jefe del Departamento de Control de Microbiología del Centro Estatal de Laboratorio de la Secretaría de Salud, quien señaló que los exámenes para la detección del VIH, tanto los presuntivos como los confirmatorios (ELISA y western blot) que se realizan en dicho centro tienen un costo de 30 pesos para los particulares, pero son gratuitos para las instituciones del Sector Salud, en las que se incluye la Región Sanitaria XI, que por su ubicación apoya en aspectos preventivos y de salud a la Digpres. Indicó que en el caso de los exámenes presuntivos (ELISA) dicho laboratorio tarda cerca de semana y media en entregar los resultados a partir de que recibe las muestras de sangre, debido a la gran cantidad de exámenes solicitados. Sin embargo, advirtió, obtener el resultado de la prueba tarda tres días. En cuanto a la prueba confirmatoria (western blot), señaló que no se realiza en el laboratorio estatal, sino en el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, en la ciudad de México, y que tarda alrededor de tres semanas en entregarse al mencionado laboratorio.

12. El 19 de abril de 2000, mediante el oficio 106743/201M, el doctor Juan Alfredo Riebeling Guerrero, director general de Regulación Sanitaria, de la Secretaría de Salud, confirmó el costo del examen presuntivo para la detección del VIH y señaló que la prueba confirmatoria de western blot es gratuita. Preciso que el Centro Estatal de Laboratorios tarda en promedio diez días hábiles en entregar el resultado del examen presuntivo a partir de que recibe la muestra de sangre, mientras que para la prueba confirmatoria por western blot tarda de 15 a 20 días hábiles, debido a que ésta se realiza en el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, en la ciudad de México. Señaló que el proceso para obtener el resultado de la prueba de tamizaje (ELISA) dura tres horas, mientras que el tiempo que transcurre entre la recepción, registro, separación de los sueros, la verificación y el reporte del laboratorio es de dos a cinco días.

13. El 25 de abril de 2000, con el oficio DG/2152/00, Javier Ignacio Salazar Mariscal, director general de Prevención y Readaptación Social, informó que en 1999 se les brindó capacitación a 37 servidores públicos de los distintos centros carcelarios mediante un curso de 25 horas de duración. Para ello se ha suministrado material preventivo consistente en 50 pósters, 500 trípticos y 4 000 folletos, además de 200 condones, películas ilustrativas y cuatro recopiladores con diapositivas. Agregó que existe la posibilidad de obtener dos máquinas expendedoras de condones para instalarlas dentro de los centros de reclusión. Advirtió que hay actualmente 19 personas privadas de su libertad que viven con VIH: una en el Centro de Readaptación Femenil, cinco en el RPG y trece en el CRS. Señaló que el año pasado se dieron pláticas informativas respecto del VIH/sida únicamente a 170 internos.

Caso III. Un interno del CRS se suicidó, pues estaba convencido de que vivía con VIH, ya que en 1996 se le informó un resultado positivo. Se encontraba en el dormitorio 2, que se utiliza para personas con "enfermedades especiales", diabéticas y las que viven con VIH (queja 2716/98/III)

1. El 22 de octubre de 1998, personal de este organismo se trasladó a las instalaciones del CRS, para investigar lo relativo a la nota aparecida el mismo día en el diario Público que refería que VJNR "tenía sida" y que se privó de la vida el 21 de noviembre de 1998. Se entrevistó al doctor José de Jesús Lara Lara, coordinador del área médica de dicho centro, quien señaló que VJNR vivía con el VIH, pero consideró que esta enfermedad no fue la causa determinante para privarse de la vida, ya que los resultados de las pruebas en las que la detectaron son de diciembre de 1996, por lo que en su momento debió informarse a la persona sobre dicha enfermedad. Sin embargo, no puede asegurarlo, debido a que él tenía un año y dos meses laborando en ese centro, por lo que no le correspondió supervisar la entrega del resultado. Negó que se le haya informado recientemente de su enfermedad ya que en su expediente clínico se encuentra desde 1996 el resultado positivo de la prueba de tamizaje que se le practicó.



Señaló que a VJNR se le daba tratamiento médico, principalmente sobre una micosis plantar y que la última consulta a la que asistió fue en la primera semana de diciembre. Advirtió que entonces aún no existían manifestaciones clínicas de su enfermedad; era una persona depresiva y desde hacía algún tiempo se le proporcionaba atención psicológica. Precisó que VJNR se encontraba en el dormitorio 2, para "conductas especiales", que se utiliza para las personas con enfermedades especiales (sic), diabéticos y las que viven con VIH, a fin de que no sean sujetos de hostigamiento.

Asimismo, personal de la Comisión constató que en el expediente clínico de VJNR se encontraba el resultado de la prueba presuntiva para la detección del VIH con el nombre completo del hoy fallecido, de lo cual se solicitaron copias certificadas a la licenciada Laura Rioverde Funez, subdirectora jurídica del CRS, quien las envió el 28 de diciembre de 1998, con el oficio J/3571/98.

2. El 29 de diciembre de 1998, la Comisión Estatal de Derechos Humanos registró la queja 2716/98/III, que se inició de oficio con motivo del acta circunstanciada que levantó personal de este organismo el 22 de octubre de 1998 y de la nota periodística del diario Público de la misma fecha.

3. El 11 de febrero de 1999 se requirió a Guillermo Montoya Salazar, director interino del CRS, y al comandante Joel Becerra Landa, subdirector de Vigilancia y Custodia del mismo centro, un informe respecto de los hechos motivo de la queja. Se les preguntó cuál es el criterio empleado para ubicar a los internos en los dormitorios y qué cursos de capacitación se han impartido. Se solicitaron a Víctor Maciel Ramírez, director general de Averiguaciones Previas, de la Procuraduría General de Justicia del Estado, copias certificadas de la indagatoria originada por la muerte de VJNR.

4. El 2 de marzo de 1999, el entonces subdirector de Averiguaciones Previas, Homobono Joaquín Torres Gómez, con el oficio 73/99, remitió copias certificadas de la indagatoria 29299/98, que se instaura en la Agencia Especial para Homicidios Intencionales, concerniente al deceso de VJNR.

5. El 4 de marzo de 1999, mediante oficio J/0534/99, Guillermo Montoya Salazar, director interino del CRS, informó que el criterio para ubicar a los internos en los dormitorios son su edad, nivel cultural, origen, tipo de delito y su reincidencia y que el dormitorio 2 es de conductas especiales, lo cual no implica una estigmatización. Indicó que se reciben dos cursos al año, cada seis meses, impartidos por el Coesida y que el último que se recibió fue en diciembre de 1998. Asimismo, adjuntó copias del Programa de Detección, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de VIH/sida que se utiliza en los centros penitenciarios de Puente Grande, y del expediente de VJNR.

6. El mismo día, por oficio J/0530/99, el comandante Joel Becerra Landa, subdirector de Vigilancia y Custodia del CRS, informó que antes del deceso de VJNR, el personal de vigilancia y custodia no percibió que se encontrara deprimido, y confirmó que el dormitorio 2 se utiliza para que los internos con conductas especiales "no sean objeto de burlas o abusos de la demás población".

7. El 9 de junio de 1999 esta Comisión informó a Natasha Bidault Mniszek, directora del CRS, y Joel Becerra Landa, subdirector de Vigilancia y Custodia del mismo centro, de la apertura del periodo probatorio, y se requirió al doctor José de Jesús Lara Lara, coordinador médico del mismo centro, un informe sobre los hechos que originaron la queja.

8. El mismo día se solicitó a Macedonio S. Tamez Guajardo, director general del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses (IJCF), un informe acerca de los motivos por los que se determinó dispensar la autopsia al cadáver de VJNR, ya que de las copias de la averiguación previa 2716/98 se advierte que el doctor David Eduardo Quiñones Soto, médico forense del IJCF, declaró en la respectiva acta ministerial que Elías González Jáuregui, subdirector del Servicio Médico Forense, solicitó a Félix Javier Ledesma Martínez Negrete, procurador general de Justicia del Estado, la dispensa de la autopsia. José de Jesús Lara Lara, coordinador médico del CRS, le informó que VJNR padecía VIH. También este organismo le pidió precisar qué normativa determina

los casos de alto riesgo para impedir la realización de la autopsia y si el personal del instituto que preside ha recibido capacitación sobre las prácticas universales de seguridad al respecto.

9. El 24 de junio de 1999, mediante oficio 176/99/DG, Macedonio Tamez Guajardo manifestó su extrañeza por el informe que se le requirió ya que su trabajo en el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses no tenía relación con los hechos motivo de la queja. Objetó que es de dominio público que el VIH es altamente contagioso; que es obvia la causa de la muerte de una persona infectada por este virus (sic) y que por lo tanto se justifica la negativa para evitar una innecesaria exposición a contagio del personal que ahí labora.

10. El 5 de julio de 1999, Natasha Bidault Mniszek, directora del CRS y Joel Becerra Landa, subdirector de Vigilancia y Custodia de dicho centro, mediante los oficios J/1532/99 y J/1553/99, señalaron que no tenían pruebas que ofrecer. Asimismo, mediante el oficio J/1533/99 José de Jesús Lara Lara, coordinador médico del CRS, contestó en el informe solicitado que la atención médica que recibía VJNR era la adecuada.

11. El 14 de julio de 1999 se le informó a José de Jesús Lara Lara, coordinador médico del CRS, del término para ofrecer los medios de convicción que considerara necesarios; sin embargo, en oficio J/1835/99 del 28 de julio de 1999 se negó a hacerlo.

12. El 29 de septiembre de 1999 se acumuló esta queja a la 2263/98/III, sobre la base del principio de concentración y por existir similitud en las presuntas violaciones a los derechos humanos.

Caso IV. Interno del CRS que vive con VIH y no se le proporcionaba el medicamento necesario (queja 145/99/III)

1. El 21 de enero de 1999 se recibió en esta institución la llamada telefónica de una persona de la cual se reserva su nombre, de conformidad con el artículo 49 de la ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos. Refirió que presentaba queja en contra de la Directora y personal médico del CRS, a favor de Francisco García Briseño y MES, quienes se encuentran internados en dicho centro. Señaló que ambos están enfermos, uno de tuberculosis y otro vive con VIH; sin embargo, no les dan los medicamentos que requieren, por lo que considera que se violan sus derechos humanos referentes a la protección de la salud.

2. El 22 de enero de 1999, este organismo registró la queja 145/99/III, que se abrió con motivo de la llamada telefónica, y turnó el caso a la Tercera Visitaduría General para su integración.

3. El 25 de enero de 1999, se solicitó a Natasha Bidault Mniszek, directora del CRS, un informe respecto de la enfermedad que padecen los internos mencionados, el tratamiento y medicamento que reciben.

4. El 9 de febrero de 1999, mediante oficio J/0212/99, Natasha Bidault Mniszek informó que Francisco García Briseño padece de "DX. PB. de TB. Pulmonar, PB. Tumoración pulmonar, a esa fecha internado en el Hospital Civil, con tratamiento de antifímicos inicial, ciproflo, melox, cimetidina"; en tanto que MES se encuentra enfermo de "DX. Micosis plantar y que se realizó encuesta centinela en el Reclusorio Preventivo de Guadalajara, CRS y Hospital Civil. Su tratamiento consiste en Ketoconazol crema y tabletas, videx, azt, ciprofloxeino, tmt/smx". Señaló que no existen constancias de que se les proporcione el medicamento, y remitió copias simples de diversos documentos clínicos de los expedientes de ambos internos, en los que se advierte que se encuentran en el dormitorio 1.

5. El 1° de julio de 1999, personal de este organismo entrevistó al interno Manuel Estrella, quien manifestó que no tenía tratamiento, y sólo cuando se sentía mal le proporcionaban medicamentos. Francisco García dijo que en una ocasión personal de vigilancia y custodia le tiró la medicina que

tenía para el suministro de quince días. Los agraviados coincidieron en que los médicos los visitan cada quince días y no les proporcionan la medicina indicada.

6. Esta Comisión, mediante oficio 2019/99 del 5 de julio de 1999, solicitó a la Directora del CRS adoptar medidas precautorias para que a Francisco García Briseño le proporcionaran su medicina y que se le brindara a MES la atención y los medicamentos necesarios, conforme a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH.

7. El 15 de julio de 1999, en oficio 1642/99, la Directora del CRS informó de nuevo que a los agraviados se les proporciona toda la atención y medicinas de acuerdo con sus padecimientos.

8. El 16 de julio de 1999, en oficio 2170/99, esta Comisión informó de los hechos a Javier Ignacio Salazar Mariscal, y con base en el artículo 64, fracción I, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco se le solicitó que amonestara a la Directora del CRS por la omisión en la que incurrió al no informar a este organismo la aceptación o rechazo de las medidas precautorias solicitadas en beneficio de los agraviados.

9. El 20 de julio de 1999, en oficio DG/3720/99, Javier Ignacio Salazar Mariscal informó que se aceptaban en su totalidad las medidas precautorias solicitadas por esta institución; sin embargo, con respecto a la amonestación que se pidió para la Directora del CRS, en el oficio DG/3769/99 del 23 del mismo mes y año, se negó a aceptar dicha petición, ya que la referida Directora sí había acatado tales medidas.

10. El 23 de julio de 1999, por oficio DG/3769/99, Salazar Mariscal amplió su informe y manifestó que a MES se le proporciona en el CRS atención y medicamento constante de acuerdo con su padecimiento y se le traslada al Hospital Civil de Guadalajara, cuando es necesario. Indicó que se instruyó a Natasha Bidault Mniszek para que en caso de que no cuente con los medicamentos éstos sean solicitados en las instituciones que pueden proporcionarlos.

11. El 30 de marzo de 2000 se acumuló la queja a la 2136/98/III por tratarse de hechos referentes a las mismas violaciones de los derechos humanos.

#### b) Evidencias

Caso I. Interno del RPG que se suicidó y dejó una nota póstuma que refería padecer VIH (queja 2136/98/III y su acumulada 2137/98/III)

Documentales consistentes en:

1. Copia simple del escrito sin número del 2 de octubre de 1998, que suscriben los médicos del RPG María de la Paz Torres Esqueda, Ana Elizabeth Ahedo Alfaro, Omar Saúl Rodríguez Hurtado y Luis Pérez Denegri, dirigido al titular de la Digpres Javier Ignacio Salazar Mariscal, en el que señalan que Ana Elizabeth Ahedo Alfaro le entregó el resultado de la prueba para la detección del VIH a FCI, pero que la actitud de él siempre fue molesta e incrédula. Reconocieron que el interno había tratado de suicidarse el 17 de septiembre de 1998, por lo que se le había derivado al área de psicología.

2. Dos oficios sin número que suscriben la directora del RPG, Blanca Cielo Margarita Corona Vizcaíno, el subdirector del mismo centro, Jorge Lorenzo León Jiménez, del 23 de octubre de 1998, dirigidos a este organismo, en los que informan que el 29 de septiembre de 1998 personal del área médica recibió del Hospital Civil de Guadalajara los resultados de la prueba para la detección del VIH y que al momento de encontrar el cadáver de FCI había dos notas póstumas. Agregaron que se citó a María de la Paz Torres Esqueda y Ana Elizabeth Torres Alfaro para levantar el acta administrativa en la Subdirección Jurídica del RPG y remitirla a la Digpres.

3. Copia simple del escrito sin número del 20 de octubre de 1998 que suscribe Omar Saúl Rodríguez Hurtado, coordinador médico del RPG, dirigido a Blanca Cielo Margarita Corona Vizcaíno, en el que señala que el 17 de septiembre de 1998 FCI fue llevado al área médica por presentar heridas en los antebrazos, ya que intentó suicidarse. Asimismo, indica que fue atendido por las áreas de psicología y psiquiatría mediante antidepresivos.

4. Copia simple del parte médico de lesiones del 17 de septiembre de 1998, suscrito por Luis L. Pérez Denegri, médico del RPG, en el que se describe que FCI presentó heridas al parecer producidas por agente cortante, localizadas en ambos pliegues de los antebrazos, que ponían en peligro la vida y tardaban más de quince días en sanar.

5. Copia simple del escrito sin número, del 1° de octubre de 1998, que suscribe la psicóloga del RPG Ana Rosa Salcedo Morales, dirigido a Blanca Cielo Margarita Corona Vizcaíno, en el que señala que el 22 de septiembre de 1998 entrevistó a FCI, quien manifestó angustia y depresión, ya que suponía padecer VIH. La psicóloga advirtió que el ahora occiso tenía ideas obsesivas sobre su contagio y su muerte, que le provocaron un estado psicossomático.

6. Copias del procedimiento administrativo de responsabilidad 3028/98, instaurado en contra de las doctoras Ana Elizabeth Ahedo Alfaro y María de la Paz Torres Esqueda, servidoras públicas adscritas al RPG, de las que se desprende:

i) Acta administrativa 3028/98, del 1° de octubre de 1998, que suscribe Víctor Arturo López González, subdirector jurídico del RPG, en la que se determinó realizar las investigaciones y diligencias necesarias, pues se considera que la actuación de ambas constituye un incumplimiento a las obligaciones que señala la Ley para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios.

ii) Acta del 1° de octubre, suscrita por Víctor Arturo López González, subdirector jurídico del RPG, referente a la comparecencia de Ana Elizabeth Ahedo Alfaro, en la que señaló que a las 9:15 horas del 30 de septiembre de 1998, la doctora María de la Paz Torres Esqueda le entregó el resultado de la prueba que se le practicó a FCI, pero ella no se lo hizo saber a éste sino hasta las 12:55 horas, es decir, cinco minutos antes de su hora de salida. Precisó que arreglaba sus cosas cuando le comentó a FCI que el resultado había sido negativo, por lo que no debía preocuparse y que si estaba inconforme con él en cinco meses se le podía practicar otra prueba. Asimismo, advirtió que el interno se había retirado "molesto e intranquilo", pues insistía en que padecía VIH.

iii) Acta del 1° de octubre, suscrita por Víctor Arturo López González, subdirector jurídico del RPG, de la que se desprende la comparecencia de María de la Paz Torres Esqueda. Manifestó que Carmen Luna González, trabajadora social del RPG, le entregó el 29 de septiembre de 1998 el resultado de la prueba para la detección del VIH de FCI y que tenía conocimiento de que éste era negativo, ya que pudo leerlo, pues no lo resguardaba ningún sobre.

iv) Acta del 1° de octubre, suscrita por Víctor Arturo López González, subdirector jurídico del RPG, con motivo de la comparecencia de la trabajadora social del RPG Carmen Luna González, quien señaló que a las 13:30 horas del 28 de septiembre de 1998 recibió del personal del laboratorio del antiguo Hospital Civil de Guadalajara el resultado de la referida prueba y que se lo entregó a la doctora María de la Paz Torres Esqueda a las 13:30 horas del siguiente día. Agregó que ella también tenía conocimiento del resultado de los análisis relativos a FCI.

v) Acta del 5 de octubre de 1998, suscrita por Salvador Ruiz Ayala, director general jurídico de la Secretaría de Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social (SSPPRS) en la que acordó instaurar el procedimiento administrativo en contra de las doctoras Ana Elizabeth Ahedo Alfaro y María de la Paz Torres Esqueda.

vi) Acta del 15 de octubre de 1998, suscrita por Salvador Ruiz Ayala, por la comparecencia de la doctora del RPG María de la Paz Torres Esqueda, en la que corroboró lo declarado ante el subdirector jurídico del RPG.

vii) Acta del 15 de octubre de 1998, suscrita por el licenciado Salvador Ruiz Ayala, por la comparecencia de la doctora del RPG Ana Elizabeth Ahedo Alfaro, en la que corroboró lo declarado ante el subdirector jurídico del RPG y agregó que el 24 de septiembre de 1998 le tomó la muestra de sangre a FCI para enviarla al laboratorio del Hospital Civil de Guadalajara. Indicó que tras informarle al hoy fallecido del resultado del análisis, tomó sus pertenencias y salió de las instalaciones del RPG, por ser su hora de salida. Asimismo, se advierte el testimonio del médico psiquiatra del RPG Jaime Quezada Cardiel, en el que señala que a FCI lo había valorado con anterioridad y que le diagnosticó un "estado depresivo muy importante que ponía en riesgo la integridad física y emocional del interno, lo anterior, en virtud de que se sentía enfermo de sida" Ignoraba, según dijo, que ya se le habían practicado los estudios para la detección del VIH, por lo que a él le correspondió diseñar la intervención psicológica y psiquiátrica. Advirtió que una persona del área médica, quien no dijo su nombre, le pidió el expediente psiquiátrico del interno y no se lo devolvió, por lo que ignora su paradero.

viii) Resolución del procedimiento administrativo del 1° de noviembre de 1998, por hechos imputados a las servidoras públicas del RPG Ana Elizabeth Ahedo Alfaro y María de la Paz Torres Esqueda, suscrita por Daniel Ituarte Reynaud, secretario de Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social, de la que se desprende el siguiente análisis: "Acreditándose con dichos elementos de convicción que la servidor público Ana Elizabeth Ahedo Alfaro no comprobó debidamente el que haya notificado por los medios más eficaces el resultado de los exámenes practicados al interno FCI, y al no haberse cerciorado oportunamente de las graves consecuencias que le podía ocasionar el no darle la atención debida así como los tratamientos psiquiátricos y psicológicos necesarios para que aun cuando el resultado fue negativo, se le preparara para otros nuevos y no le quedara duda sobre la supuesta enfermedad de SIDA que decía padecer el interno mencionado, no desempeñando el 100% las obligaciones que implica la responsabilidad de atender a las personas que se encuentran dentro del Programa que se otorga para la detección y atención del VIH o SIDA". Con la anterior conclusión se determinó amonestar a la doctora Ana Elizabeth Ahedo Alfaro y exhortar a los doctores María de la Paz Torres Esqueda y Omar Saúl Rodríguez Hurtado para que realicen con mayor esmero, cuidado y profesionalismo las funciones que tienen encomendadas.

Caso II. Respecto de las acciones de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del VIH/sida en los centros de reclusión de Puente Grande, Jalisco (queja 2263/98/III y su acumulada 2573/98/III)

Documentales consistentes en:

1. Acta circunstanciada del 8 de octubre de 1998, levantada por personal de este organismo, que contiene la entrevista con José de Jesús Lara Lara, coordinador médico del CRS. Además, se verificó la situación del lugar donde guardan los medicamentos; la cantidad que se tiene para la atención del VIH y las condiciones en las que están los archiveros y expedientes que contienen la información de las personas que viven con VIH.

2. Acta circunstanciada del 26 de noviembre de 1998, levantada por personal de este organismo, con motivo de la entrevista con Ramón Rocha Valle, coordinador de Salud Penitenciaria de la Digpres, y con Omar Saúl Rodríguez Hurtado, coordinador médico del RPG. También se revisó el almacén de fármacos, el cual carece de los medicamentos específicos para la atención de las personas portadoras del VIH.

3. Oficio DG/1448/99 del 3 de marzo que suscribe Javier Ignacio Salazar Mariscal, del que se destaca que ninguna de las personas a quienes se les practicó la prueba presuntiva para la

detección del VIH, tienen exámenes confirmatorios. En cuanto a capacitación, expresa que en el complejo penitenciario se han impartido tres cursos: el primero en mayo de 1995 y los otros del 29 al 31 de junio de 1995 y del 4 al 15 de marzo de 1996. Asimismo, informó que existe un programa vigente que se aplica "en forma general a todo aquel recluso de este Núcleo Penitenciario, no sólo al que por desgracia padece dicho mal, sino también a los reos heterosexuales y homosexuales; así como aquellos grupos en riesgo constante" y que se denomina "Programa de detección, prevención, diagnóstico y tratamiento de VIH/sida, en el complejo penitenciario de Puente Grande, Jalisco"; asimismo, se utiliza la "Guía para la atención médica de pacientes con infección por HIV [human immune deficiency virus] -sida en consulta externa y hospitales".

4. Copias del "Programa de detección, prevención, diagnóstico y tratamiento de VIH/sida en el complejo penitenciario de Puente Grande, Jalisco" y de la "Guía para la atención médica de pacientes por HIV-sida (sic) en consulta externa y hospitales".

5. Oficio 052/99 del 4 de marzo de 1999, que suscribe la doctora Patricia Isabel Campos López, secretaria técnica del Coesida, en el que hace del conocimiento que las actividades de dicho organismo, en coordinación con las autoridades de la Digpres, consisten en la capacitación y actualización del personal médico de los centros de reclusión.

6. Oficios DAJ-318/99, del 8 de marzo de 1999, y RS XI DH 01/2000, del 6 de abril de 2000, que suscribe el doctor Rubén Hidalgo Reyes, director de la Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud. En el primero se describen las acciones que dicha región coordina y apoya en lo referente a los programas preventivos, en la regulación sanitaria y en la vigilancia epidemiológica de enfermedades, junto con las autoridades de los centros penitenciarios. Asimismo, que únicamente la Secretaría de Salud, a través de la Región Sanitaria, apoya con los medicamentos que se encuentran considerados en el cuadro básico de la mencionada Secretaría. El segundo oficio informa sobre las labores de prevención y control del VIH durante 1999 y el primer trimestre de 2000.

7. Minuta que se levantó con motivo de la reunión del 7 de mayo de 1999 entre personal de la Región Sanitaria XI y coordinadores médicos de la Digpres, de la que se desprende que en 1998 se tomaron 62 muestras para la detección del VIH/sida, con un índice positivo de 6.4 por ciento, mientras que en el primer trimestre de 1999 se realizaron 26 tomas y resultó un índice de positividad de 11.5 por ciento.

8. Acta de verificación sanitaria 2502, integrada en el CRS, el 10 de marzo de 1999 por el licenciado Pablo Laguna Reynoso, quien labora para la Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud.

9. Acta de verificación sanitaria 529 del 10 de marzo de 1999, acta 172 del 30 de junio de 1999 y acta 406 del 14 de septiembre de 1999, levantadas en el CRS por el doctor Alejandro Cuauhtémoc Carlos Nava, de la Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud.

10. Oficio CM/170/99, del 23 de septiembre de 1999, que suscribe el doctor Ramón Rocha Valle, coordinador de Salud Penitenciaria de la Digpres, dirigido a la química farmacobióloga Corina Hernández Mireles. De acuerdo con el documento, a partir de esa fecha la química farmacobióloga María Guadalupe Canales Lomelí, coordinadora de laboratorio del CRS, envió directamente las muestras para la detección de microorganismos anti-VIH al Centro Estatal de Laboratorios de la Secretaría de Salud a fin de facilitar el trámite de las pruebas.

11. Oficio 163/2000, suscrito por la doctora Patricia Isabel Campos López, secretaria técnica del Coesida el 6 de abril de 2000, en el que describe las actividades de prevención del VIH durante 1999.

12. Constancia de la llamada telefónica del 12 de abril de 2000, sostenida con el biólogo Francisco Orozco Velasco, jefe del Departamento de Control de Microbiología del Centro Estatal de Laboratorios de la Secretaría de Salud, de la que se desprende que las pruebas presuntivas y confirmatorias para la detección del VIH que se practican en el mencionado laboratorio son gratuitas para las instituciones del sector salud, mientras que para los particulares el costo es de 30 pesos y que la obtención de la prueba presuntiva (ELISA) tarda tres días.

13. Oficio 106743/201M, del 14 de abril de 2000, suscrito por Juan Alfredo Riebeling Guerrero, director general de Regulación Sanitaria de la Secretaría de Salud, en el que señala el costo de los exámenes presuntivos y confirmatorios y su periodo de entrega, el procedimiento para su recepción y análisis y el tiempo promedio para el proceso de elaboración del resultado de la prueba de tamizaje.

14. Oficio DG/2152/00 del 17 de abril de 2000, suscrito por el licenciado Javier Ignacio Salazar Mariscal, director general de Prevención y Readaptación Social, en el que señala las capacitaciones, acciones y materiales preventivos referentes al VIH/sida, así como el número de internos que viven con la enfermedad.

Elemento técnico consistente en:

15. Seis fotografías que muestran la ubicación de los medicamentos, y un frasco de Isadol para la atención de personas que viven con VIH. Se observa también el estado del archivero en el que se guardan los expedientes, el cual, por sus condiciones físicas, no es posible mantener bajo llave. Los cajones están deteriorados y se ve que la secretaria del área médica tiene acceso e identifica plenamente estos expedientes.

Caso III. Un interno del CRS se suicidó. Se creía portador del VIH, ya que en 1996 se le informó un resultado positivo. Se encontraba en el dormitorio 2, que se utiliza para personas con "enfermedades especiales", diabéticas y las que viven con VIH (Queja 2716/98/III)

Documentales consistentes en:

1. Acta circunstanciada del 22 de diciembre de 1998, levantada por personal de este organismo, en la que consta la entrevista con el doctor José de Jesús Lara Lara, coordinador médico del CRS, quien dijo que VJNR no había tenido manifestaciones clínicas de padecer sida y que en el dormitorio 2 se encuentran los internos con enfermedades especiales, diabéticas y que viven con VIH.

2. Oficio 106743, del expediente 723.3 del 3 de enero de 1997, suscrito por la química farmacobióloga Corina Hernández Mireles, directora del Centro Estatal de Laboratorios de la Secretaría de Salud, dirigido a la doctora Laura Gómez Navarrete, del que se desprende que de las "pruebas para titulación de anticuerpos Anti-VIH 1 y 2 por método de ELISA" que se le practicó a VJNR, su resultado es: "Prueba presuntiva POSITIVO" y se solicita una nueva muestra para su confirmación.

3. Oficio J/0534/99 del 1° de marzo de 1999, suscrito por el licenciado Guillermo Montoya Salazar, director interino del CRS, del que se desprende que el dormitorio 2 se utiliza para internos con conductas especiales.

4. Oficio J/0530/99 del 1° de marzo de 1999, suscrito por el comandante Joel Becerra Landa, subdirector de Vigilancia y Custodia del CRS, en el que informa que el dormitorio 2 se utiliza para que los "internos de conductas especiales tengan tranquilidad y no sean objeto de burlas o abusos por parte de la demás población".

5. Copias certificadas de la averiguación previa 29299/98 que se instaura en la agencia especial de homicidios intencionales, concerniente a los hechos en los que se privó de la vida a VJNR, de la que se desprende:

i) Acta del 22 de diciembre de 1998, suscrita por Esperanza García Alvarado, agente del Ministerio Público de la PGJE adscrita al Servicio Médico Forense, en la que consta la declaración de María del Socorro Noriega Rodríguez, quien manifestó que ignoraba que su hermano padecía de alguna enfermedad y que personal de la agencia le informó que era portador de VIH.

ii) Comparecencia del 22 de diciembre de 1998 de David Eduardo Quiñones, médico del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, ante Esperanza García Alvarado, agente del Ministerio Público. Manifestó que José de Jesús Lara Lara, coordinador del área médica del CRS, le comunicó que a VJNR desde febrero de 1996 se le había detectado VIH, por lo que se solicitó al Procurador General de Justicia del Estado la dispensa de la autopsia al considerarla como un "alto riesgo" para el personal del Servicio Médico Forense. En la misma actuación, el agente del Ministerio Público acordó la inhumación del cadáver y que se levantara el acta de defunción correspondiente.

iii) Oficio sin número del 22 de diciembre de 1998, suscrito por Elías González Jáuregui, subdirector del Servicio Médico Forense, dirigido al procurador general de Justicia, licenciado Félix Javier Ledesma Martínez Negrete, mediante el que le solicitó la dispensa de la autopsia del cadáver de VJNR por el alto riesgo de contagio que representaba, ya que era portador de VIH.

6. Oficio 176/99/DG del 24 de junio de 1999, suscrito por el doctor Macedonio S. Tamez Guajardo, director general del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, en el que refiere que es de dominio público que el VIH es altamente contagioso; que se dispensó la autopsia del cadáver de VJNR debido a que "es obvia la causa de su muerte de una persona infectada por este virus", por lo que "es natural y justificable que se busque la dispensa de la autopsia por medios legales y así evitar una innecesaria exposición a contagio".

Caso IV. Interno del CRS que vive con VIH y no se le proporcionaba el medicamento necesario (queja 145/99/III)

Documentales consistentes en:

1. Oficio J/0212/99, del 2 de febrero de 1999, suscrito por la licenciada Natasha Bidault Mniszek, directora del CRS, donde consta que MES y Francisco García Briseño recibían el medicamento correspondiente y que se encontraban en el dormitorio 1.

2. Acta circunstanciada del 1° de julio de 1999, levantada por personal de este organismo, de la que se desprende que MES indicó que hasta esa fecha carecía de tratamiento y no se le proporcionaban los medicamentos que necesitaba; le daban sólo vitaminas. En cambio, a Francisco García Briseño sí se le surtían medicinas, pero personal de vigilancia y custodia se las tiró a la basura cuando revisaron su dormitorio.

3. Oficio J/1642/99, del 9 de julio de 1999, también suscrito por Natasha Bidault Mniszek, en el que indica que a MES y a Francisco García Briseño se les proporciona el tratamiento médico acorde con sus padecimientos.

4. Recibo del 9 de julio de 1999, suscrito por MES y Santa Robles Arreola, según el cual se le entregaron al interno los siguientes medicamentos: Dactrin, Imodium, vitaminas e Isoniacida.

5. Nota médica del 9 de julio de 1999, en la que consta la entrega del medicamento a Francisco García Briseño, consistente en una caja de Etambutol tnb.



6. Dictamen del 12 de julio de 1999, elaborado por personal médico de la Comisión Estatal de Derechos Humanos. Hace constar que según la revisión que se practicó al expediente clínico de MES no se encontró secuencia de la atención médica, ni el plan de manejo médico para personas que viven con VIH. Además, las notas médicas carecen de fecha.

7. Oficio DG/3720/99 del 19 de julio de 1999, suscrito por el licenciado Javier Ignacio Salazar Mariscal, director general de Prevención y Readaptación Social, en el que se observa la aceptación de las medidas cautelares para que se le proporcione medicamento a MES.

8. Dictamen del 8 de octubre de 1999, elaborado por personal médico de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, del que se desprende que, aunque se proporcionó tratamiento antirretroviral a MES, según obra en el expediente médico del CRS, no se le han practicado los exámenes de control de su inmunodeficiencia, como son la citometría de flujo para linfocitos y la determinación de la carga viral, por lo que se dictaminó un inadecuado seguimiento del manejo médico que se debe ofrecer a estas personas.

## II. CONSIDERANDO

### a. Análisis de pruebas y observaciones

Caso I. Interno del RPG que se suicidó y dejó una nota póstuma que refería padecer VIH (queja 2136/98/III y su acumulada 2137/98/III)

De las evidencias se desprende que personal del RPG de las áreas de psiquiatría y psicología advirtió que FCI se encontraba en un estado depresivo que ponía en riesgo su integridad física y emocional. El 22 de septiembre de 1998, identificaron también un cuadro psicossomático e ideas obsesivas sobre su contagio y muerte. Asimismo, personal del área médica constató las lesiones que FCI se causó el 17 de septiembre de 1998, cuando intentó suicidarse (evidencias 4, 5, 6 y 7, inciso vii). De tal modo, las áreas que se involucran directamente en el estado emocional, físico y mental del occiso tenían conocimiento de su situación antes de que muriera de esa forma tan lamentable.

Según las evidencia 7, incisos ii y vii, la médica adscrita al RPG Ana Elizabeth Ahedo Alfaro le informó a FCI el resultado negativo de la prueba para la detección del VIH a las 12:55 horas del 30 de septiembre de 1998 y se retiró a las 13:00 horas, debido a que a esa hora terminó su jornada de trabajo. Resalta el hecho de que la mencionada doctora decidió dedicarle únicamente cinco minutos al interno, sin tomar en cuenta que éste presentaba un cuadro depresivo y psicossomático, originado por la idea de haber sido contagiado de VIH. Asimismo, al momento de informarle el resultado, ella misma dice que notó a FCI intranquilo, molesto, e insistía en ser portador del VIH y aun así se retiró (evidencia 7, inciso ii). Lo anterior prueba que la doctora responsable del cuidado de los casos de VIH fue omisa en planear con oportunidad el apoyo psicológico y psiquiátrico que FCI necesitaba, así como tomar el tiempo imprescindible para la adecuada atención del interno, de acuerdo con los antecedentes que presentaba. Además, se abstuvo de solicitar la intervención inmediata del personal del área de psicología y psiquiatría para prevenir una situación de crisis, cuando lo observó intranquilo y molesto. Incluso la persona responsable del manejo del VIH, al apreciar el cuadro psicossomático de FCI, pudo solicitar al personal de psicología que se encarga de notificar el resultado de la prueba, a fin de aplicar medidas psicoterapéuticas para aminorar el trauma que implica recibir este tipo de información. La labor de consejería comprende las acciones que debe de realizar el personal médico para que, independientemente del resultado, se aminorare la angustia en que se encuentra una persona que va a recibir una noticia de estas características.

La doctora Ana Elizabeth Ahedo Alfaro, el 30 de septiembre de 1998, a las 12:55 horas, entregó al interno el resultado de la prueba y FCI se privó de la vida el 1° de octubre de 1998, es decir, un día después de haber recibido el impacto de la noticia (evidencia 2, 7, incisos ii y vii), de lo que puede

advertirse su inadecuada consejería para aminorar la impresión y la falta, por parte de las áreas técnicas, de un tratamiento para su atención psicológica y psiquiátrica, lo que pudo orillar a que FCI se suicidara. Al respecto, en la nota póstuma que éste escribió, señala que la causa de su muerte fue la creencia de que él era portador de VIH (evidencia 3); lo que en efecto comprueba que la doctora Ana Elizabeth Ahedo Alfaro realizó de forma deficiente su labor para atender a FCI.

Además, según su propia declaración, tomó la muestra de sangre de FCI el 23 de septiembre de 1998 y al día siguiente la envió al laboratorio del Hospital Civil de Guadalajara. Sin embargo, no se aprecia en el expediente clínico que FCI haya recibido apoyo de personal del área de psicología, entre la toma de la muestra y la entrega del resultado, a fin de que se cumpliera con la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control por la Infección del VIH respecto de la consejería que debe darse a todo individuo sometido a pruebas para la detección de tal enfermedad, lo que constituye impericia en el tratamiento de dicha persona.

Es preciso señalar que personal de las áreas de psicología y psiquiatría del RPG advirtieron que FCI manifestaba un problema de salud mental, para el que no sólo bastaba la intervención de la persona responsable de informar el resultado de la prueba del VIH, sino que era necesaria la intervención de las demás áreas para su tratamiento y atención, desde que se le tomó la prueba, hasta el conocimiento de su resultado.

Su temor de estar contagiado de VIH, tenía mucho que ver con su estado psicossomático. Incluso las valoraciones del personal de psicología y psiquiatría así lo prescriben. Sin embargo, nada hace suponer que se le aplicó un tratamiento interdisciplinario, lo que evidencia una falta de coordinación y comunicación entre las distintas áreas. Cabe aclarar que aunque la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH establece que debe respetarse la confidencialidad de las personas que viven con VIH para que no se divulgue ni estigmatice su situación, subsiste el deber de darles atención psicológica y psiquiátrica necesaria, cuando la aflicción por el posible contagio de VIH provoque estados psicossomáticos.

Las omisiones en las que incurrió la doctora Ana Elizabeth Ahedo Alfaro y personal de las áreas de psicología y psiquiatría constituyen serias violaciones al derecho social a la protección de la salud por una inadecuada prestación del servicio, ya que no se examinaron los antecedentes médicos de FCI para informarle el resultado de la prueba del VIH. Además, no se le dio una adecuada atención psicológica y psiquiátrica para contrarrestar la crisis, que bien podía prevenirse sobre la base de su historial clínico.

No obstante, a pesar de que en la resolución del procedimiento administrativo entablado en contra de las doctoras María de la Paz Torres Esqueda y Ana Elizabeth Ahedo Alfaro se consideró que ésta no pudo comprobar haber notificado a FCI el resultado de la prueba mencionada o verificar que le dieran la atención psiquiátrica y psicológica debidas (evidencia 7, inciso viii), solamente se determinó amonestarla por tales hechos. En este sentido, la sanción administrativa no corresponde a la falta de profesionalismo y responsabilidad de los que adolece la doctora en el manejo de la información y trato del ahora occiso; sus omisiones vulneraron el derecho a una adecuada protección a la salud, al grado de que tal vez provocaron que FCI decidiera privarse de la vida.

Al respecto, la Carta de las Obligaciones de Respetar los Derechos Humanos y los Principios Éticos y Humanitarios al Abordar las Dimensiones Sanitarias, Sociales y Económicas del VIH y el Sida, que fue dada a conocer, junto con la Declaración de Derechos y Humanidad, en 1992, como anexo al documento E/CN.4/19992/82 de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, expone en el numeral 40:

El respeto al derecho al más alto grado posible de salud exige que los Estados brinden acceso a pruebas voluntarias y confidenciales del VIH. Estas pruebas deben de ir acompañadas de asesoramiento anterior y posterior a la prueba y de información y educación sobre la forma de evitar el riesgo de transmisión del VIH.

Asimismo, las Directrices Internacionales –El VIH/sida y los Derechos Humanos– que fueron acordadas durante la Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/Sida y los Derechos Humanos, celebrada del 23 al 25 de septiembre de 1996, organizada conjuntamente por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida (Onusida), señalan en el inciso c:

Dada la importancia de la prueba del VIH y para aprovechar al máximo los servicios de prevención y atención, garantizar, cuando sea posible, que se preste asesoramiento antes y después de la prueba en todos los casos. Con la introducción de la prueba a domicilio, los Estados deberían garantizar el control de calidad, desarrollar al máximo los servicios de asesoramiento y remisión destinados a las personas que se someten a esa prueba y establecer servicios jurídicos y de apoyo para las víctimas de la utilización errónea de las pruebas por terceros.

De tal modo, las omisiones en las que incurrió la doctora Ana Elizabeth Ahedo Alfaro no sólo traen consecuencias administrativas, sino vulneran los íntimos valores humanos y evidencian una falta de ética, de responsabilidad médica y de sensibilidad ante la vida y la dignidad de las personas privadas de su libertad, ya que se antepone al sufrimiento y angustia de dichas personas la irracionalidad de conductas burocráticas.

Por otra parte, de la evidencia 7, incisos iii y iv se desprende que la doctora María de la Paz Torres Esqueda y la trabajadora social Carmen Luna González, servidoras públicas del RPG, conocieron el resultado de la prueba que se le practicó a FCI en el laboratorio del antiguo Hospital Civil de Guadalajara, debido a que el documento no se encontraba en un sobre cerrado y mostraba el nombre completo del agraviado, lo que demuestra que personal del mencionado laboratorio violó el derecho a la confidencialidad de la información y contravino lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH, ya que su numeral 6.4 prescribe que la información debe ser enviada en sobre cerrado al médico que solicitó el estudio, a fin de respetar el derecho a la intimidad y confidencialidad del expediente clínico.

El mencionado documento lo entregó la trabajadora social Carmen Luna González a la doctora María de la Paz Torres Esqueda, y ésta a la doctora Elizabeth Ahedo Alfaro (evidencia 7, incisos ii, iii y iv), por lo que FCI conoció la notificación con dos días de retraso. No existe justificación alguna para que la doctora María de la Paz Torres Esqueda fungiera como intermediaria en la entrega, lo que demuestra la inexistencia de un procedimiento eficaz en cuanto al flujo y manejo de dicha información.

Caso II. Respecto de las acciones de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del VIH/sida en los centros de reclusión de Puente Grande, Jalisco (queja 2263/98/III y su acumulada 2573/98/III)

En cuanto a los medicamentos para la atención de las personas privadas de su libertad que viven con VIH, Javier Ignacio Salazar Mariscal, director general de Prevención y Readaptación Social, señaló que en su mayoría provienen de donaciones que hacen el Consejo Estatal para la Prevención del Sida (Coesida), Fondo Nacional para las Personas con Sida (Fonsida), Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud y particulares. Asimismo, que son adquiridos por la Digpres, cuando su presupuesto lo permite, ya que el costo es muy elevado, por lo que se distribuyen "en forma rápida y equitativa" a los internos que lo necesitan (evidencia 3). El licenciado Salazar no precisó si la cantidad de medicinas que se obtienen es suficiente para todas las personas que viven con este virus. Al respecto, los doctores Ramón Rocha Valle, coordinador de Salud Penitenciaria de la Digpres; José de Jesús Lara Lara, coordinador médico del CRS y Omar Saúl Rodríguez Hurtado, coordinador médico del RPG, coincidieron en que se carece de los antirretrovirales que deben administrarse en forma permanente a estas personas. También se constató que al revisar el almacén de medicamentos, en el CRS sólo había un frasco de Isadol (antirretroviral); mientras que en el RPG no se encontró fármaco alguno (evidencias 1 y 2).

Lo expuesto por el Director General de Prevención y Readaptación Social, así como los casos de VJNR y MES comprueba que en los centros de reclusión de Puente Grande no se cuenta con el medicamento para atender de forma permanente a todas las personas privadas de su libertad que viven con VIH.

La doctora Patricia Isabel Campos López, secretaria técnica del Coesida, informó que el doctor Cristóbal Ruiz Gaytán López solicitó al Fondo Nacional para las Personas con Sida la ampliación de 25 lugares para que a los internos que viven con VIH se les proporcione de forma permanente el medicamento antirretroviral (evidencia 11). Esta propuesta, en caso de ser aceptada, sería tan sólo una medida momentánea y paliativa que no lograría cubrir los requerimientos futuros de la institución, por lo que urge establecer una acción sostenida y duradera para los demás casos que se presenten.

Respecto de las pruebas para la detección del VIH, Javier Ignacio Salazar Mariscal, director general de Prevención y Readaptación Social y el doctor Ramón Rocha Valle, coordinador de Salud Penitenciaria de la Digpres, indicaron que los resultados se entregan de 22 a 30 días después de que se envía la muestra de sangre, en tanto que el doctor Rubén Hidalgo Reyes, director de la Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud, precisó que se entregan en 22 días (evidencias 2 y 3). El periodo en el que se remiten los resultados es demasiado extenso, ya que según el doctor Juan Alfredo Riebeling Guerrero, director general de Regulación Sanitaria de la Secretaría de Salud, el Centro Estatal de Laboratorios tarda diez días hábiles en entregar los resultados de las pruebas presuntivas para la detección del VIH (ELISA). Incluso señaló que el proceso de elaboración es solamente de tres horas (evidencias 12 y 13), por lo que puede inferirse que los días restantes reflejan un trámite ineficiente e inoportuno que va en detrimento de las personas que acceden a la práctica de la referida prueba. Dichas personas, a pesar del temor que les aflige, deben esperar por lo menos 22 días para que se les notifique el resultado, lo que agrava su estado de vulnerabilidad y salud mental. Asimismo, este lapso tan prolongado obstaculiza la aplicación de un adecuado tratamiento psicológico y de consejería por parte del personal de las áreas médicas de los centros de reclusión, ya que la demora en emitir el resultado torna difícil y vuelve inoportuna la atención que se le brinda al interno, al grado de que las acciones preventivas, terapéuticas e informativas resulten ineficaces. Es imposible que el personal de psicología y medicina pueda mantener por mucho tiempo una intervención constante y apropiada con las personas que están en espera del resultado de la prueba, por lo que es evidente que sus esfuerzos no cosechan los efectos esperados.

Por otra parte, del informe del licenciado Javier Ignacio Salazar Mariscal se desprende que a ninguna de las personas cuyo resultado fue positivo se les ha practicado el examen confirmatorio, con el argumento que el propio Director General sostiene de que "institucionalmente no se cuenta con el presupuesto adecuado y necesario por el elevado costo de dichos exámenes" (evidencia 3). Sin embargo, el doctor Juan Alfredo Riebeling Guerrero, director general de Regulación Sanitaria, informó que en el Centro Estatal de Laboratorios de la Secretaría de Salud la prueba ELISA cuesta 30 pesos para cualquier persona que la solicite, en tanto que la confirmatoria de western blot es gratuita (evidencias 12 y 13). Por su parte, el biólogo Francisco Orozco, jefe del Departamento de Control de Microbiología del mencionado laboratorio, señaló que para las instituciones de salud el examen presuntivo para la detección del VIH no tiene costo alguno, por lo que por conducto de la Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud, las autoridades penitenciarias tienen acceso a este servicio. Es ésta una contradicción muy clara entre lo que afirma el Director General de Prevención y Readaptación Social y las autoridades de salud, y demuestra el desconocimiento, falta de ética, profesionalismo y sentido humano del primero al no gestionar que se practiquen los exámenes confirmatorios, más aún cuando se observa que estas pruebas no tienen costo alguno.

La omisión en que incurre el mencionado Director contraviene la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control por la Infección por VIH, que en el numeral 4.4.1 considera como una persona infectada "aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva"; de tal modo que si no se tienen los exámenes

confirmatorios no puede precisarse que una persona es portadora del VIH, ya que existe la posibilidad de que del primer examen se obtenga un resultado positivo falso.

Pese a lo que dicta la citada norma, la institución penitenciaria considera de hecho a estas personas como portadoras del virus, situación inhumana y degradante, pues al cautiverio se suma el tormento por padecer una enfermedad que tal vez no tienen y además son tratadas como enfermos de sida por el personal que tiene la obligación de protegerlos y respetarlos, condición que lacera su dignidad y calidad de vida al límite de afectar seriamente su salud mental (ver el caso de VJNR).

La Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco señala en el artículo 61:

Todo servidor público, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que debe observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y sin perjuicio de sus derechos y obligaciones laborales, tendrá las siguientes obligaciones: I. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado, y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de su empleo, cargo o comisión.

Por lo tanto, debe enfatizarse que la autoridad penitenciaria incurre en una irresponsabilidad sumamente grave al no practicar los exámenes confirmatorios, ya que en abuso de su imperio, trata de forma institucional a las personas privadas de su libertad como portadoras del VIH, sin la certeza de que lo sean, lo que altera tanto su salud mental como su percepción sobre su futuro y lesiona sus derechos a una adecuada protección de la salud.

El VIH/sida es una enfermedad que se considera de vigilancia epidemiológica, por lo que la autoridad penitenciaria debe reportar a la Secretaría de Salud los casos nuevos de infección por VIH que se presenten en los centros de reclusión. El artículo 6.6.6 de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control por la Infección por VIH señala que se considerarán casos de infección por VIH aquellos sujetos por infección confirmada. En ese sentido, la falta del segundo examen presuntivo y del confirmatorio contraviene la mencionada Norma, ya que a pesar de que la autoridad penitenciaria tiene el indicio de que existen 18 casos de personas a las que solamente se les practicó el examen de tamizaje con un resultado positivo, esto no lo ha confirmado mediante las demás pruebas, por lo que es evidente que no se han reportado a la autoridad sanitaria los casos de sida que existen en los centros de reclusión, o bien se han registrado éstos sin la certeza de que lo sean, de tal modo que el padrón de la región sanitaria no refleja con exactitud los casos de enfermedades epidemiológicas en los centros de reclusión.

Por otra parte, el deterioro de los archiveros donde se guardan los expedientes (evidencia 1), permite que cualquier persona tenga acceso a estos documentos. Incluso se apreció que el personal administrativo del CRS los identifica con facilidad. Si bien la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH no señala de manera clara las condiciones que deben tener los lugares en que se guarde la información de las personas que viven con VIH, en su artículo 6.3.5 establece que quien se somete a análisis debe estar seguro de que se respetará su derecho a la confidencialidad de su expediente clínico. En este caso dichos archiveros no cumplen ni con los mínimos elementos de seguridad para el objetivo que se ha mencionado. Ello, en efecto, contraviene lo señalado en la referida norma. Asimismo, se viola el derecho a la confidencialidad de los pacientes, ya que los documentos que muestran el resultado de la prueba para la detección del VIH contienen el nombre completo de los internos a los que se les practica.

En ese sentido, la Declaración de Derechos y Humanidad sobre los Principios Fundamentales de los Derechos Humanos, la Ética y la Humanidad Aplicables en el Contexto del Virus del VIH y Sida que fue dada a conocer en 1992 como anexo al documento E/CN.4/1992/82 de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, señala:

Artículo 10: El deber de los Estados de proteger el derecho a la intimidad y asegurar la protección de la ley frente a injerencias arbitrarias en el disfrute de este derecho incluye la obligación de asegurar el establecimiento de las salvaguardas adecuadas para proteger el carácter confidencial de las informaciones en todos los niveles de la salud y la protección social.

[...]

Artículo 17: La ética profesional requiere que todos los profesionales, incluidos los que trabajan en las esferas de atención de salud, protección social, derecho y seguros, mantengan estrictamente el carácter confidencial de toda información personal obtenida de clientes en el contexto de su trabajo profesional.

El numeral 7 de la Carta de las Obligaciones de Respetar los Derechos Humanos y los Principios Éticos y Humanitarios al Abordar las Dimensiones Sanitarias, Sociales y Económicas del VIH y el Sida, también precisa:

El respeto del derecho a la vida privada y la estricta observancia del principio ético que exige que los profesionales mantengan el carácter confidencial de los datos médicos y personales son fundamentales para el éxito de las estrategias de prevención. En muchos casos, el miedo a que se pierda la confidencialidad y que, de ser así, ello conduzca a la estigmatización y la discriminación, impide que las personas se sometan a pruebas del VIH y soliciten información sobre la forma de evitar la transmisión de éste.

La Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico precisa que éste deberá contener la historia clínica con el interrogatorio, exploración física, resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, diagnóstico o problemas clínicos, terapéutica empleada y resultados obtenidos. Asimismo, debe incluirse la evolución y actualización del cuadro clínico, signos vitales, resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento e indicaciones médicas; nota médica de interconsulta con criterios de diagnóstico; sugerencias diagnósticas y tratamiento, y nota de referencia o traslado. Los expedientes clínicos de las internos que viven con VIH no cumplen con el contenido mínimo que señala la norma referida, ya que carecen de una apropiada organización, de notas de evolución y exámenes básicos y específicos para el control. Asimismo, personal de la Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud, también observó que los formatos del expediente clínico de cada paciente carecen del espacio necesario para indicar la evolución y aplicación de órdenes médicas, fármacos y enfermería (evidencia 9).

Si las constancias no fueron incluidas en los expedientes, puede deducirse que el personal médico omitió realizar las gestiones y ejercer la encomienda de atender a sus pacientes. En el caso de las personas privadas de su libertad que viven con VIH, se carece de los documentos que comprueben que se realizaron tanto el segundo examen presuntivo como el confirmatorio para la detección del VIH; las pruebas para determinar la carga viral y de células CD4 y CD8, lo que evidencia una falta de capacitación sobre los protocolos y normas clínicas así como una inapropiada organización y atención médica. En el expediente de VJNR hubo una grave falta de cuidado, pues no se observó que se le proporcionara el medicamento necesario, que se le practicaran el segundo examen presuntivo y el confirmatorio, y las pruebas de determinación de carga viral y de células CD4 y CD8. También es notoria la ausencia de un manejo interdisciplinario entre las áreas técnicas para su tratamiento médico y psicológico.

La autoridad penitenciaria no cumple con los demás señalamientos de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH, a fin de que a quienes se les hayan practicado los exámenes de tamizaje se les determine con certeza su estado de salud mediante el examen confirmatorio y se brinde una atención oportuna y óptima.

Este seguimiento no se limita únicamente a la atención médica, sino también a las gestiones para que las personas que viven con VIH obtengan su libertad. El decreto 11192 establece que quienes padezcan de una enfermedad incurable que provoque un periodo de vida precario, tienen la posibilidad de egresar por medio de la reducción total de la pena. La enfermedad por VIH es de esa naturaleza; más aún cuando ya se comprobó que las personas que la padecen no reciben el medicamento necesario para mitigar los daños que ocasiona.

No debe olvidarse que el doctor Ramón Rocha Valle, coordinador de Salud Penitenciaria de la Digpres, señaló que 75 por ciento de los internos obtienen su libertad al manifestar un resultado positivo en el examen presuntivo para la detección del VIH (evidencia 2). Sin embargo, aunque no se tiene la certeza de que dichas personas sean portadoras del VIH, se tramita el beneficio de prelibertad como si lo fueran. Esto revela una falta de seguimiento para otorgar una adecuada atención clínica y para concederles el beneficio de prelibertad mediante el referido decreto.

La apatía de la autoridad penitenciaria para precisar el estado de salud de estas personas trae muy graves consecuencias. Como se ha asentado, se les considera como portadoras de una enfermedad que tal vez no padecen y en caso de que lo sean, la atención médica es deficiente y no se les brinda el medicamento que requieren.

El doctor Omar Saúl Rodríguez Hurtado, coordinador médico del RPG, señaló que en ese centro existía un programa de información para grupos de "alto riesgo" respecto del VIH y enfermedades de transmisión sexual, pero fue suspendido debido a que su espacio asignado se habilitó para dormitorios de protección. Asimismo, por el cambio de director se han interrumpido las labores del equipo interdisciplinario integrado por un médico, un trabajador social y un psicólogo que tiene como finalidad el manejo y atención de personas que viven con VIH (evidencia 2). Uno de los aspectos más importantes para la atención de esta enfermedad son las actividades preventivas de los centros de reclusión. El Programa de Detección, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de VIH/Sida en el Complejo Penitenciario de Puente Grande (evidencia 4) señala que "la mejor vacuna con la que contamos los promotores de la salud es la PREVENCIÓN"; de tal modo que la autoridad penitenciaria reconoce como un elemento básico las medidas preventivas en dichos centros. No obstante, de la información que proporciona el doctor Rodríguez Hurtado se advierte que dichas acciones no se realizan adecuadamente; que a pesar de que son prioritarias y eficaces para combatir la propagación de la enfermedad, dependen de eventos como el cambio del equipo directivo, lo que implica una contradicción bastante obvia con relación al programa que emplea la Digpres, que trata de establecer criterios y actividades institucionales y que la prevención se considere el eje total de las acciones del personal de las áreas técnicas.

De acuerdo con el licenciado Javier Ignacio Salazar Mariscal, el suministro de condones, uno de los recursos preventivos más eficaces, es muy escaso, pues en 1999 se repartieron sólo 200 entre la población penitenciaria (evidencia 14), Asimismo, a sólo 170 internos se les impartieron pláticas informativas sobre la enfermedad, por lo que se advierte que las medidas preventivas son insuficientes y que la mayoría de las personas privadas de su libertad carecen de los elementos básicos de prevención. En la actualidad hay aproximadamente 3 197 internos en el RPG, 2 250 en el CRS y 221 en el Centro de Readaptación Femenil, es decir un total de 5668 internos. Por lo que resulta insignificante las actividades y materiales preventivos que se han realizado para la población de los centros de reclusión de Puente Grande.

La Carta de las Obligaciones de Respetar los Derechos Humanos y los Principios Éticos y Humanitarios al Abordar las Dimensiones Sanitarias, Sociales y Económicas del VIH y el Sida, establece al respecto:

2. Las políticas para tratar los aspectos de salud pública del VIH y del Sida tienen que basarse tanto en un conocimiento científico sólido acerca del carácter del VIH y del Sida como en el respeto de los derechos humanos y la dignidad y los principios éticos y humanitarios. Tales políticas deben de abarcar estrategias para impedir que siga propagándose el VIH, ofrecer la atención y el apoyo

apropiados a las personas infectadas por el VIH y el Sida, y asegurar el respeto de los derechos humanos y los principios éticos en la vigilancia, detección y comunicación del VIH y del Sida, así como en los programas y proyectos de investigación.

[...]

14. En vista de las propiedades profilácticas de los condones en el contexto de la transmisión del VIH, quienes formulan la política y las autoridades sanitarias deben considerar la posible utilidad de fomentar la disponibilidad y utilización de condones como una de las medidas que se pueden adoptar para proteger la salud pública.

En cuanto a la capacitación que se ha recibido en los centros de reclusión, Javier Ignacio Salazar Mariscal señaló que de 1995 a la fecha el personal de las áreas técnicas, principalmente, ha recibido cinco cursos de capacitación, realizados en mayo de 1995, y del 29 al 31 de junio del mismo año; del 4 al 15 de mayo de 1996; del 30 de octubre al 4 de noviembre de 1998 y otra más en 1999, sin que precisara la fecha en que se celebró. Por ello, afirmó que dicho personal está suficientemente preparado para tratar como es debido a las personas que viven con VIH y realizar las actividades preventivas (evidencia 3). En el presente documento se han expuesto las violaciones de los derechos humanos a los internos; muchas de ellas son originadas por el desconocimiento que personal de las áreas técnicas y de vigilancia y custodia tiene acerca de los principios y protocolos sobre el tratamiento del VIH y sobre todo de la Norma Oficial Mexicana que hay al respecto. En el caso de FCI se observa con claridad que la causa principal del inadecuado tratamiento que se le brindó, dependió de una insuficiente capacitación para atender a las personas que manifiestan un cuadro psicossomático. Asimismo, se aprecia que se ha violado en forma sistemática el derecho a la confidencialidad. Como corolario de todo este conjunto de problemas predomina una escasa capacitación y criterios institucionales que no son compartidos y respetados por los funcionarios de los centros. Si bien los resultados de los cursos de capacitación no pueden ser evaluados de forma cualitativa, al no contar con indicadores adecuados que lo permitan, es evidente que hace falta mayor conocimiento referente al VIH/sida y, sobre todo, al trato que debe darse a las personas recluidas que viven con VIH/sida.

El director de la Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud hizo del conocimiento de este organismo, mediante las actas de verificación sanitaria que adjuntó su escrito del 6 de abril de 2000, que el área médica del CRS se encontraba en mal estado de higiene y que el material infecto-contagioso (agujas y jeringas) se depositaba en recipientes comunes. También refirió la carencia de organigramas y manuales para el manejo de estos residuos, servicios de lavandería, esterilización, limpieza y desinfección de áreas de trabajo, control ambiental de quirófano y mantenimiento de equipo (evidencias 8 y 9). Dichas condiciones son por demás peligrosas para el personal que ahí labora, ya que tanto éstas como los procesos de organización que se emplean son un asunto prioritario para la seguridad del referido personal. El descuido en esta área origina condiciones de riesgo que pueden provocar el contagio tanto de las personas que manipulan los materiales biológico-infecciosos como de cualquier persona que acuda al área médica.

La carta internacional sobre el VIH y sida antes citada, advierte:

26. El respeto del derecho a la vida y del derecho al más alto grado posible de salud impone a los Estados y autoridades sanitarias la obligación de garantizar la prevención de la transmisión del VIH u otras infecciones en las instalaciones sanitarias. Las autoridades sanitarias y los empleadores públicos y privados en el ramo de la atención de la salud tienen que asegurarse de que todos los trabajadores sanitarios conozcan debidamente las precauciones que han de tomar para evitar la transmisión de la infección y los procedimientos de esterilización.

Caso III. Un interno del CRS se suicidó. Creía que vivía con VIH, ya que en 1996 se le informó un resultado positivo. Se encontraba en el dormitorio 2, asignado a personas con "enfermedades especiales", diabéticas y las que viven con VIH (queja 2716/98/III)



En la evidencia 1, el doctor José de Jesús Lara Lara, coordinador médico del CRS, señaló que VJNR vivía con VIH, pues en 1996 le practicó una prueba y el médico "supuso" que el resultado de ésta le había sido informado en su oportunidad al interno. Incluso mencionó que por su enfermedad era una persona depresiva y que se le proporcionaba atención psicológica. No obstante, resalta que el occiso aún no presentaba manifestaciones clínicas de la enfermedad. Este organismo encontró que su expediente clínico sólo contenía una prueba presuntiva para la detección del VIH con resultado positivo, y en ésta se indicaba que era necesaria una nueva muestra para su confirmación (evidencia 1). Al respecto, la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH señala en el numeral 4.4.1 que "se considera como persona infectada por el VIH o seropositivo aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo pacientes asintomáticos que nieguen factores de riesgo". Con la prueba que se le practicó al ahora occiso no podía determinarse que vivía con VIH, ya que hacía falta otra prueba presuntiva y una confirmatoria, por lo cual se incumplió con la citada norma.

Es responsabilidad del coordinador médico supervisar que se brinde la atención adecuada a cuantos lo requieran, en la calidad y cantidad necesarias, por lo que el doctor José de Jesús Lara Lara incurrió en este caso en una grave negligencia médica, pues aunque aún no laboraba en el centro al practicársele la prueba al interno que se suicidó, incumplió con sus obligaciones al obviar, ya como funcionario, la revisión del expediente clínico de VJNR a fin de que se le practicaran las pruebas restantes para confirmar la infección por VIH, lo que provocó que se le considerara portador del VIH sin que esto estuviera confirmado. Su conducta contraviene las obligaciones que prescribe la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, en particular el artículo 61, fracción I.

VJNR vivió con la idea de ser portador del VIH. Fue segregado, estigmatizado, afectado en su dignidad, honorabilidad y calidad de vida; expuesto al sufrimiento por una enfermedad que tal vez no padecía, lo cual provocó probablemente su estado de depresión e incluso, quizá, la decisión de privarse de su existencia.

Sin embargo, si bien no se comprobó que fuera portador de VIH, existe negligencia imputable al personal médico del CRS al dejar de practicar los exámenes. Al respecto, personal de este organismo, al revisar el expediente clínico, constató que no existían constancias que acreditaran que a VJNR se le daba tratamiento médico.

Asimismo, resalta que VJNR se encontraba en el dormitorio 2 del CRS, que se utiliza para personas que viven con VIH, diabéticas y con "enfermedades especiales" (evidencias 1, 4 y 6), lo que demuestra que se trataba al ahora occiso como una persona portadora de ese virus, y que incluso era marginado y estigmatizado por una infección que no estaba debidamente confirmada.

Llama la atención que el director interino del CRS, Guillermo Montoya Salazar, precisó que los criterios para la ubicación de los internos es de acuerdo con su edad, nivel cultural, origen, tipo de delito y su reincidencia; sin embargo, admitió que el dormitorio 2 se utiliza para personas privadas de su libertad con "conductas especiales" (evidencia 4), que en realidad se usa para personas con alguna enfermedad, lo que demuestra que la posición de este grupo no se apega a los criterios institucionales de ubicación.

Con base en las pruebas 8 y 9 del caso II (queja 2263/98/III), concernientes a las visitas de verificación que realizó personal de la Región Sanitaria X, se desprende que en el dormitorio 2A hay aguas negras acumuladas e inadecuadas condiciones sanitarias, en tanto que el dormitorio 2B se encuentra en un estado insalubre, al igual que las celdas y baños, donde predominan el hacinamiento y la promiscuidad. Estas condiciones fueron advertidas por personal de la Región Sanitaria XI en la visita de inspección que realizó en marzo de 1999. En la visita se conminó a la autoridad penitenciaria para que mejorara estas condiciones; no obstante, en la verificación que realizó el 30 de junio de 1999, apreció que el estado del dormitorio persistía. Situación que denota

la falta de disposición de la autoridad penitenciaria para mejorar los dormitorios y la calidad de vida de los internos.

La persona privada de su libertad, si así lo considera conveniente, tiene derecho a que se le ubique en la zona de la población que requiere cuidados especiales. Esto, el mismo interno debe decidirlo de acuerdo con sus necesidades de cuidado y previo consejo del médico que lo atiende, pero por ningún motivo puede ser determinado unilateralmente por las autoridades penitenciarias. Asimismo, los lugares para las personas que viven con VIH en los centros de reclusión deben ser por completo higiénicos, con personal capacitado para atender las contingencias y con una adecuada y constante supervisión de las áreas técnicas.

Con relación a la segregación de la que fue objeto VJNR, la Declaración de Derechos y Humanidad sobre los Principios Fundamentales de los Derechos Humanos, la Ética y la Humanidad Aplicables en el Contexto del VIH y el Sida señala:

Artículo 33: No supone ningún beneficio para la salud pública el aislar a una persona de la que se crea tiene el VIH o el Sida simplemente por razón de la infección con VIH, puesto que este virus no puede transmitirse mediante el contacto casual o por vía respiratoria. Además, la discriminación y estigmatización de personas con VIH y Sida o de personas consideradas como expuestas a la infección plantea amenazas de salud y el bienestar públicos. El temor de la discriminación y la estigmatización puede hacer que quienes saben que están infectados y quienes piensan que pueden estarlo tomen medidas para evitar el contacto con autoridades sanitarias y otras autoridades públicas. A consecuencia de ello podría resultar difícil llegar a las personas más necesitadas de información, formación y asesoramiento, dificultando así los esfuerzos para impedir la propagación del VIH.

Artículo 34: Las medidas coercitivas como el aislamiento por razón de la sospecha de infección con VIH o de infección real no sólo violan los derechos de las personas directamente interesadas, sino que también son contrarias a la obligación de los Estados de proteger la salud pública.

Por otra parte, hubo una clara violación del derecho a la confidencialidad de VJNR, ya que en el resultado de la prueba que se le practicó para la detección del VIH aparece su nombre completo, por lo que no se respetó la intimidad en el manejo de la información (evidencia 2).

Otro eslabón en la cadena de irregularidades en este caso, es el relativo a la autopsia del cadáver de VJNR, ya que José de Jesús Lara Lara, coordinador médico del CRS, advirtió al personal del Servicio Médico Forense que a VJNR se le había detectado VIH, a pesar de que no tenía la certeza de su padecimiento (evidencia 5, incisos ii y iii). En consecuencia, el subdirector del Semefo solicitó al Procurador General de Justicia la dispensa de la autopsia, y ésta se autorizó, decisión que fue cuestionada por este organismo. El doctor Macedonio Tamez Guajardo, entonces director del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, justificó el incumplimiento de ésta, basado en el supuesto alto contagio que representa y porque, según él, la causa de su muerte fue obvia, pues era portador de VIH (evidencias 5, inciso iii y 7).

La posible infección por VIH de una persona no justificaba soslayar la responsabilidad de la práctica de autopsia. Más absurdo resulta esto en el caso específico de VJNR, quien no murió por la enfermedad que creía padecer, sino que es muy posible que ese mismo pensamiento obsesivo lo haya orillado al suicidio. La autoridad forense debió tomar nota de tal circunstancia y determinar si su muerte fue por esta causa o consumada por otra persona.

No puede negarse que el VIH puede contagiarse; sin embargo, el personal del Servicio Médico Forense está obligado a tomar las precauciones que establece la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH, pues aunque se tuvo conocimiento de la posible enfermedad de VJNR, no puede esgrimirse ésta como pretexto para evitar la autopsia, ya que la

mayoría de éstas son practicadas sin saber con anticipación si los cadáveres están o no infectados de VIH, de ahí que sean desacertadas las aseveraciones del entonces Director del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses. El criterio manifestado por él revela un desconocimiento sobre las formas de contagio del VIH y las prácticas universales de protección, lo que puede poner en riesgo al personal que labora en la institución, si en la práctica se emplean criterios superficiales y poco serios. Es necesario tomar las medidas convenientes y reconocer los problemas que implica el manejo del VIH. Los doctores de cualquier institución, deben en todo momento realizar su trabajo bajo las condiciones y prácticas de seguridad óptimas, en el entendido que cualquier persona que revisen u operen puede o no vivir con VIH. Este riesgo debe asumirse de manera responsable, a fin de evitar que actitudes infundadas e inconsistentes, provoquen situaciones de parálisis, temor e indiferencia.

Caso IV. Interno del CRS que vive con VIH y no se le proporcionaba el medicamento necesario (queja 145/99/III)

Con motivo del requerimiento que hizo personal de este organismo, la licenciada Natasha Bidault Mniszek, ex directora del CRS, señaló que a Francisco García Briseño se le proporcionaba tratamiento médico mediante "antifímicos inicial, Ciproflo, Melox y cimetidina; mientras que a MES se le surtía Ketoconazol, Videx, Azt, Ciprofloxeino y tms/smx" (evidencia 1). Sin embargo, en entrevista que sostuvo personal de este organismo con MES, éste informó que no había recibido el medicamento que necesitaba, pues lo que le daban era sobre todo vitaminas (evidencia 2). Asimismo, en las mismas constancias se aprecia que a Francisco García Briseño se le surtió Etambutol y a MES le recetaron Bactrin, Imodium, vitaminas e Isoniacida (evidencias 4 y 5). La mayoría de dichos medicamentos no son los que la licenciada Natasha Bidault había señalado en su respectivo informe. En el caso de MES, ninguna de estas medicinas inhibe el desarrollo del VIH, es decir, no le proporcionaron los antirretrovirales que necesita, por lo que la funcionaria pública fue omisa además de incongruente entre lo que informó a esta Comisión y lo que dicen los internos.

A MES se le dio el tratamiento antirretroviral cuando el licenciado Salazar Mariscal, director general de Prevención y Readaptación Social, aceptó las medidas precautorias que interpuso este organismo, pero en el dictamen médico se advierte que su expediente clínico carece de un adecuado seguimiento, ya que no contiene los exámenes de control de su inmunodeficiencia, como la citometría de flujo para linfocitos CD4 y CD8 (estado de su sistema de defensa) ni se determina la carga viral (VIH en su cuerpo). Éstos deben practicarse cada seis meses a fin de identificar el avance de la enfermedad y determinar la eficacia del tratamiento.

El medicamento que requería MES no se le suministraba con la debida regularidad, en especial los antirretrovirales. No se le ha dado el seguimiento oportuno a su enfermedad, lo que perjudica seriamente su calidad de vida y su estado de salud, ya que si la aplicación de dicho medicamento se interrumpe, el VIH es capaz de modificar su estructura, por lo que el fármaco pierde su efectividad.

La Carta de las Obligaciones de Respetar los Derechos Humanos y los Principios Éticos y Humanitarios al Abordar las Dimensiones Sanitarias, Sociales y Económicas del VIH y el Sida, advierte la responsabilidad de los Estados de ofrecer a la población un tratamiento adecuado, de acuerdo con el numeral 53 que:

En el párrafo 2 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados Partes se comprometen a garantizar "la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad". En el marco del VIH y del Sida, ello requiere que todas las personas que necesiten tratamiento, como consecuencia del VIH o del Sida o por cualquier otra causa, tengan acceso al tratamiento médico disponible y otros medios de atención de la salud, independientemente de su estado en relación con el VIH. El respeto de la autonomía individual exige que las personas infectadas por el VIH y el

Sida tengan libertad para decidir a qué tratamientos se someten y escoger otras terapias en los casos en que existan.

Aunque la enfermedad que padece Francisco García Briseño es distinta a la que se refiere la presente recomendación, ya que tiene tuberculosis, coincide con el caso de MES en la omisión en que incurrió la autoridad al no proporcionarle íntegros los medicamentos que describió la Directora del CRS en su informe inicial. Además, según el dictamen del personal médico de este organismo, en el expediente hay notorias deficiencias, ya que sólo se encontraron resultados de basiloscopías negativas para tuberculosis, sin notas médicas que expliquen la forma en que se hizo el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y no se precisan los antifímicos que se le están proporcionado (evidencia 8).

Cabe resaltar que según las copias del expediente clínico de MES y Francisco García Briseño (evidencia 1), ambos se encuentran en el dormitorio 1, situación por demás inapropiada, ya que la tuberculosis que padece el último se considera una de las infecciones oportunistas que dañan seriamente la salud de las personas que viven con VIH. La convivencia entre estas dos personas puede provocar que MES tenga un periodo de vida más corto y que se contagie de esta enfermedad. Asimismo, confirma la falta de medidas preventivas y de organización para que las personas que viven con la enfermedad no contraigan fácilmente otras infecciones. La localización de Francisco García Briseño y MES en este dormitorio puede demostrar que su ubicación no atiende a la necesidad de que se les den cuidados especiales, sino a actos de estigmatización de la autoridad y de la población penitenciaria hacia ellos.

La autoridad penitenciaria debe buscar, en todo momento, lo más benéfico para las personas que se encuentran a su disposición, ofrecer información adecuada para las que viven con VIH o cualquier otra enfermedad y procurar que su estadía no merme su salud. Esta obligación no implica someter unilateralmente a un interno a un determinado espacio, sino que debe realizarse con la participación del propio interno y del médico que lo trate.

El caso de MES denota una falta de interés de parte de las autoridades penitenciarias para atender debidamente a las personas que viven con VIH. Debe entenderse que en su situación de extrema vulnerabilidad necesitan cuidados especiales, por lo que debe evitarse que su reclusión propicie condiciones de segregación y que afecte considerablemente su salud.

## Recapitulación

El desarrollo armónico e integral del hombre es la piedra de fundación de las sociedades, y es la sociedad en su acepción amplia, la que crea el Estado, que tiene como fin primordial, en el ámbito jurídico, reconocer y garantizar los derechos de todos los individuos y propiciar que se cumplan los deberes propios del intercambio civilizado. En su aspecto material, el Estado está ligado de manera muy estrecha con el sano desarrollo de mujeres y hombres, mediante la satisfacción de sus necesidades básicas. Una de las más importantes es la seguridad pública.

El sistema de privación de la libertad se estableció para quienes han transgredido los cánones jurídicos y, mediante actos fuera de la ley, han roto el pacto social existente. Ese acuerdo básico de convivencia que se resume en "no hacerle a otro lo que no se querría en contra propia", tiene como fin esencial la aplicación de una sanción proporcional a los actos que se realizaron en agravio de la sociedad, mas esto no implica someter a quienes han infringido el orden al aislamiento y al olvido social, a degradarlos en lugares infrahumanos y a ser sujetos a un maltrato institucional y sistemático. Debe entonces ser una oportunidad de reivindicación del individuo consigo y con la sociedad.

Un procedimiento judicial desemboca en la privación de la libertad, cuando se determina la culpabilidad de una persona en la consumación de actos delictivos, pero su corolario no es en sí un

castigo físico, ni un acto de venganza. Es el convencimiento de que la reclusión es justa en relación con el acto que se cometió, por lo que en el lugar donde se cumpla esta pena deben existir los elementos humanitarios que exige un régimen constitucional de garantías, para que la sanción sea justa, proporcional, cierta y digna.

Es obligación del Estado garantizar que a todas las personas, sin distinción de clase, raza, sexo, religión o modalidad jurídica, se les respete el ejercicio de sus derechos fundamentales y se asegure la satisfacción de sus necesidades básicas. En el caso de las personas sujetas a prisión, si bien se les restringe su libertad, dicha condición por ningún motivo limita que ejerzan plenamente los demás derechos individuales y sociales que son inherentes a todos los seres humanos. No obstante, su reclusión impide que por ellos mismos satisfagan sus necesidades esenciales. Un interno no puede elegir el servicio médico, la educación y el trabajo deseados, sino que depende de la autoridad pública para que ésta los proporcione y respete y proteja sus derechos fundamentales.

Cuando el Estado, de acuerdo con el conjunto de bienes materiales, éticos y jurídicos que lo componen, decide crear espacios para confinar a quienes delinquen, también debe asumir la obligación de mantener en éstos los servicios y la estructura apropiada para preservar las prerrogativas de las personas que ahí se encuentran y evitar que la reclusión propicie condiciones inhumanas. En el momento en que la autoridad ejecutora restringe estos derechos o no los satisface adecuadamente, atenta contra el fin de la reclusión e incurre en abuso de poder, lo que provoca que la sanción constituya una pena trascendental que degrada y vulnera la vida de estas personas y los valores de la sociedad.

El artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece con claridad que "todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece".

La autoridad penitenciaria viola en perjuicio de las personas privadas de su libertad, y en especial de aquellas supuestamente portadoras del VIH, el derecho a la igualdad y al trato digno; a la no discriminación; a un adecuado servicio médico y a la protección de su salud, y se advierte un indebido ejercicio de la función pública.

Respecto de la violación al derecho de igualdad y trato digno, de las quejas 2263/98/III y 2716/98/III se observa que a VJNR se le trataba como una persona que vivía con VIH, y en la misma situación se encuentran las 18 personas que reportó el licenciado Javier Ignacio Salazar Mariscal. No obstante, con base en las constancias que recabó este organismo se comprobó que a pesar de que la elaboración de los exámenes confirmatorios es gratuita, a ninguno se le practicaron estas pruebas para certificar que viven con la enfermedad.

VJNR murió pensando que era portador de una terrible enfermedad que posiblemente no padecía. Como él, es posible que 18 personas más vivan con la misma creencia, ya que son tratados institucionalmente como personas infectadas por el VIH, discriminadas y estigmatizadas debido a la actitud negligente de la autoridad penitenciaria.

Asimismo, este organismo evidenció que VJNR habitaba en el dormitorio 2, junto con personas diabéticas, de la tercera edad y con VIH. En las actas de verificación que en diversas ocasiones levantó personal de la Región Sanitaria de la Secretaría de Salud se apreció que dicho lugar carece de las mínimas condiciones de higiene y salubridad.

La existencia de un dormitorio para las personas que viven con alguna enfermedad, como la del VIH, provoca actitudes de rechazo y estigmatización, ya que son separados de los demás por sus condiciones físicas. Si bien estos grupos de internos requieren un trato especial en cuanto a atención médica, alimenticia y psicológica, ello de ninguna manera debe ser causa de

discriminación, que agrava su vulnerabilidad, menoscaba su salud física y mental y propicia la práctica de penas trascendentales infligidas a dichas personas.

Su condición de vulnerabilidad induce erróneamente a ejercer sobre ellos una mayor discriminación. Quienes viven con VIH dentro de las prisiones, son segregados en primer término por su situación jurídica. En segundo, son estigmatizados por las autoridades y la misma población interna por su estado de salud, lo que agrava sus condiciones.

Una población dividida entre enfermos y sanos entorpece los esfuerzos de las políticas penitenciarias y fomenta la intolerancia hacia quienes en forma equivocada, dejan de ser vistos como personas y se vuelven la representación de una enfermedad. En tal sentido, el derecho a la igualdad, al trato digno y a la no discriminación se fundamenta en los siguientes instrumentos nacionales e internacionales, no sin aclarar que todos los que han sido aprobados por el titular del Ejecutivo Federal y ratificados por el Senado, en virtud del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, son obligatorios para toda la Unión, una vez que se publicaron en el Diario Oficial de la Federación.

Las Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH, que entró en vigor tras su publicación en el Diario Oficial de la Federación el 18 de julio de 1994, señala en el numeral 6.3:

"Toda detección del VIH/sida se registrará por los siguientes criterios:

[...]

6.3.2 No se utilizará para fines ajenos a los de la protección de la salud sin menoscabo de la orden judicial, la cual deberá acatarse en todo momento."

La Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, mediante resolución 217 A (III) el 10 de diciembre de 1948, es un instrumento del orden declarativo en México, pero vinculante en el Estado de Jalisco en razón del artículo 4° de la constitución local, al reconocer como derechos de los habitantes de Jalisco los que ella contiene. Señala en su artículo 1°:

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, mediante resolución XXX, el 2 de mayo de 1948, en su artículo 2, señala:

Todas las personas son iguales ante la Ley y tienen los derechos y deberes consagrados en esta declaración sin distinción de raza, sexo, idioma, credo ni alguna otra.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, ratificada por México el 24 de marzo de 1981 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de mayo de 1981, prescribe en el artículo 1°:

Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivo de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), del anterior artículo, ha sustentado el siguiente criterio jurisprudencial:

164. El artículo 1.1 es fundamental para determinar si una violación de los derechos humanos reconocidos por la Convención puede ser atribuida a un Estado Parte. En efecto, dicho artículo pone a cargo de los Estados Partes los deberes fundamentales de respeto y de garantía, de tal modo que todo menoscabo a los derechos humanos reconocidos en la Convención que pueda ser atribuido, según las reglas del derecho internacional, a la acción u omisión de cualquier autoridad pública, constituye un hecho imputable al Estado que compromete su responsabilidad en los términos previstos por la misma Convención.

166. La segunda obligación de los Estados Partes es la de "garantizar" el libre y pleno ejercicio de los derechos reconocidos en la Convención a toda persona sujeta a su jurisdicción. Esta obligación implica el deber de los Estados Partes de organizar todo el aparato gubernamental y, en general, todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público, de manera tal que sean capaces de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos. Como consecuencia de esta obligación los Estados deben prevenir, investigar y sancionar toda violación de los derechos reconocidos por la Convención y procurar, además, el restablecimiento, si es posible, del derecho conculcado y, en su caso, la reparación de los daños producidos por la violación de los derechos humanos.

167. La obligación de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos no se agota con la existencia de un orden normativo dirigido a hacer posible el cumplimiento de esta obligación, sino que comporta la necesidad de una conducta gubernamental que asegure la existencia, en la realidad, de una eficaz garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos humanos.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ratificado por México el 24 de marzo de 1981 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo del mismo año, que prescribe en el numeral 2.1:

Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, adoptadas el 30 de agosto de 1955 en el Primer Congreso de la Organización de las Naciones Unidas sobre el Tratamiento del Delincuente, en Ginebra, y aprobadas por el Consejo Económico y Social el 31 de julio de 1957 y el 13 de mayo de 1977, válidas como fuente de derecho para los Estados miembros por los principios éticos universales que contienen, especifican en el ordenamiento 6.1:

Las reglas que siguen deben de ser aplicadas imparcialmente. No se deben hacer diferencias de trato fundadas en prejuicios, principalmente de raza, color, sexo, lengua, religión, opinión pública o cualquier otra opinión, de origen nacional o social, fortuna, nacimiento u otra situación cualquiera.

Los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos, adoptados en el Octavo congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en La Habana, Cuba, el 14 de diciembre de 1990, y que de acuerdo con la Carta de las Naciones Unidas, constituye una fuente de derecho para los Estados miembros, refiere en el precepto 2:

No existirá discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión pública o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otros factores.

Asimismo, la Declaración de Derechos y Humanidad Sobre los Principios Fundamentales de los Derechos Humanos, la Ética y la Humanidad, aplicables en el contexto del VIH y sida señala:

Artículo 4: El respeto del derecho a la vida entraña también respeto del derecho de las personas a vivir con dignidad, independientemente de su estado de salud. Esto requiere reconocer que las personas con mala salud o incapacidad tienen derecho a participar en la sociedad, que a su vez necesita que se le facilite un medio ambiente favorable que permita a las personas con mala salud "vivir positivamente" y desarrollar todas las posibilidades y su creatividad.

[...]

Artículo 8: Todas las personas que padecen una enfermedad o incapacidad, incluidas las personas con VIH y Sida, tienen derecho al disfrute de sus derechos humanos y libertades fundamentales sin ninguna restricción injustificada.

[...]

Artículo 28. La protección de la salud y el bienestar públicos es una obligación de los Estados, pero al determinar sus leyes, políticas y prácticas, los Estados y los políticos deben de respetar sus derechos y las libertades individuales. En particular, nunca se justifica la discriminación arbitraria contra cualesquiera personas o grupos de la sociedad de manera que se les deniegue el disfrute de sus derechos fundamentales.

También la Carta de las Obligaciones de Respetar los Derechos Humanos y los Principios Éticos y Humanitarios al Abordar las Dimensiones Sanitarias, Sociales y Económicas del VIH y el Sida, expone:

35. El derecho de todas las personas privadas de su libertad a ser tratadas humanamente, como lo confirma el artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, exige que los reclusos y otras personas privadas de su libertad no sean sometidas a prácticas discriminatorias en relación con el VIH y el Sida. En particular, no deben ser sometidas a pruebas involuntarias, segregación o aislamiento, a menos que ello sea estrictamente necesario a fin de asegurar su propio bienestar o el de los demás.

Con respecto a la violación del derecho a la protección de la salud y a un adecuado servicio médico, en las quejas 2263/98/III, 2716/98/III y 145/98/III se comprobó la insuficiencia de medicamentos para la debida atención de las personas que viven con VIH.

Es importante señalar que un gran porcentaje de personas que se encuentran en libertad y viven con el virus no pueden obtener estos medicamentos, debido principalmente a su situación económica y a que los antirretrovirales no están previstos en el cuadro básico de medicinas de la Secretaría de Salud para que su dotación sea gratuita y abundante. La calidad de vida de estas personas está supeditada a las donaciones que obtengan organismos públicos como el Coesida u organizaciones civiles, para que se les proporcione el medicamento. Lamentablemente, su escasez provoca que muchos no se beneficien de éstos.

Para este organismo son una preocupación constante las condiciones de mujeres, hombres y niños que viven agobiados por la enfermedad del VIH y subsisten sin una adecuada protección médica.

La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco insta a los actores gubernamentales para que encuentren soluciones a este problema, cuiden a los enfermos y aborden sus dimensiones económicas y sociales, a fin de evitar que miles de seres humanos estén excluidos de una urgente y digna atención médica.



Vivir con VIH representa un problema de salud para todos los habitantes de la tierra; no excluye a grupos sociales, ni distingue entre raza, sexo, idioma, preferencia sexual o posición económica. Debe recordarse que las enfermedades forman parte de la historia de la humanidad. Son un ente desconocido que causa dolor y para el que algunas veces no es posible encontrar la medicina. El conocimiento acerca del VIH/sida debe tender hacia la solidaridad y abatir el cerco de la intolerancia que se alimenta de ignorar sus causas.

En el caso de las personas a quienes el Estado priva de su libertad, argumentar falta de presupuesto para proporcionarles medicamentos antirretrovirales, es tanto como aceptar que en la escala de valores de la humanidad se concede mayor importancia al dinero que a la vida.

Es obligación de la Secretaría de Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social dar dichos medicamentos, ya que de ella depende la administración de los centros de reclusión del estado de Jalisco y la atención de las personas que ahí se encuentran. Debe atenderse a las víctimas del VIH en forma oportuna y adecuada, ya que es bien sabido que la falta de los medicamentos antirretrovirales causa dolor y un nivel de vida precario, y transforma la privación de la libertad en una pena trascendental e inhumana, como en el caso de VJNR.

De acuerdo con el artículo 4° constitucional, dependencias y entidades como la Secretaría de Salud Jalisco comparten la responsabilidad de dotar a la población de medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades, incluido el VIH/sida, por lo que en el caso de los internos, dicha Secretaría debe asumir su obligación respecto de las personas que viven con VIH. En ese sentido es necesario referirse a la tesis que determinó el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en su Semanario Judicial de la Federación, en el tomo XI de su gaceta de marzo de 2000, tesis P. XIX/2000, página 112, que a continuación se cita:

Salud. El derecho a su protección, que como garantía individual consagra el artículo 4° Constitucional, comprende la recepción de medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades y su suministro por las dependencias y entidades que prestan los servicios respectivos.

La Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud que consagra el artículo 4o., párrafo cuarto, de la Carta Magna, establece en sus artículos 2°, 23, 24, fracción I; 27, fracciones III y VIII; 28, 29 y 33, fracción II, que el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga las necesidades de la población; que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; que los servicios de salud se clasifican en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social; que son servicios básicos de salud, entre otros, los consistentes en: a) la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, definiéndose a las actividades curativas como aquellas que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y b) la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud para cuyo efecto habrá un cuadro básico de insumos del sector salud. Deriva de lo anterior, que se encuentra reconocido en la Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud, el que tal garantía comprende la recepción de los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad, como parte integrante del servicio básico de salud consistente en la atención médica, que en su actividad curativa significa el proporcionar un tratamiento oportuno al enfermo, lo que incluye, desde luego, la aplicación de los medicamentos básicos correspondientes conforme al cuadro básico de insumos del sector salud, sin que obste a lo anterior el que los medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención por parte del sector salud, pues éstas son cuestiones ajenas al derecho del individuo de recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de su enfermedad, como parte integrante del derecho a la protección de la salud que se encuentra consagrado como garantía individual, y del deber de proporcionarlos por parte de las dependencias y entidades que prestan los servicios respectivos.

De tal modo, el derecho a una debida protección a la salud de las personas que viven con VIH en los centros de reclusión no se limita exclusivamente a la dotación del medicamento. La inadecuada consejería y apoyo psicológico para entregar el resultado de la prueba a FCI; la falta de exámenes confirmatorios para la detección del VIH, de citometría de flujo para linfocitos CD4 y CD8 (estado de su sistema de defensa) y para la determinación de la carga viral en los casos de VJNR y MES; la violación del derecho a la confidencialidad que se observa en las quejas 2136/98/III, 2263/98/III y 2716/98/III; la falta de programas efectivos, el inoportuno trato psicológico y psiquiátrico, así como el inapropiado manejo de los expedientes clínicos, evidencian que la autoridad penitenciaria ha incurrido en violaciones sumamente graves a este derecho.

Es necesario advertir que la lamentable muerte de FCI y quizá la de VJNR estaban íntimamente relacionadas con un aspecto de salud mental. Los artículos 30, fracción VI, y 72, de la Ley General de Salud, señalan que ésta es considerada materia de salubridad general, y que la prevención de los padecimientos tiene carácter prioritario, que se basará en el conocimiento de los factores que la afectan, las causas de las alteraciones de la conducta y los métodos de prevención y control de las enfermedades.

Este organismo emitió el 28 de mayo de 1999 la recomendación 4/99, respecto a la violación del derecho social a la protección de la salud. En ésta se precisa que Miguel Ángel Hernández Moreno, quien se encontraba interno en el RPG, se suicidó y al parecer sufría un padecimiento mental. De tal modo, se solicitó capacitar a los miembros de Vigilancia y Custodia sobre aspectos preventivos de salud mental y que se elaborara un programa general para la atención de los problemas de salud mental y otro para cada uno de los centros. En respuesta, el secretario de Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social, Daniel Guillermo Ituarte Reynaud, informó que se estaba llevando a cabo un programa con tales características y que se realizaban determinadas acciones de capacitación para ese fin. Sin embargo, el 16 de diciembre de 1999, el Director de Quejas y Orientación de esta Comisión, determinó el incumplimiento de las anteriores proposiciones, ya que de las investigaciones que se realizaron en el núcleo penitenciario el 2 y el 14 de diciembre de 1999, se asentó el desconocimiento de los directores de dos de los centros acerca de que se tuviera en marcha algún programa general de prevención y atención a los problemas de salud mental.

El Estado debe ceñirse a la legalidad y obrar en consecuencia. El derecho a la protección de la salud física y mental de estas personas no debe supeditarse a la sinrazón y al desconocimiento de la autoridad penitenciaria, ni a argumentos presupuestarios. Perdida la libertad, al preso sólo le queda poner su salud y futuro en manos de la autoridad facultada para su cuidado; esto supone creer en el profesionalismo del médico que lo atiende, en la preparación del custodio que lo protege y en la sensibilidad del director que toma decisiones institucionales.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4º, establece:

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.

La Ley General de Salud, en su artículo 2, fracciones I y V, señala que la finalidad del derecho a la protección de la salud es el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, así como el disfrute de servicios de salud que satisfagan con eficiencia y oportunidad las necesidades de la población. Asimismo, el artículo 51 define:

Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

La Declaración Universal de Derechos Humanos prescribe en el numeral 25.1 que:

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

Su correlativo 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, señala en el artículo 11:

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales...

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por México el 23 de marzo de 1981 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo del mismo año, regula en el numeral 12.1:

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.

Asimismo, señala que entre las medidas que deben adoptar los Estados para asegurar la plena efectividad de este derecho debe estar "la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad".

Los Principios de Ética Médica aplicables a la Función del Personal de Salud, especialmente los Médicos, en la Protección de Personas Presas y Detenidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, adoptados el 18 de diciembre de 1982 por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, señala en su primer principio:

El personal de salud, especialmente los médicos, encargados de la atención médica de personas presas o detenidas tienen el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas.

La Declaración de Derechos y Humanidad sobre los Principios Fundamentales de los Derechos Humanos, la Ética y la Humanidad Aplicables en el Contexto del Virus del VIH y el Sida, refiere en el artículo 3°:

El respeto de la vida y del derecho al más alto nivel alcanzable de salud física y mental impone a todos los Estados la obligación de proteger la salud pública, incluida la provisión de información apropiada, educación y apoyo que permita a las personas desarrollar y mantener un estilo de vida sano y proteger a otros de la infección.

Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, ya citadas, en el numeral 25.1 imponen al personal médico las siguientes obligaciones:

Velar por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención.

Asimismo, la Carta de las Obligaciones de Respetar los Derechos Humanos y los Principios Éticos y Humanitarios al Abordar las Dimensiones Sanitarias, Sociales y Económicas del VIH y el Sida, precisa en el numeral 52:

Los documentos internacionales de derechos humanos confirman el derecho de todos a un nivel de vida adecuado, incluidos alimentación, vestido y vivienda, y al disfrute del más alto grado posible de salud física y mental. Así pues, los Estados tienen que garantizar a todos los sectores de la población la igualdad de acceso a la atención de la salud y servicios sociales disponibles. Ello requiere que las personas infectadas por el VIH y el sida no sean sometidas a discriminación en el acceso a la atención de la salud, servicios sociales y otros recursos de la sociedad esenciales para la salud y el bienestar.

En cuanto a las medidas preventivas, el Programa de Detección, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de VIH/Sida, que emplea la Digpres, centra la mayor parte de sus objetivos y metas en la importancia que tienen éstas en la lucha contra esta enfermedad. No obstante, en la queja 2263/98/III se evidenció la interrupción de estas acciones, lo que revela una falta de continuidad ante situaciones circunstanciales. Por ejemplo, el cambio en el nivel de dirección del RPG provocó que se paralizara el trabajo del equipo interdisciplinario del centro.

Este organismo destaca la importancia de la prevención para evitar que se propague el VIH. Esta consiste en adquirir la información oportuna y precisa sobre la enfermedad; conocer las medidas para reducir al mínimo los riesgos de contagio y emplearlas en la vida cotidiana, medidas que son aún más necesarias en lugares en los que la propia autoridad considera que existe un alto riesgo de contagio. El programa antes mencionado señala:

... en el ámbito penitenciario debemos de considerar que tales lugares son factores co-directos en la adquisición de la infección del VIH. En primer término, la gran mayoría de personas que ingresan a tal lugar, provienen de familias desintegradas, dispersas, disfuncionales; de bajo nivel socioeconómico y cultural con antecedentes de adhesión a grupos para y/o antisociales, con inmadurez emocional y psicosexual, alto índice de farmacodependencia, problemas ante figuras de autoridad, gran falta de confianza en sí mismos, etc... En segundo término, la gran mayoría de estas personas son abandonadas por su pareja y/o familiares, incrementando aún más su baja estima. La falta de afecto y la condición social marginal previa a la reclusión y las condiciones propias del ambiente penitenciario son detonadores de alta potencialidad para conducir a la persona a recurrir en prácticas y conductas consideradas de alto riesgo para la adquisición de la enfermedad.

Si bien este organismo no solo no comparte las conjeturas y calificativos generalizados de la autoridad penitenciaria hacia las personas privadas de su libertad, sino que la conmina a superar su visión estigmatizante y discriminatoria, es evidente que los mismos centros de reclusión propician que la infección por VIH se propague con mayor facilidad, debido a medidas tales como el uso compartido de jeringas y agujas para marcar tatuajes, el hacinamiento y las instalaciones insalubres. De ahí resalta la importancia de intensificar las acciones preventivas en estos lugares.

Las medidas aplicadas hasta el momento en los centros de reclusión de Puente Grande representan un relativo progreso para combatir la pandemia del sida en los centros de reclusión; sin embargo, es claro que éstas no han sido suficientes. El material preventivo fue irrisorio para las más de cinco mil personas que ahí se encuentran; por ejemplo, la dotación de condones. Las conferencias por las cuales se informa a los internos acerca de la enfermedad, son poco significativas.

Basta estudiar los efectos negativos que tiene una inadecuada prevención en los reclusorios del estado, para reconocer que es menos costoso emprender una campaña intensiva y eficaz de prevención que atender a un número cada vez mayor de internos enfermos, lo cual implicaría un altísimo gasto presupuestario.

Un programa referente al VIH/sida, por más completo que parezca en teoría, es insuficiente si no existe un compromiso institucional y compartido por todos los servidores públicos para cumplir con los objetivos y actividades de difusión, campañas de información, talleres, cursos de capacitación y

distribución de material preventivo. Es indispensable establecer directrices para el tratamiento del VIH/sida en los centros de reclusión, mediante un proceso de inducción y, sobre todo, reconocer la importancia de estas acciones.

El programa de la Digpres sí establece un diagnóstico sobre la problemática que representa la enfermedad en los centros de reclusión, pero no incluye acciones específicas de prevención, como la cantidad de cursos de capacitación anuales y de las personas que los recibirán y vigilar la calidad de su contenido, su frecuencia y cómo habrá de repartirse el material preventivo. Asimismo, es omiso en precisar de qué manera serán evaluados los resultados del programa.

Las medidas preventivas deben ser aplicadas con toda objetividad. Su implantación corresponde al derecho de todos los internos a una adecuada protección de la salud, por lo que no representa una facultad discrecional de la autoridad penitenciaria.

La mencionada Carta de las Obligaciones sobre el VIH y el Sida, advierte:

4. A falta de curación del Sida, la prevención de la propagación del VIH forma parte vital de la obligación de los Estados de proteger la salud pública y el derecho de la vida. Esta obligación exige que los Estados, por ejemplo, garanticen un suministro de sangre no contaminada, ofrezcan capacitación y equipo que permitan las debidas precauciones para evitar la infección en las instalaciones sanitarias, difundir información pública e impartir enseñanza sobre el VIH y el Sida, y brindar apoyo suficiente y apropiado a todos los sectores de la sociedad para cambiar las conductas que constituyan prácticas peligrosas.

5. Los programas de prevención deben basarse en el respeto de los derechos humanos y la dignidad y el reconocimiento de que las personas son capaces de actuar responsablemente en lo que respecta a su propia salud y la de los demás. Tales programas deben encaminarse a animar a las personas a adoptar voluntariamente los cambios de conducta necesarios para proteger la salud. Las estrategias y programas que se basan en la coerción hieren la dignidad humana y violan el principio del respeto de la autonomía individual. Además, la experiencia indica que tales políticas coercitivas son contraproducentes desde el punto de vista de la salud pública.

Si se toman como referentes la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los documentos internacionales que aluden al tema, las cárceles de nuestro estado dejan mucho que desear, pero esta Comisión Estatal de Derechos Humanos reconoce que en esta administración se han dado avances significativos en aras de su mejora. Sin embargo, el surgimiento de casos en los que cientos de internos pueden estar condenados a posible contagio del VIH debido a la carencia de medidas preventivas, debe ser razón suficiente para invertir recursos y voluntades en evitarlo.

La Secretaría de Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social debe asumir su responsabilidad en la ejecución de los programas preventivos; en el entendido de que su inadecuada operación atenta contra los derechos humanos de los internos y afecta su salud y calidad de vida.

Los actos que realiza la autoridad para la atención de las personas que viven con VIH deben estar ilustrados con el conocimiento suficiente para no poner en riesgo la integridad física de los receptores. La capacitación debe ser mucho más estricta para el personal que labora en el complejo penitenciario de Puente Grande. Los cursos de capacitación no deben limitarse sólo a los aspectos básicos sobre la enfermedad, sino que implican el cuidado y trato de las personas que viven con VIH. Sobre todo en los aspectos preventivos y en la identificación y control de crisis que se manifiesten en la población. Tampoco basta documentar técnicamente al personal sobre el VIH/sida, pues, como se ha demostrado en la presente recomendación, los elementos de vigilancia y custodia son clave en el manejo de esta cuestión, por lo que necesitan recibir también información esencial para atender a quienes viven con estas manifestaciones clínicas.

En ese sentido, el Coesida tiene un papel primordial. Si bien es limitado en sus recursos humanos y económicos, ello no impide que se establezcan mecanismos de coordinación entre la Digpres y el Coesida para evaluar los resultados de los cursos de capacitación y determinar sus objetivos prioritarios.

En ese sentido, la Carta de las Obligaciones de Respetar los Derechos Humanos y los Principios Éticos y Humanitarios al Abordar las Dimensiones Sanitarias, Sociales y Económicas del VIH y el Sida, indica en el numeral 60:

Las autoridades públicas y los empleadores privados en la esfera de la atención de la salud y el bienestar social deben asegurarse de que su personal esté plenamente informado y formado respecto de la obligación de respetar los derechos humanos y los principios de ética médica y secreto profesional de la realización de su trabajo.

Como se ha señalado, las violaciones de los derechos humanos de las personas privadas de su libertad que viven con VIH, constituyen una pena trascendental. Ésta no es exclusiva de actos materialmente ejecutados por algún servidor público, sino también por propiciar condiciones que dañan de forma paulatina la salud física y mental de las personas a través de omisión, negligencia o insensibilidad en el ejercicio de sus funciones.

Tratar a las personas privadas de su libertad como portadores del VIH sin haberles practicado antes los estudios médicos de rigor que lo sustenten; brindar un inadecuado servicio médico y psicológico; negar los medicamentos para inhibir el desarrollo del virus y aplicar de forma insuficiente las medidas preventivas para combatir la enfermedad, son omisiones que lesionan la calidad de vida de las personas privadas de su libertad y constituyen en consecuencia una pena trascendente. El artículo 22 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos prohíbe las penas corporales inusitadas y trascendentes, al señalar:

Quedan prohibidas las penas de mutilación y de infamia, la marca, los azotes, los palos, el tormento de cualquier especie, la multa excesiva, la confiscación de bienes y cualesquiera otras penas inusitadas y trascendentales.

En consecuencia, cualquier pena que afecte la integridad física y mental de una persona constituye un abuso de autoridad y una transgresión a las garantías individuales. Los servidores públicos de los centros de reclusión vulneran el orden jurídico cuando dejan que sean favorecidas las condiciones de insalubridad.

La postura de Javier Ignacio Salazar Mariscal, director general de Prevención y Readaptación Social al considerar a estas personas como portadoras del VIH, sin la debida certeza de que lo sean; la falta de profesionalismo del doctor José de Jesús Lara Lara, coordinador médico del CRS al no revisar el expediente clínico de VJNR (ahora occiso) y no brindarle la atención médica oportuna; así como la impericia de la doctora Ana Elizabeth Ahedo Alfaro, doctora adscrita al área médica del RPG, para tratar a FCI, son una vejación inferida en contra de los internos y un ejercicio indebido en la prestación de un servicio que tienen obligación de realizar.

Al respecto, el artículo 19 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos refiere en el último párrafo:

... Todo maltrato en la aprehensión o en las prisiones, toda molestia que se infiera sin motivo legal; toda gabela o contribución, en las cárceles, son abusos que serán corregidos por las leyes y reprimidos por las autoridades.

Asimismo, el artículo 146 del Código Penal para el Estado de Jalisco señala:

Comete el delito de abuso de autoridad todo servidor público, sea cual fuere su categoría, que incurra en alguno de los casos siguientes:

I. [...]

II. Cuando en el ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, hiciere violencia a una persona, sin causa legítima o la vejare;

III. Cuando indebidamente, retarde o niegue a los particulares la protección o servicio que tenga obligación de prestarles, o impida la presentación o el curso de una solicitud;

IV. Cuando ejecute, autorice o permita cualquier acto atentatorio a los derechos garantizados por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y por la del Estado...

En diversos instrumentos internacionales los Estados partes firmantes se han pronunciado de forma enérgica por que se respete la integridad física y mental de todos los individuos, incluidos los derechos de los reclusos.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, de la cual México forma parte y que el gobierno de Jalisco está obligado a cumplir, de acuerdo con el artículo 4 de la Constitución Política del Estado, establece:

Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 5. Nadie será sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos señala:

Artículo 3. El régimen penitenciario consistirá en un tratamiento cuya finalidad esencial será la reforma y la readaptación social de los penados...

Artículo 7. Nadie será sometido a torturas ni penas o tratos crueles inhumanos o degradantes...

Artículo 10.1. Toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a su dignidad inherente al ser humano.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos establece en el artículo 5° el derecho a la integridad personal, y precisa:

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

2. Nadie debe ser sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de su libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

3. La pena no puede trascender de la persona del delincuente.

[...]

6. Las penas privativas de libertad tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos interpretó el artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos mediante la siguiente jurisprudencia:

60. En los términos del artículo 5.2 de la Convención, toda persona privada de la libertad tiene derecho a vivir en condiciones de detención compatibles con su dignidad personal, y el Estado debe garantizarle el derecho a la vida y a la integridad personal. En consecuencia, el Estado, como responsable de los establecimientos de detención, es el garante de estos derechos de los detenidos.

La Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, que ratificó México el 23 de enero de 1987 y entró en vigor el 26 de junio del mismo año, señala en el artículo 16.1:

Todo Estado Parte se comprometerá a prohibir en cualquier territorio bajo su jurisdicción otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y que no lleguen a ser tortura tal como se define en el artículo 1, cuando esos actos sean cometidos por un funcionario público u otra persona que actúe en el ejercicio de funciones oficiales, o por instigación o con el consentimiento o la aquiescencia de tal funcionario o persona. Se aplicarán, en particular, las obligaciones enunciadas en los artículos 10, 11, 12 y 13, sustituyendo las referencias a la tortura por referencias a otras formas de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos señala en el numeral 57:

La prisión y las demás medidas cuyo efecto es separar a un delincuente del mundo exterior son aflictivas por el hecho mismo de que despojan al individuo de su derecho a disponer de su persona al privarle de su libertad. Por lo tanto, a reserva de las medidas de separación justificadas o del mantenimiento de la disciplina, el sistema penitenciario no debe agravar los sufrimientos inherentes a tal situación.

Asimismo, en el artículo 58 se menciona:

El fin y la justificación de las penas y medidas privativas de libertad son, en definitiva, proteger a la sociedad, del crimen. Sólo se alcanzará este fin si se aprovecha el periodo de privación de libertad para lograr, en lo posible, que el delincuente una vez liberado no solamente quiera respetar la ley y proveer a sus necesidades, sino también que sea capaz de hacerlo.

La Declaración sobre la Protección de todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes adoptada por la Asamblea General de la ONU el 9 de diciembre de 1975, en el artículo 2°, señala:

Todo acto de tortura u otro trato o pena cruel, inhumano o degradante constituye una ofensa a la dignidad humana y será condenado como violación de los propósitos de la Carta de las Naciones Unidas y de los Derechos Humanos y libertades fundamentales proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos refieren en el numeral 1°:

Todos los reclusos serán tratados con el respeto que merecen su dignidad y valor inherentes de seres humanos.

La conducta que adoptan los servidores públicos de los centros de reclusión para atender a las personas que se encuentran privadas de su libertad es además de una responsabilidad institucional, una de carácter individual. No justifica las omisiones el argumento de que se actúa de



acuerdo con los lineamientos institucionales. El doctor que conoce e intenta mitigar el sufrimiento de una persona que vive con VIH no puede cerrar los ojos ante el precario tratamiento médico. El director de un reclusorio no puede ser indiferente y argumentar que existen insuficiencias presupuestarias.

Cabe citar lo que la Carta de las Obligaciones de Respetar los Derechos Humanos y los Principios Éticos y Humanitarios al Abordar las Dimensiones Sanitarias, Sociales y Económicas del VIH y el Sida, dice al respecto:

61. Los profesionales de la salud y la protección social, al igual que otros profesionales, están obligados por la deontología profesional a respetar la dignidad y la autonomía individual de sus pacientes o clientes. También comparten la responsabilidad de todas las personas y organizaciones de respetar los derechos humanos de todos sin discriminación. Estas obligaciones exigen que todos los individuos e instituciones que se dedican a la prestación de servicios de atención médica y de protección social respeten los derechos humanos de las personas con VIH o sida y eviten cualquier forma de discriminación contra ellas al prestar la atención o los servicios.

El Gobierno del Estado tiene que definir su postura respecto del VIH/sida en los centros de reclusión, con base en dos opciones: dar atención correcta a las personas privadas de su libertad mediante el medicamento y el tratamiento debidos, en lugares higiénicos, seguros y con personal especializado, sin que se les estigmatice, o declararse incapaz de hacerlo, debido a la falta de recursos económicos y concederles su libertad inmediata una vez que se haya asegurado que son portadores del virus. Con relación a esta segunda posibilidad, la Carta internacional sobre el VIH/ y el sida, antes citada, prescribe:

56. En el contexto de la atención de la salud de los reclusos, las autoridades correspondientes deben considerar la posibilidad de permitir la puesta en libertad de los reclusos que estén muriendo como consecuencia del sida, de manera que puedan morir en libertad y con dignidad.

Quienes han caído en la delincuencia deben recibir una condena acorde con la gravedad de sus delitos y en su caso ser reclusos, pero sus culpas no mitigan la responsabilidad gubernamental de hacerse cargo de ellos en condiciones humanas y bajo un régimen de garantías.

La propagación del VIH es motivo de preocupación en todo el mundo. Reflejo de ello fue la XIII Conferencia Internacional sobre el Sida en Durban, Sudáfrica, que se celebró del 9 al 14 de julio del año actual. En ésta participaron alrededor de 10 mil personas, entre ellas, científicos, representantes de organizaciones no gubernamentales, representantes de diversos gobiernos y estudiantes, quienes se dieron cita para discutir sobre el VIH. También la reciente reunión en Japón del grupo G8, con los jefes de Estado y de gobierno de los países más desarrollados económicamente, suscribió compromisos para destinar recursos públicos a la adquisición y abaratamiento de los medicamentos antirretrovirales, y al parecer, varios laboratorios han comenzado a bajar sus precios. La comunidad internacional, está consciente de que se requieren programas preventivos eficaces contra la transmisión del VIH; de la creciente necesidad de brindar cuidado y apoyo a las personas que viven con esta enfermedad y de que la vía idónea para combatirla es la defensa de los derechos humanos, ha creado documentos en los que las naciones se comprometen a respetar y proteger estos derechos. El Ejecutivo del estado de Jalisco debe asumir los retos y compromisos planteados por la legislación internacional, declaraciones y documentos que abordan este asunto. Más aún cuando el artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el 4° de la Constitución Política del Estado de Jalisco establecen el deber jurídico de todo servidor público de salvaguardar los derechos humanos que consagran los instrumentos internacionales:

Artículo 133. [de la Constitución federal] Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán Ley Suprema de

toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes locales.

Artículo 4°. [de la Constitución local] Toda persona, por el solo hecho de encontrarse en el territorio del Estado de Jalisco, gozará de los derechos que establece esta Constitución, siendo obligación fundamental de las autoridades salvaguardar su cumplimiento. Se reconocen como derechos de los individuos que se encuentren en el territorio del estado de Jalisco, los que se enuncian en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea de las Naciones Unidas y en los tratados, convenciones o acuerdos internacionales que el Gobierno Federal haya firmado o de los que celebre o forme parte.

Cabe transcribir el criterio de jurisprudencia que el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en su Semanario Judicial de la Federación, en el tomo X de su gaceta de noviembre de 1999, tesis P. LXXVII, página 46, ha sustentado respecto de la ubicación jerárquica de los tratados internacionales:

Tratados internacionales. Se ubican jerárquicamente por encima de las leyes federales y en un segundo plano respecto de la Constitución Federal.

Persistentemente en la doctrina se ha formulado la interrogante respecto a la jerarquía de normas en nuestro derecho. Existe unanimidad respecto de que la Constitución Federal es la norma fundamental y que aunque en principio la expresión "... serán la Ley Suprema de toda la Unión..." parece indicar que no sólo la Carta Magna es la suprema, la objeción es superada por el hecho de que las leyes deben emanar de la Constitución y ser aprobadas por un órgano constituido, como lo es el Congreso de la Unión y de que los tratados deben estar de acuerdo con la Ley Fundamental, lo que claramente indica que sólo la Constitución es la Ley Suprema. El problema respecto a la jerarquía de las demás normas del sistema ha encontrado en la jurisprudencia y en la doctrina distintas soluciones, entre las que destacan: supremacía del derecho federal frente al local y misma jerarquía de los dos, en sus variantes lisa y llana, y con la existencia de "leyes constitucionales", y la de que será ley suprema la que sea calificada de constitucional. No obstante, esta Suprema Corte de Justicia considera que los tratados internacionales se encuentran en un segundo plano inmediatamente debajo de la Ley Fundamental y por encima del derecho federal y el local. Esta interpretación del artículo 133 constitucional, deriva de que estos compromisos internacionales son asumidos por el Estado mexicano en su conjunto y comprometen a todas sus autoridades frente a la comunidad internacional; por ello se explica que el Constituyente haya facultado al presidente de la República a suscribir los tratados internacionales en su calidad de jefe de Estado y, de la misma manera, el Senado interviene como representante de la voluntad de las entidades federativas y, por medio de su ratificación, obliga a sus autoridades. Otro aspecto importante para considerar esta jerarquía de los tratados es la relativa a que en esta materia no existe limitación competencial entre la Federación y las entidades federativas, esto es, no se toma en cuenta la competencia federal o local del contenido del tratado, sino que por mandato expreso del propio artículo 133 el presidente de la República y el Senado pueden obligar al Estado mexicano en cualquier materia, independientemente de que para otros efectos ésta sea competencia de las entidades federativas. Como consecuencia de lo anterior, la interpretación del artículo 133 lleva a considerar en un tercer lugar al derecho federal y al local en una misma jerarquía en virtud de lo dispuesto en el artículo 124 de la Ley Fundamental, el cual ordena que: "Las facultades que no están expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados.". No se pierde de vista que en su anterior conformación, este Máximo Tribunal había adoptado una posición diversa en la tesis P. C/92, publicada en la gaceta del Semanario Judicial de la Federación, número 60, correspondiente a diciembre de 1992, página 27, de rubro: "LEYES FEDERALES Y TRATADOS INTERNACIONALES. TIENEN LA MISMA JERARQUÍA NORMATIVA."; sin embargo, este Tribunal Pleno considera oportuno abandonar tal criterio y asumir el que considera la jerarquía superior de los tratados incluso frente al derecho federal.

Este compromiso se encuentra implícito en las acciones que deben realizarse en los centros de reclusión, no sólo los del complejo penitenciario de Puente Grande, sino en los demás lugares de internamiento del estado, como en la Granja Juvenil de Readaptación Social, Centro de Observación de Menores Infractores, Centro Preventivo de Menores Infractores de Puerto Vallarta y en todas las cárceles municipales. Asimismo, estas acciones deberán realizarse en los reclusorios que con posterioridad se inauguren, como el de Ciudad Guzmán y el de Puerto Vallarta, y los Centros Integrales de Justicia Regional de Tequila, Chapala, Autlán, Tepatitlán, Ameca y Lagos de Moreno.

Debe quedar manifiesto que la situación de las personas privadas de su libertad que viven con VIH; las acciones insuficientes de prevención y las condiciones para el alojamiento de aquéllas en el CRS, habían sido denunciadas con anterioridad por este organismo, por lo que eran conocidas por la autoridad penitenciaria. El 23 de octubre de 1997, la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco dirigió la recomendación 3A/97 al entonces subsecretario de Seguridad Pública, Protección Civil, Prevención y Readaptación Social, capitán Miguel Mario Anguiano Aguilar, debido, entre otras cosas, a las condiciones físicas en que se encontraba el CRS, la carencia de medicamento general, la restricción de la visita familiar e íntima, la dilación en el trámite para otorgar los beneficios de libertad anticipada, la falta de actividades laborales y la falta de acciones preventivas y de diagnóstico ante la infección por VIH. En el capítulo de análisis de pruebas y observaciones, se dijo: "Se llega a la conclusión de que la demanda planteada por los presos es procedente, dado que de no atenderse el problema infectoinmunológico que se denuncia, éste adquiriría dimensiones difíciles de controlar, sin dejar de mencionar que en la visita de inspección practicada por personal de este organismo, se encontró que algunos de los internos ubicados en el dormitorio cero al parecer padecen sida, sin que se les hayan practicado los exámenes correspondientes; asimismo, se constató que en el dormitorio 2 bis hay otros cinco internos que viven con sida y que carecen de los medicamentos necesarios. Ante esto, es procedente recomendar a las autoridades responsables que se organice una campaña intensiva, permanente, voluntaria, gratuita y absolutamente confidencial para detectar, a través de la práctica de exámenes, a los portadores del VIH; así como aquellos que ya padecen los síntomas del sida y para que se tomen las medidas que los casos requieran para uno y otro estado de padecimiento; se solicita además la intervención de las autoridades de salud competentes para que participen en la referida campaña". Es evidente que en el punto de atención a quienes viven con VIH/sida, esa recomendación dista mucho de estar cumplida.

Ahora, este organismo confía en que el titular del Ejecutivo del estado ordene adoptar las medidas pertinentes para frenar de inmediato estas acciones contrarias a los valores fundamentales del ser humano, y sobre todo, que se establezca y lleve a cabo un programa para la prevención, control y tratamiento de las personas que viven con VIH en los centros de reclusión.

Una sociedad justa requiere que todas las personas y organizaciones respeten los derechos y la dignidad y observen aquellos principios de humanidad que reflejan los valores universales. Estos deben guiar la respuesta de las autoridades, sociedades y organizaciones al infortunio y sufrimiento de otros. El aislamiento social y la denegación de la oportunidad de vivir con plenitud no sólo viola los derechos de las personas que viven con VIH/sida, sino que niega a su sociedad y a la humanidad en general la esperanza para lograr un mundo más justo y más armónico.

Por lo expuesto, con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º y 10 de la Constitución del Estado de Jalisco; 66, 73 y 88 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos; y 90 y 91 de su Reglamento Interior, se formulan las siguientes:

### III. PROPOSICIONES

#### Recomendaciones

Al gobernador constitucional del estado de Jalisco, ingeniero Alberto Cárdenas Jiménez, para que instruya al secretario de Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social, Daniel Guillermo Ituarte Reynaud, así como para que vigile el cumplimiento de las siguientes proposiciones:

Primera. Que se elabore y ejecute un programa de detección, prevención y tratamiento del VIH/sida en los centros de reclusión e internamiento del estado de Jalisco: Centro de Readaptación Social, Reclusorio Preventivo de Guadalajara, Centro de Readaptación Femenil, Centro de Observación de Conductas Especiales, Granja Juvenil de Readaptación Social y Centro de Observación para Menores Infractores; así como en las cárceles municipales existentes, los reclusorios que próximamente se abrirán en Ciudad Guzmán y Puerto Vallarta y los Centros Integrales de Justicia Regional de Tequila, Chapala, Autlán, Tepatitlán, Ameca y Lagos de Moreno. Dicho programa deberá establecer, mediante una planeación estratégica, objetivos e indicadores generales, específicos, de gestión y de servicio; metas, procesos y acciones concretas con plazos para realizarlas, su propósito y contenido. Asimismo, que se defina un mecanismo de evaluación de dicho programa en atención a criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.

Segunda. Que se realice lo antes posible en estos centros una campaña intensiva de difusión y promoción de los aspectos preventivos que aminoran la propagación del VIH. Asimismo, se garantice mediante una partida presupuestaria determinada la dotación de material preventivo suficiente, a fin de procurar que las actividades de riesgo lo sean en el menor grado posible.

Tercera. Que se establezca una coordinación entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social, para que se garantice la dotación completa y permanente del medicamento antirretroviral y de las medicinas contra las infecciones oportunistas, para todas las personas que viven con VIH en los centros de reclusión e internamiento del estado, y sean suministrado de inmediato.

Cuarta. Que se habilite un lugar en el complejo penitenciario de Puente Grande en condiciones óptimas de higiene y salubridad, y con el personal especializado, para que puedan ocuparlo y ser atendidas como es debido las personas privadas de su libertad que viven con VIH, previo consentimiento de éstas y con el consejo del médico que las atiende, y se prohíba el uso de dormitorios o lugares de confinamiento en los centros de reclusión e internamiento del estado que tengan como fin la segregación y estigmatización de las personas que viven con esta enfermedad.

Quinta. Que se realicen de inmediato los exámenes presuntivos y confirmatorios para la detección del VIH a las personas a las que se les haya practicado la primera prueba, para que, sea cual fuere el resultado, se determine con certeza el estado de salud de estas personas. Asimismo, que se invite mediante la referida campaña de difusión a que los demás internos se practiquen dichos exámenes.

Sexta. Que se elabore y se ponga en marcha un programa para la atención de los problemas de salud mental en los centros de reclusión e internamiento del estado que describa acciones preventivas y el diagnóstico temprano de la enfermedad, en el que colabore la propia población penitenciaria para descubrir a tiempo a quienes presenten estados depresivos. Dicho programa deberá establecer, mediante una planeación estratégica, objetivos e indicadores generales, específicos, de gestión y de servicio; metas, procesos y acciones concretas con una metodología que establezca plazos para realizarlas; propósito y contenido, así como la forma de evaluación con base en criterios de eficiencia, eficacia y efectividad de dicho programa.

Al secretario de Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social del Estado, Daniel Guillermo Ituarte Reynaud:

Séptima. Que se practiquen los exámenes de control de la enfermedad, a las personas que viven con el virus, como son la citometría de flujo para linfocitos CD4 y CD8 (estado de su sistema de

defensa), así como la determinación de la carga del virus de inmunodeficiencia humana en su cuerpo, los cuales deben practicarse cada seis meses a fin de observar el avance de la enfermedad y determinar la eficacia que el tratamiento proporciona.

Octava. Que cuando se haya realizado el programa, se instituya una comisión de evaluación y seguimiento de éste, que incluya a miembros de la sociedad civil y de organismos no gubernamentales preocupados por los problemas que representa el VIH; a personal del Coesida Jalisco y a un representante de esta Comisión Estatal de Derechos Humanos, a fin de que se valore la efectividad de las acciones para cumplir el referido programa.

Novena. Que se identifique a las personas privadas de su libertad que se administran droga por vía intravenosa y se evite el uso compartido de jeringas; asimismo, que se incluya a estas personas, previo su consentimiento, en un programa de control de adicciones, a fin de disminuir el riesgo de contagio.

Décima. Que se agilicen los trámites para conceder la libertad absoluta de las personas que viven con VIH, con base en los criterios que establece el decreto 11192 y de acuerdo con los demás beneficios de prelibertad. Asimismo, que se establezcan lineamientos institucionales que determinen el procedimiento que debe seguir la autoridad penitenciaria para gestionar con rapidez y eficiencia, según el decreto 11192, la libertad de los internos que padecen una enfermedad incurable y llevan un nivel de vida precario, como es el caso de los que viven con VIH en etapa avanzada.

Undécima. Que se guarden los expedientes clínicos de las personas que viven con VIH en un lugar que reúna condiciones de alta seguridad, con acceso restringido al personal médico tratante de estas personas, a fin de asegurarles el derecho a la confidencialidad.

Duodécima. Que se lleven a cabo talleres y cursos de capacitación sobre el VIH a los servidores públicos adscritos a la Digpres, en los que se detallen los derechos humanos de las personas enfermas, las características del virus, las posibles medidas preventivas y el trato que debe dárseles. Asimismo, que se impartan cursos y talleres, en especial al personal de psicología, psiquiatría y medicina, sobre el trato que debe darse a las personas que se van o a quienes se les practican los exámenes para la detección del VIH y para las que viven con el virus; cómo ayudar a las personas con crisis depresivas; enfermedades psicopatológicas y aspectos preventivos de salud mental que permitan la detección oportuna, con el fin de evitar más pérdidas humanas. Estos talleres y cursos deberán respaldarse después mediante exámenes semestrales teórico-prácticos, a fin de valorar el desempeño y los conocimientos adquiridos. Lo anterior, con apoyo del Coesida, Jalisco.

Decimotercera. Que se habiliten las áreas médicas de los centros de reclusión para el depósito de material infecto-contagioso, y éstas reúnan las condiciones óptimas de higiene y limpieza con organigramas y manuales para el manejo de los residuos, servicios de lavandería, esterilización, limpieza y desinfección de áreas de trabajo, control ambiental de quirófano y mantenimiento de equipo.

Decimocuarta. Que se establezcan procedimientos y flujogramas de control y organización respecto de las pruebas para la detección del VIH, la intervención de las áreas de psiquiatría o psicología en el tratamiento de las personas que se practican las pruebas, así como para que se les garantice el derecho a la confidencialidad de la información.

Decimoquinta. Que se garantice que las áreas de medicina, psicología y psiquiatría de todos los centros de internamiento y reclusión atiendan de forma adecuada, profesional y continua a las personas privadas de su libertad que viven con VIH y en su caso se incremente la plantilla de personal para cumplir con tal propósito.

Decimosexta. Que se inicie y concluya el procedimiento administrativo correspondiente, para investigar y determinar la responsabilidad del director general de Prevención y Readaptación Social, licenciado Javier Ignacio Salazar Mariscal, por no haber instruido para que se realizaran los exámenes confirmatorios a quienes se les practicó el primer examen presuntivo para la detección del VIH, mediante el argumento de que los mismos son costosos, lo que provoca que se trate institucionalmente a los internos como personas que viven con VIH.

Decimoséptima. Que se inicie y concluya el procedimiento administrativo correspondiente, para investigar y determinar la responsabilidad del coordinador médico del CRS, doctor José de Jesús Lara, por no haberle brindado la atención médica debida al ahora occiso VJNR.

Al secretario de Salud del estado, doctor Cristóbal Ruiz Gaytán López:

Decimooctava. Que se agilice la entrega de los resultados de las pruebas para la detección del VIH de las personas que se encuentran privadas de su libertad, centros de reclusión e internamiento del estado de Jalisco para evitar que su demora provoque situaciones de angustia y depresión en estas personas.

Decimonovena. Que se garantice que los resultados de las pruebas para la detección del VIH se entreguen en los centros de reclusión en sobre cerrado y con una clave que sustituya el nombre de la persona que se las practicó.

Vigésima. Que por medio de la Región Sanitaria XI de la Secretaría de Salud se vigile estrictamente el manejo de los expedientes clínicos mediante revisiones mensuales aleatorias, para obtener las constancias del manejo médico que se le brinda a los pacientes y se tenga una adecuada organización de los expedientes, y para que haya una revisión constante de las áreas médicas de los centros de reclusión.

Al procurador general de Justicia del estado de Jalisco, licenciado Gerardo Octavio Solís Gómez, se le solicita que ordene a quien corresponda para que inicie la averiguación previa, integre y, en su caso consigne a la médica adscrita al Centro de Readaptación Social, Ana Elizabeth Ahedo Alfaro, por su probable responsabilidad en la comisión del delito de abuso de autoridad en agravio de FCI.

Las observaciones expuestas pretenden iluminar una zona de la existencia humana proclive a la desesperanza. Contienen instrumentos que pueden ayudar a comprender el concepto de justicia, que no es sólo la aplicación del castigo

proporcional a una falta, sino la ayuda solidaria de humanos encargados de impartirla entre humanos, para ayudarnos en el inacabado proyecto que somos todos y que sólo en los otros se completa.

Esta recomendación tiene el carácter de pública, de conformidad con los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 10, fracción II, de la Constitución Política del Estado de Jalisco, por lo que este organismo podrá darla a conocer de inmediato a los medios de comunicación, según lo establecen los artículos 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y 91 de su Reglamento. Su propósito es señalar las conductas irregulares de los servidores públicos en ejercicio de sus funciones y sensibilizar tanto a la autoridad como a la sociedad civil en el contexto en el que se encuentran las personas privadas de su libertad, en especial las que viven con VIH, con el firme anhelo de que se apliquen las sanciones necesarias, se subsanen los errores y agravios y se realicen acciones para modificar esta realidad.

Con fundamento en los artículos 72, 76, 77, 78 y 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco y 104 de su Reglamento Interior, se les solicita a las autoridades a las que se

hacen estas recomendaciones que en diez días, contados a partir de que surta efecto la presente notificación, informen a este organismo si la presente recomendación es o no aceptada. En caso afirmativo, en los siguientes quince días remitan las constancias que acrediten su ejecución. El plazo podrá extenderse, siempre y cuando existan signos evidentes del inicio del cumplimiento de las recomendaciones y de la intención efectiva de llevarlas a término. Este organismo puede hacer públicos tanto la negativa como el incumplimiento respectivo.

"2000, año de la cultura de paz. Hagámosla posible"

María Guadalupe Morfín Otero

Presidenta

ccp Licenciado Gerardo Octavio Solís Gómez, procurador general de Justicia del Estado

de Jalisco, a fin de que inicie la averiguación previa solicitada en la página 78.

ccp Doctora Patricia Isabel Campos López, secretaria técnica del Coesida