

## **Recomendación: 17/2016.**

**Expediente:** CODHEY 120/2014.

**Quejoso:** C. CRMB, P de la OOSJ de DAC.

**Agraviados:** Usuarios del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), dependiente de la Secretaría de Salud del Estado.

**Derechos Humanos Vulnerados:** Derecho a la Protección a la Salud de las Personas enfermas de VIH/SIDA o Seropositivos.

**Autoridad Responsable:** Servidores Públicos del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), dependiente de la Secretaría de Salud del Estado.

**Recomendación dirigida al:** C. Secretario de Salud del Estado.

Mérida, Yucatán, veintisiete de septiembre del año dos mil dieciséis.

Atento el estado que guarda el expediente **CODHEY 120/2014**, relativo a la queja interpuesta por el ciudadano **CRMB, P de la OOSJ de DAC**, en agravio de los **Usuarios del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)**, dependiente de la **Secretaría de Salud del Estado**, por hechos violatorios a derechos humanos atribuibles a Servidores Públicos de ese Centro Ambulatorio, dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Yucatán, y no habiendo diligencias pendientes por realizar, con fundamento en los artículos 85, 87, 88, 89, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán<sup>1</sup>, así como de los numerales 116 fracción I, 117 y 118 de su Reglamento Interno vigente, se procede a emitir resolución definitiva en el presente asunto, al tenor siguiente:

## COMPETENCIA

La competencia de esta Comisión está determinada en el artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Así, este Organismo forma parte del conjunto institucional del Estado mexicano de salvaguarda de los Derechos Humanos de los habitantes de esta Ciudad. Por lo anterior, le corresponde a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, establecer como resultado de su procedimiento de investigación de quejas, si existe violación de los derechos humanos y la responsabilidad por

---

<sup>1</sup> Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán reformada mediante el Decreto 152/2014 y publicada en el Diario Oficial el veintiocho de febrero del año dos mil catorce.

parte de las autoridades del Estado de Yucatán. Asimismo, le corresponde en exclusiva determinar los Derechos que han sido violados, así como interpretar los alcances y límites de sus propias facultades, conforme al principio de competencia de la competencia. Por tanto, la validez de la competencia de la CODHEY no está sujeta a la disposición e interpretación de los entes públicos, cuya conducta se encuentra bajo el examen de este Organismo.

Por lo que, con fundamento en el apartado B del artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en los artículos: 74 de la Constitución Política del Estado de Yucatán; numeral 7<sup>2</sup>, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado, vigente en la época de los hechos; 10, 11, 116, fracción I<sup>3</sup> y demás aplicables de su Reglamento Interno vigente, y de la resolución A/RES/48/134 de 20 de diciembre de 1993, de los denominados *Principios de París*<sup>4</sup>, este Organismo tiene competencia, por las razones que a continuación se mencionan.

En razón de la materia —*ratione materiae*—, ya que esta Comisión acreditó violaciones al derecho humano a la **Protección a la Salud de las Personas enfermas de VIH/ SIDA o Seropositivos**.

En razón de la persona —*ratione personae*— ya que las violaciones acreditadas son atribuibles a **Servidores Públicos del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención**

---

<sup>2</sup>El artículo 7 dispone que *la comisión tendrá competencia para conocer en todo el territorio del Estado de Yucatán, de oficio o a petición de parte, quejas por presuntas violaciones a los derechos humanos, por actos u omisiones de cualquier naturaleza imputables a las autoridades o servidores públicos. En los términos de esta ley, solo podrán admitirse o conocerse quejas o inconformidades contra actos u omisiones de autoridades judiciales estatales, cuando tengan carácter administrativo. La comisión por ningún motivo podrá examinar cuestiones jurisdiccionales de fondo.*

<sup>3</sup>De acuerdo con el artículo 10, *“Para los efectos del artículo 7 de la Ley, la Comisión tendrá competencia en todo el territorio del estado para conocer de las quejas relacionadas con presuntas violaciones a los derechos humanos, cuando éstas fueren imputadas a autoridades y servidores públicos de carácter estatal o de los municipios de la entidad, salvo de los actos del Poder Judicial del Estado, caso en el cual, sólo tendrá facultades para conocer de actos u omisiones que tengan el carácter de trámite administrativo.”* Asimismo, el artículo 11 establece: *“Para los efectos del artículo 7 y 10 fracción II de la Ley, se entiende por actos u omisiones de cualquier naturaleza imputables a autoridades o servidores públicos estatales o municipales, los que provengan de cualquier dependencia, institución u organismos de cualquiera de los poderes públicos del Estado, con la limitación establecida en el artículo 10 de este Reglamento o de cualquiera de los municipios del mismo, y en el caso de la administración pública estatal o municipal, sea que se trate de órganos de la administración centralizada, paraestatal o paramunicipal, y los organismos públicos autónomos estatales.”* Por su parte, el artículo 116, fracción I, señala: *“Los expedientes de queja que hubieren sido abiertos podrán ser concluidos por: I.- Haberse dictado la Recomendación correspondiente, quedando abierto el caso exclusivamente para los efectos del seguimiento de la Recomendación;...”*

<sup>4</sup>Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos (Principios de París), que establece como responsabilidad de los organismos nacionales de protección de derechos humanos la promoción y defensa de los derechos de las personas de acuerdo con el derecho internacional de la materia (Apartado A, punto 3, inciso b).

**del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), dependiente de la Secretaría de Salud del Estado.**

En razón del lugar —*ratione loci*—, porque los hechos ocurrieron en el Estado de Yucatán, y;

En razón de tiempo —*ratione temporis*—, en virtud de que los hechos violatorios de derechos humanos sucedieron con posterioridad a la fecha de creación de este Organismo, y se encuentran por lo tanto dentro del marco temporal que permite a los peticionarios presentar sus quejas ante esta Comisión.

## DESCRIPCIÓN DE HECHOS

**ÚNICO.- El doce de noviembre del año dos mil trece**, fue recibido en las oficinas de este Organismo Protector de los Derechos Humanos, el escrito de fecha once de noviembre del año dos mil trece, suscrito por el ciudadano **CRMB, P de la OOSJ de DAC** y por el **ciudadano JMCZ, r de la CNI en \*\*\*/\*\*\*\* en Y**, siendo que del contenido del mismo se observa lo siguiente: “... *Me refiero al escrito de fecha 4 de noviembre y que se hiciera pública como título denuncia Anti Corrupción y que diera resultado una serie de eventos públicos vinculados a ésta. Siendo O una Asociación de defensa de derechos humanos, además de que esta es aliada de AHF y tiene un convenio firmado con esta Asociación Internacional, la Secretaria de Salud y el CAPASITS así como el programa de VIH en el Estado y O está comprometido como contralora social y nos hacen un llamado público, damos contestación de acuerdo a los párrafos señalados, manifestamos lo siguiente: Consideraciones: A).- O participó en la respuesta al llamado del Dr. David Gaber Osorno para colaborar de acuerdo al convenio firmado con el programa, el CAPASITS para establecer la normatividad del CAPASITS y este fue presentado para su firma a la Secretaría de Salud en la administración anterior. B).- El Dr. David Gaber Osorno ha sido más de 17 años un excelente jefe de programa que nos consta que su plaza es como médico y nunca ha cobrado como jefe de programa y menos cobró doble cuando fue jefe de programa y director del CAPASITS, además de que muchas ONGS en el Estado lo hemos apoyado para poder llevar en conjunto esfuerzos para llevar a cabo su labor. C).- Que nunca ha tenido acceso a recursos económicos sino insumos y recursos que ha administrado cuando se los han otorgado. D).- Las plazas que se otorgan a través de AHF, son hechas por invitación e incluso en la cual hemos participado, las cuales hemos hecho públicas en nuestros talleres en la facultad de medicina, a través de amigos, pues uno de los principales requisitos que se pone en VIH/SIDA es que los doctores sean los que levanten la mano para trabajar y no empujados ni menos forzados para evitar una mala atención, aquí no importa si el que viene es amigo, pariente, ya que es eso de trabajar con personas que viven con VIH/SIDA lo que cubre el primer requisito, pues es una fundación e incluso la productividad es más elevada en las exigencias en una fundación que en la Secretaria de Salud, además de que debe pasar una serie de monitoreo y revisiones, además de cubrir un perfil, antes los candidatos*

debemos pasar un monitoreo por parte de las ONGS aliadas para saber si no han tenido problemas de derechos humanos, luego pasan una pruebas que realiza el área médica de AHF, luego un periodo de prueba y monitoreo de las ONGS aliadas, y de sus (sic) se agenda la capacitación y se da un primer contrato de un año, así sucesivamente para adjudicarse contratos más amplios. **E).**- La revisión de auscultación de un paciente puede variar, siendo esta primer vez de 45 minutos a una hora o hasta más, si así lo reuniera el paciente, además de que debe ser completa de los dedos de los pies hasta el cuero cabelludo de la cabeza, debido a que el VIH puede debilitar el sistema de defensa, puede aparecer en el inicio de sintomatologías muy variadas en el cuadro de SIDA hasta once padecimientos o enfermedades, por lo que hay que revisar todas las zonas del cuerpo y revisar si los ganglios de todas las zonas no están inflamados, cabeza, boca, buco faringe, hasta zonas genitales y rectales, en VIH/SIDA se debe hacer una revisión, pues nos puede dar como respuesta la búsqueda de síntomas o enfermedades que están en etapa temprana y ser tratadas oportunamente, además de esto es bajo una normatividad por lo que deber se hecha con un acompañamiento y no es obligatorio, debe estar en el paciente, permitir hacerle esta revisión, por lo que algunas personas por sus desconocimiento de esta normatividad que está fundamentada y perfectamente delineada en las guías de atención que se derivan de la NOM-010 pudieran tener ideas erróneas. **PRIMERO:** Como usuario, el albergue tiene presencia casi a diario en el CAPASITS y nos consta, tanto a nuestros huéspedes como a los voluntarios de O, la Calidad en la atención por parte de Dr. Carlos René Gonzales Alvares que (sic) goza de nuestra confianza y ahí aplicado oportunamente la normatividad vigente y aplicado con ética, las consultas e incluso las realiza cuando ve la urgencia que lo amerite, para reducir tiempos a los pacientes y evitar morbilidad en los pacientes, así como su búsqueda de soluciones que van más allá de lo establecido. Al referirse a consultas de amigos quizá se refiriese a las que le ha brindado a albergue para hacer transferencias a urgencia que están perfectamente establecidos en la normatividad, que puede él hacerlo en cuanto estén ocupados los médicos y si efectivamente los ha hecho a nosotros cuando los pacientes del albergue requieren ingresos de urgencias y el tiempo apremia para evitar la mortalidad de los pacientes y estoy seguro y nos consta, de que a cualquiera que se lo pida necesite lo daría pues su ética nos ha demostrado su gran sensibilidad a los pacientes con VIH/SIDA de dar lo que fuera para que se evite daños irreversibles. Por lo que en vez de criticarlos deberíamos premiarlo (sic). **SEGUNDA:** Nos parece que la forma de vestir de la secretaria no tiene nada que ver con su profesionalidad es por el contrario una discriminación esta crítica. **TERCERA:** EL Psicólogo Eduardo Cetina tiene un proyecto de FUNSALUD, que es otorgar un kit de condones con lubricantes, el cual van designado como recursos especiales directo a él por los recetores (sic) de estos proyectos en México y tiene que hacer una encuesta para tal efecto, su labor no le corresponde hacer de vigilante de uso fuera de su horario de trabajo, si se sabe quién o quienes hacen esto, se debe reportar el nombre de la persona, para que se le retire el otorgamiento de condones. **CUARTA:** Atraemos el inciso E de las consideraciones y rechazamos enérgicamente este párrafo, pues el Dr. González no anda pidiendo dar consultas, las hace para ayudar a reducir cargas de trabajo o cuando alguien no esta agendado o se lo piden de urgencia damos nuestra plena y amplia confianza al Dr. Carlos González Álvarez, cuando nosotros hemos llegado con algún paciente del

albergue con alguna urgencia y se requiere de hacer las transferencias y hay demasiada gente, el Dr. Carlos González negramente (sic) se ha dado por propia cuenta al hacer estas transferencias que lleva tiempo y se necesita una valoración, así como nos ha dado consultas cuando los doctores no se encuentran por razones de capacitación, comisión, etc., es la hora de cambio de turno, e incluso nos ha dado el teléfono personal tanto el Dr. González como el Dr. Santos y el Dr. Saulo sus teléfonos para reportar alguna emergencia y darnos orientación hasta fuera de sus horarios del CAPASITS, ésto habla de una profesionalización, ética y humanismo. **QUINTA:** Nos consta que el Dr. González invita a todos los pacientes que tiene contacto a que cualquier anomalía de cualquier personal de CAPASITS se manifieste y jamás su ética permitirá usar a los pacientes en contra de nadie lo que la hace es invitar a todos a denunciar, manifestar, reportar, o simplemente dialogar y pone abierta la dirección de CAPASITS. **SEXTA:** La contratación de la Dra. Karla Patricia Pacheco Sánchez le tocó también la investigación y el monitoreo a O, lo que se planeó desde el principio es que si la Dra. efectivamente es hermana del Dr. Ariel Pacheco que trabaja en la jurisdicción no. 1, se investigó que no tuviera ninguna relación laboral en el turno que se ofrecía ya que la plaza desempeñada cubre el horario matutino y vespertino, es decir, de 9 a 5, ella solicito la plaza por invitación, su perfil cubría excelente puesto tiene experiencia en el área de epidemiología en el Hospital General de Valladolid, preguntamos algunos, la investigación nos dio como resultado que es humanista, ética y profesional con su trabajo y el trato humano con los pacientes, el periodo de prueba ha dado buen resultado el monitoreo, ya que hemos hablado con ella ciertos detalles de dar atención a primera vez de rosas (sic) con dudas de infecciones de transmisión sexual, que sí donde tenía dudas si transferirlas a epidemiología hasta cuales puede generar sus recetas lo cual es normal para el periodo de adaptación, pero el monitoreo a los pacientes que hemos llevado ha sido la respuesta de muy bueno a excelente así que hemos dado nuestro aval a la aceptación de la plaza. **SÉPTIMA:** El enfermero Miguel Carrillo a un excelente enfermero que da mucho más de lo que se debe dar y es un ejemplo a seguir dentro del CAPASITS, es el único que sabe inyectar, el que hace su trabajo responsablemente y éticamente, es el que maneja perfectamente la normatividad de CAPASITS y AHF y se ha pedido que apoye en la parte de llenado de reportes, recetas internas, recetas de Seguro Popular, transferencias a urgencias, transferencias a especialidades segundo y tercer nivel, diagnóstico de epidemiología de AHF que es distinto a la de la SSY y SSA, nada de ésto es ilegal, por el contrario la Dra. Ha (sic) demostrado querer saber adaptarse en grupo lo que muchos doctores con su soberbia de sabihondos no son capaces de hacer, la Dra. Cubre todo el perfil y tiene nuestro aval para ser contratada por AHF, ya que tardamos mucho en encontrar una persona como ella con todas las cualidades que buscábamos y en asida (sic) cuando se hace la invitación o hay colas de doctores pidiendo plaza por el contrario uno o dos se presentan en meses aun con buena paga. **OCTAVA:** Hay un amplio desconocimiento de cómo se da un médico en materia de VIH/SIDA, primero que nada se busca a un médico internista por la gran visión del estudio de enfermedades en el cuerpo humano, así puede ser o tener experiencia en epidemiología o ser un infectólogo, el VIH/SIDA se va capacitando día con día en cursos, congresos, doctorados, maestrías, capacitación en línea que se abren, capacitación en el área de medicamentos, a través de consultas de red y del propio CENSIDA pero lo mejor

será que él decida ser parte de este grupo de especialidad y no ser enviado por la fuerza como ha pasado con algunos doctores que han generado en el pasado grandes violaciones a los derechos humanos. **NOVENA:** En esta materia son contados los que hay totalmente CAPASITS y todos y todas empezaron igual y al menos que alguno quiera cambiarse de los que ya existen, de estado (sic) podría ser mientras quien daría la consulta, no podemos dejar morir a nadie en el CAPASITS, precisamente se aplica la capacitación de grupo lo que dude (sic) de actuar están los que ya tiene experiencia. **EN RELACIÓN AL PROGRAMA VIH/SIDA. DÉCIMA A).**- La labor del C. David Elías Zapata Sánchez es precisamente monitorear lo que hacen las distintas jurisdicciones y los CAPASITS. **B).**- El Dr. David Gaber nunca ha manejado recursos económicos, sus recursos (POA) se maneja dentro del presupuesto general de salud y no viene etiquetado, lo que siempre hemos demandado lo cual le "pichicateen" o le miden los recursos ya que le dan prioridad otros rubros de salud, en el 2012 CENSIDA envió una serie de recursos como una camioneta, condones económicos, entre otros los cuales no se han utilizados ni asignado para el programa, además de que durante este tiempo transcurrido del reciente Gobierno. **C).**- En lo que estamos de acuerdo, es que la prevención está abandonada hace ya más de 5 años, tanto en la administración de la C. Ivonne Ortega Pacheco, como en el primer año de administración de Rolando Zapata Bello, por lo que los recursos por lo que es precisamente por lo que hay más infecciones, no es la culpa del Dr. David Gaber, sino que él no ha sido apoyado por la Secretaría de Salud, ni el Gobierno del Estado, el propio Secretario de Salud en junta con ONGS de VIH/SIDA el día 30 de octubre de 2013, reveló que él ha convencido ya al gobernador Zapata Bello de que le invierta en materia de prevención, aceptando que no se le había invertido dinero por considerarlo mejor en cosas que se luzcan públicamente. **D).**- Los transportes oficiales deben pernoctar en el CAPASITS, si alguien sabe que este vehículo esta fuera de horario es muy fácil actuante (sic) con un cel., tomar una foto y presentarla así como la dirección donde fue visto, hay proyectos que se llevan a cabo fuera de horario de CAPASITS como repartir condones en ferias públicas, zonas de encuentro, centros nocturnos, carnavales etc., pero se puede verificar muy fácilmente si nos permiten las direcciones. **E).**- Respecto al párrafo 6 de la Decima es un total mentira que el Dr. David Gaber Osorno tuviera un maltrato hacia paciente alguno y si sabemos por parte de nuestros a pacientes (sic) así como a un servidor le consta que la manipulación del personal médico a los pacientes, pues éstos no sabían que el CAPASITS no tenía una normatividad y reglamento el cual puso orden las flexibilidades de horario y cobertura dar los mismos, así como los permisos y negaciones de atención a pacientes de primera vez, (cabe aclarar que nunca se puso en duda su capacidad y sabiduría del VIH/SIDA, sino que la molestia era otro, que el personal médico que incluso los enfermeros de la SSY, no saben ni siquiera inyectar o no quieren hacerlo, la trabajadora Lirio tomaba decisiones médicas que no le corresponden y negaban servicios, el personal quería sólo trabajar haciendo horarios a modo y acomodo. **F).**- El séptimo párrafo de la décima, el habla del rencor que hace ver que alguien está detrás de la manipulación de los pacientes para provocar este "Barre pies" buscando chivos expiatorios. **G).**- Respecto a la C. Bery Gutiérrez Quijano, una excelente y eficiente secretaria, que por su edad mantiene una seriedad y considero un acto de discriminación a las personas por su edad ya que mantiene la eficiencia y tiene gran experiencia por lo que hace una labor impecable. **DÉCIMO**

**PRIMERA.**- Es verdad que AHF no ha suscrito otro convenio, pero ha cumplido a cabalidad su compromiso, ya que sigue proveyendo de los insumos que se comprometió y sigue pagando a su personal, pero no es por AHF, es por el Secretario de Salud que muy convenientemente no quiere firmar para que exista un clima de nubosidad en encubrir los insumos que no han puesto en la prevención. **DÉCIMO SEGUNDA.**- Respecto a la C. María Elide Gaber Osorno, efectivamente tiene un contrato con la Secretaría de Salud, sin embargo, dimos nuestro aval porque la conocemos y sabemos de su confiabilidad, honestidad, además de que el turno que cubre como AHF es distinto al que cubre con la SSY, por lo que en ningún momento es ilegal, además de que ha pasado todas las pruebas que AHF le ha puesto. Por lo que es mentira la denuncia en este párrafo. **DÉCIMO TERCERA.**- En nuestro monitoreo nos consta que hace más de un mes se solicitó por parte de la Dirección del CAPASITS, las claves las cuales hasta hoy no hay respuesta, el Dr. Carlos González puede dar fe de la solicitud de octubre del 2013, ya que no está calve (sic) puede dar, así porque si además de que la Dra. Pacheco estaba en periodo de prueba, pero ahora que ya paso la fase se solicitó la clave. **DÉCIMO CUARTA.- A).**- Rechazamos enérgicamente que se utilice a los pacientes y ONGS que desconocen profundamente como son los manejos internos, que se escondan detrás de los pacientes para no sacar a la luz sus rencores y venganzas, así como encubrir las verdaderas anomalías y malversaciones de los recursos. **B).**- Así como el que denuncia de manera visceral y sin pruebas al Dr. David Gaber, la Dra. Pacheco, la C. Bery Gutiérrez, David Zapata y se haga una cacería al personal honesto y eficaz sin pruebas y sin dar la cara, los verdaderos provocadores que se ve en el fondo, es una venganza oportunista porque el Dr. David Gaber no quiso encubrir los desvíos de fondos federales. **C).**- Reprobamos que se utilice y castigue la honestidad del Dr. David Gaber y cargue culpas que solo son de la misma Secretaría, que le manipulo los recursos y ahora quiere que pague por lo que no hizo. **D).**- Censuramos que se ofenda a una ONG como Aids Healthcare Foundation AHF, que ha traído al país insumos y recursos por millones de pesos en apoyo a la prevención, a mejorar los precios en Patentes, a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/sida, que ha reforzado la lucha por los derechos humanos, en reducir la discriminación, que está en muchos países del mundo, que impulsó la detección con pruebas rápidas en el Estado, así como en más de 18 Estados que han establecido normas de atención mejorando la calidad de capacitación, me parece absurdo e incongruente que siendo un Estado de un país que no es autosuficiente en recursos en materia de VIH/sida y corramos e insultemos a los que nos viene a apoyar hombro con hombro, es una verdadera estupidez que se le trate así a AHF o a cualquiera fundación que pretenda ayudar a los mexicanos de buenas voluntades, ésto sólo beneficia a los violadores de derechos humanos que no existan estas fundaciones en nuestro país. **E).**- Estamos totalmente en acuerdo en que se debe hacer una profunda investigación de la siguiente manera: **F).**- ¿Por qué la secretaria no le turnó recursos de la censida al programa de VIH/sida? **G).**- ¿Por qué el Secretario de Salud no ha solicitado una demanda al que resulte responsable de la negligencia médica en la denuncia presentada por oasis, no han sido castigados los violadores de derechos humanos en el CAPASITS?. **H).**- ¿Por qué se abandonó la prevención en Yucatán? **I).**- ¿Porque el C. Gobernador Zapata Bello no le interesó más de un año la prevención y el Secretario no asignó los recursos necesarios el

2012 y 2013?, según el propio Dr. Mezquita en reunión del día 30 de octubre, nos dijo que al Gobernador no le interesa invertir en la prevención, pues no eran vistosos ni tangibles, por lo que él lo está convenciendo para que invierta en este rubro. **J).**- ¿Porque se está destituyendo a Dr. David Gaber y se quiere acabar con un grupo de servidores públicos honestos tienen l erina (sic) suficiente para reducir la incidencia con los recursos necesarios? Creo que la sociedad merece la verdad así que esperamos una respuesta en base a hechos y no acciones fuera de ética y vengativas porque el Dr. Gaber no quiso encubrir los malos manejos y los recursos de VIH. **DE ACUERDO A LA JUNTA DE ONGS EN VIH/SIDA DEL 30 DE OCTUBRE DEL 2013.** Oasis no participará por el momento en el COESIDA, ni apoyará al Secretario de la Salud en ningún grupo multidisciplinario por lo siguiente: **A).**- No estamos de acuerdo en unir esfuerzos para realizar una acción de búsqueda de “contactos” de manera fuera de ética y fuera de normatividad como una “cacería” de brujas y no apegarse a los derechos humanos. **B).**- No participaremos en un grupo de acción de prevención con ideas retrogradadas, información falsa de los condones, acciones moralistas y religiosas, sino que nos apegaremos a la ciencia y a la verdad. **C).**- No estamos de acuerdo en que el 100% de las personas con VIH están afectando a propósito a la gente. **D).**- No estamos de acuerdo en la destitución del Dr. David Gaber. **E).**- No estamos de acuerdo en que se oculten las estadísticas. **F).**- No estamos de acuerdo en encubrir a la SSY en sus malversaciones de los fondos. **G).**- El gobierno debe asumir su responsabilidad de que no ha hecho lo correcto, ni ha invertido lo correcto, ni apoyado al programa de VIH con los recursos suficientes y necesarios para frenar la pandemia en nuestro Estado...”.

## EVIDENCIAS

- 1.- Escrito de fecha **once de noviembre del año dos mil trece**, suscrito por el ciudadano **CRMB, P de la OOSJ de DAC** y por el ciudadano **JMCZ, r de la CNI en \*\*\*/\*\* en Y**, cuyo contenido ya fue referido en el punto único del capítulo de “Descripción de Hechos” de la presente resolución.
- 2.- Acta circunstanciada levantada por personal de esta Comisión de Derechos Humanos, de fecha **trece de diciembre del año dos mil trece**, en la que se hace constar la ratificación del escrito de fecha once de noviembre del año dos mil trece, por parte del ciudadano **CRMB, P de la OOSJ de DAC**.
- 3.- Oficio número DAJ/2589/175/2014 de fecha **veintisiete de enero del año dos mil catorce**, suscrito por el Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Yucatán, mediante el cual anexa el informe de la Jefa de Jurisdicción Sanitaria número uno, en la que se consignó lo siguiente: “...“Numeral 2: a partir de agosto del 2013, se incorporó un médico de contrato más, al turno matutino y uno de base más al turno vespertino para atención directa a usuarios, con estos recursos, se atiende a usuarios extemporáneos, con el propósito de disminuir el riesgo de interrupción del tratamiento, según la recomendación

de la guía de manejo antirretrovirales de las personas con VIH. Numeral 3 y 7. Curso de reforzamiento sobre calidad y trato digno en la atención al paciente: dirigido al personal de trabajo social y administrativo, en fecha acordada con directivos del área de CAPASITS. Numeral 4. Con la participación de los médicos incorporados, tanto en el turno matutino y vespertino, se brindara atención a pacientes con otras enfermedades de transmisión sexual (ITS) referidos por otras unidades y asegurar manejo de dichos pacientes en esta unidad. Numeral 5. Actualizar flujogramas y reforzar la observación y cumplimiento de estos esquemas de referencia a la Unidad Médica de apoyo. Numeral 6. Se establece que independientemente de que existen dos médicos incorporados al servicio de consulta, es obligación del personal médico brindar valoración al paciente que presenta o refiere una urgencia y en su caso canalizar, de acuerdo al flujo grama vigente a la unidad médica de apoyo". A dicho oficio se le anexó el informe de fecha **treinta de mayo del año dos mil trece**, por parte del Coordinador del CAPASITS-Mérida, de cuyo contenido se desprende lo siguiente: "...**1.-** La paciente SJCG de 29 años de edad y originaria de H recibió atención médica en el hospital O'Horan en el Servicio de Urgencias por un cuadro de dos meses de evolución que la condujo a presentar síndrome de desgaste, anemia y hernia hiatal. Se le practicó prueba de ELISA para VIH resultando positiva. Recibiendo consejería para la atención de este padecimiento. Fue dada de alta el 08 de abril de 2013 con la recomendación de acudir a CAPASITS y se le entregó un resumen clínico de su hospitalización. **2.-** El día 09 de abril el C. CMB me comentó el caso de esta paciente en presencia del Dr. Carlos Cabrera May, señalándose que se daría la atención a la paciente ya que existía un procedimiento para la atención temporal de los migrantes, acordando que trajera a la paciente para iniciar su atención. **3.-** El día 10 de abril se presentó en el CAPASITS la paciente, "por su propio pie" para tomarle una muestra para hacerle la prueba de Western Blot, la cual fue enviada al Laboratorio Estatal de Salud Pública y Referencia Epidemiológica. Esta prueba fue reportada como positiva el 18 de abril del 2013. El C. M refiere haber solicitado atención para la paciente este día siendo "que no se quiso consultar por el Dr. Cabrera May hasta que tuviera el resultado (de la prueba Western Blot) aun cuando había sospecha de una infección cerebral por los dolores de cabeza agudos y constantes". La prueba Western Blot no es un requisito para el diagnóstico de los pacientes según la NOM-10-SSA2-2010 para la prevención y el control de la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana, cuando las pruebas de laboratorio son positivas (incluso 4.5.2) y se presentan asociadas al Síndrome de Desgaste (inciso 4.5.2.1.5). No hay evidencia documental de que el Dr. Cabrera hubiera valorado a la paciente y decidido esperar los resultados del laboratorio. Ese día atendió a 5 pacientes según su hoja diaria de consulta, 2 de los cuales eran de primera vez y se encontraban en estadio A de la enfermedad (asintomáticos al momento de la consulta). Los tres restantes acudieron a consulta para valoración de tolerancia al tratamiento antirretroviral, solicitar medicación ansiolítica y recibir antirretrovirales (esta última paciente aparece en la hoja diaria de consulta, pero no tiene nota médica en su expediente, fue atendida por enfermería). No hay justificación administrativa o médica para que la paciente no hubiera sido valorada ese día. **4.-** El día 24 de abril del 2013 se trajo nuevamente a consultar a la paciente porque ya se había

recibido el resultado de su prueba Western Blot y “su estado ya era grave”. “La prueba de Western Blot tardó en salir más de 10 días”. Aunque el resultado de la prueba fue expedido el 18 de abril, fue recibido en el CAPASITS el día 24 de abril. Resultando entonces que la paciente ya estaba grave “ya que pasaron más de 15 días para que se le de atención oportuna de primera vez en situación bastante grave con sospecha de infección cerebral”. 5.- Al acudir a consultar el 24 de abril del 2013, no fue registrada su asistencia en la bitácora de visitantes de la recepción a pesar de que acudía por primera vez y no tenía cita agendada, según el reporte de la encargada de la recepción Zuleyma Guadalupe Baas Cervantes. No hay causa justificada por la cual no se realizó el registro, por lo que no podemos documentar la hora de llegada de la paciente al CAPASITS. Según refiere la encargada de la recepción la paciente llegó “aproximadamente a las 11:00 am” acompañada del C. CMB. Dado que no tenía cita agendada acudió a informar al Dr. Carlos Cabrera de la solicitud de consulta señalando que “sólo traía de documento la póliza del seguro popular por lo que el Dr. Carlos Cabrera me respondió que le informara a la trabajadora social Lirio Mendoza acerca del asunto”. Lo cual llevo a cabo y la trabajadora social le respondió que en un momento los atendía. Lo cual ocurrió “al cabo de unos minutos”. Cuando la encargada de la recepción terminó su turno de trabajo a las tres de la tarde y al retirarse de la unidad: “el señor CM al igual que la paciente seguían en el CAPASITS”. Lo cual ratifica que la paciente tenía 4 horas esperando su atención, aun cuando no se realizó justificadamente un registro de la hora de llegada de la paciente. 6.- La T.S. Lirio Mendoza reporta que el día 24 de abril del año en curso asistió al CAPASITS la paciente SCG acompañada del C. CMB “por su resultado de WB” y solicitaron atención para la paciente que no tenía cita agendada, por lo que “se habla por teléfono con el Dr. David Gaber Osorno, para solicitar autorización de la consulta ya que la Sra. (...), es originaria de H y no cuenta con documentación que avale su estancia en el país”: A continuación señala que “se le autoriza la consulta médica para ese mismo día con el acuerdo que iniciará trámites en migración, se entrega copia de resultado de WB al Sr. CMB para “agilizar el trámite y normar (sic) estancia en el país”: La T.S. realizó estudio socioeconómico e integró el expediente clínico. En el estudio socio económico aparece una anotación que dice: “Paciente tiene 4 meses viviendo en México, originaria de H, actualmente se encuentra como indocumentada en el país. El Sr. CMB, se compromete a tramitar Nacionalidad o iniciar tramite en Migración, para normar su estancia en el país, y pueda recibir la atención en forma normada (legal)”. Cabe señalar que existe un protocolo establecido por el CENSIDA en el SALVAR para otorgar ATENCION TEMPORAL a las personas que se encuentran en la condición de indocumentados en el país y sean detectados como portadores de VIH/SIDA. En este caso la paciente contaba con una póliza del Seguro Popular expedida por el Centro de Salud X’cuyun, Yucatán. Lo cual es un requisito administrativo establecido en el CAPASITS para que los gastos originados por la atención del usuario sean cubiertos por el Seguro Popular. Su folio es \*\*\*\*\*-\*. Por su condición de migrante ilegal no presentó acta de nacimiento, identificación o CURP. Aun sin los cuales se puede ofrecer atención a la paciente. 7.- La T.S. Lirio Mendoza tomó el expediente y lo entregó al médico encargado para que pueda ser atendida. Afirma “se informa al médico de la

autorización de la consulta y el médico indica que si la va a atender cuando termine con sus pacientes citados del día”. Por lo que la trabajadora social informó a la paciente y al C. CMB, sobre el tiempo de espera de la consulta. Igualmente reporta que “luego de un rato el Sr. CMB, comienza a decir palabras altisonantes en contra de mi persona la cual hice caso omiso de las mismas”. 8.- Por su parte el Dr. Carlos Antonio Cabrera May, Prestador de Servicios Médicos de Asid Healthcare Foundation, adscrito al CAPASITS y quien es el responsable de la atención de los pacientes de primera vez, consultas contingentes e infecciones de transmisión sexual (ITS); a su vez afirma que “al momento de llegar la paciente en cuestión, un servidor estaba atendiendo a un paciente de primera vez, el cual me tomó alrededor de entre 1.5 – 2 horas”. Añade que “en esa ocasión me encontraba sin apoyo dentro del consultorio, por razones diversas del servicio”: Por su parte el Enfermero. David Alejandro Martínez Quime declara que “el día 24 de abril a mí me avisaron por el coordinador que tenía que apoyar al Dr. Carlos Cabrera” y establece que “ese día yo terminé la consulta con el Dr. Adrián Santos y luego me puse a ayudar al Dr. Carlos a hacer recetas para un paciente que iba a comenzar a recibir sus medicamentos”. Afirma que permaneció en el consultorio hasta que el “el asistente del Dr. Carlos Cabrera llegó, yo tomé la decisión de retirarme para mis otras actividades, las cuales me hacían falta ya mí jamás me informaron de que esa paciente iba a ser atendida pues cuando se tomó la decisión de atenderla ya había entrado su asistente”. 9.- Afirma el Dr. Cabrera que “el segundo paciente que atendí, inmediatamente al terminar el primero, me llevó igual a alrededor de 1.5 horas. Era importante y prioritario atenderlo, pues es un usuario con sus particularidades y bastante complicado”. Por lo que sostiene “En todo este tiempo no tuve oportunidad de salir de mi consultorio. Los datos ya especificaciones clínicas de estos usuarios están registrados en sus expedientes correspondientes, así como en mis hojas diarias de atención”. En la hoja diaria de consulta del 24 de abril del año en curso del Dr. Carlos Cabrera aparece que atendió a 4 pacientes, 2 pacientes de primera vez, 1 paciente subsecuente y 1 consejería para VIH. El último paciente atendido no tenía expediente clínico porque no había iniciado su atención en el CAPASITS. El segundo paciente de primera vez se encontraba en estadio clínico A (asintomático). Por lo que los pacientes a los que se refiere el Dr. Cabrera son el primer paciente (de primera vez) y el segundo (subsecuente). Cabe señalar que en los expedientes no se anota la hora de las consultas en contra de lo recomendado en el inciso 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, por lo cual no es posible corroborar las afirmaciones de la duración de las consultas del Dr. Carlos Cabrera. Sin embargo en la libreta de citas de pacientes aparece citado el primer paciente a las 10 hrs. y el segundo a las 12 hrs. 10.- Añade el Dr. Carlos Cabrera: “todo el tiempo que el señor C M refiere que esperó yo estaba en mi consultorio atendiendo pacientes bastante delicados”: Continúa “alrededor de las 11 horas. Durante mi primera consulta, la trabajadora social entraba para informarme sobre esta paciente que había llegado y me preguntó si la iba a atender, ante lo que le informé que claro que sí, con mucho gusto, sólo que me esperara hasta que terminara con mis pacientes delicados que tenía programados y al término de esto la valoraría”. Establece que “este es el procedimiento que hacemos cuando los usuarios llegan sin cita y pueden esperar en la

sala de espera. De lo contrario, los compañeros enfermeros, o los mismos representantes de organizaciones que los acompañan, tienen la libertad y son bienvenidos a comunicarse con el personal médico, al menos con un servidor, para que nos indiquen si el caso que traen es una urgencia que no puede esperar más. En este caso, esto nunca ocurrió y al yo estar ocupado todo el tiempo en consulta, asumí que se trataba de un caso que podía esperar a que termine con lo que estaba programado en la agenda". De lo cual resulta que la paciente no fue valorada en cuanto a su estado clínico para decidir la necesidad de su atención pronta y se deja a los representantes de las organizaciones el informar que el caso que traen es una urgencia que no puede esperar más. **11.-** El Dr. Cabrera May afirma "Al término de estas consultas, ya eran aproximadamente las 14:30 horas y para ese momento el enfermero que me apoya, Miguel Carrillo Ceballos, ya se encontraba de vuelta y personalmente acudió a informarle al Sr. Méndez que en breve atenderíamos a la usuaria". El LE Miguel Carrillo Ceballos estaba comisionado ese día para participar en un curso sobre la atención de los pacientes con VIH/SIDA, presentando las acciones correspondientes al personal de Enfermería. Añade: "Calculo que el tiempo que pudo esperar la usuaria, fue alrededor de 3.5 hrs. No tengo un dato exacto, pues no tengo registrado el tiempo exacto de la duración de mis consultas, pero si unas aproximaciones y correlaciono la hora de la atención, con la hora a la que llegó el médico tratante del turno vespertino". **12.-** Concluye el Dr. Cabrera "Minutos más tarde, el médico tratante del turno vespertino arribó a la unidad y fue abordado por el Sr. M, según entiendo, y el médico al notar la situación de "exasperación" del Sr. M, decidió pasar a la usuaria a su consultorio, y me fue solicitado el expediente, que ya tenía en mi área, pues estaba a escasos minutos de pasarla, pues ya había concluido con los usuarios previamente descritos". **13.-** El día 24 de abril de 2013 a las 15 horas según consta en la hoja de referencia integrada en el expediente clínico, la paciente SYCG fue valorada por el Dr. Saulo Fabián Sánchez Lugo, médico tratante del turno vespertino del CAPASITS, quien la encontró en malas condiciones, con palidez severa de tegumentos. Integró los diagnósticos de Infección por VIH con síntomas, en estado clínico C. Cefalea en estudio. Descartar neuroinfección. Síndrome anémico. Por lo que decidió su traslado a Urgencias al Hospital General "Agustín O`Horan". **14.-** La paciente fue atendida en el Hospital O`Horan donde falleció el día 28 de abril de 2013 a las 11:50 horas, con los diagnósticos de: Choque séptico, neumonía grave, encefalitis viral e infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Según el certificado de defunción con folio \*\*\*\*\* firmado por la Dra. Alma Lissette Vera Morales con Cédula Profesional 5495449. Según consta en el expediente clínico. Entre las irregularidades señaladas en su queja por el C. CMB en el CAPASITS, se encuentran: **1.-** Que "no se ha activado la comisión (mixta CAPASITS-Hospital O`Horan) de seguimiento de tratamientos antirretrovirales y atención (de las personas que viven con VIH)". La cual efectivamente no se encuentra funcionando. **2.-** Que cuando un paciente no acude oportunamente a su cita y solicita atención en forma extemporánea, en vez de ser valorada acerca de los problemas que pueda tener para cumplir adecuadamente su tratamiento, es citada por "trabajo social" y las "citas rebasan el término de 30 días por tener agenda saturada", y en vez de informar "al médico tratante

*para que les haga su receta”, la trabajadora social “los envía a las asociaciones y albergues para que obtengan sus medicamentos que les hace falta para cubrir el período de su consulta, este acto pone en riesgo de fracaso (el tratamiento) de los pacientes”. Siendo que los médicos deberían “dar sus medicamentos aunque después consulten posteriormente de acuerdo a (la) agenda (de citas)”. Efectivamente la interrupción del tratamiento es un grave problema para la salud de los pacientes y puede tener un alto costo social, por lo que es necesario valorar los problemas que impiden a los pacientes adherirse plenamente al tratamiento tal como lo recomienda La Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH, CENSIDA, México 2012, págs. 59 a 63 y proporcionar oportunamente el tratamiento correspondiente al paciente. 3.- Que la “clínica se ha vuelto acusatoria y castigadora penalmente cuando... alguien no puede venir (a consultar) desde el pueblo o porque no le dan permisos en el trabajo...las trabajadoras sociales niegan las consultas y lo que es peor sus medicamentos y los agenda (a cita) hasta 3 meses después haciendo que falle la terapia”: En realidad la función de trabajo social es valorar los problemas de adherencia al tratamiento que pudieran tener los pacientes, de acuerdo con la Estrategia Nacional de Adherencia definida por el CENSIDA, brindarle apoyo al paciente cuando corresponde a TRABAJO SOCIAL o canalizarlo para la atención de sus problemas en el área correspondiente medicina, enfermería o psicología. Definitivamente debe gestionar con el médico que se le proporcione su medicación al paciente en caso de que la demora se a menor de un mes, si el paciente tiene un retraso mayor de un mes el paciente deberá ser valorado por el médico para continuar el tratamiento, a la mayor brevedad posible, tal como se recomienda en la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH, CENSIDA, México 2012. Págs. 53 a 55. 4.- Que “la clínica niega seguimiento y tratamiento a enfermedades de transmisión sexual aun cuando estas personas no sean seropositivas al VIH”. Efectivamente es una función básica del CAPASITS proporcionar atención a las personas portadoras ITS, aun cuando no vivan con VIH, ya que son candidatos a reforzar la prevención de la transmisión sexual de enfermedades. Hasta ahora no hemos recibido el reporte concreto de una negativa de este servicio, sin embargo es posible que esto haya ocurrido. En la actualidad contamos con un consultorio que ofrece este servicio. 5.- Que “cuando las personas tiene enfermedades graves donde los tratamientos especializados de tercer nivel (se refiere al parecer a padecimientos como la infección por citomegalovirus)”. Cuando un paciente es dictado con algún padecimiento que requiere atención especializada, es referido al Hospital O’Horán, quien es la unidad de atención médico de segundo nivel correspondiente al CAPASITS-Mérida. En caso de que el paciente requiera atención por alguna especialidad o subespecialidad con cuyo servicio no se cuenta en el Hospital O’Horán, pueden referir al paciente al tercer nivel de atención, a quien corresponde proporcionar la atención y el tratamiento que el paciente requiere de acuerdo al catálogo de servicios que cubre el Seguro Popular. 6.- Que “la clínica del CAPASITS no está dando una respuesta adecuada a la urgencia y menos el Dr. que debe ocuparse de las personas que vienen ya en un estado avanzado y con muchas enfermedades”. El CAPASITS por su propia estructura y organización (tiene un horario de trabajo y no cuenta con un área clínica para observación del paciente o*

atención de primer contacto) no puede proporcionar atención a todas las urgencias que puedan presentar los usuarios, requiere apoyarse en el servicio de Urgencias del Hospital O'Horán. En el CAPASITS contamos con un consultorio destinado a la atención de los pacientes que consultan por primera vez, quienes son atendidos en citas programadas. Igualmente se atienden en el las consultas contingentes (relacionadas con el tratamiento antirretroviral o con complicaciones del VIH/SIDA) las cuales son atendidas sin previa cita. Y finalmente, debiera atenderse en esa consulta a los pacientes de primera vez que no tiene cita y se encuentran en malas condiciones de salud, los cuales, después de ser valorados por el médico, pueden recibir tratamiento de sus complicaciones y ser citados posteriormente, o en caso de requerirlo pueden ser referidos al Hospital O'Horán cuando sus condiciones de salud lo ameriten. 7.- Que "las trabajadoras sociales no deben ser agentes ministeriales, agentes de migratorios, judiciales por el contrario, deben ayudar a las personas a acceder a los servicios de salud". Entre las funciones de trabajo social se encuentran revisar la documentación requerida para establecer tratamiento antirretroviral en el CAPASITS. Sin embargo, es también su función apoyar a los usuarios para completar su documentación en el plazo más breve posible. Por otra parte, en el caso de que una persona solicite atención de urgencia, las trabajadoras sociales deben solicitar al área de enfermería, que tomen sus signos vitales al paciente, y realicen un primer contacto con el paciente, una vez atendido el paciente, debe solicita al médico su valoración. De otra manera, la responsabilidad de valorar el estado clínico del paciente recaería en la propia trabajadora social o en el personal de enfermería únicamente. Si el médico considera que las condiciones del paciente lo ameritan puede referirlo al Servicio correspondiente en el Hospital O'Horán o bien ofrecerle atención médica inmediata o diferirlo a una cita posterior. De todas las acciones llevadas a cabo por el área de trabajo social, debe quedar un registro en el expediente clínico. 8.- Que "no existe una buena coordinación con el hospital para aprovechar que los pacientes que ya están detectados se les haga sus laboratorios correspondientes de carga viral o cd4 y así reducir los tiempos (de espera correspondientes de carga viral o cd4 y así reducir los tiempos de espera de su cita) y evitas las MUERTES que se han dado por no tener los elementos necesarios para acceder a sus tratamientos". Cuando un paciente es detectado como portador del VIH/SIDA durante su internamiento en el hospital, requiere ante todo el manejo de las infecciones oportunistas o de las enfermedades asociadas. Se le podría apoyar a nivel de trabajo social del hospital para reunir la documentación requerida y tramitar una cita para iniciar su atención en el CAPASITS, donde los pacientes podrían ser atendidos en el momento de su alta hospitalaria, en el caso de pacientes que permanecen hospitalizados por períodos prolongados (más de dos semanas ) es posible indicar su atención clínica (realización de su historia clínica) en el hospital y solicitarles sus estudios marcadores de progresión basales (linfocitos CD4 y Carga Viral). El tratamiento antirretroviral no debe ser iniciado hasta que el paciente sea valorado en su totalidad ya que con algunos pacientes severamente afectados en su estado inmunológico, el tratamiento puede ocasionar el Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmunológica, que constituye un agravamiento clínico del paciente. En estos pacientes se requiere

*iniciar el tratamiento control de las infecciones oportunistas antes de iniciar el tratamiento antirretroviral. ...”*

- 4.-** Oficio número DDPS/SSP/MP/VIH/CAP-M64/14, de fecha **veinte de junio del año dos mil catorce**, suscrito por el Coordinador del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), en el cual adjunta su informe de fecha diecinueve de junio del año dos mil catorce, en el cual se lee lo siguiente: “...**1.-** Cuando un paciente no acude oportunamente a su cita y solicita atención en forma extemporánea, es atendido por la trabajadora social. Lo anterior con el fin de evitar la interrupción del tratamiento que es un grave problema para la salud de los pacientes y puede tener un alto costo social, tal como lo recomienda La Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH, CENSIDA, México 2012; págs. 59 a 63. **2.-** La trabajadora social valora los problemas de adherencia al tratamiento que pudieran tener los pacientes, de acuerdo con la Estrategia Nacional de Adherencia definida por el CENSIDA. Les brinda apoyo a los pacientes cuando sus problemas pueden ser abordados por TRABAJO SOCIAL o bien, lo canaliza para recibir atención de sus problemas, al área correspondiente; medicina, enfermería o psicología. El área de Trabajo Social gestiona con el médico correspondiente que se le proporcione la receta al paciente para recibir su medicación, en caso de que la demora en acudir a solicitar la entrega de sus medicamentos sea menor de un mes, si el paciente tiene un retraso mayor de un mes, el paciente deberá ser valorado por el médico para continuar el tratamiento, a la mayor brevedad posible, tal como se recomienda en la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH. CENSIDA, México 2012, págs. 53 a 55. **3.-** En el CAPASITS se proporciona atención a las personas portadoras de Infecciones de Transmisión Sexual, aún cuando no vivan con VIH, ya que estos pacientes requieren tratamiento y nos dan una oportunidad de reforzar la prevención de la transmisión sexual de enfermedades. **4.-** Cuando un paciente es detectado con alguna complicación, infección oportunista grave o enfermedad asociada que requiere atención especializada, es referido al Hospital O`Horan, quien es la unidad de atención médica de segundo nivel correspondiente al CAPASITS-Mérida. En caso de que el paciente requiera atención por alguna especialidad o subespecialidad con cuyo servicio no se cuenta en el Hospital O`Horan, los médicos de este hospital pueden referir al paciente al tercer nivel de atención, a quien corresponde proporcionar la atención y el tratamiento que el paciente requiere de acuerdo al catálogo de servicios de Seguro Popular. Cuando el paciente requiere servicios o medicamentos que no se le encuentran en dicho catálogo, debe de pagar por ellos. **5.-** Los pacientes que acuden a consultar por primera vez o subsecuente, sin tener cita y que se encuentran en malas condiciones de salud o soliciten atención de urgencia, son recibidos por las trabajadoras sociales, quienes a su vez solicitan al personal de enfermería, que tomen los signos vitales al paciente y realicen un primera valoración (triage). Una vez atendido el paciente por enfermería y en base a la recomendación de ellos, las trabajadoras sociales pueden solicitar al médico una valoración inmediata o recomendar al paciente esperar un turno asignado. Si el médico considera que las condiciones del paciente lo ameritan, lo refiere al Servicio

*correspondiente en el Hospital O´Horan (Urgencias o Especialidades) o bien le ofrece atención inmediata y le programa una cita de control. De todas las acciones llevadas a cabo por el personal que hubiera participado en la atención del paciente, queda un registro en el expediente clínico. 6.- El personal de trabajo social se encarga de verificar que la documentación requerida para establecer tratamiento antirretroviral en el CAPASITS con cargo a los fondos públicos correspondientes, se encuentre completa. En caso de que esto no sea así, es también su función apoyar a los usuarios para completar su documentación en el plazo más breve posible. 7.- Los pacientes que son recibidos en el CAPASITS después de ser dados de alta del Hospital O´Horán y se encuentren en condiciones de SIDA son atendidos en el momento en que acuden, aún cuando no tengan una cita previa, con el fin de agilizar su valoración clínica y de laboratorio, para iniciar en forma oportuna el tratamiento antirretroviral, para iniciar en forma oportuna el tratamiento antirretroviral. En caso de que el paciente se encuentre en estado de portador del VIH se le agenda una cita a la brevedad posible. ...”*

- 5.-** Oficio número DAJ/5895/136/2015 de fecha **veintiséis de enero del año dos mil quince**, suscrito por el Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Yucatán, mediante el cual anexa el informe del Coordinador del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), de fecha veinte de enero del mismo año, de cuyo contenido se aprecia lo siguiente: “...**1.-** Cuando un paciente no acude oportunamente a su cita y solicita atención en forma extemporánea, es atendido por la trabajadora social. Lo anterior con el fin de evitar la interrupción del tratamiento que es un grave problema para la salud de los pacientes y puede tener un alto costo social, tal como lo recomienda La Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH, CENSIDA, México 2012; págs. 59 a 63. **2.-** La trabajadora social valora los problemas de adherencia al tratamiento que pudieran tener los pacientes, de acuerdo con la Estrategia Nacional de Adherencia definida por el CENSIDA. Les brinda apoyo a los pacientes cuando sus problemas pueden ser abordados por TRABAJO SOCIAL o bien, lo canaliza para recibir atención de sus problemas, al área correspondiente; medicina, enfermería o psicología. El área de Trabajo Social gestiona con el médico correspondiente que se le proporcione la receta al paciente para recibir su medicación, en caso de que la demora en acudir a solicitar la entrega de sus medicamentos sea menor de un mes, si el paciente tiene un retraso mayor de un mes, el paciente deberá ser valorado por el médico para continuar el tratamiento, a la mayor brevedad posible, tal como se recomienda en la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH. CENSIDA, México 2012, págs. 53 a 55. **3.-** En el CAPASITS se proporciona atención a las personas portadoras de Infecciones de Transmisión Sexual, aún cuando no vivan con VIH, ya que estos pacientes requieren tratamiento y nos dan una oportunidad de reforzar la prevención de la transmisión sexual de enfermedades. **4.-** Cuando un paciente es detectado con alguna complicación, infección oportunista grave o enfermedad asociada que requiere atención especializada, es referido al Hospital O´Horan, quien es la unidad de atención médica de segundo nivel correspondiente al CAPASITS-Mérida. En caso de que el paciente

*requiera atención por alguna especialidad o subespecialidad con cuyo servicio no se cuenta en el Hospital O´Horan, los médicos de este hospital pueden referir al paciente al tercer nivel de atención, a quien corresponde proporcionar la atención y el tratamiento que el paciente requiere de acuerdo al catálogo de servicios de Seguro Popular. Cuando el paciente requiere servicios o medicamentos que no se le encuentran en dicho catálogo, debe de pagar por ellos. 5.- Los pacientes que acuden a consultar por primera vez o subsecuente, sin tener cita y que se encuentran en malas condiciones de salud o soliciten atención de urgencia, son recibidos por las trabajadoras sociales, quienes a su vez solicitan al personal de enfermería, que tomen los signos vitales al paciente y realicen un primera valoración (triage). Una vez atendido el paciente por enfermería y en base a la recomendación de ellos, las trabajadoras sociales pueden solicitar al médico una valoración inmediata o recomendar al paciente esperar un turno asignado. Si el médico considera que las condiciones del paciente lo ameritan, lo refiere al Servicio correspondiente en el Hospital O´Horan (Urgencias o Especialidades) o bien le ofrece atención inmediata y le programa una cita de control. De todas las acciones llevadas a cabo por el personal que hubiera participado en la atención del paciente, queda un registro en el expediente clínico. 6.- El personal de trabajo social se encarga de verificar que la documentación requerida para establecer tratamiento antirretroviral en el CAPASITS con cargo a los fondos públicos correspondientes, se encuentre completa. En caso de que esto no sea así, es también su función apoyar a los usuarios para completar su documentación en el plazo más breve posible. 7.- Los pacientes que son recibidos en el CAPASITS después de ser dados de alta del Hospital O´Horán y se encuentren en condiciones de SIDA son atendidos en el momento en que acuden, aún cuando no tengan una cita previa, con el fin de agilizar su valoración clínica y de laboratorio, para iniciar en forma oportuna el tratamiento antirretroviral, para iniciar en forma oportuna el tratamiento antirretroviral. En caso de que el paciente se encuentre en estado de portador del VIH se le agenda una cita a la brevedad posible. 8.- En cuanto a la atención de los migrantes en el país desde el año de 2014, cuentan con lao posibilidad de registrarse en el Seguro Popular y en caso de ser portadores de VIH/SIDA se les proporciona atención médica en el CAPASITS y se les registra provisionalmente ante el CENSIDA para recibir tratamiento antirretroviral durante un periodo de 3 meses durante los cuales el migrante debe definir su situación: ya sea regresando a su país de origen, regularizando su situación migratoria en el país o continuando su tránsito a otro. ...”*

- 6.- Acta circunstanciada levantada por personal del Centro de Supervisión Permanente a Organismos Públicos de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, de fecha **veinticuatro de septiembre de dos mil quince**, en la que consta que se realizó una visita de inspección al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y de cuyo contenido se advierte lo siguiente: “... después de informar al coordinador del Centro, Dr. Juan Armando Pérez Alonso, procedimos a realizarle una entrevista, informando que el se encuentra en la coordinación del Centro desde mayo del dos mil quince, que en este lugar se ofrece atención a aquella población que requiere de los servicios específicos y que carece de

*seguridad social o son beneficiarios del seguro popular; que la institución depende directamente de la Jurisdicción Sanitaria número uno de los Servicios de Salud del Estado, afirma que este Centro recibe paciente de todo Yucatán, inclusive es posible encontrar de otros Estados como Campeche y Quintana Roo, así como algunos extranjeros, en su mayoría sudamericanos, asegurando que se maneja una política de “cero rechazos” en cuanto a atención. Informa que el CAPASITS brinda dos horarios de atención al público, el matutino que va desde las siete de la mañana hasta las dos y media de la tarde, y el vespertino que va desde la una de la tarde y finaliza a las nueve de la noche. Se informa que todas las consultas médicas son agendadas, esto cuando ya se trata de seguimientos, en los casos de primer contacto de los usuarios, mencionó que se sigue un protocolo de atención que consiste primeramente en proporcionarle información a través del área de trabajo social, posteriormente se le conduce al área donde se le realizará una prueba rápida y en caso de confirmación se le refiere al área psicológica para tratar de que haya la adherencia (permanencia) del usuario. Una vez que recibe la consejería y accede al procedimiento, se le realizan las pruebas completas y específicas y se envían al laboratorio estatal para su análisis, posteriormente se agenda la cita para que acuda a consulta, aproximadamente quince días después, esto con motivo del tiempo que tardan en salir los resultados de las diversas pruebas efectuadas. Menciona que diariamente se realizan de ochenta a cien consultas, mismas que se reagendarán, dependiendo del estado de salud del usuario, cada dos, tres o seis meses, así como pruebas cada cuatro meses. Afirma que actualmente tienen un ochenta y ocho por ciento de usuarios clasificados como “indetectables”, cifra que aumentó en un diez por ciento desde que el entrevistado tomó la coordinación del centro, lo que indica una mejor adherencia de los usuarios al programa de atención, que hasta el momento consisten en esquemas de tratamiento, mismo que están proyectados para durar quince años cada uno, por lo que la expectativa de vida de un usuario se ha extendido de cuarenta a cincuenta años. Continuando con la entrevista el Dr. Pérez Alonso, informo que hasta la fecha de la visita proporcionan servicios a un total de mil setecientas personas, de las cuales, aproximadamente sesenta son de atención pediátrica, mismo que reciben atención los días martes y jueves. En este sentido menciona que el CAPASITS cuenta con dos médicos ( un internista y un médico general, con adiestramiento específico en VIH y SIDA), dos trabajadoras sociales, dos psicólogas, dos enfermeros, un encargado de farmacia, una recepcionista, un administrador y un intendente para el turno matutino; así como dos médicos ( un internista y un general, con adiestramiento específico en VIH y SIDA), una trabajadora social, una psicóloga, un enfermero, un encargado de farmacia, una recepcionista y un intendente para el turno vespertino, asegurando que él permanece en el CAPASITS desde siete de la mañana hasta las seis de la tarde, aunque su hora de salida es tres horas antes. Afirma que el personal con el que cuenta actualmente cubre las necesidades de atención, sin embargo, aclaró, que físicamente no podían tener más personas puesto las instalaciones no están diseñadas para tener mas servicios, no obstante hay el proyecto de implementar servicios los fines de semana, puesto que hasta ahora solo se proporcionan de lunes a viernes y con ello mejorar la atención. En lo que se refiere a medicamentos, el*

entrevistado mencionó que no existe desabasto en cuanto a ellos, según su dicho, se solicita el número exacto de tratamientos de acuerdo con el número de usuarios y que se otorgan facilidades para que en caso de que el usuario no pueda acudir el paciente por su medicamento, pueda ir un familiar por ellos y en caso de no acudir el paciente o algún familiar se le localiza a través de servicios social o la jurisdicción y se les localiza en su domicilio para conocer los motivos. En el tema de confidencialidad, el entrevistado señala que la única persona autorizada a revelar cualquier tipo de información es el usuario, que incluso ni a familiares cercanos se proporciona datos si el usuario no autoriza. Actualmente el personal del CAPASITS está recibiendo capacitación en materia de Derechos Humanos enfocada a pacientes de VIH, proporcionada por CENSIDA. Por lo que se refiere a la infraestructura el edificio, pudo observarse que se encuentra en buenas condiciones, sin embargo, las dimensiones son reducidas, con mobiliario en buen estado, la sala de espera es cómoda con aire acondicionado y televisor, de igual forma se ofrece café de forma gratuita a los usuarios, el área de enfermería, lugar en donde se realiza la toma de muestras, se encuentra en buen estado, no obstante el espacio es estrecho y es compartido con el área de archivo clínico (separado por una puerta), cuenta con dos consultorios médicos, dos consultorios de psicología y un consultorio dental, en buenas condiciones físicas y con equipo suficiente para el desarrollo de sus funciones, no obstante lo anterior, es necesario resaltar que el personal adscrito a dicha área menciona que desde noviembre del año pasado el escariador dental está descompuesto, que se ha reportado en repetidas ocasiones, pero no han tenido respuesta, por lo que las limpiezas deben realizarse de manera manual, aumentando el riesgo en el personal. Por otra parte, menciona que el número de consultas por lo general oscila entre seis y ocho, solo para el turno matutino que es donde más pacientes se atienden, siendo que el indicador nacional es de seis. Finalmente, hacemos constar que durante el recorrido se obtuvieron algunas opiniones de los usuarios, quienes aseguraron que la mayor insatisfacción en el servicio la representa al tiempo de espera, no así en el que se refiere a la atención y medicamentos, manifestando estar conformes en ese aspecto...”. Se anexaron 12 fotografías de la inspección al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

- 7.- Acta circunstanciada levantada por personal de esta Comisión de Derechos Humanos, en fecha **veintitrés de octubre de dos mil quince**, en la que consta la entrevista realizada a la Trabajadora Social del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), ciudadana **Lirio Guadalupe Mendoza García**, quien en relación a los hechos estudiados mencionó: “... que se desempeña como trabajadora social desde hace seis años y con relación a los hechos que se investigan manifestó que sus funciones específicas en esta institución refiere que cuando se trata de pacientes de primera vez elabora procede a entrevistarlos, y si no es caso urgente agenda una cita no mayor a dos semanas, y es hasta el día de su consulta cuando realiza el expediente clínico de los pacientes, sin embargo cuando llegan personas refiriendo estar en mal estado inmediatamente se comunica al médico, y en

*ese momento es valorado sin la necesidad de agendar citas. Menciona que las citas son atendidas de acuerdo a la gravedad del paciente, si éste cuenta con Seguro Popular, y en dado caso de presentar mal estado se atiende en el momento, y si no, se le agenda como un máximo dos semanas para su primera cita, siendo que en los casos cuando las personas no cuentan con seguro popular, se les orienta acerca de la tramitación del mismo y en ese caso se les agenda una cita con un máximo de dos semanas y se les indica que al día de su cita ya deben contar con el seguro popular para llevarse a cabo dicha cita, asimismo manifiesta, que respecto a los pacientes subsecuentes, la intervención como trabajadora social es de referencia, esto significa que si el médico lo canaliza a algún departamento ella como trabajadora social le aporta todas las referencias acerca de la ubicación de dicho departamento o en su caso hace el acompañamiento, indicando que en casos de urgencias que el médico refiera traslado al hospital O´Horán trabajo social es quien realiza el acompañamiento. Por otro lado manifiesta que mensualmente trabajo social realiza una lista de pacientes que no acudieron a sus citas durante el mes correspondiente, pasando a la dirección dicha lista quien ordena las visitas domiciliarias de los pacientes inasistentes, refiriendo que dicha lista se envía a la Jurisdicción Sanitaria Número 1 quien es quien realiza las visitas de referencia, sin embargo, los pacientes que no acuden a su cita pero acuden este dentro al día siguiente o subsecuente, trabajo social se le comunica al médico tratante y éste es quien valora si es un paciente adherente o no, en caso de ser un paciente adherente le otorga su receta médica para que le proporcionen sus medicamentos en el departamento de farmacia y en caso de no ser un paciente adherente, el médico le indica la fecha de otra cita que generalmente es máximo a los dos o tres días dependiendo del medicamento que le quede al paciente, todo con el propósito de no dejarlo ni un solo día sin medicamento, recalcando que no está dentro de sus funciones otorgar el medicamento a los pacientes, toda vez que el médico tratante es el que realiza y autoriza la receta y farmacia el que los entrega. Por otra lado refiere que el medicamento que se otorga a cada paciente es de duración de un mes y si éste se presenta después de transcurrido un mes o cinco días posteriores a la fecha de su cita, que por lo general se le agenda su próxima cita cinco días antes de que se acaben los medicamentos por cualquier eventualidad, se entienden que el medicamento se le ha terminado y ha cortado el tratamiento o esquema, por lo que nuevamente tienen que ser valorados por el médico tratante quien es el que determina si continua con el mismo tratamiento u otro, y posteriormente se le otorga. De igual forma manifiesta que ella como trabajadora social, no tiene la función de mandar a los pacientes a enfermería para que los valoren o tomen sus signos vitales en caso de pacientes delicados o refiriendo alguna urgencia, sino es ella quien da aviso inmediatamente al médico quien toma esas decisiones y ordena el servicio de enfermería su atención inmediata. La entrevistada refiere que con relación a los laboratorios de carga viral que ordena el médico tratante sean realizados a cada paciente, no es función de trabajo social agendar las citas, sino que se les envía a los pacientes al Hospital O´Horán y ellos son quienes agenda las citas siempre tomando en cuenta la fecha de su próxima cita con el médico tratante, que nunca es mayor a quince días antes de su próxima cita ya que la carga viral tarda en aparecer 15 días siendo que*

*el día de los laboratorios es la química del hospital O´Horan quien acude a este centro para recabar los laboratorios. ...”*

- 8.- Acta circunstanciada levantada por personal de esta Comisión de Derechos Humanos, en fecha **veintitrés de octubre de dos mil quince**, en la que consta la entrevista realizada al Coordinador del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), **Dr. Juan Armando Pérez Alonso**, quien en relación a los hechos analizados mencionó: “... desde que tomó el cargo de Director del Centro, ha habido muchos cambios favorables para el CAPASITS y sobre todo para sus usuarios, que actualmente cuentan con dos médicos para el turno de la mañana, y dos para el turno vespertino, dos enfermeras en cada turno, dos trabajadores sociales, en la mañana y uno en la tarde, dos psicólogos en la mañana y una en la tarde, una recepcionista en la mañana y una en la tarde, dos responsables de farmacia una para la mañana y una para la tarde, así como dos personas de limpieza una para cada turno, la población que atienden son de 1700 usuarios, y estos son atendidos por los cuatro médicos y el de la voz, toda vez que él aparte de ver las cuestiones administrativas relativas a la dirección también atiende a pacientes, considera que a pesar de ser un número grande usuarios para cada médico se les está dando la debida atención ya que se encuentran muy bien organizados y todos los pacientes son bien atendidos, que esto se refleja en el porcentaje y las cifras que a nivel nacional arrojan es decir actualmente tienen el 92% de paciente indetectables y el 94% son pacientes de retención es decir son paciente que no han abandonado el tratamiento, lo que habla de un buen servicio que se les brinda. Desea aclarar que el CAPASITS no depende del Hospital O´Horán, sino que dependen de la Jurisdicción Sanitaria número Uno, por eso en cuanto al punto de queja del señor M desconoce y no sabe a qué se refiere en cuanto dice que no se ha activado la comisión mixta CAPASITS- O´Horán, señala mi entrevistado que lo que existe es un convenio de prestación de servicios del Hospital O´Horán y el CAPASITS, es decir cuando un paciente llega en estado grave al CAPASITS lo primero que se hace es atenderlo por los médicos y valorar su situación y enviarlo con una hoja de referencia en compañía del médico del CAPASITS al área de urgencias del O´Horán, se habla con el doctor y se le explica la situación para que sea atendido, esto se hace debido a que el CAPASITS es una unidad ambulatoria, es decir, no cuentan los servicios de emergencia no cuenta con carro rojo, se refiere al carro que tienen los medicamentos y maquinaria para brindar a pacientes con cuadro de urgencia. No omite manifestar el entrevistado que el señor CM es su costumbre llevar a pacientes en estado crítico al CAPASITS y exige que ahí se les brinde la atención, cuando lo que el señor debería de hacer, es llevarlos directamente al servicio de Urgencias del O´Horán, aclara el entrevistado que al paciente que llega con una complicación grave, es decir, con una enfermedad oportunista, primero que nada el servicio de urgencias del O´Horán tiene que estabilizarlo y posterior a esto entonces el médico del CAPASITS rescata al paciente y ya le da sus medicamentos del VIH, hay medicamentos que pueden causar una reacción negativa cuando el paciente está grave, por eso no se les puede suministrar dichos medicamentos. En cuanto al punto de queja de que cuando un

*paciente no acude a su cita en la fecha programada, y solicita atención en forma extemporánea y que cuando acuden se les reprograma por trabajo social en fechas muy lejanas, el entrevistado señala que es totalmente falso, toda vez que en primer lugar las citas no las otorga trabajo social si no el área de recepción, y cuando se da el caso que el paciente no acude a su cita y por ejemplo al día siguiente se presenta el usuario por lo general mas tardar 5 días se le agenda su cita, pero si el paciente ya no cuenta con sus medicamentos es al día siguiente, toda vez que no pueden dejar al paciente sin medicación. Así mismo desea aclarar que el departamento de trabajo social envía cada mes un reporte a la dirección de los inasistentes y el de la voz se pone en coordinación con la responsable jurisdiccional de VIH para que se realicen las visitas foráneas y el CAPASITS las visitas locales a los pacientes que no acudieron a sus citas, pero aclara esto cada vez se da menos ya que la mayoría de los pacientes sí acuden a sus citas médicas es un 8% de la población que atienden que por alguna situación personal no acuden. Por otra parte, señala que los pacientes son atendidos cada mes y después de sus meses si tiene buena adherencia se les cita cada dos meses per durante este tiempo si tienen su medicación. No omite manifestar que en ocasiones el señor M ha llegado a solicitar se le de medicamentos por algún paciente de su asociación que incluso son medicamentos que no están dentro del esquema y por tanto el CENSIDA no los manda al CAPASITS, cuando se le ha explicado al señor lo anterior y que el centro no cuenta con recursos económicos, lo toma con una negativa de nuestra parte o falta de atención y dice que se va a quejar ante las autoridades, señala que el seguro popular cubre con los retro virales y medicamentos para enfermedades oportunistas. En cuanto a los laboratorios de marcadores, estos se realizan tres veces al año es decir cada cuatro meses, no pueden hacerse cada mes o cada dos meses ya que no sirve de nada tienen que dejar pasar ese lapso de tiempo para saber si los medicamentos están funcionando. Por último desea agregar mi entrevistado que están en la mejor disposición de colaborar con este Organismo, que la atención que se le brinda a los usuarios del CAPASITS es la adecuada y por ninguna circunstancia ejercen algún tipo de maltrato o prestación indebida del servicio a los usuarios. ...”*

- 9.- Acta circunstanciada de investigación, levantada por personal de esta Comisión de Derechos Humanos, en fecha **veintitrés de octubre de dos mil quince**, en la que consta lo siguiente: “... El primer entrevistado, persona del sexo masculino, quien no quiso proporcionar su nombre refirió lo siguiente: “La atención del CAPASITS es buena y las instalaciones son adecuadas. Cuando acudo a consultar me atiende un médico quien me valora y me proporciona la información sobre mi estado de salud y mi tratamiento en forma clara. El tiempo que transcurre entre mi consulta varia pues en ocasiones el término es de un mes o de dos meses. A pregunta expresa del que suscribe si en ese caso en qué forma se le proporcionan sus medicamentos, a lo que respondió: “los medicamentos me los proporcionan al término de cada consulta, exhibo mi póliza del seguro popular, así como la receta médica e inmediatamente me los entregan, ahora bien, cuando el tiempo entre cita y cita es de dos meses, mi médico tratante expide dos recetas, para que al término del primer mes acuda al CAPASITS para exhibir la segunda

*receta, ya que los medicamentos se proporcionan cada mes y no se pueden acumular de los dos meses, ya que es un tratamiento el que se lleva”. Continuó diciendo el entrevistado: “Tanto en la primera consulta, como en las subsecuentes, el médico tratante me ha hecho valoraciones de mi estado de salud y de acuerdo a eso y elabora la receta”: Respecto al trato de las trabajadoras sociales, el entrevistado refirió: “No he tenido ningún problema con las trabajadoras sociales, proporcionan en forma adecuada la información y en mi caso, cuando acudí la primera vez al Centro, me orientaron y me informaron que e solo que se requeriría para las consultas, también me proporcionaron información escrita sobre mi padecimiento”: A pregunta expresa si en el Centro se brinda información, atención y seguimiento a los casos de enfermedades de trasmisión sexual el entrevistado manifestó: “ un amigo mío ha acudido a consultar por esa razón y sí le han brindado consultas y sí le dan seguimiento, ya que acude cada determinado tiempo” (sin especificar cuánto). Siendo todo lo que quiso manifestar, se procedió a entrevistar a una persona del sexo femenino quien dijo llamarse AIRÁ y después de haberle explicado el motivo de mi presencia en el Centro, previa mi identificación como personal de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán refirió lo siguiente: “mi nombre es AIRÁ y represento a la fundación “Abrazos que dan vida”, en la que albergamos a personas que no tienen hogar, siendo que en ocasiones recibimos a personas portadoras del VIH y las acompañamos a sus consultas en el CAPASITS. En este Centro se proporciona una atención muy buena, ya sea para pruebas rápidas, como para seguimiento, las instalaciones son adecuadas y limpias. Ahora bien deseo hacer una observación respecto al CAPASITS, en vista de que la fundación que represento alberga personas portadoras de VIH, en ocasiones el Hospital General O’Horán o el mismo CAPASITS, al tener conocimiento que la personas que consulta en el Centro no tiene familiares o personas que pudieran brindarles cuidados, los remiten a nuestra fundación, pero en ocasiones estas personas ya tienen neumonía y nos vemos ante la necesidad de trasladarlos de urgencia. Esa es la única observación que puede hacer, ya que lo que es la atención del personal médico, mi trabajo social y de los psicólogos, es el adecuado. Respecto a los medicamentos, se les proporciona oportunamente, previa receta elaborada por el médico tratante y los usuarios exhiben su receta y su póliza de seguro popular. Cuando consultan por primera ocasión, los atienden sin presentar su boleta de seguro popular y las trabajadoras sociales orientan a los usuarios sobre el trámite que deben de realizar para inscribirse al seguro popular y les indican a quien dirigirse para ello. También puede referir que en el CAPASITS se imparten talleres para la prevención y seguimiento de enfermedades de transmisión sexual, así como sobre los cuidados de las personas portadoras del VIH” Siendo todo lo que quiso manifestar la entrevistada y no deseando firmar el documento, se procedió a entrevistar a una persona del sexo femenino, quien no quiso decir su nombre y al explicarle el motivo de mi presencia, refirió lo siguiente: “la atención que me proporciona el personal del CAPASITS es buena, cuando acudí la primera vez no sabía qué era lo que tenía que hacer para poder consultar, a lo que una trabajadora social me explicó que era lo que se requería, también me proporcionaron un formulario y me ayudaron a llenarlo, las instalaciones son higiénicas, en cuestión de medicamentos, siempre me los proporcionan y me los dan*

*cada mes, después de la consulta. Hay talleres sobre enfermedades de transmisión sexual”. Siendo todo lo que quiso decir, se procedió a entrevistar a una persona del sexo masculino quien no quiso decir su nombre, después de haberle explicado el motivo de la presencia e identificarse como personal de la CODHEY, refirió: “Acabo de consultar por primera vez y me atendieron muy bien, me atendió un médico quien me valoró y me mandó a realizar unas pruebas. También me trató una trabajadora social y me ayudó a llenar un formulario con mis datos, las instalaciones están limpias y esperé poco tiempo para que me atendieran”. No teniendo más que manifestar en entrevistado, y haciendo un recorrido por el CAPASITS, se pudo escuchar y observar en el modulo de recepción, que se encontraba un usuario del sexo masculino que le decía a las dos empleadas encargadas de dicho modulo, que la fecha de su consulta ya había pasado y que no pudo acudir en tiempo por circunstancias personales, a lo que las empleadas le solicitaron su nombre completo y sus datos y reprogramaron la cita para la siguiente semana, diciéndole al usuario que debe de estar pendiente de sus fechas de citas por su salud y para que el tratamiento que esté llevando sea efectivo. ...”*

- 10.-** Acta circunstanciada de investigación, levantada por personal de esta Comisión de Derechos Humanos, en fecha **veintitrés de octubre de dos mil quince**, en la que consta lo siguiente: “... en el área de farmacia se encuentra una persona del sexo femenino, quien al hacer uso de la voz refiere llamarse BRSP, de cuarenta y siete años de edad, natural y vecina de Mérida, Yucatán, que lleva laborando en el área de farmacia del CAPASITS desde hace tres años aproximadamente. Seguidamente hace las siguientes manifestaciones: “para que nos surtan el medicamento, realizo un documento en el que se plasma la relación de medicamentos que se consumieron en el mes inmediato anterior, se le entrega al médico tratante, quien me entrega otra relación del medicamento que se necesitará para el mes próximo. Posteriormente remito esa documentación al responsable de adquisiciones de medicamentos, quien envía la solicitud a CENSIDA. Respecto de la atención que se les da a los pacientes que solicitan el medicamento, primero acuden a su consulta y el médico tratante elabora una receta, especificando que medicamento va a requerir; posteriormente acuden al área que represento y exhiben su receta y la póliza de seguro popular, ha habido casos en los que olvidan su póliza, pero siempre se les otorga el medicamento y se les exhorta a que la próxima ocasión presenten dicho documento. En el caso de personas extranjeras que no cuentan con la póliza de seguro popular, también se les otorga el medicamento que requieren. Ahora bien, en esos casos, canalizo a las personas al área de información para que se les oriente sobre el trámite que tienen que hacer sobre el seguro popular. Cuando un paciente acude y presenta su receta y su póliza del seguro popular ya está por vencer o inclusive ya está vencido, le hago la observación al usuario, explicándole a donde debe acudir para renovarlo. Los usuarios acuden mensualmente por sus medicamentos. En muy pocas ocasiones se han presentado usuarios solicitando medicamentos, no habiendo transcurrido el mes para volverles a surtir, en esos casos, entero al Coordinador del Centro y él platica con el usuario y valora los motivos por las que requiere el tratamiento y en el caso de que se justifique dicha petición, me lo informa

*y yo proporciono el medicamento. En cuanto al abastecimiento de los medicamentos, muy contadas las veces en que no contamos con alguno, pero si llega a farmacia un usuario y solicita algún medicamento que en ese momento no se tenga, se le requiere su nombre completo y número telefónico, así como también se le pregunta para dentro de cuánto tiempo le queda su medicamento, para que la gestión de requerir el medicamento se realice dentro de ese tiempo o en menos tiempo. Hasta la presente fecha no hemos tenido percance alguno respecto al abastecimiento del medicamento. También se han dado casos en los que los usuarios acuden a buscar su medicamento habiendo transcurrido quince días o más después de la fecha fijada para la entrega de su medicamento, en mi área, de acuerdo a las disposiciones médicas y operativas, los usuarios pueden acudir hasta siete días después de la fecha fijada en la receta y cuando exceden de ese término se pasa al usuario a Trabajo Social para que platiquen del porqué del atraso y en ese departamento se les explica la importancia de acudir respetando esos términos, ya que al dejar de consumir el medicamento, podría interrumpir el efecto del tratamiento. Posteriormente se autoriza el que se proporcione el medicamento y regresan a mi área para tal efecto. Es en estos casos, algunos usuarios muestran alguna molestia porque no se les otorga inmediatamente el medicamento, haciendo la aclaración de que sí se les otorga el medicamento en ese mismo día, previa exhortación que se les hace en el área de Trabajo Social. ...”*

**11.-** Escrito de fecha **tres de noviembre de dos mil quince**, suscrito por el ciudadano **CRMB, P de la OOSJ de DAC**, que en su parte relevante señala: “... *En autos del expediente al rubro citado aparecen 2 escritos firmados por el Dr. Carlos René González Álvarez, uno de fecha 19 diecinueve de junio de 2014 dos mil catorce, y otro de fecha 20 veinte de enero de 2015 dos mil quince, en donde aparece supuestamente las medidas, que a decir de dicho funcionario, ha adoptado el CAPASITS de Mérida para mejorar la atención de quienes asisten a dicho lugar; en el primer escrito datado en fecha 19 diecinueve de junio de 2014 dos mil catorce aparecen aparentemente 7 medidas adoptadas, y en el escrito de fecha 20 veinte de enero de 2015 dos mil quince, aparecen supuestamente 8 adoptadas, pero, lo cierto es que, en de ambos escritos son idénticas las supuestas medidas adoptadas, es decir, no hubo un avance entre unas y otras como lo manifiesta el funcionario que firma dichos escritos, puesto que con la simple lectura de ambos escritos esta Comisión de Derechos Humanos se dará cuenta de esto. Además de que, esta comisión pueda corroborar que esta medidas no son adoptadas por el CAPASITS como lo mencionan esto si se hace una visita a fin de corroborar lo aquí descrito. ...”*

**12.-** Acta circunstanciada levantada por personal de esta Comisión de Derechos Humanos, en fecha **ocho de febrero de dos mil dieciséis**, en la que consta la entrevista realizada al Encargado del Departamento de Enfermería del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), Licenciado en Enfermería **Miguel Ángel Carrillo Ceballos**, quien en relación a los hechos estudiados refirió: “... *mi labor consiste en acompañar a los médicos en las*

*consultas, aplicación de pruebas rápidas, orientación a los usuarios, así como de información, las valoraciones, en el centro se cuenta con dos enfermeros, yo por el turno matutino y dos enfermeros por la tarde. Acuden alrededor de cuarenta y cinco a cincuenta usuarios en el turno de la mañana, pero hasta la presente fecha el personal es suficiente para dar una debida atención a los usuarios; entre los usuarios acuden también de otros Estados. Considero que el trato que el personal de este Centro es adecuado a las necesidades de los usuarios. Toda vez que el Centro funciona durante catorce horas de lunes a viernes de siete horas a veintidós horas, aunque la mayor concentración de usuarios se da en el turno matutino. En cuanto al medicamento con el que se cuenta es suficiente, este material es surtido por CENSIDA y en los cinco años que lleva laborando en el Centro, nunca han tenido desabasto. Ahora bien, puedo afirmar que haciendo una comparación de la atención de la primera consulta de los usuarios, respecto a la nueva administración, es que se ha acortado el tiempo de espera, se ha logrado un convenio entre el área de urgencias del Hospital O`Horán, para que los usuarios que porten VIH o ITS que lleguen ahí, sean turnados a este centro o viceversa, así como se han reducido el tiempo entre consultas”. A pregunta expresa del que suscribe respecto si durante el tiempo que laboró para la administración anterior, no notó alguna irregularidad o deficiencia, a los usuarios siempre se les ha dado la debida atención por igual, sin importar si vienen por su cuenta o si pertenecen a alguna asociación. Por último, agrega que la administración ha procurado beneficiar lo mayor posible a los usuarios, y al decir esto me refiero a que el momento de acudir por sus medicamentos, lo pueden hacer a través de otra persona de su confianza, quien tiene que exhibir la póliza del usuario, así como la prescripción del medicamento realizada por el médico tratante, previo el registro del nombre de la persona que acudirá. En el centro no se maneja dinero, pues el material nos lo proporcionan, inclusive en algunas ocasiones se les ha apoyado a los usuarios con los pasajes de autobús; tenemos muy claro que la atención que damos en el CAPASITS tiene que ser mejor y procuramos que esa atención sea de primera y eso lo logramos con el trabajo diario. ...”*

- 13.-** Acta circunstanciada levantada por personal de esta Comisión de Derechos Humanos, en fecha **ocho de febrero de dos mil dieciséis**, en la que consta la entrevista realizada al Médico Especialista del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), ciudadano **Saulo Fabián Sánchez Lugo**, quien en relación a los hechos estudiados refirió: “... que labora como médico tratante de pacientes en el turno vespertino, indicando que el trato que se le da a los pacientes es siempre un trato digno y respetando los derechos de los mismos, refiriendo que por norma oficial dentro del consultorio siempre debe de haber personal enfermería, sin embargo no siempre se puede realizar de esta manera por el hecho de que los recursos no lo permiten, sin embargo, cuando requiere la asistencia de algún enfermero, siempre tiene la asistencia de enfermería porque en el mismo local cuentan con personal de enfermería pero nunca delega sus funciones a personal de enfermería, en cuanto a las instalaciones y los insumos hablando de medicamentos, siempre hay para cubrir cada esquema de cada paciente, al igual que en otras administraciones nunca ha faltado

*medicamentos para cubrir un esquema de los pacientes, ya que el entrevistado manifiesta laborar desde el año 2002 y nunca le ha tocado ver este tipo de faltante que pudiera alterar o interrumpir un esquema, asimismo, manifiesta que actualmente en cuanto a infraestructura si cuenta con las herramientas necesarias para el desempeño de sus labores, así como también manifestó que desde que se inició el Centro hasta la presente fecha, ha cambiado la infraestructura y cuanto a personal operativo, sin embargo en cuanto a la calidad o servicio siempre ha sido de calidad y respetando los derechos de los pacientes, asimismo manifiesta que con relación al funcionamiento administrativo de esta administración y de las anteriores, sobre todo en la que ocurren los hechos que se investigan, no puede decir mucho ya que sus funciones son exclusivamente la atención médica al paciente, sin embargo, pueden decir que a la fecha no se ha percatado de irregularidades en cuanto al servicio que el personal operativo y administrativo de este Centro le brinda a todos los usuarios que acuden al mismo. ...”*

- 14.- Acta circunstanciada levantada por personal de esta Comisión de Derechos Humanos, en fecha **tres de marzo de dos mil dieciséis**, en la que consta la entrevista realizada a la Jefa de Jurisdicción Sanitaria número uno de los Servicios de Salud de Yucatán, **Doctora María Esther Rangel Ramírez**, quien en relación a los hechos estudiados señaló: “...que desconocía hasta este momento si existía una queja en su contra por parte del señor CMB, que no recuerda en ningún momento haber entablado comunicación con él, más sin embargo, si tiene conocimiento que en distintas ocasiones ha solicitado a través de escritos ante la Secretaría de Salud directamente, es decir al Secretario en sus oficinas, información sobre los programas de VIH y en algunas ocasiones ha interpuesto quejas por los servicios brindados en el CAPASITS, por lo que el jurídico hace llegar a la jurisdicción sanitaria de la cual la compareciente es la encargada desde el año 2011, dichos escritos para que se rinda una informe y la jurisdicción da contestación, pero al jurídico no a los quejosos o solicitantes, toda vez que el lugar donde se hizo primeramente la solicitud es la Secretaría General, si la queja del señor M es que nunca la de la voz le haya dado contestación directa a sus escritos es porque no le corresponde jurisdicción dar contestación si no a la dirección jurídica o el secretario es quien debe de dar dicha contestación. Que recuerda la de la voz un escrito que la dirección jurídica le hizo llegar a ella en relación a una queja del señor M por la destitución del Dr. Gaber Osorno, situación que a la de la voz no le compete dar una solución o respuesta a su queja, señalando que si el Dr. Gaber fue removido de su cargo es por la decisión del Secretario de Salud y sabe la de la voz que en ese momento le fue asignado un cargo a nivel estatal igual relacionado con VIH. Asimismo señala que posterior al Doctor Gaber, la Dirección del CAPASITS la ocupo el Dr. Carlos González quien estuvo en funciones de Director desde el año 2012 hasta principios del 2015, que durante este tiempo la de la voz considera que el funcionamiento del CAPASITS sufrió algunos altibajos y se pudieron observar que no estaba funcionando correctamente el CAPASITS en cuestión administrativa y del personal, los programas no estaban funcionando en los estándares que se requieren y consideraron por el Secretario que no era la persona idónea en ese momento el DR. González y se tomó la decisión de

*sustituirlo por el Doctor Armando Pérez, quien es el actual director y durante este tiempo que lleva de encargado el citado galeno se ha observado un crecimiento favorable tanto en lo administrativo como en la atención y seguimiento a los usuarios, situación que se refleja ya que actualmente no se han recibido quejas por parte de los usuarios en cuanto al servicio se refiere. Que en relación al personal con el que cuenta el CAPASITS que actualmente son seis médicos para turno matutino y vespertino señala que hoy por hoy es el personal adecuado debido a la población que atienden y están cumpliendo con los lineamientos normativos, si un futuro llegara a crecer la población si se requiere de mayor personal, incluso señala que actualmente están en proyectos de mejoras para la atención de los pacientes y brindarles mayor en la mayor calidad de los servicios, señala que los recursos provienen directamente desde la federación, estatales y jurisdicción, en si la jurisdicción los gastos que devengan son cuestiones administrativas, en cuanto a los medicamentos específicos para VIH que se manejan en el CAPASITS son financiados por la federación, es un proceso que se requiere en plataformas y autorizaciones, el director del CAPASITS requiere cumplir normas y procedimientos para dar los medicamentos del VIH, por eso si en alguna ocasión la queja del señor M es que porque se le hayan negado medicamentos, aclara no es que se le nieguen por el CAPASITS, si no que el director no está facultado para dar dichos medicamentos ya que tiene que ser a través de lineamientos y subir a plataforma para que la federación los autorice, incluso los medicamentos costosos o específicos para VIH no se encuentran físicamente en el CAPASITS para nuevos pacientes, los que hay ya están asignados para los pacientes que están en control, si llega un paciente nuevo hay que solicitarlo a la federación a través de plataforma, cabe mencionar que el CAPASITS es una unidad ambulatoria de consulta externa y no de urgencias, por lo que si un paciente llega al CAPASITS en estado crítico debido al padecimiento de VIH el primer contacto debe ser en el hospital O´Horán y no en el CAPASITS situación que en muchas ocasiones ha generado molestia al señor M ya que varias veces ha llegado con pacientes en estado crítico al CAPASITS y no es que se les niegue la atención medica si no que no están en el lugar correcto ya que el CAPASITS no cuenta con el equipo necesario para atender urgencias. Por último desea aclarar que en su oficio número JS1/CAM/0188/14 ella refiere que el doctor Carlos González fue quien le dijo a la de la voz que él había elaborado y remitido a las instancias solicitantes la información vía correo electrónico, aclarando que en ningún momento ella hizo tales contestaciones y haberlas remitido vía correo al quejoso. ...”*

- 15.-** Escrito de fecha **diecisiete de marzo del año dos mil dieciséis**, suscrito por el ciudadano **CRMB, P de la OOSJ de DAC**, que en su parte relevante señala: “... **SÍNTESIS DE LOS ANTECEDENTES DEL CASO.** En fecha 12 de noviembre de 2013 mediante escrito dirigido a diversas Autoridades, Organizaciones de la Sociedad Civil, a los Medios de Comunicación Públicos y en general a la Opinión Pública, interpuso ante este Organismo una queja por diversas irregularidades ocurridas en el Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS); por problemas con el Personal que ahí labora; por la discriminación ejercida en el CAPASITS en contra de los extranjeros

enfermos con VIH/SIDA que acuden a dicho lugar para recibir atención médica y por último pero, no menos importante la falta de abastecimiento de medicamentos para el tratamiento de enfermos con VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En dicha queja solicitaba entre otras cosas que: Se restituyera en su puesto al Dr. David Gaber Osorno; que se transparentaran los recursos que se tenían para el tratamiento del VIH/SIDA, que se solicitara al Congreso del Estado que los mencionados recursos estuvieran previamente etiquetados y con candados, para que estos no fueran mal usados; que se llevara a cabo una investigación seria y a fondo, junto con una auditoria para ver que los fondos que había abarcado la administración anterior; que se restableciera el Comité de Seguimiento y Evaluación de los tratamientos antirretrovirales y atención integral y que fuera promovida por la Dra. Patricia Uribe Zúñiga que desde la administración anterior dejo de sesionar por lo que demandábamos su instalación inmediata; solicitábamos a este Organismo de Derechos Humanos su intervención puesto que, se estaban afectando los derechos y garantías de los pacientes, así como también de los trabajadores de la salud; que el buzón de quejas fuera abierto en la junta del Comité de Seguimiento y Evaluación de los tratamientos antirretrovirales y atención integral del CAPASITS y finalmente solicitábamos de nueva cuenta a esta Comisión de Derechos Humanos que abriera una investigación especial en materia de VIH/SIDA, puesto que el Estado se encontraba violando los derechos humanos y garantías de la sociedad yucateca tanto individuales como colectivos en la información, prevención, educación, detección en materia de VIH abandonado este rubro hace años y que debido a esto había un aumento considerable del VIH, así como de la desinformación que había, además de que, no se disponía de los recursos necesarios. En atención a lo que demandaba en la queja interpuesta ante este organismo protector de los derechos humanos la autoridad respondió lo que a continuación se sintetiza. **RESPUESTA DE LA AUTORIDAD A LA QUEJA INTERPUESTA.** En respuesta a la queja que interpuso y de la que se viene hablando, en fecha 30 de mayo de 2013 el Dr. Carlos René González Alvares mediante escrito acepto las irregularidades que yo señale en mi escrito de queja de fecha 12 de noviembre de 2013, y al respecto en síntesis dicho doctor manifestó lo siguiente: 1.- Con relación a que no se ha activado la Comisión, el Doctor Carlos René González Alvares manifestó, que efectivamente no se encuentra funcionando la Comisión Mixta (CAPASITS-Hospital O'Horán) de seguimiento de tratamientos antirretrovirales y atención de las personas que viven con VIH. 2.- En cuanto al tratamiento de pacientes y la interrupción del mismo y la falta de atención médica oportuna, el Doctor Carlos René González Alvares manifestó, que efectivamente la interrupción del tratamiento es un grave problema para la salud de los pacientes y puede tener un alto costo social, por lo que es necesario valorar los problemas que impiden a los pacientes adherirse plenamente al tratamiento tal como lo recomienda la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH, CENSIDA, México 2012, págs. 59 a 63 (sic) y proporcionar oportunamente el tratamiento correspondiente al paciente. 3.- Respecto a que la Clínica niega seguimiento y tratamiento a enfermedades de transmisión sexual aun cuando estas personas no sean seropositivas al VIH. El Doctor Carlos René González Alvares manifestó, que efectivamente es una función básica del

*CAPASITS proporcionar atención a las personas portadoras de ITS, aun cuando no vivan con VIH, ya que son candidatas a reforzar la prevención de la transmisión sexual de enfermedades. Hasta ahora no hemos recibido el reporte concreto de una negativa de este servicio, sin embargo es posible que esto haya ocurrido. 4.- En atención a que, cuando las personas tienen enfermedades graves donde los tratamientos son muy caros y que no se está haciendo la solicitud de los tratamientos especializados de tercer nivel; el ya referido doctor manifestó que cuando un paciente es detectado con algún padecimiento que requiere atención especializada, es referido al Hospital O'Horán, quien es la unidad de atención médica de segundo nivel correspondiente al CAPASITS-Mérida. En caso de que el paciente requiera atención por alguna especialidad o subespecialidad con cuyo servicio no se cuenta en el Hospital O'Horán, puede referir al paciente al tercer nivel de atención, a quien corresponde proporcionar la atención y el tratamiento que el paciente requiere de acuerdo al catálogo de servicios que cubre el Seguro Popular. 5.- Por cuanto a que la clínica del CAPASITS no está dando una respuesta adecuada a la urgencia y menos el Dr. Que debe ocuparse de las personas que vienen ya en un estado avanzado y con muchas enfermedades. El Doctor Carlos René González Alvares manifestó entre otras cosas, que el CAPASITS por su propia estructura y organización (tiene un horario de trabajo y no cuenta con una área clínica para observación del paciente o atención de primer contacto) no puede proporcionar atención a todas las urgencias que puedan presentar los usuarios, requiere apoyarse en el servicio de Urgencias del Hospital O'Horán. En el CAPASITS contamos con un consultorio destinado a la atención de los pacientes que consultan por primera vez, quienes son atendidos en citas programadas. 6.- Posteriormente en fecha 19 de junio de 2014, nuevamente Doctor Carlos René González Alvares **manifestó entre otras cosas que: CUANDO EL PACIENTE REQUIERE SERVICIOS O MEDICAMENTOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL CATÁLOGO DE SERVICIOS DEL SEGURO POPULAR. DEBEN PAGAR POR ELLOS.** Con lo anteriormente descrito en los puntos que anteceden, sin lugar a dudas quedan acreditadas fehacientemente todas y cada una de las irregularidades acaecidas en el Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS); los problemas con el Personal que ahí labora; la discriminación que es ejercida en el CAPASITS en contra de los extranjeros enfermos con VIH/SIDA que acuden a dicho lugar para recibir atención médica y por último pero, no menos importante la falta de abastecimiento de medicamentos para el tratamiento de enfermos con VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Para concluir este aparatado, es menester recalcar que resulta sumamente alarmante lo manifestado por el Doctor Carlos René González Alvares en su escrito de fecha 19 de junio de 2014, en donde claramente manifiesta que, **CUANDO EL PACIENTE REQUIERE SERVICIOS O MEDICAMENTOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL CATÁLOGO DE SERVICIOS DEL SEGURO POPULAR, DEBEN PAGAR POR ELLOS.** Ante estas es alarmante y preocupante que pretendan que los medicamentos y tratamientos de los enfermos con VIH/SIDA sean pagados por ellos, cuando es obligación del estado proporcionar hasta el máximo de los recursos la atención médica adecuada, por lo que si se cobra el tratamientos y los medicamentos es evidente que*

estamos ante graves violaciones de derechos humanos a los enfermos con VIH/SIDA y también ante el incumplimiento de acuerdos firmados tanto por la Federación como del propio Estado, a través de la Secretaría de Salud. Para evidenciar estas graves violaciones a continuación expondremos las siguientes: **CONSIDERACIONES DE HECHO Y DE DERECHO RELACIONADAS CON EL CASO CONCRETO PLANTEADO EN LA QUEJA QUE INTERPUSE.** El VIH/SIDA además de ser un problema de salud pública a nivel mundial, es un serio problema social por el contexto discriminatorio que existe hacia el contagiado. La sociedad creó el estigma sobre el SIDA, cuando al principio el VIH fue detectado en varones homosexuales, siendo el SIDA catalogada como una "enfermedad de homosexuales". La suma de prejuicios, desinformación, información insuficiente e ignorancia han reforzado el estigma social en todos los contextos: familia, amistades, trabajo, escuelas, hospitales, cárceles, instituciones públicas y hasta en las leyes. Aún no existe en grado suficiente, una cultura que perciba al VIH como una enfermedad que cualquiera puede padecer, ya que no discrimina entre género, edad, etnia o nivel socioeconómico. El problema más grande causado por la ignorancia y la discriminación se convierte en violaciones a los derechos humanos como: despidos del lugar de trabajo, negar la educación en las escuelas, maltrato al momento de recibir atención, en particular en servicios públicos, informar parcialmente acerca de la enfermedad, asignación inadecuada de fondos para el diagnóstico y tratamiento en países en vías de desarrollo y prácticamente nula para la investigación. Sin embargo, nunca puede olvidarse que el enfermo es una persona, con todo lo que ello implica. Toda actuación que tienda a marginar a las personas infectadas con VIH, por pequeña que ella sea, participa de algún modo de inmoralidad. **La atención médica, social, humana en general, hacia ellos, no es una dádiva ni un acto heroico, sino una exigencia, que se inscribe en la naturaleza de su ser personal. Gozan, por consiguiente, del derecho a una atención preferencial.** Cualquier acción contra personas con VIH/SIDA, la omisión de la atención hacia los mismos, los cuidados realizados en forma displicente o peor negligente, incluso, las atenciones correctas pero realizadas por motivaciones espurias, como son la búsqueda de la publicidad a costa del dolor ajeno, o presentadas como dádivas que se les conceden, caen todas ellas dentro del marco de acciones no éticas, sólo salvables debido a la ignorancia o a la realización inconsciente de quienes las practican. Es muy importante resaltar que con un tratamiento adecuado, la gran mayoría de los pacientes VIH positivos, diagnosticados oportunamente pueden desarrollar su vida sin limitaciones. El acceso a los servicios de salud es uno de los problemas centrales del Sistema de Salud en México. La accesibilidad a los servicios de salud involucra relacionalmente personas, servicios y recursos e indica el grado de facilidad con que las personas obtienen recursos y cuidados de salud. Es el resultado de la interacción entre un individuo que procura cuidados y personas pertenecientes a equipos de salud que lo conducen dentro del sistema. Para mejorar los niveles de acceso a los servicios y a la oferta de cuidados es preciso colocar los recursos cerca de las personas y los grupos involucrados. Los lugares donde se realizan las actividades de diagnóstico y asesoramiento tienen que ser de fácil acceso y deben contemplar las características de la comunidad a la que esté dirigida la oferta. El circuito de diagnóstico

debe ser rápido y fluido y de tiempos de espera acotados. Todas las intervenciones deben ser gratuitas y centradas en las personas,, apuntando a promover la construcción de ciudadanía, desde el derecho y estimulando la autonomía. Sin embargo, en distintas regiones de la república mexicana, existe un tráfico nacional de medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA que ha provocado una crisis de desbaste en todas las instituciones de salud de México y eso genera un preocupante aumento en las defunciones. Estas defunciones se debe a la falta de suministro de los antirretrovirales que se padece hoy en distintas dependencias de la salud como los son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y el Seguro Popular. El retraso en los antirretrovirales y la falta de medicamentos a los enfermos de VIH/SIDA ha ocasionado que les cambien su tratamiento y eso les ocasiona más enfermedades. Por otro lado los .tratamientos suelen ser bastante caros pues oscilan entre 25 mil y 35 mil pesos, por lo que en muchas ocasiones en varias regiones de la Réplica mexicana los antirretrovirales son traficados por funcionarios del sector salud, enfermeras, médicos y hasta encargados de las farmacias de las distintas instituciones, quienes luego los venden en el mercado negro o simplemente los intercambian entre instituciones. Debido a lo anterior es que los enfermos de VIH/SIDA y otras ITS se encuentran padeciendo el desabasto de medicamentos por corrupción y malos manejos de los funcionarios del sector salud. Por lo que tristemente es evidente que **en México no hay acceso oportuno a la salud y eso mata a las personas**. Consecuentemente, el Estado mexicano pese a que está constantemente firmando tratados internacionales en materia de derechos humanos, sin embargo, recurrentemente éste los vulnera flagrantemente. Por lo tanto el no contar con antirretrovirales, está provocando muertes, que bien pudieran prevenirse. **El incremento en las defunciones no es sólo porque el medicamento no está llegando puntualmente a los enfermos, es también por negligencia médica, discriminación y estigma**. Al no llegar, los pacientes dejan de ir por su tratamiento y les repercute porque van a caer al hospital. Y lo que sigue es la muerte. Nos queda claro que el gobierno no está generando acciones concretas en prevención y diagnósticos oportunos a la población enferma con VIH/SIDA y otras ITS. No se generan campañas permanentes para identificar la enfermedad o en su momento estar promoviendo el uso del condón a la población que es activa sexualmente. Sin diagnóstico oportuno además de que por cada persona afectada, hay cinco que no saben su diagnóstico, porque no hay prueba de por medio. Por lo anterior es urgente y necesario un tratamiento oportuno donde el personal de salud debe considerar la importancia de la adherencia a éste con la finalidad de disminuir las infecciones oportunistas. Algunas recomendaciones son: a) Alternativas para apego real al tratamiento, b) Disponibilidad de medicamentos, c) Horarios para la toma de medicamentos, d) Indicaciones en el contenido de la dieta: tipo de alimentos y líquidos, e) Alternativas para el cuidado domiciliario. Otro aspecto a destacar es la de las y los migrantes quienes salen huyendo de sus países de origen debido a las asimetrías

locales, nacionales y regionales, en términos de acceso al ejercicio de sus derechos a la salud, educación, seguridad y empleo. El tránsito de migrantes indocumentados por México hacia Estados Unidos es definido por ellos mismos como **"el más difícil y de mayor riesgo"**. Desde su ingreso a México, los migrantes son objeto de diversas y numerosas agresiones y violaciones a sus derechos humanos, en donde las relaciones sexuales emergen como un medio para la sobrevivencia o para la negociación del tránsito hacia Estados Unidos, pero también como parte de las situaciones de violencia a las que se ven expuestos. Las personas que se ven en la necesidad de migrar sin documentos, se encuentran en una particular situación de vulnerabilidad. Sobre ello queremos resaltar que la vulnerabilidad social al VIH/SIDA se genera como parte de las condiciones de desigualdad social donde ocurre el proceso migratorio y la manera en que se relacionan e interactúan los diferentes grupos en determinados contextos sociales. En ese sentido, la CNDH ha señalado que la vulnerabilidad coloca a quien la padece en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades. La vulnerabilidad fracciona y, al hacerlo, anula el conjunto de derechos y libertades fundamentales, de tal suerte que personas, grupos y comunidades tienen estos derechos únicamente a nivel formal, ya que en los hechos no se dan las condiciones necesarias para su ejercicio. Así pues la relación entre VIH y derechos humanos de las personas migrantes se hace cada vez más evidente. Por un lado, es necesario considerar la vulnerabilidad a la infección en los grupos sociales marginados que tienen limitado su acceso a los derechos económicos, sociales y culturales, y, por el otro, los derechos que —en círculo vicioso— les son violentados a quienes viven con VIH/SIDA, en forma de discriminación y violencia. No hay que perder de vista que el 10 de junio de 2011 se publicó la reforma constitucional en materia de derechos humanos, y que está señala en su artículo 1º Constitucional lo siguiente: "En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos que esta Constitución establece." Como se podrá apreciar este artículo no hace ninguna distinción entre mexicanos y extranjeros, ni hace referencia a su situación migratoria para el goce de los derechos humanos, ya que éstos no se otorgan por la misma ley, sino que son considerados inherentes a todo ser humano. A mayor abundamiento, en el quinto párrafo de ese mismo artículo constitucional se establece que: "Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquiera otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas." En relación a lo anterior, también tenemos el derecho de acceso a la salud, establecido en el artículo 4º párrafo cuarto, de nuestra Carta Magna, el cual señala lo siguiente: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general." Por otro lado no debe pasar de inadvertido lo establecido en la, Ley General de

Salud que asienta en su artículo 3º lo siguiente: "Es materia de salubridad general, entre otras, la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables: la atención materno-infantil; la salud mental; la coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta entre los seres humanos; la educación para la salud; la prevención y el control de enfermedades transmisibles; la asistencia social, así como la sanidad internacional." Así mismo en el tema de migrantes tenemos y el acceso a su derecho a la salud tenemos que en mayo de 2011 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley de Migración que, entre otras disposiciones, establece el acceso a servicios de salud a la población migrante. La Ley de Migración establece, en su artículo 2o., los principios en los que debe sustentarse la política migratoria del Estado mexicano, entre ellos, los siguientes: "Respeto irrestricto de los derechos humanos de los migrantes, nacionales o extranjeros, sea cual fuere su origen, nacionalidad, género, etnia, edad y situación migratoria, con especial atención a grupos vulnerables como menores de edad, mujeres, indígenas, adolescentes, y personas de la tercera edad, así como víctimas del delito." Por lo anterior hay que resaltar que los derechos y obligaciones de los migrantes incluyen los servicios de salud: Artículo 8. [...] Los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables. Los migrantes independientemente de su situación migratoria, tendrán derecho a recibir de manera gratuita y sin restricción alguna, cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida. Partiendo del derecho a la salud, como ya se ha dicho toda persona independientemente de su situación migratoria tiene derecho a ser tratado y diagnosticado oportunamente. A partir de las reformas en materia de derechos humanos y en materia de salud los gobiernos han creado programas destinados a fortalecer el ámbito de la salud y uno de estos programas en materia de salud sin duda alguna es el **seguro popular**. Como muchos sabemos el **seguro popular** fue creado como una supuesta solución a la problemática de Sistema Nacional de Salud además de que con él se iba a aminorar el gasto de "millones de familias" que carecen de servicios de salud derivados del sistema de seguridad social. Comenzó como un programa de gobierno en 2001, durante el sexenio de Vicente Fox, para lograr en 2003 reformar la Ley General de Salud. El Seguro Popular dejó de ser un programa de gobierno para establecerse como una política de salud transexenal legalmente establecida. Según lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, uno de los objetivos de este seguro es **"evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal"**, por lo que se plantea el acceso de la población con mayores carencias a los servicios públicos de salud promoviendo su incorporación al Seguro Popular, a los programas para no asegurados de la Secretaría de Salud y el IMSS. El Seguro Popular tiene como objetivo fundamental brindar protección financiera en materia de salud a la población que carece de derechohabencia a las instituciones de Seguridad Social y en este sentido, poder generar condiciones de mayor equidad y justicia para la población del país, pero no solo de este sino que también debe incluir a los migrantes, grupo sumamente vulnerable y más aún si estos se encuentran enfermos de VIH/SIDA.

*Dentro de las reglas de operación del Seguro Popular, encontramos requisitos que prácticamente se hacen imposibles de cumplir, principalmente si se trata de transmigrantes o las personas con situación migratoria irregular, pues estas difícilmente pueden acceder a los servicios que proporciona el programa. Los criterios de elegibilidad que tiene que reunir las personas o las familias que quieran tener accesos al Seguro Popular, son los siguientes: 1.-Residir en las zonas y regiones seleccionadas de las entidades federativas participantes en el Programa SPS. 2.- No ser derechohabiente de la seguridad social. 3.- Optar voluntariamente por afiliarse. 4.- Cubrir la cuota de afiliación correspondiente. 5.-Presentar comprobante de domicilio. 6.- Clave Única de Registro de Población (CURP) en caso de contar con ella o acta de nacimiento. Partiendo de lo anterior tenemos que, la delimitación de la población objetivo del programa se excluye la posibilidad de que migrantes irregulares y transmigrantes puedan acceder al Seguro Popular sin discriminación por su condición migratoria u origen. También resulta complicado que puedan reunir los requisitos que se solicitan, comenzando por el comprobante de domicilio y la CURP. Los transmigrantes difícilmente se quedarán a residir en el país, pues su objetivo es cruzar la frontera norte, pero esto no debería impedir la posibilidad de que pudieran contar con un registro ante el Seguro Popular que les permitiera acceder a cualquier clínica o centro de salud dentro de los estados que son ruta migratoria. En cuanto a los migrantes que se quedan a radicar de manera irregular en el país, si bien pudieran llegar a cumplir el requisito de presentar comprobante de domicilio, el acceso será imposibilitado justo por su condición irregular, ya que en todo trámite dentro de territorio nacional, es necesario presentar credencial de elector misma que sólo se expide a ciudadanos mexicanos, así como el CURP, igualmente sólo otorgado a ciudadanos mexicanos, previa presentación de acta de nacimiento. El trámite de regulación de una persona migrante es complejo, muchos de ellos son enviados a centros de detención del Instituto Nacional de Migración (INM), y antes de que puedan solicitar la visa que les permita permanecer en territorio mexicano, o que puedan solicitar refugio, son deportados a sus países de origen, por lo que difícilmente un migrante buscará regularizar su situación para poder cubrir los requisitos que marca el Seguro Popular para ser beneficiario. Dada la importancia que representa el VIH/SIDA dentro de la salud pública y debido a que esta enfermedad se considera de alto costo, **se debe incluir todo el tratamiento dentro del paquete de servicios del Seguro Popular.** Por lo tanto la Comisión Nacional de Protección Social en Salud debe vigilar y proporcionar los recursos financieros para la compra de servicios y medicamentos y su distribución a los estados, **además de garantizar el abasto y la calidad de la atención a los pacientes.** Ahora bien otra problemática que se abarca en el caso concreto en el que se actúa, es sin duda alguna el **Centro de Ambulatorio para la Atención de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (CAPASITS-Mérida)**. Los CAPASITS como bien sabemos son establecimientos de salud para la prevención y atención especializada de pacientes con VIH/SIDA, y enfermedades de transmisión sexual de tipo ambulatorio, en consulta externa, con servicio asistencial, médico social y consejería. En México existen aproximadamente sesenta y un CAPASITS, estos debe atender sin discriminación alguna tanto a población local como a población migrante. No obstante*

que los CAPASITS han sido presentados como un gran avance en la atención y prevención del VIH/SIDA por parte de la Secretaría de Salud, sin embargo existen problemas que dificultan la adecuada atención a las personas que acuden a solicitar una consulta o tratamiento a estos lugares. Uno de estos problemas tiene que ver con la **falta de especialización del personal para atender a personas contagiadas con VIH o que tienen SIDA**, puesto que la mayoría de los que ahí laboran ni siquiera saben es realmente el VIH, y simplemente hacen contrataciones sin haber dado antes capacitaciones, sin embargo, las capacitaciones, en la mayoría de los casos no son suficientes, puesto que en algunos casos estas capacitaciones no están relacionadas al VIH/SIDA. Otro problema relacionado con los CAPASITS es la falta de infraestructura que permita brindar una adecuada atención a los usuarios. Otro obstáculo es la falta de difusión sobre las actividades y servicios que brinda el CAPASITS, lo que ocasiona que la gente no sepa qué es y para qué sirve el CAPASITS. Por otro lado los CAPASITS en muchas ocasiones no proporcionan antirretrovirales, tanto a nacionales como a extranjeros, y muchas veces pide ciertos requisitos que se vuelven sumamente burocráticos, como por ejemplo contar con una identificación y presentar una constancia de que no son derecho habientes del IMSS, ISSSTE o ISSTEY, esto a sabiendas de que existen personas migrantes que muchas veces llegan a solicitar la atención y que en la mayoría de las veces carecen de identificación, por lo que la falta de este requisito dificulta la atención médica y que se les proporcione el tratamiento correspondiente. De esta manera la situación en que se encuentra tanto el Hospital O'Horán como el CAPASITS implica una violación al derecho a la salud por parte del el Estado Mexicano y del Gobierno del Estado de Yucatán; pues ambos incumplen con sus obligaciones de respetar el derecho a la salud. El gobierno federal en virtud de que, hace recortes al presupuesto destinado al ramo de la salud que ha impactado de tal manera que muchas veces los hospitales carecen de personal, medicamentos y equipo necesario para brindar la atención médica, situación que puede ser considerada como una medida regresiva que limita el acceso y disfrute del derecho a la salud. Y por otra parte el Gobierno del Estado de Yucatán también es responsable por no implementar las medidas necesarias para garantizar una adecuada atención médica, a las y los enfermos de VIH/SIDA independientemente de su situación migratoria, como por ejemplo no destinar hasta el máximo de sus recursos para garantizar el mantenimiento y abasto de clínicas y hospitales, así como para realizar las contrataciones de personal médico suficiente para garantizar una adecuada atención. De esta manera, es posible afirmar que el **Estado Mexicano incumple constantemente con su obligación de realizar el derecho, que implica el compromiso de adoptar medidas que faciliten el goce de los derechos humanos por parte de toda la población, tanto nacional como de las y los migrantes que requieran de la atención médica, sin que exista discriminación alguna**. De esta manera podemos afirmar que las autoridades impiden el acceso al goce más alto posible a nivel salud; las autoridades al no destinar los recursos suficientes para el tema de salud, sin duda alguna viola este derecho, lo anterior por no destinar el máximo de los recursos que disponen y no solo eso, sino que también, viola el derecho a la vida, porque los enfermos de VIH/SIDA se encuentran expuestos a contagios y co-

infecciones de enfermedades oportunistas; y tomando en cuenta que también se discrimina a los enfermos con VIH/SIDA por cuestiones socioeconómicas, debido a que carecen de posibilidades para acudir con médicos privados que les puedan brindar el servicio especializado, lo que evidencia que el Estado no ha adoptado medidas para prevenir, reducir y eliminar las condiciones y actitudes que generan la discriminación en la práctica. Es importante destacar que, con relación al **nivel más alto en materia de salud** la **Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación** a través del **amparo en revisión 378/2014** de la ponencia del **Ministro Alberto Pérez Dayán** ya se ha pronunciado al respecto. En los siguientes términos: "El derecho a la salud no se limita a prevenir y tratar una enfermedad, sino que atento a la propia naturaleza humana, va más allá, en tanto comprende aspectos externos e internos, como el buen estado mental y emocional del individuo, es decir, se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica. Del artículo 4 de la Constitución Federal, que establece que toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización. Las anteriores consideraciones encuentran su sustento en las siguientes tesis y jurisprudencias, que se leen bajo el rubro: **Época:** Novena Época **Registro:** 165826 **Instancia:** Pleno **Tipo de Tesis:** Aislada. **Fuente:** Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta **Tomo XXX**, Diciembre de 2009 **Materia(s):** Constitucional **Tesis:** P. LXVIII/2009 **Página:** 6. **DERECHO A LA SALUD. NO SE LIMITA AL ASPECTO FÍSICO, SINO QUE SE TRADUCE EN LA OBTENCIÓN DE UN DETERMINADO BIENESTAR GENERAL.** El referido derecho, contenido en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y reconocido en diversos tratados internacionales suscritos por México, no se limita a la salud física del individuo, es decir, a no padecer, o bien, a prevenir y tratar una enfermedad, sino que atento a la propia naturaleza humana, va más allá, en tanto comprende aspectos externos e internos, como el buen estado mental y emocional del individuo. De ahí que el derecho a la salud se traduzca en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica. **Época:** Novena Época **Registro:** 161333 **Instancia:** Pleno **Tipo de Tesis:** Aislada. **Fuente:** Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta **Tomo XXXIV**, Agosto de 2011 **Materia(s):** Constitucional **Tesis:** P XVI/2011 **Página:** 29. **DERECHO A LA SALUD. IMPONE AL ESTADO LAS OBLIGACIONES DE GARANTIZAR QUE SEA EJERCIDO SIN DISCRIMINACIÓN ALGUNA Y DE ADOPTAR MEDIDAS PARA SU PLENA REALIZACIÓN.** Del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, según el cual toda

*persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho, y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado. Así, la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, por ejemplo, dispone que el derecho a la salud garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y refiere que los poderes públicos tienen obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él. Algunas de estas obligaciones son de cumplimiento inmediato y otras de progresivo, lo cual otorga relevancia normativa a los avances y retrocesos en el nivel de goce del derecho. Como destacan los párrafos 30 y siguientes de la Observación citada, aunque el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representa la limitación de los recursos disponibles, también impone a los Estados obligaciones de efecto inmediato, como por ejemplo las de garantizar que el derecho a la salud sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización, que deben ser deliberadas y concretas. Como subraya la Observación, la realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización. Al igual que ocurre con los demás derechos enunciados en el Pacto referido, continúa el párrafo 32 de la Observación citada, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud. Como se advierte de las anteriores consideraciones, el derecho a la salud previsto en el artículo 4 de la Constitución General de la República, puede entenderse como la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud encaminados a la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica. En suma, es dable afirmar que la plena realización del derecho humano a la salud es uno de los requisitos fundamentales para que las personas puedan desarrollar otros derechos y libertades de fuente constitucional y convencional, por lo que la prosecución de la justicia social no puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sin enfermedades y sufrimientos que se resulten evitables o tratables, y sobre todo, en la evitabilidad de padecer una mortalidad prematura. Ahora, establecida la noción general del derecho humano a la salud que tutela el artículo 4 de la Constitución General de la República, resulta menester concretar el presente estudio al contenido y alcance jurídico del derecho humano al disfrute al más alto nivel posible de salud física y mental, que consagra el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual es del tenor literal siguiente: "**Artículo 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.** 2.- Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a).-La reducción de la mortinatalidad (sic) y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b).- El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c).-La prevención **y el tratamiento de las enfermedades** epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, **y la lucha contra ellas; d).- La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad".** Del precepto convencional en cita, se advierte que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, impone obligaciones positivas a los Estados parte, de las que se destacan -por la particularidad del presente caso-, las medidas necesarias para la reducción de la mortalidad, el tratamiento de las enfermedades y, especialmente, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Empero, un primer acercamiento a la extensión de la obligación de salvaguardar el derecho al disfrute del más alto nivel posible a la salud, en su vertiente de tratamiento de enfermedades y condiciones de asistencia y servicios médicos, puede colegirse del artículo 2 de la propia convención: "**Artículo 2.- 1.-** Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto **se compromete a adoptar medidas**, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, **hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados**, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos. 2.- Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, **sin discriminación alguna** por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social." En esa lógica, en virtud del derecho consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se impone al Estado mexicano, por una parte, una obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho al nivel más alto posible de salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio hasta el máximo de los recursos que disponga. Cuando se afirme que un Estado parte no ha adoptado medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga, se deben examinar las medidas legislativas o de otra índole, que haya adoptado, siendo que para determinar si son "adecuadas" o "razonables", se tomarán en cuenta, entre otras cuestiones, las siguientes: (I) hasta qué punto las medidas adoptadas fueron "**deliberadas, concretas y orientadas al disfrute de los derechos**"; (II) "**si el Estado ejerció sus facultades discrecionales de manera no discriminatoria y no arbitraria**"; (III) si la decisión del Estado de no asignar recursos disponibles se ajustó a la normas internacionales de derechos humanos; (IV) en caso de que existan varias opciones en materia de normas, si el Estado se inclinó por la opción que menos limitaba los derechos reconocidos en el Pacto; (V) El marco cronológico en que se adoptaron las medidas; (VI) si "**las medidas se adoptaron teniendo en cuenta la precaria situación de las personas y los grupos**

**desfavorecidos y marginados", si las medidas fueron no discriminatorias y "si se dio prioridad a las situaciones graves o de riesgo".** Como puede verse, cuando el Estado contratante, aduciendo una falta de recursos, incumpla con la plena realización del derecho al nivel más alto posible de salud, o bien, no asegure los niveles esenciales del mismo, **corresponderá no sólo a éste comprobar dicha situación, sino además debe acreditar que ha realizado todos los esfuerzos posibles para utilizar los recursos que están a su disposición.** Con relación a lo anterior la **Observación General Número 14 (2000)** emitida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en lo que interesa señala lo siguiente: 1.- El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sanó, sino que entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo **"a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud"**. 2.- El concepto del **"más alto nivel posible de salud"**, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado y, por ende, **"el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud"**. 3.- El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud **"oportuna y apropiada"** sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. 4.- Por otra parte, **"la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas"** exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género. 5.- El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. La lucha contra las enfermedades **"tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes"**, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las

enfermedades infecciosas. 6.- "La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad" incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; **"tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes"**, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. 7.- Los Estados pueden conculcar el derecho a la salud **"al no adoptar las medidas necesarias dimanantes de las obligaciones legales"**. Entre las violaciones por actos de omisión figuran **"el no adoptar medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental"**, el no contar con una política nacional sobre la seguridad y la salud en el empleo o servicios de salud en el empleo, y el no hacer cumplir las leyes pertinentes. De lo hasta aquí expuesto, es dable concluir **que el derecho al nivel más alto posible de salud, debe entenderse como: un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar un estado de bienestar general, que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. En el entendido que existen elementos esenciales que informan el desarrollo del derecho humano a la salud, a saber, la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.** Por otro lado acorde a la Organización Mundial de la Salud, el VIH/SIDA constituye un problema de salud pública mundial, después de haber cobrado más de 36 millones de vidas hasta ahora. Acorde con el estudio intitulado: "Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH" emitido por la Organización Mundial de la Salud y publicado en junio de dos mil trece, resulta frecuente que las personas con VIH "padezcan otras infecciones, enfermedades y trastornos concomitantes de diversos tipos que repercuten en el tratamiento y la atención que reciben, y en particular en la elección de los ARV [antirretrovíricos] y el momento de administrarlos". De ahí que, durante el tratamiento y la atención que reciben las personas que padecen de VIH, resulta necesario que se tomen las medidas necesarias para evitar el riesgo de co-infección de enfermedades oportunistas. Como puede observarse, las personas que padecen VIH/SIDA se encuentran especialmente vulnerables al contagio de enfermedades oportunistas, mismas que no sólo retardan y complican el tratamiento del propio VIH/SIDA, sino que pueden poner en riesgo su vida, de ahí que resulta indispensable que los establecimientos clínicos cuenten con las medidas apropiadas para evitar, en la medida de lo posible, que los pacientes con VIH/SIDA contraigan otras infecciones, enfermedades y trastornos concomitantes al momento de recibir el tratamiento respectivo." Es claro que la Secretaría de Salud del Estado de Yucatán a través de sus instituciones que supuestamente brindan atención médica **"no cumple con las**

**recomendaciones de la Organización Mundial de Salud del CDC de Estados Unidos, El Centro de Control y Prevención de Enfermedades, entre otros organismos**". La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso **Ximenes Lopes vs. Brasil**, al referirse al derecho fundamental de la salud estableció lo siguiente: "Los Estados deben, según el artículo 2 de la Convención Americana, **crear un marco normativo adecuado para establecer los parámetros de tratamiento e internación a ser observados por las instituciones de atención de salud**. Los Estados tienen la obligación de consagrar y adoptar en su ordenamiento jurídico interno todas las medidas necesarias para que lo establecido en la Convención sea cumplido y puesto en práctica, y que tal legislación no se transforme en una mera formalidad, distanciada de la realidad. Por todas las consideraciones anteriores, la Corte estima que los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios **y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad**, de tal manera que **disuada cualquier amenaza al derecho, a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud**. [...]". De igual forma la Corte Interamericana considera que toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos. La Corte reitera que no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre...". Partiendo de las consideraciones arriba señaladas, está por demás claro que una de las obligaciones del Estado mexicano es la de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga. Por lo tanto la autoridad debe realizar acciones adicionales para cumplimentar, con el derecho al más alto nivel posible a la salud, empero, tal obligación se encuentra correlacionada con las realidades que imperan en el Estado mexicano y las dificultades que implica para los entes estatales asegurar la plena efectividad del derecho fundamental en cita. De lo anterior el suscrito considera que las autoridades responsables no han demostrado que han realizado todos los esfuerzos posibles para utilizar los recursos que están a su disposición, para lograr la plena efectividad del derecho humano al nivel más alto posible de salud de los enfermos con VIH/SIDA. En mérito de lo anterior y ligado a ello resulta de suma importancia hacer una breve síntesis de lo resuelto recientemente el día 1 de septiembre de 2015 en la Sentencia (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas) emitida por la **Corte Interamericana de Derechos Humanos en el CASO GONZALES LLUY Y OTROS VS ECUADOR**, sentencia que versa sobre el problema planteado, es decir, del VIH/SIDA y los órganos encargados de brindar protección a las personas enfermas de dicha enfermedad. Así pues partiendo de lo anterior se procede a señalar algunos párrafos de la mencionada sentencia emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos que resultan de suma importancia para el caso. "65. La Organización Mundial de la Salud (en adelante "la OMS") ha señalado que "el virus de la inmunodeficiencia

humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. [...] Las Naciones Unidas han reconocido que "el VIH y el SIDA constituyen una emergencia mundial, plantean uno de los retos más formidables para el desarrollo, el progreso y la estabilidad de cada una de nuestras sociedades y del mundo en su conjunto y requieren una respuesta mundial, amplia y excepcional que tengan en cuenta que la propagación del VIH suele ser consecuencia y causa de la pobreza." 168. Esta Corte ha sostenido que, en aplicación del artículo 1.1 de la Convención, los Estados poseen la obligación erga omnes de respetar y garantizar las normas de protección, así como de asegurar la efectividad de los derechos humanos. Por consiguiente, los Estados se comprometen no solo a respetar los derechos y libertades en ella reconocidos (obligación negativa), sino también a adoptar todas las medidas apropiadas para garantizarlos (obligación positiva). **En este sentido, la Corte ha establecido que no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre.** 173. Por otra parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En torno a estos elementos esenciales del derecho a la salud el Comité ha precisado su alcance en los siguientes términos: a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS. b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: I).- No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos. II).- Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas con VIH/SIDA. [...]. III.- Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos. IV) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de

*solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad. c).- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate. d).- Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. 175. Dado que en el presente caso la interferencia al derecho a la vida y a la integridad personal (contaminación con sangre infectada por VIH) se originó en la conducta de terceros privados (institución de salud y Banco de Sangre privados) la Corte considera relevante retomar sus pronunciamientos previos sobre la responsabilidad internacional por hechos que se derivan de la conducta de prestadores privados de salud. En el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, la Corte precisó que: 89. En relación con personas que se encuentran recibiendo atención médica, y dado que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, éstos tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud. La Corte considera que los Estados tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado. 90.- La falta del deber de regular y fiscalizar genera responsabilidad internacional en razón de que los Estados son responsables tanto por los actos de las entidades públicas como privadas que prestan atención de salud, ya que bajo la Convención Americana los supuestos de responsabilidad internacional comprenden los actos de las entidades privadas que estén actuando con capacidad estatal, así como actos de terceros, cuando el Estado falta a su deber de regularlos y fiscalizarlos. La obligación de los Estados de regular no se agota, por lo tanto, en los hospitales que prestan servicios públicos, sino que abarca toda y cualquier institución de salud. 177. Sobre el contenido de la obligación de regulación, en casos previos la Corte ha señalado lo siguiente: [L]os Estados son responsables de regular [...] con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud. Deben, *Inter alia*, crear mecanismos adecuados para inspeccionar las instituciones, [...] presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos*

de los pacientes. 190.- Este daño a la salud, por la gravedad de la enfermedad involucrada y el riesgo que en diversos momentos de su vida puede enfrentar la víctima, constituye una afectación del derecho a la vida, dado el peligro de muerte que en diversos momentos ha enfrentado y puede enfrentar la víctima debido a su enfermedad. En efecto, en el presente caso se ha violado la obligación negativa de no afectar la vida al ocurrir la contaminación de la sangre de Talía Gonzales Lluy en una entidad privada. Por otra parte, en algunos momentos de desmejora en sus defensas, asociada al acceso a antirretrovirales, lo ocurrido con la transfusión de sangre en este caso se ha reflejado en amenazas a la vida y posibles riesgos de muerte que incluso pueden volver a surgir en el futuro. 191.- En virtud de lo mencionado en este segmento, dado que son imputables al Estado el tipo de negligencias que condujeron al contagio con VIH de Talía Gonzales Lluy, el Ecuador es responsable por la violación de la obligación de fiscalización y supervisión de la prestación de servicios de salud, en el marco del derecho a la integridad personal y de la obligación de no poner en riesgo la vida, lo cual vulnera los artículos 4 y 5 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 de la misma. 193.- Al respecto, la Corte nota que el Protocolo de San Salvador establece que entre las medidas para garantizar el derecho a la salud, los Estados deben impulsar "la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas"; "la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole", y "la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables". Obligaciones similares establece el artículo 12(2) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En este marco de obligaciones se insertan diversos deberes en relación con el acceso a medicamentos. De acuerdo con la Observación General No. 14, el derecho al más alto nivel posible de salud genera algunas obligaciones básicas y mínimas, que incluyen "[f]acilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS". 194.- El acceso a medicamentos forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. En particular, el Consejo de Derechos Humanos y la antigua Comisión de Derechos Humanos han emitido resoluciones que reconocen que "el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo es uno de los elementos fundamentales para alcanzar gradualmente el ejercicio pleno del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". 195.- Al respecto, la Corte considera que las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (en adelante "OACNUDH") y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (en adelante "ONUSIDA") constituyen una referencia autorizada para aclarar algunas obligaciones internacionales del Estado en esta materia. La Sexta Directriz, revisada en 2002, señala que: Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles. Los Estados deberían tomar también

*las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA, incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas. [...] 196.- Esta Sexta Directriz ha sido interpretada por la OACNUDH y ONUSIDA en el sentido de que una respuesta eficaz al VIH requiere un enfoque integral que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo: La prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo son elementos que se refuerzan mutuamente y una secuencia continua para una respuesta eficaz al VIH. Deben integrarse en un enfoque amplio y es necesaria una respuesta polifacética. El tratamiento, atención y apoyo integrales incluyen fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos; pruebas diagnósticas y otras tecnologías relacionadas para la atención del VIH y el SIDA, de las infecciones oportunistas y de otras enfermedades; buena alimentación y apoyo social, espiritual y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria. Las tecnologías de prevención del VIH abarcan los preservativos, lubricantes, material de inyección estéril, fármacos antirretrovíricos (por ej., para revenir la transmisión materno infantil o como profilaxis posexposición) y, una vez desarrollados, microbicidas y vacunas seguros y eficaces. El acceso universal, basado en los principios de los derechos humanos, requiere que todos estos bienes, servicios e información no sólo estén disponibles y sean aceptables y de buena calidad, sino también que estén al alcance físico de todos y sean asequibles para todos. 197.- La Corte observa que estos estándares resaltan que el acceso a los fármacos antirretrovíricos es solo uno de los elementos de una respuesta eficaz para las personas que viven con VIH. En este sentido las personas que viven con VIH requieren un enfoque integral que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Una respuesta limitada al acceso a fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos no cumple con las obligaciones de prevención, tratamiento, atención y apoyo derivadas del derecho al más alto nivel posible de salud. 211. La Corte ha reiterado en su jurisprudencia que los familiares de las víctimas de ciertas violaciones de Derechos Humanos pueden ser, a su vez, víctimas. El Tribunal ha considerado violado el derecho a la integridad psíquica y moral de algunos familiares con motivo del sufrimiento que estos han padecido a causa de las actuaciones u omisiones de las autoridades estatales, tomando en cuenta, entre otros, las gestiones realizadas para obtener justicia y la existencia de un estrecho vínculo familiar. También se ha declarado la violación de este derecho por el sufrimiento generado a partir de los hechos perpetrados en contra de sus seres queridos. 218. Además, Teresa Lluy declaró que "tuv[o] que vender, rifar [sus] electrodomésticos, [...] perd[ió] todo, nunca pud[o] recuperar nada". La discriminación y aislamiento sufrido "provocó daños emocionales, en la vida de [su] hija, de [ella] y de [su] hijo". 372.- Este Tribunal nota que Talía ingresó en el año 2013 a la Universidad Estatal de Cuenca en la carrera de Diseño Gráfico, de la que debió retirarse por afectaciones a su salud derivadas de actividades propias de dicha carrera. Debido a esto, a partir del año 2015 Talía ingresó a estudiar Psicología Social en dicha Universidad. Tomando en*

consideración lo anterior, la Corte valora lo manifestado por el Estado en la audiencia pública respecto a la posibilidad de que Talía acceda a una beca de excelencia. Sin embargo, este Tribunal observa que la beca a la que hace referencia el Estado corresponde a un ofrecimiento de carácter general que realiza el Estado a todos aquellos estudiantes ecuatorianos que muestran un alto rendimiento académico, por lo que no responde particularmente a un reconocimiento a la calidad de víctima de Talía. En virtud de ello, la Corte dispone que el Estado otorgue a Talía Gonzales Lluy una beca para continuar sus estudios universitarios que no se encuentre condicionada a la obtención de calificaciones que la hagan acreedora de una beca de excelencia. Dicha beca deberá cubrir todos los gastos para la completa finalización de sus estudios, tanto material académico como manutención de ser necesaria. La víctima o sus representantes legales cuentan con un plazo de seis meses, contado a partir de la notificación de la presente Sentencia, para dar a conocer al Estado su intención de recibir dicha beca. 373.- Asimismo, el Estado deberá otorgar a Talía una beca para la realización de un posgrado "en cualquier universidad del mundo en la que sea aceptada". Esta beca deberá ser entregada con independencia del desempeño académico de Talía durante sus estudios en la carrera, y deberá otorgársele, en cambio, en atención a su calidad de víctima por las violaciones declaradas en la presente Sentencia. Para tal efecto, una vez que culmine su carrera, Talía deberá informar al Estado y a este Tribunal, en el plazo de 24 meses, sobre el posgrado que decidió realizar y de su aceptación en el mismo. El Estado deberá cubrir los costos académicos y de manutención previamente, conforme al costo de vida del país en que Talía vaya a realizar sus estudios, de forma tal que la víctima no deba erogar los montos correspondientes a estos rubros para luego ser reintegrados. 378.- La **Comisión** solicitó a la Corte disponer mecanismos de no repetición que incluyan: i) la implementación de mecanismos serios y efectivos de supervisión y fiscalización periódica del funcionamiento y sistemas de registro de los bancos de sangre que operan en el Ecuador, incluyendo los privados y públicos; ii) la implementación de mecanismos serios y efectivos de supervisión y fiscalización periódica de los hospitales públicos y privados, a fin de asegurar que en su funcionamiento cuenten con las salvaguardas necesarias para verificar la seguridad de los productos sanguíneos que se utilizan para actividades transfusionales; iii) la implementación de programas de capacitación al personal de los bancos de sangre que operan en el Ecuador, a fin de asegurar que ejerzan sus labores de manera compatible con los estándares técnicos mínimos de seguridad reconocidos internacionalmente, y iv) la provisión de tratamiento y atención en salud gratuita a niños y niñas con VIH que no cuenten con recursos para ello. Por otra parte, en sus observaciones finales escritas la Comisión resaltó la importancia de determinar "si en la actualidad existe una regulación suficiente y específica para este tipo de servicios de salud conforme a los estándares internacionales y [...] la existencia e implementación efectiva de mecanismos [...] específicos de supervisión y fiscalización". 378.- Los **representantes** manifestaron que, "a pesar de los grandes avances que ha hecho el gobierno [ecuatoriano] en materia de salud, el caso de Talía es una demostración de que las políticas públicas en VIH/SIDA siguen deficitarias en relación a los estándares internacionales". "Por ello, señalaron que una forma de no repetición sería la expedición

de normas y políticas para que se respeten los derechos de las personas con VIH, para que tengan control mensual, trimestral y anual de todas las instituciones de salud, públicas y privadas, en las que se establezcan con claridad sanciones e indemnizaciones inmediatas para aquellos casos en que "ocurra una situación similar a la de Talía". Además, solicitaron que el Estado preste apoyo al "seguimiento de la influencia del entorno jurídico en la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo al VIH". Por otra parte, requirieron que se tome en consideración la información aportada por la Defensoría del Pueblo, así como el informe de la perita Solíz Torres, donde señala que existe un estancamiento en el Ecuador en cuanto a los esfuerzos nacionales de aplicación de los programas de tratamiento, atención y apoyo, así como en esfuerzos para satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos otros niños vulnerables. En virtud de ello, determinaron que "el Estado debe evitar la privatización y mercantilización de la sangre". 380.- Asimismo, los representantes señalaron en sus alegatos finales escritos que "[l]a mejor manera de garantizar y medir el cumplimiento de una sentencia es mediante el sistema de indicadores de derechos", y alegaron que en el presente caso convendría considerar el contexto financiero y compromiso presupuestario, las capacidades estatales y los "tres ejes transversales: igualdad y no discriminación, acceso a la justicia y acceso a la información y participación". Finalmente, solicitaron específicamente que i) se actualice la información sobre las personas con VIH, servicios, disponibilidad de médicos especialistas, medicinas y presupuestos; ii) se realicen reportes de casos y se les dé seguimiento; iii) se evalúe la calidad y calidez del servicio periódicamente, con la participación activa de personas con VIH; iv) se planifiquen, oportuna y adecuadamente, las compras públicas de medicinas e insumos necesarios; v) se evalúe el impacto de la planificación; vi) se garantice el acceso a la atención médica y servicios de salud que garanticen la atención integral; vii) se capacite continuamente a especialistas tratantes sobre los derechos de las personas con VIH y a los servidores públicos relacionados con el VIH; viii) se difundan y apliquen los procedimientos establecidos en la Guía de Prevención y Control de la Planificación Materno- Infantil del VIH, y ix) se dé seguimiento a las unidades públicas y privadas encargadas de ofrecer servicios a personas con VIH. 388. Los **representantes** solicitaron que se adopten medidas contra el estigma y la discriminación, como la sensibilización de la sociedad, la policía y la judicatura; además de capacitaciones a los trabajadores en salud sobre no discriminación, confidencialidad y consentimiento informado, así como prestar apoyo a las campañas nacionales de aprendizaje sobre derechos humanos. También, requirieron que se asegure que las respuestas del Estado frente al VIH y el SIDA satisfagan las necesidades específicas de niñas, mujeres, personas pobres y sus familias, a lo largo de su vida. Finalmente, en sus alegatos finales escritos, solicitaron que se realice difusión sobre el VIH y la necesidad de respetar a las personas que viven con VIH a nivel nacional, educacional y en otros ámbitos de la vida social. A modo de conclusión, nos queda claro que los problemas más graves que enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud de cualquier tipo es el relativo a la falta de médicos, especialistas y personal de enfermería necesarios para cubrir la demanda; la falta de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y otorgar

tratamientos adecuados a' las enfermedades, y la insuficiente supervisión de residentes o pasantes por el personal de salud. La falta de infraestructura hospitalaria y de recursos materiales también se presenta como un obstáculo para garantizar de manera efectiva la protección del derecho a la salud, puesto que generalmente existe un desabasto de medicamentos, de infraestructura hospitalaria, sobre todo en las zonas rurales; de instrumental médico o equipo indispensable para atender a los enfermos o realizar las intervenciones quirúrgicas necesarias; de equipo y materiales adecuados para la elaboración de estudios y análisis clínicos; de material instrumental o de reactivos para la realizar los estudios de laboratorio, y de instrumental médico para llevar a cabo las cirugías o la rehabilitación; asimismo, **existe una dilación en la práctica de estudios clínicos y retardo en los diagnósticos, lo que propicia una deficiente atención, que en muchas ocasiones culmina con la muerte de las personas enfermas con VIH/SIDA.** De igual manera, como ya se ha dicho en líneas precedentes de igual forma **existe una serie de irregularidades en la prestación de la atención médica, como un trato contrario a la dignidad, poco respetuoso y, en algunos casos, conductas discriminatorias que afectan el bienestar de los pacientes; la falta de atención en las unidades de urgencias; la atención de manera irregular; el maltrato a los pacientes; las intervenciones quirúrgicas negligentes y la inadecuada prestación del servicio médico en general.** El derecho a la protección de la salud sólo se puede alcanzar por medio del cumplimiento puntual de las obligaciones básicas del Estado mexicano, orientadas al respeto que se le exige de abstenerse de intervenir, directa o indirectamente, en el disfrute del derecho a la salud; al deber que tienen las instituciones públicas de adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en la protección de la salud, y el deber jurídico de las autoridades vinculadas con los servicios públicos de protección de la salud de adoptar las medidas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad a este derecho. Para el suscrito **resulta sumamente preocupante la insuficiencia de recursos destinados al Sistema de Salud,** la cual genera una falta de capacidad para garantizar de forma efectiva el derecho a la protección de la salud, en muchas ocasiones bajo el argumento de la carencia presupuestal. Lo anterior constituye una clara violación al derecho a la protección de la salud de los habitantes del territorio mexicano, ya que aun cuando el gobierno (federal y local) tiene la obligación de garantizar la eficiencia en el funcionamiento de las instituciones públicas de salud, éste omite destinar mayores recursos para tal fin, con lo que se pone en riesgo a la población en general y no solamente a personas con VIH/SIDA. En el numeral 5.5.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, se establece que para una atención eficiente se debe contar con un mínimo de camas censables, quirófanos, salas de expulsión, laboratorio clínico, gabinetes de radiodiagnóstico, anatomía, patología, consulta externa y servicio de urgencias, lo cual difícilmente ocurre en las instituciones públicas del país, circunstancia que se agrava cuando nos referimos a las instituciones que prestan sus servicios en zonas rurales o marginadas. Otro ejemplo del problema de escasez de recursos por el que pasan las instituciones públicas de salud del país y del Estado como ya se dijo anteriormente **es la falta de medicamentos suficientes para la atención de los**

**padecimientos**, que se ha hecho más evidente en los últimos años, lo cual afecta de manera directa a los pacientes, quienes dejan de recibir el medicamento prescrito e interrumpen su tratamiento, lo que ocasiona consecuencias graves en su salud, que en algunas ocasiones desgraciadamente culminan con su vida y se ven obligados a destinar recursos económicos a la compra de un medicamento que, por derecho, deben recibir sin costo, de parte de las instituciones públicas de salud. Finalmente es menester recalcar que **los servidores públicos encargados de brindar la atención médica proporcionan un trato poco amable y hasta irrespetuoso a los pacientes y sus familiares, y en algunos casos llevan a cabo conductas discriminatorias que afectan la dignidad de los enfermos.** De igual forma en muchas ocasiones pasa que **a los pacientes se les niega atención médica o no reciben la atención médica requerida en las unidades de urgencias** de las instituciones públicas de salud del país, **debido a que no cuentan con un carnet" que los identifique como derechohabientes, o por no garantizar los gastos que se puedan erogar,** por lo que se ven en la necesidad de trasladarse a otras instituciones, generalmente privadas, para ser atendidos debido a la gravedad de su padecimiento, **lo cual ocasiona circunstancias tales como: la complicaciones en su salud, la erogación de recursos para el pago de atención privada e incluso la muerte. ..."**

## DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN JURÍDICA

Del análisis efectuado por este Organismo a todas y cada una de las constancias que integran el expediente que ahora se resuelve, se tiene que de conformidad con la queja instaurada por el ciudadano **CRMB, P de la OOSJ de DAC**, se acreditaron violaciones al Derecho Humano a la Protección a la salud de las Personas enfermas de VIH/SIDA o Seropositivos, específicamente de los Usuarios del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), dependiente de la Secretaría de Salud del Estado, por parte de Servidores Públicos de ese Centro Ambulatorio.

Se dice lo anterior, en virtud de que mediante el oficio sin número de fecha veinte de enero del año dos mil quince, el entonces **Coordinador del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), Dr. Carlos René González Álvarez**, afirmó categóricamente que cuando el paciente requiere servicios o medicamentos que no se encuentren en el catálogo de servicios que cubre el seguro popular, debe pagar por ellos.

**El Derecho a la Protección de la Salud**, es la prerrogativa que tiene todo ser humano a disfrutar de bienestar físico y mental, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana, accediendo a los servicios de

salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

La Violación a los **Derechos de las personas enfermas de VIH/ SIDA o Seropositivas**, es definida como cualquier acción u omisión por la que se niegue o limite la prestación de servicios médicos, cometido directamente por parte de profesionales, técnicos o auxiliares del Sector Salud, en agravio de cualquier persona que padezca el virus del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, aunque no tenga desarrollada la enfermedad o en agravio de las personas de las que se desconozca si padecen la enfermedad.

Lo anterior se fundamenta en los siguientes artículos:

**El cuarto párrafo del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, que dispone:

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

Los **artículos 77 bis 36 y 77 bis 37 de la Ley General de Salud**, que a la letra señalan:

**“Artículo 77 Bis 36.-** Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud”.

**“Artículo 77 Bis 37.-** Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:

*I.- Recibir servicios integrales de salud;*

*II.- Acceso igualitario a la atención;*

*III.- Trato digno, respetuoso y atención de calidad;*

*IV.- Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud;*

*V.- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;*

*VI.- Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud;*

*VII.- Contar con su expediente clínico;*

*VIII.- Decidir libremente sobre su atención;*

*IX.- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;*

- X.- Ser tratado con confidencialidad;
- XI.- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;
- XII.- Recibir atención médica en urgencias;
- XIII.- Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica;
- XIV.- No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban;
- XV.- Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y
- XVI.- Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida”.

El artículo 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que establece:

*“Artículo 25.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.*

Los artículos 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que contienen:

*“Artículo 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”.*

*“Artículo 12.2.- Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:*

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

El artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, que a la letra señala:

*“Artículo 24.- Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”.*

El artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que establece:

*“Artículo 12.- Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”.*

El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que a la letra señala:

*“Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.*

El artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en Materia de derechos económicos, sociales y culturales “Protocolo de San Salvador”.

*“Artículo 10.1.- Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.*

## OBSERVACIONES

De conformidad con el artículo 81 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, al ser valoradas bajo los principios de la lógica, de la experiencia, de la sana crítica y la legalidad, todas y cada una de las evidencias que obran en el expediente **CODHEY 120/2014**, mismas que dieron origen a la presente resolución, se encontraron elementos suficientes que permiten acreditar violaciones al Derecho Humano a la **Protección a la salud de las Personas enfermas de VIH/SIDA o Seropositivos**, específicamente de los **Usuarios del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)**, dependiente de la **Secretaría de Salud del Estado**, por parte de **Servidores Públicos de ese Centro Ambulatorio**.

En fecha doce de noviembre del año dos mil trece, fue recepcionado en este Organismo Protector de los Derechos Humanos, el escrito de esa misma fecha, suscrito por el ciudadano **CRMB, P de la OOSJ de DAC**, mediante el cual interponía formal queja en contra del **Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)**, dependiente de la **Secretaría de Salud del Estado**.

Al respecto, es oportuno puntualizar, que el referido escrito, suscrito por el ciudadano **C R M B, P de la OOSJ de DAC** y por el Ciudadano **JMCZ, r de la CNI** en **\*\*\*/\*\*\*** en **Y**, y que dio

origen al expediente de queja CODHEY 120/2014, fue en respuesta a un escrito de fecha cuatro de noviembre de dos mil trece, suscrito por un grupo de pacientes del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), bajo el título "Denuncia anticorrupción", en la que se solicitaba a distintas autoridades se investigue diversas situaciones del Programa Estatal de VIH-Sida e ITS en Yucatán.

Ahora bien, por diverso escrito de fecha diecisiete de marzo del año dos mil dieciséis, el quejoso precisó los agravios a analizar en el expediente de mérito, siendo éstas: **1.- problemas con el Personal que ahí labora; 2.- por la discriminación ejercida en el CAPASITS en contra de los extranjeros enfermos con VIH/SIDA que acuden a dicho lugar para recibir atención médica y 3.- por la falta de abastecimiento de medicamentos para el tratamiento de enfermos con VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).**

Por lo que respecta al punto primero, el P de la OOSJ de DAC, señaló: *"... que se restituyera en su puesto al Dr. David Gaber Osorno; que se transparentaran los recursos que se tenían para el tratamiento del VIH/SIDA, que se solicitara al Congreso del Estado que los mencionados recursos estuvieran previamente etiquetados y con candados, para que estos no fueran mal usados; que se llevara a cabo una investigación seria y a fondo, junto con una auditoría para ver que los fondos que había abarcado la administración anterior; que se restableciera el Comité de Seguimiento y Evaluación de los tratamientos antirretrovirales y atención integral y que fuera promovida por la Dra. Patricia Uribe Zúñiga que desde la administración anterior dejó de sesionar, por lo que demandábamos su instalación inmediata. ..."*

Es oportuno hacer hincapié que de conformidad con las fracciones **I, III y XIII del artículo 9 del Reglamento Interior del Organismo Público descentralizado denominado "Servicios de Salud de Yucatán"**, es que su Director General tiene las facultades de nombrar al personal que considere idónea para los distintos cargos de esa Secretaría, así como controlar los distintos programas dirigidos a los usuarios de los Servicios de Salud en Yucatán, siendo que en la tramitación del expediente que nos ocupa, no se acreditaron violaciones a derechos humanos por la sola sustitución del cargo del Dr. David Gaber Osorno al frente de la Coordinación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), y tampoco por no haberse restablecido el Comité de Seguimiento y Evaluación de los tratamientos antirretrovirales y atención integral. Dichos artículos señalan lo siguiente:

*"... **Artículo 9.-** El Director General tendrá las siguientes facultades no delegables:*

***I.-** Proponer, dirigir y controlar las políticas de los "Servicios de Salud de Yucatán";*

***III.** Proponer, controlar y evaluar los programas del Organismo;*

***XIII.** Someter al acuerdo de la Junta de Gobierno del Organismo el nombramiento de los directores de área, subdirectores, jefes de departamento, directores de hospitales y jefes de jurisdicción, así como a los representantes del Organismo ante otras instancias de*

*carácter nacional o internacional, comisiones sectoriales, intersectoriales y órganos colegiados de entidades paraestatales. ...”*

Ahora bien, respecto al agravio planteado por el inconforme, consistente en **la falta de abastecimiento de medicamentos para el tratamiento de enfermos con VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**, se planteó lo siguiente por el P de la OOSJ de DAC: “... Para concluir este aparatado, es menester recalcar que resulta sumamente alarmante lo manifestado por el Doctor Carlos René González Alvares en su escrito de fecha 19 de junio de 2014, en donde claramente manifiesta que, **CUANDO EL PACIENTE REQUIERE SERVICIOS O MEDICAMENTOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL CATÁLOGO DE SERVICIOS DEL SEGURO POPULAR, DEBEN PAGAR POR ELLOS.** Ante éstas, es alarmante y preocupante que pretendan que los medicamentos y tratamientos de los enfermos con VIH/SIDA sean pagados por ellos, cuando es obligación del estado proporcionar hasta el máximo de los recursos la atención médica adecuada, por lo que si se cobra el tratamientos y los medicamentos es evidente que estamos ante graves violaciones de derechos humanos a los enfermos con VIH/SIDA y también ante el incumplimiento de acuerdos firmados tanto por la Federación como del propio Estado, a través de la Secretaría de Salud. ...”

En efecto, mediante el oficio DPPS/SSP/MP/VIH/CAP-M64/14, **de fecha veinte de junio de dos mil catorce**, suscrito por el Coordinador del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), remitió a este Organismo el informe sobre las medidas adoptadas en ese Centro Ambulatorio para mejorar la atención de sus usuarios, siendo que en su punto número cuatro enfatizó lo siguiente: “... Cuando un paciente es detectado con alguna complicación, infección oportunistas grave o enfermedad asociada que requiere atención especializada, es referido al Hospital O’Horán, quien es la unidad de atención médica de segundo nivel correspondiente al CAPASITS-Mérida. En caso de que el paciente requiera atención por alguna especialidad o subespecialidad con cuyo servicio no se cuenta en el Hospital O’Horan, los médicos de este hospital pueden referir al paciente al tercer nivel de atención, a quien corresponde proporcionar la atención y el tratamiento que el paciente requiere de acuerdo al catálogo de servicios de Seguro Popular. **Cuando el paciente requiere servicios o medicamentos que no se le encuentran en dicho catálogo, debe de pagar por ellos...**”

Los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), se constituyen como la unidad operativa de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA e ITS en el país, que ofrece promoción de salud sexual, mejora el acceso a los servicios ofreciendo atención integral a las personas que viven con el VIH/SIDA e ITS, que incluyen aspectos psicológicos, sociales, culturales y étnicos.

La normatividad es muy precisa en relación con la responsabilidad que en el abasto de medicamentos, en todos sus almacenes y farmacias, así como en el surtimiento de las recetas de entrega, está a cargo del Estado, fundamentándose legalmente en las disposiciones vigentes que a continuación se indican:

El **artículo 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, claramente establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; de igual manera 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 la misma Constitución.

La Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud, establece las bases y modalidades para el **acceso a los servicios de salud**, los que se definen en su artículo 23 como todas **aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a promover, proteger y restaurar la salud de la persona y de la colectividad**, y en función de la clasificación de los tipos de servicio de salud que reconoce la ley, uno de ellos lo constituye el servicio de atención médica curativa, que tiene por finalidad proporcionar tratamientos oportunos, de conformidad con el artículo 33, fracción II, de la Ley General de Salud.

El **artículo 27, fracción VIII, de la ley reglamentaria** del derecho a la protección de la salud, señala como servicio básico de salud la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; para el efecto, el artículo 28 establece que habrá un cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica y un catálogo de insumos para el segundo y tercer niveles, a los que se sujetarán las dependencias y entidades que presten servicios de salud.

Por su parte, el **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo 7o.**, precisa que por servicio de atención médica se entiende al conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos; a su vez, **el artículo 8o.** del mismo reglamento precisa que son actividades curativas de atención médica las que tienen por objeto, entre otros, establecer un tratamiento oportuno para la resolución de los problemas clínicos.

En su **artículo 38**, el reglamento en cita señala que las dependencias y entidades del sector público que presten servicios de atención médica se ajustarán a los Cuadros Básicos de Insumos del Sector Salud elaborados por el Consejo de Salubridad General. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y a recibir atención profesional y éticamente responsable.

La Ley de Salud del Estado de Yucatán define los servicios de atención para la salud, todas aquellas acciones que se realicen en beneficio de las personas, dirigidas a proteger, promover y recuperar la salud.

El Sistema Estatal de Salud del Estado de Yucatán tiene entre sus objetivos, el de Proporcionar los servicios de salud a toda la población de Yucatán y mejorar la calidad de los mismos atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios de la Entidad y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, poniendo especial interés en las acciones preventivas.

Según los citados ordenamientos, las actividades de atención para la salud, incluyen las curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, incluyendo el de urgencias,

De igual manera se refiere a los servicios básicos, entre los que señala a los referentes a la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud. Los **artículos 32 y 33 de la citada Ley de Salud del Estado de Yucatán**, establecen que el Estado vigilará que las Instituciones que presten servicios de salud en la Entidad, apliquen el cuadro básico de insumos del Sector Salud. La misma autoridad convendrá con el Gobierno Federal, los términos en que las Dependencias y Entidades del Estado que presten servicios de salud, elaboren el mencionado cuadro básico. El Estado coadyuvará con las Autoridades Federales competentes para que se garantice a la población la disponibilidad de medicamentos esenciales para la salud.

Al respecto la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha sostenido que el surtimiento de medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades por las dependencias y entidades que prestan servicios de salud, se encuentra comprendido en el párrafo cuarto del artículo cuarto de Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mediante la **tesis aislada número XIX/2000, visible en el Semanario Judicial de la Federación, 9ª época, tomo XI, marzo de 2000, a fojas 112**, la cual es del tenor literal siguiente:

**“SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTIA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTÍCULO 4o. 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 2o.; 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 lo anterior, se puede concluir que la posición adoptada por el entonces Coordinador del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), Dr. Carlos René González Álvarez, en relación a que los usuarios de dicho Centro deben de pagar por medicamentos que no se encuentren en el catálogo de servicios del seguro popular, atenta contra sus derechos humanos a un acceso efectivo a la Protección de su Salud, ya que las entidades de la salud están obligadas a tener mecanismos indispensables para garantizar al paciente medicamentos para su tratamiento, la provisión sin interrupciones de los fármacos para el tratamiento antirretroviral para evitar la aparición de resistencias y el riesgo de que el tratamiento pierda su efectividad.

## **OTRAS CONSIDERACIONES.**

En este capítulo se abordaran temas, que si bien es cierto no se acreditaron probatoriamente como violaciones a derechos humanos de los usuarios del **Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)**, también lo es que su implementación y desarrollo se traduciría en un mejoramiento en el servicio que ese Centro brinda.

Como primer punto es preciso señalar que en el Estado de Yucatán, según las estadísticas de la Secretaría de Salud, sobre VIH/Sida e ITS hasta septiembre del año dos mil quince, existía un total de 4,495 casos notificados de VIH y de Sida que se encontraban vivos, además, según el estado de evolución registrado y las estadísticas preliminares de casos

nuevos diagnosticados de VIH y de Sida, notificados en dos mil quince, ascendía a un total de 339 pacientes y que más del treinta por ciento de esos pacientes son del interior del Estado<sup>5</sup>, mismos que tienen que viajar hasta la Ciudad de Mérida, Yucatán, a efecto de mantener un tratamiento en contra de su padecimiento, lo que significa un gran esfuerzo físico y económico que conlleva trasladarse desde su Municipio de origen hasta esta Ciudad, es por esa razón que es necesario la creación de nuevos Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en el interior del Estado, a fin de maximizar el servicio que en materia de salud se les debe proporcionar a los usuarios que lo demanden, es por este motivo que en los puntos de resolución se recomendará al Titular de la Secretaría de Salud del Estado de Yucatán, para que en la medida de las posibilidades se hagan las gestiones presupuestales, administrativas y operativas correspondientes, para crear otros Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en el interior del Estado.

De igual manera, es oportuno señalar que respecto de los pacientes que por cualquier circunstancia no pueden acudir de manera puntual a sus citas al **Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)**, la Autoridad en materia de salud señaló que se aplica el protocolo descrito en la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH, señalando que: “... *La trabajadora social valora los problemas de adherencia al tratamiento que pudieran tener los pacientes, de acuerdo con la Estrategia Nacional de Adherencia definida por el CENSIDA. Les brinda apoyo a los pacientes cuando sus problemas pueden ser abordados por TRABAJO SOCIAL o bien, lo canaliza para recibir atención de sus problemas, al área correspondiente; medicina, enfermería o psicología. El área de Trabajo Social gestiona con el médico correspondiente que se le proporcione la receta al paciente para recibir su medicación, en caso de que la demora en acudir a solicitar la entrega de sus medicamentos sea menor de un mes, si el paciente tiene un retraso mayor de un mes, el paciente deberá ser valorado por el médico para continuar el tratamiento, a la mayor brevedad posible...*”.

Este Organismo Protector de los Derechos Humanos reconoce que la falta de adherencia de algunos pacientes al tratamiento de VIH/SIDA, trae como consecuencia que no se les pueda dotar inmediatamente de medicamentos para tratar su padecimiento, en virtud de que podría haber la necesidad de modificar el cuadro de medicamentos, siendo que para esto la Autoridad en materia de salud debe de realizar una nueva valoración médica de los pacientes, a efecto de determinar si continúa con el mismo tratamiento o se modifica la misma, sin embargo, esto por ningún motivo debe significar retraso excesivo en el suministro de medicamentos a las personas que no tengan la adherencia referida, por lo tanto, se deben realizar acciones y programas tendentes a garantizar que el tiempo de diagnóstico sea lo más pronto posible, a efecto de evitar mayores repercusiones en la salud de los pacientes.

<sup>5</sup> Fuente: DGE/Registro Estatal de Casos en Yucatán (corte preliminar: 30---Sep---2015). <http://salud.yucatan.gob.mx/estadisticas/>

La Autoridad en Materia de Salud, debe de garantizar que los pacientes del **Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)**, cuenten con medicamentos y pruebas en contra de las enfermedades oportunistas, hasta el tercer nivel de atención, lo anterior para reducir la morbilidad y el sufrimiento de las personas afectadas; para ésto deberá crear estrategias idóneas para evitar el desabastecimiento de medicamentos y que las referencias de pacientes a un segundo o tercer nivel de atención, sean lo menos burocratizados posibles, priorizando en todo momento la salud del paciente. En este punto, también es muy importante que en CAPASITS Yucatán, se implementen los nuevos tratamientos médicos para el VIH/SIDA y que representan un avance importante para las personas que padecen ésta enfermedad en México, a fin de mejorar su calidad de vida.

Finalmente, respecto al agravio manifestado por el ciudadano **CRMB, P de la OOSJ de DAC**, en cuanto a la presunta discriminación ejercida en el CAPASITS en contra de los extranjeros enfermos con VIH/SIDA que acuden a dicho lugar para recibir atención médica, es importante señalar que aunque no se acreditó probatoriamente dicho extremo, la presente resolución extiende sus recomendaciones a ese grupo vulnerable, ya que la misma se pronuncia respecto de evitar el desabasto de medicamentos para cualquier persona que necesite de los mismos, al igual que los servicios que brinda el **Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)**, incluyendo entre estas personas, por supuesto, a las que no sean de este país. Fundamenta lo anterior:

**El primer y quinto párrafo del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el cuarto párrafo del artículo 4°, que a la letra señalan:**

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

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

*“... **Artículo 4o.** [...] Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. ...”*

**El artículo tercero, fracción segunda de la Ley General de Salud, que sostiene:**

*“... **Artículo 3.-** En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: I. [...] II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables. ...”*

Finalmente el artículo segundo, segundo párrafo y artículo octavo, segundo y tercer párrafo de la Ley de Migración, que establecen:

*“... **Artículo 2.-** [...] Son principios en los que debe sustentarse la política migratoria del Estado mexicano los siguientes: Respeto irrestricto de los derechos humanos de los migrantes, nacionales y extranjeros, sea cual fuere su origen, nacionalidad, género, etnia, edad y situación migratoria, con especial atención a grupos vulnerables como menores de edad, mujeres, indígenas, adolescentes y personas de la tercera edad, así como a víctimas del delito. En ningún caso una situación migratoria irregular preconfigurará por sí misma la comisión de un delito ni se prejuzgará la comisión de ilícitos por parte de un migrante por el hecho de encontrarse en condición no documentada. ...”*

*“... **Artículo 8.-** [...] Los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables. Los migrantes independientemente de su situación migratoria, tendrán derecho a recibir de manera gratuita y sin restricción alguna, cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida. ...”*

## **OBLIGACIÓN DE REPARAR EL DAÑO POR LA VIOLACIÓN DE DERECHOS HUMANOS.**

Debe recordarse, que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño consiste en plantear la reclamación ante el órgano competente. En tal virtud, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución del o los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, por lo cual es necesario que se realice la reparación conducente en los términos de ley, procurando que la víctima directa o sus familiares no enfrenten complejidades que signifiquen un impedimento u obstrucción a la satisfacción pronta de sus derechos.

### **a).- Marco Constitucional**

Los artículos 1, párrafo tercero, y 113, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente en la época de los eventos, que a la letra señalan:

*“... **Artículo 1o.** (...) (...) **Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos** de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar,*

*sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley...”*

**“Artículo 113.** (...)“... *La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.”*

## **b).- Marco Internacional**

El instrumento internacional denominado **Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas** el 16 de diciembre de 2005, establece *que una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido. Conforme a su derecho interno y a sus obligaciones jurídicas internacionales, los Estados concederán reparación a las víctimas por las acciones u omisiones que puedan atribuirse al Estado y constituyan violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario. Cuando se determine que una persona física o jurídica u otra entidad están obligadas a dar reparación a la víctima, la parte responsable deberá conceder reparación a la víctima o indemnizar al Estado si éste hubiera ya dado reparación a la víctima.*

Por otro lado, indica que *conforme al derecho interno y al derecho internacional, y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, se debería dar a las víctimas de violaciones manifiestas de derechos humanos, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, una reparación plena y efectiva, en diversas formas, entre ellas, las siguientes: indemnización, satisfacción y garantías de no repetición.*

Explica que **la indemnización** ha de concederse, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos, tales como: a) El daño físico o mental; b) La pérdida de oportunidades, en particular las de empleo, educación y prestaciones sociales; c) Los daños materiales y la pérdida de ingresos, incluido el lucro cesante; d) Los perjuicios morales; y e) Los gastos de asistencia jurídica o de expertos, medicamentos y servicios médicos y servicios psicológicos y sociales.

En cuanto a la **Rehabilitación** señala que ha de incluir la atención médica y psicológica, así como de servicios jurídicos y sociales.

En relación a la **satisfacción** alude que ha de incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de, entre otras medidas, las siguientes: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) La verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, en la medida en que esa revelación no provoque más daños o amenace la seguridad y los intereses de la víctima, de sus familiares, de los testigos o de las personas que han intervenido para ayudar a la víctima o impedir que se produzcan nuevas violaciones; c) la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones; y d) una disculpa pública que incluya el reconocimiento de los hechos y la aceptación de responsabilidades.

Expone de igual manera, que las **garantías de no repetición**, han de incluir, entre otras medidas, que también contribuirán a la prevención: a) La promoción de la observancia de los códigos de conducta y de las normas éticas, en particular las normas internacionales, por los funcionarios públicos, inclusive el personal de las fuerzas de seguridad, los establecimientos penitenciarios, los medios de información, el personal de servicios médicos, psicológicos, sociales y de las fuerzas armadas, además del personal de empresas comerciales; y b) La revisión y reforma de las leyes que contribuyan a las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las permitan.

En este sentido, la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, establece:

“... **Artículo 1. Obligación de Respetar los Derechos.**

*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 motivos 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.*

“... **Artículo 2. Deber de Adoptar Disposiciones de Derecho Interno.**

*Si en el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, **los Estados partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades**”.*

“... **Artículo 63**

*1. Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada”.*

De lo anterior, resulta evidente que toda violación a derechos humanos genera hacia la víctima un derecho a la reparación del daño por parte del Estado, siendo además, que esta responsabilidad en materia de derechos humanos **debe ser completa, integral y complementaria.**

Asimismo, conforme al artículo 27 de la Convención de Viena sobre el derecho de los Tratados, **los Estados no pueden invocar su normatividad interna, o la falta de esta, para incumplir con obligaciones internacionalmente adquiridas.**

Además, no está por demás recordar que la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el párrafo 127 del Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala, Sentencia de 19 de noviembre 1999 (*Fondo*), señaló lo siguiente:

*“... Por otra parte, del artículo 8 de la Convención se desprende que las víctimas de las violaciones de los derechos humanos, o sus familiares, deben contar con amplias posibilidades de ser oídos y actuar en los respectivos procesos, tanto en procura del esclarecimiento de los hechos y del castigo de los responsables, como en busca de una debida reparación.”*

Lo anterior, deja en claro que las víctimas de las violaciones, tienen el derecho a participar en el proceso de reparación del daño, no sólo para el esclarecimiento de los hechos y que los responsables sean sancionados, sino también para obtener una debida reparación.

### **c).- Autoridad Responsable.**

De lo anterior resulta más que evidente el deber ineludible del ciudadano **Secretario de Salud del Estado de Yucatán**, proceder a la realización de las acciones necesarias a proteger los derechos humanos de los usuarios del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), desarrollando los mecanismos y programas necesarios para implementar un sistema integral y sectorial de calidad en la atención médica de los usuarios de ese Centro Ambulatorio con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos, sin ningún tipo de discriminación, respetando siempre los derechos humanos de las personas, dar cumplimiento al Convenio de Coordinación para la adquisición de Medicamentos Antirretrovirales, ésto con la finalidad de garantizar la continuidad de los tratamientos de pacientes con VIH/SIDA y su calidad de vida no se vea afectada; garantizar que la farmacia que se encuentra en dicho Centro, esté debidamente abastecida con los medicamentos contemplados en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos, para que los usuarios del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), continúen con el plan de manejo que les sea indicado. En la medida de las posibilidades se hagan las gestiones presupuestales, administrativas y operativas correspondientes, para crear otros Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual

en el interior del Estado, a efecto de beneficiar al mayor número de pacientes, de acuerdo a las consideraciones señaladas en el capítulo de observaciones de la presente Recomendación. Crear acciones y programas tendientes a garantizar que el tiempo de revaloración médica sea lo más pronto posible, en relación de los pacientes que por cualquier circunstancia no pueden acudir de manera puntual a sus citas al **Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)**, a efecto de evitar mayores repercusiones en la salud de los pacientes; Garantizar que los pacientes del **Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)**, cuenten con medicamentos y pruebas en contra de las enfermedades oportunistas, hasta el tercer nivel de atención, lo anterior para reducir la morbilidad y el sufrimiento de las personas afectadas; para ésto deberá crear estrategias idóneas para evitar el desabastecimiento de medicamentos y que las referencias de pacientes a un segundo o tercer nivel de atención, sean lo menos burocratizados posibles, priorizando en todo momento la salud del paciente y finalmente garantizar el derecho de acceso a la Salud de las personas que acuden al **Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)**, independientemente de su nacionalidad o de su situación migratoria, de conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

Por lo antes expuesto, se emite al ciudadano **Secretario de Salud del Estado de Yucatán**, las siguientes:

## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Se desarrollen los mecanismos y programas necesarios para implementar un sistema integral y sectorial de calidad en la atención médica de los usuarios del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos, sin ningún tipo de discriminación, respetando siempre los derechos humanos de las personas.

**SEGUNDA:** Dar cumplimiento al Convenio de Coordinación para la adquisición de Medicamentos Antirretrovirales, ésto con la finalidad de garantizar la continuidad de los tratamientos de pacientes con VIH/SIDA y su calidad de vida no se vea afectada.

**TERCERA:** Garantizar que la farmacia que se encuentra en dicho Centro, esté debidamente abastecida con los medicamentos contemplados en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos, para que los usuarios del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), continúen con el plan de manejo que les sea indicado, y así dar cumplimiento a la obligación de progresividad del derecho a la protección de la salud y su correlativa prohibición de regresividad.

**CUARTA:** En la medida de las posibilidades se hagan las gestiones presupuestales, administrativas y operativas correspondientes, para crear otros Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en el interior del Estado, a efecto de beneficiar al mayor número de pacientes, de acuerdo a las consideraciones señaladas en el capítulo de observaciones de la presente Recomendación.

**QUINTA:** Crear acciones y programas tendientes a garantizar que el tiempo de revaloración médica sea lo más pronto posible, en relación de los pacientes que por cualquier circunstancia no pueden acudir de manera puntual a sus citas al **Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)**, a efecto de evitar mayores repercusiones en la salud de los mismos.

**SEXTA:** Garantizar que los pacientes del **Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)**, cuenten con medicamentos y pruebas en contra de las enfermedades oportunistas, hasta el tercer nivel de atención, lo anterior para reducir la morbilidad y el sufrimiento de las personas afectadas; para ésto deberá crear estrategias idóneas para evitar el desabastecimiento de medicamentos y que las referencias de pacientes a un segundo o tercer nivel de atención, sean lo menos burocratizados posibles, priorizando en todo momento la salud del paciente. En este punto, también es muy importante que en CAPASITS Yucatán, se implementen los nuevos tratamientos médicos para el VIH/SIDA y que representan un avance importante para las personas que padecen ésta enfermedad en México, a fin de mejorar su calidad de vida.

**SÉPTIMA:** Garantizar el Derecho de acceso a la Salud de las personas que acuden al **Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)**, independientemente de su nacionalidad o de su situación migratoria, de conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

Por lo anteriormente expuesto, se requiere al ciudadano **Secretario de Salud del Estado de Yucatán**, que la respuesta sobre **la aceptación de estas recomendaciones**, sean informadas a este organismo dentro del **término de quince días hábiles siguientes a su notificación**, e igualmente se le solicita que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de las presentes recomendaciones, se envíen a esta Comisión de Derechos Humanos, **dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma**, en la inteligencia que la falta de presentación de las pruebas, se considerará como la no aceptación de esta recomendación.

En virtud de lo anterior se instruye a la Visitaduría General, dar continuidad al cumplimiento de la recomendación emitida en esta resolución, en términos de lo establecido en el artículo 34 fracción IX de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán en vigor.

Del mismo modo se le hace de su conocimiento, que todo servidor público está obligado a responder las recomendaciones que emita este Organismo, siendo que en caso de no ser aceptadas o cumplidas, se deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, y que este Organismo queda en libertad de solicitar que el Congreso del Estado de Yucatán o, en sus recesos, la Diputación permanente, requiera a las autoridades o servidores públicos responsables para que comparezcan ante dichos órganos legislativos, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa a la presente Recomendación, lo anterior conforme a lo establecido en el artículo 10 fracción XX de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos en vigor.

Por último se le informa que esta Comisión, con fundamento en el artículo 10 fracción IX de la Ley, de la materia vigente, también queda facultada para que en caso de incumplimiento de la presente Recomendación acuda ante los Organismos Internacionales de Protección de los Derechos Humanos.

Así lo resolvió y firma el ciudadano **Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, Maestro en Derecho José Enrique Goff Ailloud. Notifíquese.**