

CAPÍTULO DECIMOTERCERO

RÉGIMEN PENITENCIARIO MEXICANO
Y EL DERECHO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN
PRIVADA DE LA LIBERTAD

Patricia Lucila GONZÁLEZ RODRÍGUEZ*
Luis Javier PINEDA GONZÁLEZ**

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *La característica de no suspensión (no restricción) del derecho a la salud sin importar estado o condición.* III. *El derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los ordenamientos internacionales y regionales de derechos humanos.* IV. *Una aproximación a las disposiciones constitucionales y legales del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en México.* V. *¿Es notorio el incumplimiento normativo? Condiciones carcelarias que enfrentan las mujeres privadas de la libertad en las prisiones mexicanas.* VI. *Destacados del Censo Nacional de Sistema Penitenciario Federal y Estatales 2023 en relación con el derecho a la salud.* VII. *Notas para la construcción de una política pública penitenciaria en materia de salud inclusiva y de calidad.* VIII. *Fuentes de consulta.*

I. INTRODUCCIÓN

Preservar la salud de la población privada de la libertad es uno de los objetivos fundamentales del proceso de reinserción social. No obstante, la población penitenciaria en México enfrenta amenazas que pueden afectar gravemente su salud. Si bien la regulación mexicana para avanzar el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad es suficiente si se consideran los complementos normativos que devienen de convenciones y tratados internacionales, es el diseño, la implementación y la operación de la política pública penitenciaria en la materia lo que condiciona el ejercicio adecuado de este

* Instituto de Investigaciones Jurídicas. pgrodriguez@unam.mx.

** Instituto de Resiliencia y Conservación Global. lpineda@ircg.ngo.

derecho. Para probar esta afirmación, el texto describirá los desafíos del régimen de ejecución penal para garantizar el derecho a la salud, analizando en primer lugar los contenidos de la legislación vigente y ordenamientos internacionales vinculantes para el Estado mexicano, para después contrastar su cumplimiento con la cifras que presentan dos ejercicios de investigación estadística. En gran parte del texto el foco de atención serán las mujeres privadas de la libertad. El objetivo de esta selección es presentar algunos de los obstáculos que enfrenta un grupo de atención prioritaria al interior de las prisiones mexicanas para ejercer su derecho a la salud. Luego de exhibir ineficiencias operativas de la política pública penitenciaria para garantizar los servicios de salud, se plantearán líneas de acción que permitan mitigar su incidencia y efectos.

Los marcos constitucional y legal mexicanos determinan la obligación de las autoridades de garantizar el derecho a la salud en condiciones de igualdad y sin discriminación. Nadie desconoce esta obligación gubernamental la cual alcanza a todo grupo poblacional, así se trate de personas privadas de la libertad (PPL) que se encuentran en prisión. De hecho, preservar la salud de la población privada de la libertad es uno de los objetivos fundamentales del proceso de reinserción social. No obstante, la población penitenciaria en México enfrenta amenazas que pueden afectar gravemente su salud. Estas amenazas repercuten de forma significativa sobre los grupos de atención prioritaria al interior de las prisiones, como lo son las mujeres, los adultos mayores, las personas con discapacidad, y aquellas que forman parte de la comunidad LGTBTT+.¹

Se trata de amenazas relacionadas con la limitada (y en ocasiones, nula) cobertura de los servicios de salud que tiene las prisiones en el país, su calidad, al igual que los servicios de atención médica básica y de medicina preventiva. Omisiones de la autoridad penitenciaria igualmente importantes son el desabasto de medicamentos, la constante exposición a factores criminógenos y laborales que comprometen su salud física, así como la falta atención psicológica y psiquiátrica especializada que contribuyan a fortalecer y mantener su salud mental. A la par, es notoria la insuficiente infraestructura institucional de salud que facilite y permita brindar la asistencia médica adecuada al interior de los centros de reinserción social.

Así, la situación que prevalece en las prisiones mexicanas refleja un sistema penitenciario de salud fragmentado y desigual, que ignora los problemas de salud que enfrentan las PPL, y en particular, las asimetrías en las

¹ Se omite mención a los adolescentes infractores por contar con un régimen normativo específico. No obstante, en estricto sentido, deben considerarse como un grupo de atención prioritario en particular.

afectaciones y repercusiones de estos problemas de acuerdo con el género, el grupo etario, la diversidad funcional o la preferencia sexual de estas personas. En este trabajo se parte de la hipótesis de que, si bien la regulación para avanzar el derecho a la salud de las PPL en México es suficiente si se consideran los complementos normativos que devienen de convenciones y tratados internacionales, son la implementación y operación, pero sobre todo, el diseño de política pública penitenciaria en materia de salud lo que auténticamente condiciona el ejercicio de este derecho.

Puesto en otros términos, la confección de las políticas públicas de atención a la salud al interior de los centros penitenciarios se realiza sin considerar o delimitar distinciones claras sobre los impactos que los mismos problemas médicos y clínicos, pueden tener sobre grupos específicos de población penitenciaria. El presente artículo pretende entonces describir, en primera instancia, los desafíos del régimen de ejecución penal para garantizar el derecho a la salud, evaluando cómo la legislación vigente repercute en mayor medida sobre su ejercicio. Simultáneamente, se intentará probar que la falta de mecanismos institucionales constituye su verdadero obstáculo.

Para soportar lo anterior, el texto se compone de cinco apartados. En el primer apartado, se describirán la cualidad de la no suspensión, restricción o limitación del derecho a la salud de toda persona. Se afirmará que esta característica sigue al derecho sin importar la condición (jurídica) del sujeto, así se trate de una persona que siga un proceso judicial o cumpla con una condena en prisión. En el segundo apartado, se realizará una aproximación al contenido general y específico del derecho a la salud contemplado en ordenamientos internacionales y regionales de derechos humanos. Se indicará que dicho contenido normativo es igualmente aplicable a las PPL por las cualidades propias del derecho a la salud. Aquí se busca visualizar las pautas y directrices mínimas para el diseño de política pública penitenciaria en materia de salud.

En el tercer apartado, se describirán y analizarán las disposiciones normativas constitucionales y legales, de México, que establecen las condiciones para avanzar el derecho a la salud en el país. Se realizará una presentación del marco de referencia que constituye la Ley Nacional de Ejecución Penal para materializar los contenidos mínimos del derecho a la salud de las PPL, subrayando la importancia de que se materialice esta prerrogativa acorde a sus necesidades.

En el cuarto apartado, se contrastan dos realidades sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en las prisiones mexicanas: una, confeccionada a manera de ideal garantista por ordenamientos internacionales y el marco constitucional y legal aplicable a la ma-

teria; otra, constantemente invisibilizada, en la que las PPL ven vulnerados sus derechos más fundamentales. Finalmente, el artículo concluye planteando recomendaciones para el diseño de una política pública penitenciaria en materia de salud, debidamente calibrada, que haga operativos y viables, todos las directrices, pautas y postulados normativos expresados, así los elementos a considerar para su materialización.

Interesa destacar que nuestro foco de atención serán las mujeres privadas de la libertad (MPL) que cumplen con un proceso judicial o condena, describiendo y analizando algunos de los problemas de salud y afectaciones que enfrentan al interior de las prisiones mexicanas. El propósito de esta selección arbitraria es exhibir los obstáculos para el ejercicio del derecho a su salud y el impacto que estos tienen sobre un grupo de atención prioritaria en particular. Con ello, se pretende exhibir ineficiencias operativas de la política pública penitenciaria en materia de salud, para luego plantear líneas que permitan mitigar su incidencia y sus efectos, y con ello promover la mejora constante de las condiciones carcelarias en México.

II. LA CARACTERÍSTICA DE NO SUSPENSIÓN (NO RESTRICCIÓN) DEL DERECHO A LA SALUD SIN IMPORTAR ESTADO O CONDICIÓN

Existen numerosos desafíos en la protección y garantía del derecho a la salud de las personas privadas de libertad (PPL) en el contexto de las prisiones mexicanas. A menudo, las cárceles enfrentan problemas de hacinamiento, insalubridad, falta de acceso a servicios médicos adecuados y deficiencias en la atención sanitaria. Estas condiciones pueden propiciar la propagación de enfermedades y poner en riesgo la vida y bienestar de quienes se encuentran reclusos.

El derecho a la salud es un elemento fundamental de la dignidad humana. De conocimiento general es que este derecho es reconocido tanto por instrumentos internacionales como regionales de derechos humanos, al igual que por ordenamientos constitucionales y legislaciones nacionales. Se trata de un derecho universal e inalienable que debe ser garantizado para todas las personas sin importar su condición, incluyendo aquellas que se encuentran privados de libertad siguiendo un proceso o cumpliendo una condena en prisión.

La inalienabilidad del derecho a la salud, característica que comparte con otros derechos, implica que este no puede ser renunciado ni suprimido

en ninguna circunstancia. Esta cualidad, representa una responsabilidad ineludible del Estado hacia sus ciudadanos, incluso cuando estos se encuentran en reclusión. La inalienabilidad del derecho a la salud encuentra su fundamento en los principios de universalidad, igualdad y no discriminación. Con base en estos principios, se pretende que el derecho a la salud se asegure y aplique a todas las personas sin excepción (universalidad), que se eviten tratos discriminatorios (igualdad) y que se elimine cualquier forma de exclusión o prejuicio en la provisión de la atención médica (no discriminación).

El derecho a la salud está dentro de la categoría doctrinal de derechos denominados como “intangibles”, entendidos como aquellos que no deben ser modificados o restringidos independientemente de la condición jurídica del individuo (Pérez Correa, 2011, p. 222). En otras palabras, el derecho a la salud no se puede suspender, restringir o limitar, así se trate de PPL, por lo que debe ser respetado como el derecho de cualquier otro sujeto. Esta cualidad la comparte con otros derechos como a la vida, a la integridad física, a la dignidad, a la alimentación, entre otros.²

Derechos que no se pueden suspender, restringir o limitar, como el derecho a la salud, constituyen obligaciones plenas que el Estado debe cumplir y no puede contravenir justificándose en la imposición de una pena (Pérez Correa, 2011, p. 231). El Estado debe asumir la obligación de asegurarse de que las personas en reclusión sean tratadas humana y dignamente, si después de todo es esa entidad la que se atribuye el derecho de privar a una persona de su libertad por la comisión de un ilícito (Coyle, 2009, p. 44). En consecuencia, la privación de la libertad no puede convertirse en una excusa para negar o limitar el acceso a servicios de salud adecuados. Por el contrario, la atención médica en los centros penitenciarios debe ser una prioridad y ajustarse a estándares mínimos que aseguren el bienestar físico y mental de las personas reclusas.

Es importante destacar que el derecho a la salud de las PPL no se limita únicamente a la asistencia médica, como se verá más adelante, sino que también abarca aspectos de salud pública y prevención. Las autoridades penitenciarias tienen la responsabilidad de implementar programas y me-

² Siguiendo la clasificación presentada por Pérez Correa, 2011, que parte de la propuesta hecha originalmente por Uprimny y Guzmán, 2010, los derechos “intangibles” o no modificables como el derecho a la salud deben distinguirse de aquellos que se suspenden de forma transitoria por estar en reclusión (por ejemplo, el derecho al libre tránsito), o de aquellos que pueden ser afectados o restringidos, por necesidad, de forma temporal y únicamente en caso de presentarse condiciones de excepción (por ejemplo, limitar la libertad de asociación dentro de la prisión justificada por cuestiones de seguridad al interior de los centros).

didadas que promuevan la prevención de enfermedades, el acceso a información sobre salud y la promoción de hábitos saludables entre la población reclusa.

Igualmente importante es el respeto y protección del derecho a la salud; ambas acciones deben ser entendidos como parte integral del proceso de rehabilitación y reinserción social. Brindar atención médica apropiada a las PPL no sólo es un deber ético y legal, sino que también contribuye a la reducción de ciertos comportamientos delictivos y a la construcción de una sociedad más justa y segura. En conclusión, son las características del propio derecho a la salud de las población privada de la libertad las que lo hacen, en sí mismo, una principio irrenunciable que se fundamenta en la dignidad humana y en la obligación del Estado de proteger los derechos de todas las personas, sin excepción.

III. EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN LOS ORDENAMIENTOS INTERNACIONALES Y REGIONALES DE DERECHOS HUMANOS

El respeto a los derechos humanos de todas las personas, incluidas aquellas privadas de la libertad que siguen un proceso judicial o cumplen con una pena, es una característica esencial de una sociedad justa, inclusiva e igualitaria. Entre estos derechos, la salud es de vital importancia por la indisoluble relación que guarda con una vida digna y la preservación de la integridad física y mental de todo individuo. Los Estados han establecido tratados y convenciones internacionales para proteger y promover el derecho a la salud de los reclusos, reconociendo la vulnerabilidad de esta población y su necesidad de asistencia médica adecuada. Se trata de un compromiso global con el respeto a los derechos humanos, cuya implementación efectiva sigue siendo un desafío para muchos países.

En las siguientes secciones, descendiendo en especificidad y atendiendo a un criterio cronológico, se describirá y analizará el contenido más importante de algunos ordenamientos que tienen como uno de sus objetivos avanzar el derecho a la salud de todos los individuos, sin importar si estos se encuentran en reclusión. Posteriormente, se hará una revisión de aquellos instrumentos que refieren específicamente a los derechos de las PPL, incluido el derecho a la salud, en sus múltiples modalidades, y se concluirá con la presentación de las condiciones mínimas que garantizan adecuadamente ese derecho.

1. *Marco convencional general*

Haciendo un ejercicio inclusivo de sujetos de las normas internacionales, destaca en primer lugar la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), 1948, al establecer que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que incluya la atención médica (artículo 25); una de las modalidades del derecho a la salud. La DUDH ha sentado las bases de otros tratados específicos y ha sido interpretado como un rasero mínimo para garantizar el acceso a la salud de las personas privadas de la libertad. En segundo lugar, se tiene la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH), 1948. En relación con el derecho a la salud de las PPL la DADDH no tiene un artículo específico pues sus postulados son genéricos y van dirigidos a todas las personas sin excepción (al igual que la DUDH). Sin embargo, en la redacción de algunos de sus artículos, se pueden identificar elementos relevantes que permiten avanzar este derecho.

Tal es el caso del artículo I, que hace referencia al derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal, cuya conexión con la preservación de la salud es indiscutible pues sin acceso adecuado y oportuno a esta, es imposible garantizar los primeros en un entorno penitenciario. Por su parte, el artículo II de la DADDH, contiene el derecho a la igualdad ante la ley, el cual implica que las PPL tienen derecho, como cualquier otra persona, a recibir atención médica sin discriminación alguna, independientemente de su origen étnico, nacionalidad, género, orientación sexual o cualquier otra condición. Por último, el artículo XI, que hace referencia directa a la preservación de la salud y el bienestar de todas las personas, el cual sirve de base para destacar la importancia de proporcionar servicios de salud adecuados y de calidad (un supuesto pudiendo ser durante la vida en prisión).³

Al igual que ambas declaraciones, dos son los pactos internacionales de contenido relevante para avanzar el derecho a la salud de las personas, incluidas aquellas en reclusión en los centros penitenciarios. En primer lugar, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), 1966, en el cual se establece que toda persona —incluyendo aquellas privadas de libertad— será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano (artículo 10), siendo una condición necesaria de esta obligación garantizar el derecho a la salud. En segundo lugar, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),

³ Es importante tener en cuenta que, si bien la DADDH establece principios fundamentales de protección de derecho en la región, su capacidad para hacer cumplir directamente el derecho a la salud de las PPL es limitada.

1966, en donde se dispone toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, estipulando las medidas mínimas para asegurar la efectividad plena del derecho (artículo 10.2.), de las cuales destacan aquellas necesarias para prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole (por cierto, recurrentes en centros penitenciarios), y aquellas para crear condiciones que aseguren a todas las personas asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (artículo 10.2., incisos c y d).

Igualmente importante resulta la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH), 1969, conocida coloquialmente como Pacto de San José, pues si bien no tiene propiamente referencia expresa al derecho a la salud, si establece disposiciones normativas que facilitan su acceso y ejercicio pleno.⁴ Es el caso del artículo 5, que contempla el derecho a la integridad personal, prohibiendo la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes. En este sentido, sobre el tema que aquí ocupa, el acceso a la salud adecuada y oportuna para las personas privadas de la libertad es fundamental para proteger su integridad física y mental.

Otro contenido normativo de la CADH por destacar es el artículo 11, que protege el derecho a la honra y la dignidad de toda persona, lo cual en el contexto penitenciario, implicaría que las PPL tienen derecho a ser tratadas con respeto y dignidad, incluido el acceso a servicios de salud sin discriminación ni malos tratos. Igualmente destacable es el artículo 25 del mismo instrumento que habilita el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes en caso de que los derechos humanos sean vulnerados; supuesto que podría actualizarse si una persona privada de la libertad enfrenta obstáculos para acceder a servicios de salud adecuados.

Un último contenido normativo del Pacto de San José, al que se debe aludir es el artículo 26, pues establece un mandato para los Estados consistente en implementar medidas progresivas para mejorar el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales; incluido naturalmente el derecho a la salud. Si bien no se establecen obligaciones inmediatas ni absolutas, si se exige que los Estados avancen en la protección de estos derechos de manera constante y efectiva.

⁴ Aunque la CADH no contiene un artículo específico sobre el derecho a la salud de las PPL, su aplicación y cumplimiento están sujetos a la interpretación y jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH). Al respecto, la Corte ha reafirmado la importancia de proteger los derechos humanos de los reclusos, incluido el acceso a servicios de salud adecuados, y ha emitido sentencias que resaltan la responsabilidad de los Estados en este sentido.

De menor reconocimiento que el Pacto de San José pero de similar importancia resulta el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1988, conocido como Protocolo de San Salvador. Este instrumento regional establece que toda persona (incluidas las PPL), tiene derecho a la salud; entendida esta como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. A su vez, este instrumento compromete a los Estados a reconocer la salud como un bien público.

De igual forma, el Protocolo obliga a los Estados a adoptar medidas para garantizar el derecho a la salud (artículo 10), tales como: la atención primaria de la salud (la asistencia sanitaria esencial al alcance de todos los individuos y familiares); la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; la inmunización total contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y tratamiento de enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole, y la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud. Todas estas medidas son perfectamente aplicables sobre la población privada de la libertad sin mayor obstáculo o restricción.

A la par de los ordenamientos e instrumentos internacionales hasta ahora mencionados, existen otros más que ayudan, en un plano preventivo, a garantizar el derecho a la salud, particularmente en la promoción y protección de este derecho en el contexto penitenciario. Uno de estos es la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, 1984. Gracias a la Convención —y a la normatividad secundaria nacional que la hace operativa— es posible, por ejemplo, que las PPL puedan ser examinadas de forma regular por un médico; que se tomen medidas para prevenir y tratar lesiones físicas o afectaciones psicológicas producto del internamiento o durante la vida en reclusión; o que se realicen monitoreos independientes sobre los centros de detención.

2. *Marco convencional especializado*

Enfocados en materia penitenciaria existen estructuras normativas específicas que pretenden avanzar el derecho a la salud de las PPL. Al margen de los Principios básicos para el tratamiento de los reclusos, 1990, cuyo contenido relevante en materia de salud es la mera estipulación del derecho de los reclusos a tener acceso a los servicios de salud que disponga el país, y sin

discriminación por su condición jurídica, los instrumentos más destacados que se abordarán corresponden a reglas.⁵

En primera instancia se destacan las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, 1955.⁶ Este instrumento tuvo como objetivo establecer los estándares mínimos universalmente reconocidos para la gestión de los centros penitenciarios y el tratamiento de las PPL. En cuanto hace al derecho a la salud, de su contenido son relevantes las obligaciones de garantizar una alimentación de calidad para las PPL, de asegurar que el tratamiento de la persona en reclusión sea de acuerdo con sus necesidades de salud, y de proveer acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación. Las reglas también contemplan la obligatoriedad de una evaluación periódica de la salud física y mental de las PPL, que profesionales de la salud se rijan por los mismos estándares éticos que se aplican a los pacientes en la comunidad, especificando a la vez su rol en el contexto de los procedimientos disciplinario.

En el ámbito regional para México, un instrumento destacado son las Reglas Penitenciarias Interamericanas (RPI), 2008, adoptadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Se trata de un conjunto de normas que establecen estándares mínimos para la protección de los derechos de las PPL en el continente americano. Su objetivo es proporcionar orientación a los Estados miembros sobre cómo garantizar un trato humano y digno en el contexto penitenciario. Las RPI reconocen el derecho de las PPL a recibir atención médica adecuada y para ello establecen la obligación de garantizar servicios de salud de calidad incluyendo la prevención, el diagnóstico, y el tratamiento de las enfermedades físicas y mentales. Complementariamente al ejercicio del derecho a la salud, las RPI establecen los estándares mínimos para las condiciones de vida en los centros penitenciarios, incluyendo aspectos como un espacio suficiente, ventilación, iluminación, higiene y calidad de los alimentos.

En tercer lugar, interesa comentar las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes, 2010, conocidas comúnmente como Reglas

⁵ Los Principios básicos para el tratamiento de los reclusos fueron adoptados y proclamados por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 45/111, el 14 de diciembre de 1990.

⁶ Los comentarios a continuación sobre este instrumento incluyen el contenido de la actualización del modelo de reglas que fue actualizado en 2011, impulsada por la Asamblea General de Naciones Unidas. Este instrumento en la actualidad ha caído en desuso y constituye únicamente un antecedente de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (2015), conocidas como Reglas Mandela.

de Bangkok (RB). Este instrumento establece normas y directrices para mejorar la situación de las mujeres en el sistema de justicia penal, se centran en su tratamiento en la cárcel y en el uso de medidas no privativas de la libertad.⁷ Las RB proporcionan orientación basada en los estándares internacionales de derechos humanos y enfoque de género. Por lo tanto, se espera que los países las apliquen de manera coherente con sus sistemas y leyes nacionales.⁸

Las RB establecen principios rectores vinculados a la operatividad del derecho a la salud tales como la igualdad de género, la dignidad, o la no discriminación. Establecen a su vez un régimen de clasificación específico para las mujeres que delinquen, en donde se consideran factores como su edad, salud, maternidad, o necesidades especiales. Sobre este último aspecto, las RB determinan prestar atención a condiciones especiales como lo es la salud física y mental de las mujeres privadas de la libertad y se establecen disposiciones para garantizar que mujeres embarazadas y las madres con hijos tengan acceso a servicios de salud adecuados.

Probablemente el instrumento internacional más conocido a este respecto son las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, 2015, conocidas en general como Reglas Mandela (RM). Las RM establecen los principios y directrices para el tratamiento humano y la gestión de las PPL.⁹ Buscan promover un enfoque de reintegración en el sistema penitenciario, asegurando que las personas privadas de la libertad sean tratadas con dignidad y respeto, y que se respeten sus derechos humanos fundamentales.

En referencia al derecho a la salud de las PPL, las RM ordenan acatar estándares mínimos para las condiciones de vida en las prisiones, incluyendo aspectos como la higiene, el espacio habitable, el acceso a agua potable,

⁷ A pesar de no ser jurídicamente vinculantes, se espera que los Estados miembros de las Naciones Unidas las tengan en cuenta y las utilicen como referencia para desarrollar o mejorar sus políticas y prácticas relacionadas con las mujeres acusadas de la comisión de un delito o que cumplen una pena.

⁸ En este sentido, las RB son recomendaciones y directrices internacionales, pero cada país tiene la responsabilidad de implementarlas y adaptarlas a su contexto legal y social específico.

⁹ Aunque las Reglas Mandela no tengan carácter propiamente vinculante, su contenido se encuentra en línea con las obligaciones internacionales de México en materia de derechos humanos. Por lo tanto, se espera que el sistema penitenciario mexicano adopte y aplique estos estándares (RM) como parte de su responsabilidad de proteger y garantizar los derechos de las personas privadas de la libertad. No obstante, interesa subrayar que la implementación y el cumplimiento de estas reglas en la práctica varían de un país a otro y están sujetos a la voluntad y capacidad de cada Estado para adoptar medidas adecuadas.

la ventilación adecuada, la iluminación y la temperatura confortable (similar a lo establecido por las RPI). Consecuentemente, se deben proporcionar instalaciones sanitarias adecuadas y se debe garantizar la disponibilidad de atención médica. De igual forma, las RM señalan la obligación de garantizar el acceso a servicios de atención médica de calidad para las PPL. Por tanto, con base en esta obligación, se deben proporcionar servicios de atención primaria, incluyendo la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades físicas y mentales.

Visto hasta aquí el contenido más relevante de los ordenamientos internacionales y regionales, generales y específicos, en relación con el derecho a la salud de las PPL, el Estado mexicano, como signatario de tratados y convenios de esta naturaleza, tiene las obligaciones de promover, proteger, respetar y garantizar este derecho. Esto implica la necesidad de asignar recursos adecuados, capacitar al personal penitenciario en temas de salud y derechos humanos, y establecer mecanismos efectivos de supervisión y rendición de cuentas.

3. Cuatro condiciones mínimas que permiten garantizar el derecho a la salud de las PPL libertad

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948). Entonces, el derecho a la salud constituye un derecho humano universal y multidimensional, el cual se debe garantizar por parte de las autoridades estatales sin diferencia o distinción entre sujetos. Con lo hasta ahora expuesto, es posible concertar que son cuatro las características esenciales del derecho a la salud estipuladas por diversos ordenamientos internacionales (y reconocidas por el Estado mexicano, como se verá más adelante).

La primera de estas características es la disponibilidad. La cual compromete a gobiernos y autoridades a garantizar que haya servicios adecuados de salud para todos sus ciudadanos, sin importar ninguna condición. Siguiendo postulados internacionales, este componente esencial del derecho a la salud se garantiza por medio de establecimientos médicos, de programas de salud especializados, del acceso a bienes como lo pueden ser medicamentos, y con servicios de salud a la mano de cualquier persona, incluidas las privadas de la libertad. De esta manera, que los servicios de salud estén disponibles, implica que deben estar presentes en cantidad suficiente para garantizar que todas las personas tengan acceso a la atención médica cuando la necesiten.

Una segunda característica la constituye la accesibilidad, la cual implica que no debe ser discriminada ninguna persona en el ejercicio del derecho a la salud. Por lo tanto, cualquier persona debe ser atendida, sea cual sea su condición. La accesibilidad se refiere a la disponibilidad y la asequibilidad, geográfica y cultural, de los servicios de atención médica y los recursos de salud para todas las personas, sin discriminación.

Por su parte, la tercera característica la constituye la aceptabilidad del derecho a la salud. La aceptabilidad se encuentra íntimamente ligada a la ética médica y la cultura de las personas que serán atendidas pues no debe existir un reproche por cualquier condición particular de la persona que será tratada. Esta característica es fundamental para garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud adecuados y culturalmente inclusivos y respetuosos. Al asegurar que los servicios de salud sean aceptables para las diversas comunidades, culturas, grupos sociales o personas en su conjunto, se promueve la igualdad e inclusión en el disfrute del derecho a la salud de todos los individuos, incluidos aquellos que enfrentan un proceso judicial o cumplen con una pena en prisión.

El cuarto y último componente esencial del derecho a la salud que se infiere y encuentra su fundamento en diversos ordenamientos internacionales, lo constituye la calidad de los servicios. Aquí, el servicio brindado debe ser el mejor posible, velando siempre por la seguridad de quien se atiende. Asegurar que los servicios de salud sean de alta calidad implica que las personas deben recibir una atención efectiva, segura, oportuna y centrada en el paciente (de acuerdo con sus necesidades). La calidad de los servicios de salud tiene importantes implicaciones que abarcan tanto aspectos individuales como colectivos de la salud pública.

Nótese con esta breve descripción de los contenidos esenciales de los componentes mínimos del derecho a la salud, que las cuatro características coinciden en que, para garantizar esta prerrogativa fundamental, los gobiernos y autoridades deben velar porque el derecho se brinde sin importar la condición de la persona receptora del servicio.

IV. UNA APROXIMACIÓN A LAS DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES Y LEGALES DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN MÉXICO

El derecho a la salud de las y los mexicanos encuentra su fundamento constitucional en el artículo 4o.¹⁰ Esta disposición normativa reconoce el derecho

¹⁰ Este artículo establece que todas las personas tienen derecho a gozar del acceso a los servicios de salud para el cuidado integral de su salud física y mental.

a la protección de la salud de todas las personas, independientemente de su condición, y establece que las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud se definirán en la ley específica para tal efecto. Con base en lo anterior, el Estado mexicano tiene la obligación de implementar políticas y programas que aseguren el acceso a servicios de salud de calidad, incluyendo la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la reintegración social. También en el texto constitucional mexicano se dispone que el sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo (de la capacitación para el mismo), de la educación, de la salud y el deporte, como medios para lograr la reinscripción (reintegración) del individuo a la sociedad (artículo 18).

Siguiendo estos contenidos normativos, las instituciones penitenciarias están obligadas a respetar los derechos humanos de las PPL y, en consecuencia, a garantizar su acceso a servicios de salud. Este reconocimiento constitucional pretende entonces la promoción de un enfoque integral de la salud, abarcando aspectos físicos, mentales y sociales, sin ningún tipo de discriminación.

Evaluar si la regulación constitucional sobre el derecho a la salud en general es insuficiente o no, es un tema que puede ser objeto de diferentes perspectivas y análisis. Caso contrario es lo que se podría decir sobre la regulación de este derecho, pero de las PPL, donde la pregunta tendría que girar en torno a la consideración de si es deseable el ejercicio. Con todo, que la Constitución mexicana contenga expresamente el derecho a la salud de toda persona es un paso fundamental para garantizar pues el reconocimiento explícito es positivo ya que establece una base legal para la promoción y protección de la salud en el país.

En contraste, interesa destacar que, aunque el derecho a la salud tiene reconocimiento constitucional, en dicho ordenamiento no se detallan de manera específica los mecanismos para asegurar su pleno cumplimiento. Así, es en la legislación general, nacional, estatal y su regulación secundaria, donde se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Es precisamente esta multiplicidad de contenidos normativos lo que puede dar lugar a interpretaciones diversas y deja abierta la posibilidad de que la implementación sea insuficiente en muchos casos.

1. Postulados críticos del derecho a la salud en la Ley Nacional de Ejecución Penal

Dejando en suspenso la idoneidad o prejuicio de la limitada referencia constitucional o la posible dispersión legislativa del derecho a la salud, es

menester concentrarse sobre el contenido de esta prerrogativa fundamental que se hace en la Ley Nacional de Ejecución Penal (LNEP). En esta legislación se determina que las PPL gozarán de todos los derechos previstos en la Constitución y los tratados internacionales durante la ejecución de la prisión preventiva o de las sanciones impuestas (artículo 9). En consecuencia, subyace la obligación de la autoridad penitenciaria de garantizar la protección del derecho a la salud, de manera universal y sin discriminación.

La LNEP estipula que la salud es un derecho humano reconocido por la Constitución y que es uno de los servicios fundamentales en el sistema penitenciario. Indica a su vez que este servicio público tiene el propósito de garantizar la integridad física y psicológica de las PPL, como medio para proteger, promover y restaurar su salud (artículo 74). La LNEP contiene una serie de directrices de carácter obligatorio para la autoridad penitenciaria con el propósito de avanzar el ejercicio del derecho a la salud las PPL durante la vida en reclusión:

TABLA 1
OBLIGACIONES ESTATALES PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD

<i>Figura regulada</i>	<i>Contenido destacado</i>
Examen médico de ingreso (artículo 75)	<ul style="list-style-type: none">— A toda PPL se le debe practicar un examen psicofísico a su ingreso, para determinar el tratamiento de primer nivel que requiera.— En caso de advertirse lesiones o señales de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes, esta situación deberá certificarse por medio del Protocolo de Estambul y se hará del conocimiento de la autoridad penitenciaria, la cual reportará al Ministerio Público para iniciar la investigación correspondiente.— Si el servidor público encargado de revisar a la PPL sujeta al examen psicofísico se percató de la existencia de malos tratos o tortura y no lo hiciera del conocimiento al Ministerio Público, incurre en responsabilidad penal por omisión.
Servicios médicos (artículo 76)	Los servicios médicos tendrán por objeto la atención médica de las PPL, desde su ingreso y durante su permanencia, siguiendo las siguientes acciones:

<i>Figura regulada</i>	<i>Contenido destacado</i>
	<ul style="list-style-type: none"> — Realizar campañas permanentes de prevención de enfermedades. — Otorgar el tratamiento adecuado mediante el diagnóstico oportuno de enfermedades agudas, crónicas y crónico-degenerativas, incluyendo las enfermedades mentales. — Prescribir las dietas nutricionales en los casos que sea necesario, a fin de que la alimentación sea variada y equilibrada; — Suministrar los medicamentos y terapias básicas necesarias para la atención médica de las PPL. — Contener en primera instancia y poner en aviso a las autoridades competentes en materia de salud en caso de brote de enfermedad transmisible que pueda ser fuente de epidemia.
<p>Características de los servicios de atención médica (artículo 77)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Los servicios de atención médica deben ser gratuitos y obligatorios para las PPL. Estos contemplarán actividades de prevención, curación y rehabilitación, en estricto apego a las disposiciones legales en materia de servicios de salud. — Las instalaciones deben ser higiénicas y contarán con los espacios adecuados para garantizar el derecho a la salud de las PPL en un centro penitenciario.
<p>Responsable médico (artículo 78)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — En cada centro penitenciario debe: 1) existir, como mínimo, atención de primer nivel en todo momento, procurada cuando menos por un médico responsable de cuidar la salud física y mental de las PPL y vigilar las condiciones de higiene y salubridad; 2) haber, por lo menos, un auxiliar técnico-sanitario y un odontólogo.
<p>Medidas terapéuticas (artículo 79)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Cuando del diagnóstico del área de servicios médicos se desprenda la necesidad de aplicar medidas terapéuticas que impliquen riesgo para la vida o la integridad física de la PPL, se requiere su consentimiento por escrito. Salvo en los casos de emergencia y en los que atente contra su integridad, podrá determinarlo la autoridad penitenciaria competente. — Si la PPL no se encuentra en condiciones de otorgar su consentimiento, éste podrá requerirse a su cónyuge, familiar ascendiente o descendiente, o a la persona previamente designada por él. — En caso de no contar con ningún consentimiento, será responsabilidad de la autoridad penitenciaria competente determinar lo conducente.

<i>Figura regulada</i>	<i>Contenido destacado</i>
Convenios con instituciones del sector salud (artículo 80)	— Se deben celebrar convenios con instituciones públicas y privadas del sector salud en los ámbitos federal y local, para atender las urgencias médico-quirúrgicas cuya intervención no se pueda llevar a cabo en los centros penitenciarios, así como para la designación del personal médico que proporcione servicios de salud de manera continua y permanentemente en el sistema penitenciario nacional.

FUENTE: Elaboración propia con base en la LNEP.

Varias de las pautas detalladas en el cuadro 1 se desagregan y explican en otros artículos de la LNEP, desagregando su alcance obligatorio. La LNEP estipula de igual forma el derecho de las PPL de recibir asistencia médica preventiva y tratamiento para el cuidado de la salud, atendiendo a las necesidades propias de su edad y sexo en unidades médicas que brinden asistencia de primer nivel, en el centro penitenciario que se trate (artículo 9, fracción II). En caso de que sea insuficiente la atención brindada en reclusión o se necesite asistencia médica avanzada, se podrá solicitar el ingreso de atención especializada a la prisión o que la PPL sea remitida a un centro de salud público (artículo 9, fracción II). Los alcances de este derecho incluyen la prerrogativa de recibir alimentación nutritiva, suficiente y de calidad para la protección de su salud (artículo 9, fracción III).

En cuanto hace al concepto de atención médica, la LNEP considera varias obligaciones para las autoridades y al igual que subderechos para las PPL que sin duda incrementan la factibilidad de ejercer el derecho a la salud en todas sus dimensiones y modalidades. De las obligaciones de la autoridad penitenciaria destacan el brindar la atención médica, en coordinación con la Secretaría de Salud federal (o sus homólogas estatales), y de acuerdo con el régimen interior y las condiciones de seguridad del centro de reclusión siempre en los términos de la Ley General de Salud (artículo 34). Asimismo, la autoridad penitenciaria deberá tomar las medidas necesarias para garantizar atención médica de urgencia en los casos en que se requieran.¹¹

Siguiendo con las obligaciones para la autoridad penitenciaria, en coordinación con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud com-

¹¹ La LNEP dispone que sólo en casos extraordinarios en que por su gravedad así lo requieran, podrán ser trasladados a instituciones públicas del sector salud para su atención médica, observándose las medidas de seguridad que se requieran.

petentes, debe garantizar la disponibilidad permanente de medicamentos de cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica (artículo 34). La autoridad penitenciaria deberá establecer, de igual forma, los procedimientos necesarios para proporcionar oportunamente los servicios e insumos requeridos para otros niveles de atención.

La confidencialidad de la información médica de las PPL es otro elemento destacado de la LNEP (artículo 34). Ese ordenamiento indica que es obligación del personal que presta servicios médicos en los centros penitenciarios preservar la confidencialidad de la información a la que tengan acceso.¹² De hecho, la información clínica no deberá formar parte del expediente de ejecución, según se estipula en la legislación.

Las consideraciones sobre el consentimiento de las PPL frente a las intervenciones de profesionales médicos, así como el tratamiento de su salud mental son dos componentes novedosos de la LNEP (artículo 24). Ahí se mandata que las intervenciones psicológicas, psiquiátricas o médicas deben contar con el consentimiento informado de la PPL.¹³ También se indica que los servicios de atención psicológica o psiquiátrica se prestarán por personal certificado del centro penitenciario que se trate, o en su defecto, de personal externo que dependa del Sistema Nacional de Salud.

2. Elementos de la atención médica a las mujeres privadas de la libertad

Destaca a su vez que la LNEP considera otros componentes del derecho a la salud de las PPL, específicamente dirigidos a las mujeres en reclusión, tales como (artículo 10): recibir, al ingresar al centro penitenciario, una valoración médica que comprenda un examen exhaustivo para determinar sus necesidades básicas y específicas de atención a su salud (fracción IV); recibir alimentación adecuada y saludable para sus hijos, acorde con su edad y sus necesidades de salud (fracción VII); así como contar con las instalaciones adecuadas para que sus hijos reciban la atención médica atendiendo a su edad, condiciones y a sus necesidades de salud específicas (fracción X).

Por otra parte, en la LNEP se ordena que las mujeres privadas de la libertad (MPL) embarazadas deberán contar con atención médica obstétrico-ginecológica y pediátrica, durante el embarazo, el parto y el puerperio (artículo 36). Este tipo de atenciones deberá realizarse en hospitales o lugares

¹² A su vez, se establece una excepción: la autoridad penitenciaria únicamente podrá conocer dicha información por razones de salud pública.

¹³ Esta regla también admite una excepción: aquellos casos en los que, por requerimiento de autoridad judicial, se examine la calidad de inimputable o de incapaz de una PPL.

específicos establecidos en el centro penitenciario que se trate, cuando cuenten con las instalaciones y el personal de salud especializado. En caso de no contar con las instalaciones o con personal médico y que la condición de salud de la mujer o del feto requieran de atención, ésta se garantizará en instituciones públicas de salud.

Una vez recorrido el articulado más importante sobre el derecho a la salud que se contempla en la LNEP, se concluye este apartado haciendo notar que la suficiencia del contenido de ese derecho en la legislación ha despertado un debate. Por un lado, se considera que si esta legislación nacional ha incorporado disposiciones sólidas que aseguren el acceso a servicios de salud adecuados para las personas en reclusión, y a su vez establece mecanismos efectivos para garantizar su atención médica y bienestar, entonces se puede considerar que el contenido del derecho a la salud es suficiente. No obstante, si existen deficiencias en la implementación de estas medidas (las cuales es posible documentar), como lo son la falta de recursos, personal capacitado o infraestructura adecuada para brindar atención médica a los reclusos, naturalmente se podría cuestionar la suficiencia de la protección del derecho a la salud en este ordenamiento.

Con todo, una supervisión efectiva, acompañada por la promoción de la transparencia y la rendición de cuentas en la aplicación de la LNEP serán fundamentales para asegurar que se cumplan los estándares internacionales de derechos humanos y garantizar una justicia de ejecución penal que respete la dignidad y el bienestar de todas las personas involucradas.

V. ¿ES NOTORIO EL INCUMPLIMIENTO NORMATIVO? CONDICIONES CARCELARIAS QUE ENFRENTA LAS MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN LAS PRISIONES MEXICANAS

Una vez descrito el contenido normativo internacional y nacional en referencia al derecho a la salud en general y de las PPL, dada su exhaustividad, cualquiera imaginaría que en México se dan todas las condiciones para avanzar este derecho fundamental. Sin embargo, es de conocimiento generalizado que la realidad planteada por los ordenamientos internacionales, y pretendida por las normas nacionales, dista mucho de los fenómenos cotidianos y las condiciones que enfrentan las PPL en los centros penitenciarios.

Esta fenomenología al interior de los centros de reclusión, de acuerdo con testimonios documentados por comisiones de derechos humanos y defensores públicos, se caracteriza por: la limitada cobertura de los servicios de salud que tiene las prisiones en el país, su calidad, al igual que de aten-

ción médica básica y de medicina preventiva; el desabasto de medicamentos, la constante exposición a factores criminógenos y laborales que afectan la salud física; la falta atención psicológica y psiquiátrica especializada para garantizar la salud mental, o la insuficiente infraestructura institucional de salud que impide brindar la asistencia médica adecuada a las PPL. Irónicamente, estas condiciones son precisamente las que se han pretendido eliminar por decreto legislativo.

Antes de continuar con una valoración más profunda sobre si es insuficiente el marco normativo convencional y nacional para mitigar los impactos a la salud de las condiciones de vida en las prisiones mexicanas, interesa presentar los resultados de dos instrumentos estadísticos que buscan presentar una radiografía de lo que ocurre a interior de los centros penitenciarios y el estado que guarda el sistema. Este ejercicio permitirá dar una aproximación más certera sobre las necesidades que persisten para garantizar de manera adecuada el derecho a la salud de las PPL.

Interesa aclarar que, en busca de hallazgos específicos, en donde se obtuvo información clasificada por género, se centrarán los resultados en torno a las mujeres en reclusión que siguen un proceso o cumplen con una condena en prisión.

3. *Resultados de la Encuesta Nacional de Población*

Privada de la Libertad 2021 sobre el derecho a la salud

El primer instrumento por comentar es la Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL), 2021.¹⁴ El objetivo de la encuesta es obtener información relevante con representatividad nacional, por entidad federativa y por centros penitenciarios de interés, sobre la experiencia del proceso penal e internamiento de la población privada de la libertad.

Al respecto del derecho a la salud de las PPL encontramos en la ENPOL 2021 que, en todo el país, a 72.7% de la población privada de la libertad le fue practicado un examen médico a su llegada al centro. Es de

¹⁴ Se trata de una encuesta publicada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía, e Informática (INEGI), con una periodicidad de dos años (próxima publicación: diciembre de 2023). Su finalidad es generar información estadística que permita conocer las condiciones de procesamiento y de internamiento de las personas privadas de la libertad, su perfil demográfico y socioeconómico, los delitos por los que fueron procesados o sentenciados, entre otras características. El tamaño de la muestra de la encuesta fue de 67584 personas privadas de la libertad (55535 hombres y 12049 mujeres), alcanzando una cobertura geográfica nacional, por entidad federativa y para centros penitenciarios de interés. En total fueron visitados 203 centros penitenciarios.

señalarse que esta debería ser cercana al 100% para no contravenir normas internacionales y disposiciones nacionales. Por otra parte, al 41.7% de la población privada de la libertad se le realizaron revisiones médicas para conocer su estado de salud durante su estancia en el centro. Con base en esas revisiones periódicas, se tiene que 9.3% de la población privada de la libertad fue diagnosticada con presión arterial alta (hipertensión), siendo la enfermedad de mayor recurrencia entre las PPL.¹⁵ Además, sólo 69.6% de la población recibió el medicamento o tratamiento para la enfermedad diagnosticada por parte del centro penitenciario,¹⁶ la cual es una obligación estatal inevitable para la autoridad por lo es otro rubro en el que se incumple notoriamente con las determinaciones legales vinculantes.

Sobre el derecho a la salud de las MPL, la ENPOL 2021 obtuvo los siguientes hallazgos. En primer lugar, 16.5% de la población de MPL ha sido diagnosticada con presión arterial alta (hipertensión), siendo la enfermedad de mayor recurrencia entre este grupo.¹⁷ Por otra parte, sólo 68.6% de la población de MPL recibe el medicamento o tratamiento para la enfermedad diagnosticada por parte del centro penitenciario. Asimismo, destaca que únicamente 41% de las MPL señaló que le fue practicado el examen de Papanicolau durante el último año. Nuevamente, dos obligaciones estatales generalizadas, se incumplen.

En cuanto a la maternidad y salud reproductiva de las MPL, 11.7% de la población manifestó que ha estado embarazada alguna vez durante su estancia en el centro penitenciario; de este porcentaje, 19.9% indicó que abortó. Relacionado con lo anterior, 82.1% de la población de MPL que ha estado embarazada durante su estancia en algún centro, señaló que sí acude o acudió al médico adscrito para revisar el estado de su embarazo periódicamente. De la población de MPL que no acude o acudió al médico: 22% señalaron que los médicos del centro penitenciario se negaron a hacerle revisiones; 15.8% indica que las autoridades del centro dijeron que no tienen el equipo necesario para realizarlo, y 14.8% señaló que el centro penitenciario no cuenta con médicos.¹⁸ Estos datos invitan a revisar la aplicación

¹⁵ A la hipertensión, le siguen la diabetes (5%), la hepatitis (3.4%), el COVID (2.7%), la bronquitis o neumonía (2.1%) y la tuberculosis (1.4%).

¹⁶ Siendo las otras alternativas la familia, las propias PPL u organizaciones externas.

¹⁷ Le siguen la diabetes (7.4%), la bronquitis o neumonía (4.2%), el COVID (3.9%), la hepatitis (2.1%) y cáncer de cualquier tipo (1.8%).

¹⁸ Sobre el rubro de hijos(as) en el centro penitenciario, 5.8% de la población de MPL declaró tener hijos(as) menores de doce años viviendo dentro del centro penitenciario. De este porcentaje, 96.6% declaró que sus hijos(as) nacieron durante su reclusión. Asimismo, 98.2% de la población de MPL con hijos(as) menores de doce años al interior del centro

inexcusable de las reglas de salud reproductiva pues la principal razón por la que no se realicen exámenes médicos de revisión del embarazo no puede ser la negativa de los profesionales de la medicina a realizarlos, al ser una obligación estatal.

La ENPOL 2021 también presenta hallazgos sobre las condiciones carcelarias o situaciones de internamiento que repercuten en el ejercicio adecuado del derecho a la salud y que constituyen auténticas amenazas al mismo. A manera de ejemplo:

- Distribución de la población por celda. El 46.4% de la población privada de la libertad en el país compartió su celda con más de cinco personas. En cuanto a la población de MPL, 54.1% compartió con una a cinco personas su celda y 19.2% dijo haber compartido con seis a diez personas.
- Condiciones de la celda. El 86.5% de la población privada de la libertad contó con cama propia en su celda.
- Provisión de servicios básicos. No todas las celdas cuentan con agua potable pues únicamente 75% de la población privada de la libertad respondió tener; de este porcentaje 73.9% de la población de MPL señaló que la celda contó con el servicio de agua potable.
- Bienes y servicios proporcionados por el centro penitenciario. El 86.2% de la población privada de la libertad señaló que el centro penitenciario le proporcionó algún tipo de bien o servicio. De este porcentaje, 84.1% señaló que se les proporcionó servicios médicos (siendo el de mayor cuantía), seguidos de servicios psicológicos, 78.3%, y servicios dentales, 72.2%. Por su parte, el servicio que la población de MPL señaló con más frecuencia fueron los servicios psicológicos, 83.3%.
- Pago por bienes o servicios que reciben los hijos(as) en el centro penitenciario. El 22% de la población de MPL con hijos(as) menores de doce años viviendo en el centro señaló que han tenido que pagar por alguno de los bienes o servicios que sus hijos reciben dentro del centro penitenciario. De los cuales, 71.3% ha sido pago por medicamentos seguido por el pago de servicios médicos, 61%.
- Percepción de inseguridad. El 14.4% de la población privada de la libertad se sintió insegura al interior de su celda, mientras que 25.9% se sintió insegura en el centro penitenciario.

penitenciario, tiene a un hijo(a) viviendo con ellas. El rango de edad de los hijos(as) es de 1 a 3 años, para el 56.5% de los casos.

- Victimización. El 34.1% de la población privada de la libertad señaló haber sido víctima de algún delito ocurrido en el centro penitenciario. Por su parte, 42.5% de la población de MPL señaló haber sido víctima de algún delito ocurrido en el centro penitenciario.¹⁹
- Actos de corrupción. El 36.2% de la población privada de la libertad fue víctima de al menos un acto de corrupción en las etapas del proceso penal; 17.2% de estas fue víctima de actos corrupción en el centro penitenciario. Al respecto, 32.8% de la población de MPL pagó para recibir medicamentos y 10.7% pagó para recibir servicios médicos, psicológicos o escolares.

De los anteriores datos destacamos que el número de PPL que comparten celda es elevado, lo que puede ser un conductor eficiente de enfermedades de propagación condicionando la salud del entorno. La carencia en los servicios básicos es otro problema que demanda acción inmediata tomando como referencia el que no todas las celdas de la muestra seleccionada por ENPOL 2021 contaban con agua potable.

En relación con la maternidad, destaca negativamente que más de una quinta parte de las MPL con hijos(as) menores de doce años viviendo en la prisión, han tenido que pagar por bienes o servicios que sus hijos reciben dentro del centro penitenciario. Esta cifra se torna aún más preocupante si los cobros se realizan por pago por medicamentos y el pago de servicios médicos, siendo una obligación estatal velar por el interés superior de los menores y garantizar el derecho a su salud.

Igualmente inadmisibles resultan las condiciones de inseguridad, victimización y corrupción que imperan en los centros penitenciarios, por sus nocivas repercusiones sobre la salud. Tan solo tomando como ejemplo los actos de corrupción que enfrentan las MPL al interior de las prisiones, destaca que cerca de una tercera parte de la población femenina realizó pagos indebidos para recibir medicamentos. La salud, la atención médica y los servicios relacionados no deben condicionarse por ningún motivo.

En general, la ENPOL es un instrumento útil para recopilar datos de la población penitenciaria mexicana. Sin embargo, también puede presentar algunas limitaciones como niveles de subjetividad, dificultad para medir la realidad objetiva, cambio de percepciones en el tiempo y la influencia del contexto de la encuesta. En consecuencia, la información que se presenta por ENPOL debe analizarse con precaución.

¹⁹ De ellas, 89.1% señaló que fue víctima de robo de objetos personales y 19.4% de lesiones físicas.

VI. DESTACADOS DEL CENSO NACIONAL DE SISTEMA PENITENCIARIO FEDERAL Y ESTATALES 2023 EN RELACIÓN CON EL DERECHO A LA SALUD

El segundo instrumento que se presenta es el Censo Nacional de Sistema Penitenciario Federal y Estatales (CNSPFE), 2023.²⁰ El objetivo del censo es generar información sobre la gestión y el desempeño del sistema penitenciario mexicano en el ámbito nacional. De acuerdo con el censo, al finalizar 2022, la infraestructura penitenciaria nacional se conformó por un total de 314 centros: 15 centros penitenciarios federales, 248 centros penitenciarios estatales y 51 centros especializados.²¹

Sobre los factores que podrían repercutir en el ejercicio del derecho a la salud de las población privada de la libertad, se encontró en el CNSPFE 2023 lo siguiente:

- Presupuesto. En 2022, el presupuesto ejercido por los centros penitenciarios y centros especializados aumentó en 47.7%.²²
- Recurso humano. La cantidad de personal adscrito a los centros penitenciarios estatales y especializados disminuyó 2.4% entre 2021 y 2022.
- Certificación o acreditaciones. Únicamente 99 centros penitenciarios y centros especializados contaron con alguna certificación o acreditación de sus instalaciones para 2022.²³
- Ingresos a los centros penitenciarios. Los ingresos de personas a los centros penitenciarios federales y estatales aumentaron 16.2% entre 2021 y 2022.

De lo anterior se percibe que mientras el presupuesto ejercido por los centros penitenciarios en un año se incrementó en cerca de la mitad, el recurso humano disminuyó en un porcentaje cercano al 2% para algunos

²⁰ El censo se realiza por el INEGI, su periodicidad es anual y la población objetivo la constituyen los gobiernos.

²¹ Se refiere a los centros especializados destinados al internamiento o semi-internamiento de las personas adolescentes, tales como los centros de tratamiento o internamiento para personas adolescentes, escuelas de readaptación social, comunidades, albergues, o cualquier otro destinado a cubrir ese tipo de funciones.

²² Del total del presupuesto ejercido, 43.6% concentraron los centros federales y 56.4% los centros estatales.

²³ En el CNSPFE se indica que otros centros pudieron contar con certificaciones de esta naturaleza, pero que no se tuvo acceso a esa información. Las certificaciones o acreditaciones fueron realizadas por alguna autoridad o asociación nacional o extranjera.

tipos de centros penitenciarios. Ambas cifras contrastan con el incremento de más de 16% en el número de personas que ingresaron a los centros penitenciarios. Lo anterior, invita a la revisión pormenorizada sobre el ejercicio del gasto del sistema penitenciario en su conjunto, pues resulta extraño que a mayor presupuesto ejercido, con más número de ingresos de personas reportado, se cuente con menos personal. Ahora, si se considera que el número de aquellos centros que reportan certificaciones o acreditaciones constantemente es menos de la tercera parte de la infraestructura penitenciaria nacional, esta situación, de convertirse en tendencia, podría impactar la operatividad adecuada de las prisiones en México en detrimento de la protección del derecho a la salud.

El CNSPFE 2023 también proporciona datos sobre las afectaciones a la salud que aquejan a la población privada de la libertad y las condiciones de internamiento. De estos destacan:

- Población privada de la libertad. Para 2022, se registró un aumento de 2.6 % en el total de la población privada de la libertad en centros penitenciarios federales y estatales.
- Enfermedades crónico-degenerativas de la población privada de la libertad. Para 2022, 10.2% de las PPL padecían alguna enfermedad crónica-degenerativa. La diabetes fue la enfermedad más frecuente con 29%.²⁴ Respecto a la cifra reportada en 2021, la población que padecía alguna enfermedad crónica-degenerativa aumentó 31.5% en 2022.
- Adicciones en población privada de la libertad. Para 2022, 36.2% de las PPL tenía alguna adicción a sustancias psicoactivas. Respecto a la cifra reportada en 2021, la población con alguna adicción aumentó 9.7% en 2022.²⁵
- Espacios físicos e infraestructura especializada. Para 2022, fueron identificados 281 consultorios médicos, 227 consultorios de atención psiquiátrica o psicológica, 63 salas de desintoxicación, 58 hospitales disponibles, 58 espacios de maternidad y 29 espacios destinados al alojamiento o pernocta de hijos(as) con sus madres, en todos los centros penitenciarios en el país, los cuales se consideran dentro de la capacidad instalada del sistema penitenciario mexicano.

²⁴ Por grupo, le siguieron para 2022 las enfermedades cardiovasculares (23.9%), las enfermedades respiratorias (11.6%), y las enfermedades reumáticas (3.1%).

²⁵ Las tres sustancias que encabezan la lista de adicciones para el año 2022 fueron: tabaco (47.8%), alcohol (36.7%) y marihuana (33.2%).

- Mujeres privadas de la libertad. En comparación con 2021, la cantidad de mujeres que se encontraban embarazadas o en periodo de lactancia disminuyó 11.9%.
- Protección de los derechos humanos. Al cierre de 2022, en 139 centros penitenciarios y centros especializados se presentaron quejas o peticiones administrativas ante la autoridad penitenciaria. En total, las quejas registradas fueron 54 519. De este número las quejas por atención médica o psicológica concentró 37.2%.²⁶

Lo primero que habría que notar es que la población privada de la libertad aumenta de un año a otro en más del 2.5%, situación que se cumple de igual manera en el ejercicio previo, por lo que cualquier amenaza a la salud al interior de las prisiones se potencia con el transcurso del tiempo de no abordarse. Una segunda nota de riesgo a la salud de la población privada de la libertad es que entre los años 2021 y 2022 aumenta 31.5% la población que padecía alguna enfermedad crónica-degenerativa y 9.7% aquellas PPL con alguna adicción.

En relación con la infraestructura penitenciaria destaca que no todos los centros del país cuentan con consultorios médicos, ni de atención psiquiátrica o psicológica. Por otra parte, el número de hospitales disponibles, salas de desintoxicación, espacios de maternidad y de alojamiento o pernocta de hijos(as) menores con sus madres, para brindar servicios de salud y atención a la población privada de la libertad, que son considerados dentro de la capacidad instalada del sistema, es reducido. Alerta de igual manera que de las más de 54 mil quejas o peticiones ante la autoridad penitenciaria más de una tercera parte refieren a la atención médica o psicológica que se brinda en los centros penitenciarios.

En general, el CNSPFE representan una herramienta útil para recopilar datos tanto del sistema como de la población penitenciaria mexicana en un momento específico. Sin embargo, también puede presentar algunas limitaciones que deben considerarse al utilizar sus resultados. Estas limitaciones van desde un posible sesgo de cobertura, la recurrencia de datos autodeclarados, o la falta de datos cualitativos.²⁷ En consecuencia, la infor-

²⁶ Los centros penitenciarios que más concentraron estas quejas fueron federales con 62.2% de las quejas o peticiones administrativas presentadas.

²⁷ Aunque el CNSPFE procura ser completo y abarcar todo el sistema y población penitenciaria en México, siempre existe el riesgo de que ciertos grupos o áreas queden subrepresentados o no sean incluidos en la muestra (sesgo de cobertura). Entonces, por ejemplo, los hallazgos sobre grupos de atención prioritaria al interior de las prisiones podrían ser limitados. Por otro lado, de acuerdo con la información proporcionada en su informe de

mación recopilada por el CNSPFE 2023, al igual que los resultados de la ENPOL, debe interpretarse con precaución.

Se concluye este apartado señalando que, si bien es posible encontrar inconsistencias menores entre los hallazgos de ENPOL 2021 y CNSPFE, reiterando las salvedades metodológicas ya mencionadas para compararlos, es posible afirmar que las prisiones mexicanas se encuentran condiciones subóptimas para el ejercicio adecuado del derecho a la salud de la población privada de la libertad. Esta situación constituye un claro desfase fáctico entre los dispuesto por norma (convencional o nacional) y la ocurrencia cotidiana en los centros penitenciarios. Por tanto, resulta necesario el replanteamiento de la estrategia hasta ahora seguida, centrada en la modificación legislativa y expansión regulatoria para conducirla, con las disposiciones normativas vigentes, a mejorar el diseño de la política pública penitenciaria en materia de salud, garantizar su implementación y supervisar su operación adecuada.

VII. NOTAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA PENITENCIARIA EN MATERIA DE SALUD INCLUSIVA Y DE CALIDAD

Se ha visto hasta este punto que los esfuerzos constantes de modificación y reforma legislativa en materia penitenciaria no se han materializado en la garantía plena del derecho a la salud de la población privada de la libertad. Por el contrario, con base en información estadística pública, se confirma lo anticipado al inicio: México cuenta con un sistema de salud en las penitenciarías que ignora los problemas médicos que enfrenta la población privada de la libertad. En particular, un sistema en el que no dimensiona las asimetrías en los impactos, afectaciones y repercusiones que estas incidencias podrían tener sobre grupos específicos de personas al interior de la prisión.

resultados, el CNSPFE se realiza a través de cuestionarios o formularios que llenan individuos, que en este caso probablemente sea, únicamente quienes integran la autoridad penitenciaria (datos autodeclarados). Esto puede dar lugar a respuestas inexactas o sesgadas sea por desconocimiento o con intención. Entonces, la precisión de los resultados del CNSPFE puede verse afectada por errores de percepción. Asimismo, el CNSPFE, por su diseño metodológico y objetivos, naturalmente carece de datos cualitativos como la calidad de vida o el bienestar emocional de la población privada de la libertad, entre otros los cuales son aspectos esenciales para comprender las condiciones fácticas de la operación del sistema penitenciario y de la vida en reclusión. Por último, el CNSPFE no está exento de que se presente cambios en la definición de preguntas entre un año y otro, aunque si bien su frecuencia disminuye esta posibilidad. Estos cambios pueden dificultar el seguimiento de las tendencias y ajustes también de las condiciones fácticas del sistema penitenciario en su conjunto.

Diseñar políticas públicas penitenciarias en materia de salud es una tarea compleja pero inevitable para garantizar el bienestar de las PPL. En ocasiones, dadas ciertas condiciones, conviene deconstruir el sistema edificado para replantear prioridades y construir una política pública acorde a la realidad. Es probable que este sea el caso del sistema penitenciario de salud mexicano. Con este propósito, se concluye entonces con el planteamiento de líneas de acción generales para diseñar esta política pública penitenciaria de salud inclusiva y de calidad:

En primer lugar, se requiere de la evaluación integral de la población penitenciaria. Un piso mínimo es mantener datos demográficos y de salud precisos, lo que exige a la par la realización frecuente de exámenes médicos y psicológicos para detectar enfermedades y condiciones preexistentes. En segundo lugar, es necesaria la renovación de la infraestructura existente y ampliar la plantilla del personal especializado. Lo anterior demanda incrementar la cantidad de personal médico y de enfermería en los centros penitenciarios, capacitarlos, así como establecer más y mejores clínicas y áreas de atención médica en cada centro que garanticen el acceso a servicios básicos.

Una tercera línea de acción es la prevención y atención de enfermedades infecciosas, que si bien no fueron presentadas como problemas prioritarios en los dos instrumentos estadísticos analizados, esta situación podría detonarse en cualquier momento por las condiciones de hacinamiento. Así, es necesario garantizar la disponibilidad de medicamentos y tratamientos para este tipo de enfermedades, acompañada de campañas de sensibilización y educación sobre la materia.

La cuarta línea de acción es la atención médica integral. Para ello, es necesario proporcionar servicios de atención médica general, incluyendo servicios de emergencia para la población penitenciaria. También, se debe ofrecer atención psicológica y psiquiátrica para abordar problemas de salud mental y conductual, e implementar programas específicos de desintoxicación y rehabilitación para personas con adicciones.

La atención médica integral debe acompañarse de una alimentación y nutrición adecuadas, siendo esta la quinta línea de acción. Se deben establecer planes de suministro de alimentos y nutrientes suficientes y equilibrados para la población penitenciaria. Los planes deben incorporar mecanismos de supervisión de la calidad y seguridad de los alimentos proporcionados en los centros penitenciarios.

La sexta línea de acción refiere a brindar acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo anticonceptivos y atención prenatal, así como garantizar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las

PPL. Ambos temas sensibles en donde se identificó que, en las prisiones mexicanas, se tienen antecedentes de servicios de atención que fueron negados y limitada infraestructura para realizarlos.

Las líneas de acción mínimas hasta ahora enunciadas sirven de poco si no se acompañan de una ruta crítica para su implementación progresiva. Este proceso inicia con un diagnóstico y evaluación inicial sobre el estado de cosas; dimensionar la situación actual de la salud en los centros penitenciarios, identificando las principales problemáticas y necesidades. El proceso deberá considerar una etapa de diseño de política, en donde se sugiere la creación de un grupo interinstitucional que incluya a representantes del sector salud, justicia, penitenciario, ejecución penal y derechos humanos para su elaboración.

Es de igual forma necesario establecer dos marcos de referencia: uno legal, que respalde la implementación de las políticas y garantice el derecho a la salud de las PPL; otro, presupuestario, en el cual se asignen recursos suficientes en el presupuesto nacional y estatales para la ejecución de estas políticas. Contemplando estos marcos de referencia, resulta trascendental implementar programas piloto o prototipo en algunos centros penitenciarios para evaluar la efectividad de las políticas diseñadas. Los prototipo, deberán acompañarse de la ya anunciada capacitación del personal penitenciario y de salud, destacando la importancia de la atención médica y los nuevos procedimientos a seguir.

Seguida la implementación de los prototipo de política pública, no se debe perder de vista que la ampliación del espectro aplicable de la nueva política penitenciaria diseñada debe ser gradual. Una alternativa es expandir progresivamente estas políticas a todos los centros penitenciarios, priorizando aquellos con mayores problemas de salud y hacinamiento. Otra más resulta de la selección cautelosa de aquellos centros que representan menos problema para el ejercicio del derecho a la salud y optar por pequeños triunfos con mayor margen de ajuste. Indispensable será en este punto la verificación de que no se obstruyan competencias entre la Federación y las entidades.

Todos los pasos anteriores rinden frutos si se establece un sistema de monitoreo y evaluación para medir el impacto de las nuevas políticas penitenciarias implementadas. El monitoreo y la evaluación permitirán realizar ajustes y mejoras en función de los resultados obtenidos para avanzar el derecho a la salud y las necesidades emergentes de la población privada de la libertad en cuanto a servicios de atención.

Sólo mediante un enfoque integral que promueva la salud y el bienestar de las PPL como el hasta ahora descrito, se podrá avanzar hacia una mejora

real del sistema penitenciario en México. Con todo, la implementación progresiva de estas políticas requerirá una planificación cuidadosa, de coordinación interinstitucional, del apego a la realidad mexicana imperante, pero sobre todo, de la voluntad política para garantizar el derecho a la salud de las PPL por medio de recursos económicos a disposición.

VIII. FUENTES DE CONSULTA

- Asamblea General de Naciones Unidas. (1990). Principios básicos para el tratamiento de los reclusos. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-treatment-prisoners>
- CIDH. (2008). Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (OEA/Ser/L/V/II.131 doc. 26). <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/mandato/basicos/principiosppl.asp>
- CIDH. (2008). Reglas Penitenciarias Interamericanas.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (1948).
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Convención Americana de Derechos Humanos. (1969).
- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. (1984).
- Coyle, A. (2009). *La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos. Manual para el personal penitenciario*. (2a. ed.). King's College London, Centro Internacional de Estudios Penitenciarios—Foreign and Commonwealth Office London. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/29994.pdf>
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. (1948).
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948).
- INEGI. (2023). Censo Nacional de Sistema Penitenciario Federal y Estatales.
- INEGI. (2021). Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad.
- Ley Nacional de Ejecución Penal
- Naciones Unidas. (1955). Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos.
- Naciones Unidas. (2010). Reglas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes.
- Naciones Unidas. (2015). Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (1966).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966).

Pérez Correa, C. (2011). De la Constitución a la prisión. Derechos fundamentales y sistema penitenciario. En: Carbonell Sánchez, Miguel y Salazar Ugarte, Pedro. *La reforma constitucional de derechos humanos: un nuevo paradigma*. IIJ-UNAM. <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/11939>

Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1988).

Naciones Unidas. (1955). Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos.

Uprimny Yepes, R. y Guzmán, D. E. (2010). *Las cárceles en Colombia: entre una jurisprudencia avanzada y un estado de cosas inconstitucionales*. Ponencia. III Simposio internacional Penitenciario y de Derechos Humanos. Universidad San Buenaventura–Seccional Medellín. Medellín, Colombia.