



RECOMENDACIÓN GENERAL No. 42/2020

SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON VIH Y SIDA EN MÉXICO.

Ciudad de México, a 15 de enero del 2020.

SECRETARIA DE GOBERNACIÓN, SECRETARIO DE SALUD, SECRETARIO DE RELACIONES EXTERIORES, SECRETARIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL, SECRETARIO DE MARINA, SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL, SECRETARIO DE EDUCACIÓN PÚBLICA, CONGRESO DE LA UNIÓN Y CONGRESOS LOCALES, GOBERNADORA Y GOBERNADORES DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, JEFA DE GOBIERNO Y CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, TITULARES DE LAS DIRECCIONES GENERALES DEL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS, DE PETRÓLEOS MEXICANOS, DEL INSTITUTO NACIONAL DE PUEBLOS INDIGENAS, DEL CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH Y EL SIDA, DE LOS INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS, COMISIONADOS COORDINADORES DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y DEL INSTITUTO NACIONAL DE MIGRACIÓN.

Distinguidas señoras y señores:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero; 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º,



fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133, así como 136 de su Reglamento Interno, presenta a la opinión pública y a las autoridades esta Recomendación General que tiene como principal objetivo conocer y visibilizar la situación de los derechos humanos de las personas con VIH y sida¹, a través del análisis cuantitativo y cualitativo de la información proporcionada por las quejas recibidas y tramitadas en este Organismo Nacional del 1º de enero de 2010 al 31 de julio de 2019, así como por medio de un estudio contextual elaborado mediante la consulta de diversas fuentes documentales oficiales, académicas y de organizaciones de la sociedad civil que trabajan con regularidad el tema.

2. La presente Recomendación General se emite con la firme convicción de que todas las autoridades del Estado mexicano redoblen sus esfuerzos y redimensionen los planes, programas, políticas públicas, presupuestos y acciones actualmente emprendidas para el disfrute pleno de los derechos de las personas con VIH, a fin de cumplir con sus obligaciones irrenunciables de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.²

¹ El acrónimo o término “sida”, se refiere al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas, desde el punto de vista inmunológico representa una grave inmunodepresión, con una disminución notable del número de linfocitos CD4, los cuales tienen una importante participación en la respuesta inmune, hay alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico (Cfr. Castillo Lamotte, José Antonio. Infección-Enfermedad Por VIH en *Medisan* 8, no. 4, 2004, p. 50.) Además, la palabra “sida” ha entrado a formar parte del léxico común; de ahí que se escriba siempre en minúscula. Por ende, no debería escribirse por completo en mayúsculas “SIDA”, ni tampoco con una «S» en mayúsculas “Sida”. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud ha tomado en cuenta que la Real Academia Española de la Lengua incluyó el término “sida” en la 22ª edición de su diccionario, de modo que con ello el término así escrito, ha pasado a formar parte de la lengua vernácula oficial.

² Tal como lo mandata el artículo 1º constitucional, en su tercer párrafo.



3. La población con VIH no es un grupo homogéneo, pues se integra por personas que se encuentran en condiciones disímiles de vida, educación, salud, cobertura de seguridad social, situación económica, familiar, entre otras, que en su conjunto pueden conformar la interseccionalidad de hechos comunes de vulnerabilidad, por lo que el reconocimiento de esta composición heterogénea debe ser un elemento primordial para el respeto, promoción y protección de sus derechos humanos.

4. Esta Recomendación General también busca ser una herramienta de consulta para los procesos de toma de decisiones por parte de los sectores público, social y privado, de tal suerte que sean incorporados en su labor desde un enfoque de derechos humanos, de género, y el principio de igualdad y no discriminación, para una planificación coordinada, focalizada, eficiente y eficaz en beneficio de las personas con VIH.

5. A través de este instrumento recomendatorio, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos hace un respetuoso llamado a las autoridades y demás actores que integramos el sistema institucional dedicado a la atención de este grupo poblacional para generar mecanismos que garanticen la protección de sus derechos humanos, eliminen la discriminación y el estigma de la que aún son víctimas las personas con VIH, así como los obstáculos sociales, culturales, económicos y de cualquier índole que les impiden ejercer plenamente sus derechos y libertades.

I. ANTECEDENTES.

6. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un agente infeccioso³ que ataca al sistema inmune de la persona que lo adquiere, debilitando al cuerpo frente a organismos

³ "Los virus son parásitos intracelulares estrictos, ya que solo se pueden replicar en el interior de la célula, utilizan la maquinaria biosintética de las células que infectan para producir sus proteínas y replicar sus ácidos nucleicos. Son los agentes infecciosos más pequeños (20-300 nm.) de diámetro. El genoma está



que pueden invadirlo provocando, en su fase más avanzada, infecciones severas. El VIH ataca y destruye los linfocitos CD4,⁴ que son los encargados de dirigir a los anticuerpos necesarios para combatir estas infecciones.

7. El VIH se encuentra presente en los fluidos corporales de una persona que vive con el virus, pero sólo tiene una concentración potencialmente infectante en la sangre, el semen, los fluidos vaginales y la leche materna para el caso de los bebés lactantes. Por ello, sólo se transmite por tres formas plenamente identificadas:

7.1. Por vía sexual, a través del contacto sexual no protegido o no seguro con personas con VIH, sin tratamiento antirretroviral (TAR), sin control virológico. En correspondencia con lo anterior, es importante destacar que la transmisión sexual se acentúa en el semen, en donde se concentra el control de la transmisión del virus. De ahí, es importante entender el vínculo entre esta parte sanitaria y social para tenerla presente cuando se realizan intervenciones de prevención.

contenido en un solo tipo de ácido nucleico (ARN o ADN) y en cadenas únicas o dobles según el virus de que se trate. El ácido nucleico viral está rodeado de una capa de proteína que recibe el nombre de cápside y en conjunto se denominan nucleocápside. Los virus, llamados envueltos presentan además una cubierta lipoproteica denominada nucleocápside. Durante su ciclo replicativo, las partículas virales se ensamblan en el interior de la célula infectada y son liberadas por lisis celular o gemación para infectar a otras células". En "Programa académico de la asignatura de Microbiología y Parasitología", Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 2016, página 11.

⁴ "Las células CD4 son un tipo de linfocito (glóbulo blanco). Son una parte importante del sistema inmune. Hay dos tipos principales de células CD4. Las células T-4 o CD4 son las células 'ayudantes', las que dirigen el ataque contra las infecciones. Las células T-8 o CD8 son las células 'supresoras', las que finalizan una respuesta inmunológica. Las células CD8 también pueden ser 'asesinas', que matan a células cancerosas y a células infectadas por virus." Recuperado de <http://www.aidsinfonet.org> consultado el 6 de abril de 2018, en InfoRed SIDA, hoja número 124E.



7.2. Por vía sanguínea, mediante la transfusión de sangre contaminada⁵, del trasplante de órganos o tejidos contaminados, o al introducir en el cuerpo humano jeringas u otros instrumentos punzocortantes igualmente contaminados.⁶

7.3. La vía perinatal, vertical o materno-infantil, donde la transmisión se puede producir de una mujer embarazada con VIH sin TAR, sin control virológico al embrión durante la gestación, o bien, durante el parto o la lactancia. Esto sucede a través de la vía transplacentaria por sangre o secreciones en el canal del parto, por medio del calostro⁷ o la leche materna si la madre tiene el virus.

8. El VIH se puede prevenir a través de información e implementación de adecuadas prácticas de sexo protegido (mediante la utilización correcta del condón en cada relación sexual), no intercambiar ni reutilizar jeringas ni material quirúrgico, así como dando acceso a la profilaxis oral previa a la exposición o profilaxis pre-exposición (PrEP) a poblaciones clave y la profilaxis oral posterior a la exposición o profilaxis post-exposición (PEP); para prevenir la transmisión vertical se incluye la oferta accesible de la prueba de VIH a todas las mujeres embarazadas; si el diagnóstico de VIH es confirmado, se deben proporcionar antirretrovirales (ARV) para conseguir la indetectabilidad del virus, y así ser viable el parto por vía vaginal, de lo contrario, se debe llevar a término el embarazo por cesárea, además, evitar la leche materna y sustituirla por fórmula láctea. Al recién nacido se le deben suministrar ARV hasta tener certeza que no vive con el VIH.

⁵ El término “contaminación” es referido así por la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 en el numeral 4.1.2. Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, su uso no se recomienda en un contexto habitual.

⁶ De conformidad a la NOM-253-SSA1-2012, en México es obligatorio que toda sangre a transfundirse sea analizada.

⁷ Es el primer tipo de leche materna tras dar a luz.



9. En los últimos años, los avances científicos en el campo de la medicina han logrado alargar la expectativa de vida de las personas con VIH, así como mejorar considerablemente la calidad de ésta a través del tratamiento antirretroviral, el cual consiste en el uso de medicamentos contra el VIH para tratar y prevenir dicha infección.

10. El TAR se recomienda para todas las personas con VIH, quienes deben empezar cuanto antes el tratamiento, el cual no lo cura, pero los medicamentos pueden ayudar a las personas portadoras del virus a vivir una vida más larga y sana. Es importante señalar que el tratamiento también reduce el riesgo de la transmisión del VIH y en niveles óptimos con carga viral indetectable la evita.⁸

11. Los posibles riesgos de este tratamiento incluyen los efectos secundarios indeseados de los medicamentos contra el VIH y las interacciones medicamentosas de este tipo de productos con otros que la persona tome, como el caso de las personas transgénero o trans⁹ que se encuentran en tratamiento hormonal.

⁸ De acuerdo a ONUSIDA: *“las pruebas de los últimos 20 años ya demostraban que el tratamiento del VIH es sumamente efectivo para reducir la transmisión del VIH, ahora hay evidencias contundentes de que las personas que viven con el VIH con una carga viral indetectable no pueden transmitir el VIH mediante el intercambio sexual”*. Cfr. *“Indetectable = intransmisible”*. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_en.pdf

⁹ De acuerdo con el estudio *“Orientación sexual, identidad de género y expresión de género: algunos términos y estándares relevantes”*, elaborado por la CIDH, señala que transgenerismo o trans es un término paragua (sic) *“que incluye la subcategoría transexualidad y otras variaciones[,] es utilizado para describir las diferentes variantes de la identidad de género, cuyo común denominador es la no conformidad entre el sexo biológico de la persona y la identidad de género que ha sido tradicionalmente asignada a éste”* (Cfr. Rothblatt Martine Aliana, *“Apartheid of Sex”* y Serano, Julia, *“Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity”*).

Respecto al término transexualismo este estudio refiere que *“[l]as personas transexuales se sienten y se conciben a sí mismas como pertenecientes al género opuesto que social y culturalmente se asigna a su sexo biológico y que optan por una intervención médica –hormonal, quirúrgica o ambas– para adecuar su apariencia física–biológica a su realidad psíquica, espiritual y social.”* Recuperado de <https://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/docs/CIDH.%20Estudio%20sobre%20OS.%20IG%20y%20EG.%20T%C3%A9rminos%20y%20est%C3%A1ndares.doc> consultado el 10 de agosto de 2019.



12. Es de particular relevancia mencionar que en caso de que una persona no tome los medicamentos indicados para el VIH en el periodo señalado y exactamente como fueron recetados, puede causar resistencia al medicamento (fármaco-resistencia)¹⁰ y en ocasiones el fracaso del tratamiento.

13. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y diversos estudios han mostrado que el uso del TAR de manera preventiva, conocida como PrEP, evita que el VIH se transmita.¹¹

14. La OMS, en septiembre del 2015, recomendó a la comunidad internacional que la PrEP se debe ofrecer como otra opción de prevención a las personas con un riesgo significativo de contraer la infección por el VIH, como parte de las estrategias de prevención combinada.

15. La aplicación de la PrEP está supeditada a múltiples factores, tal como lo exponen el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), la OMS, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en diversos documentos tales como *“Profilaxis Pre-Exposición Oral, Preguntas y Respuestas”*¹²; *“Herramienta de la OMS*

¹⁰ Cuando existen resistencias, los medicamentos contra el VIH que antes controlaban el VIH en una persona, ya no surten los efectos esperados, es decir, ya no pueden evitar que el VIH resistente al medicamento continúe multiplicándose, siendo necesario optar por otros esquemas de tratamiento que pueden resultar de mayor costo o efectos adversos.

¹¹ Cfr. *“Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH”* Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49782/OPSCDE19004_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1 consultado el 26 de septiembre de 2019.

¹² Recuperado de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_JC2765_es.pdf consultado el 27 de septiembre de 2019.

para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH¹³; y recientemente “*What’s the 2+1+1? Technical brief event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent hiv for men Who have sex with men: update to who’s recommendation on oral PrEP*”¹⁴. En todos ellos coinciden en que la PrEP no es sugerido para todas las personas, sus efectos no son los mismos en cada caso y por lo tanto debe priorizarse a ciertos grupos poblacionales, lo que se determina mediante varios protocolos de investigación.

16. A pesar de los avances en la ciencia que pueden garantizar mejoras en la calidad y expectativa de vida de las personas con VIH que llevan un adecuado control médico, aún existe en la sociedad rechazo, desconocimiento y miedo hacia este estado de salud. Las personas con VIH siguen enfrentando diversas formas de estigma y discriminación, lo que para ONUSIDA se define como “*(...) un proceso de desvalorización de las personas que viven o están asociadas con el VIH y el sida (...). La discriminación se desprende del estigma y se refiere al tratamiento injusto y malintencionado de una persona a causa de su estado serológico real o percibido en relación con el VIH.*”¹⁵

17. El estigma activa el mecanismo operativo del prejuicio, que intenta guardar ese orden social, previamente instalado en el discurso cultural y bajo el cual y sin fundamento basado en la realidad, se hace permisible el rechazo, el desdén o la burla hacia quien pertenece al grupo discriminado. El prejuicio es una generalización irracional que llega a convertirse en fobia, basado en creencias no verificables acerca de la forma de ser o

¹³ Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49782/OPSCDE19004_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1 consultado el 27 de septiembre de 2019.

¹⁴ Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1> consultado el 27 de septiembre de 2019.

¹⁵ ONUSIDA. “*Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida*”, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, Ginebra, 2008, página 9. Recuperado de http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1521_stigmatisation_es.pdf consultado el 2 de septiembre de 2018.



comportamiento de un grupo y cuya función es legitimar un sistema discriminatorio que genera privilegios injustos. Los tratos discriminatorios van escalando distintas expresiones a través del lenguaje, desde burlas hasta la exclusión social y/o la anulación y restricción de derechos humanos con motivo de ser una persona con VIH.

18. Es importante resaltar que el respeto, promoción y protección de los derechos humanos contribuye en la prevención del estigma y la discriminación asociados a ella, además de que reducen la vulnerabilidad a la epidemia. En el caso del VIH, las raíces del estigma se encuentran en estructuras sociales (como el género), culturales, económicas y también sexuales, En igual sentido, es fundamental comprender que el estigma que se ejerce en contra de las personas con VIH tiene su origen en el ordenamiento binario de la sexualidad.

19. Para ONUSIDA, el estigma y la discriminación repercute seriamente en la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH, alejando de los sistemas de salud a las personas que viven con este virus, o a aquellas que están en riesgo de padecerlo, lo que constituye un peligro para su vida, violentando así sus derechos humanos.

20. En el año 2001, ONUSIDA estableció que los derechos humanos son indispensables para la respuesta al VIH. En 2016, reafirmó que su promoción y protección, incluido el derecho al desarrollo, son fundamentales y recalcó la necesidad de que sean incorporados a los programas y políticas en la materia, así como la necesidad de adoptar medidas que garanticen el derecho de todas las personas a participar del desarrollo económico, social, cultural y político.

21. También, reconoce que la pobreza aumenta el riesgo de progresión del VIH al sida además de que está estrechamente vinculada a la mala salud, todo ello por falta de acceso a servicios integrales de salud y nutrición incapaces de cubrir los costos de



tratamientos y transporte; hizo hincapié en la importancia del acceso al TAR para todas las personas con VIH, así como el acceso de la población a servicios de atención de salud de calidad.

22. En México, el maltrato y discriminación a las personas con VIH ha sido histórico, tal como se documentó en la Recomendación 82/1996 emitida por este Organismo Nacional el 11 de septiembre de 1996 y dirigida a la Secretaría de Salud, en la que se documentó el internamiento involuntario en hospitales, el abandono por parte de los familiares, e incluso suicidios por estas circunstancias.

23. La falta de conocimiento acerca de las formas de transmisión del virus fomenta el temor de la sociedad y la estigmatización en contra de las personas con VIH, que debe contrarrestarse mediante información correcta, científica y oportuna.

24. El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) publicó en el año 2006 un documento intitulado *“Análisis de la encuesta en los servicios de salud sobre la reducción del estigma y la discriminación relacionada al VIH/sida en México”*, realizada en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA) entre personal de salud y administrativo, el cual arrojó información valiosa que puso al descubierto el estigma y la discriminación que permea entre éstos.

25. Tal encuesta reveló que el 11.8% del personal médico considera que *“ser VIH positivo y tener sida es lo mismo”*, y ante la misma pregunta realizada al personal de enfermería, el 38% respondió que VIH y sida es lo mismo.¹⁶

¹⁶ Hernández, A. y Padrón, I., *Análisis de la encuesta en los servicios de salud sobre la reducción del estigma y la discriminación relacionada al VIH-SIDA en México*, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), México, 2006, página 18.



26. Otro dato arrojado por esta encuesta que muestra la discriminación que sufren las personas con VIH es aquel en el cual se preguntó al personal de salud si *“compraría comida a una persona con VIH”*, donde el 27% respondió que no.¹⁷

27. Este análisis de la encuesta mostró que la mayoría de las personas entrevistadas afirmó estar de acuerdo con el aislamiento en los centros hospitalarios a personas con VIH que hayan desarrollado el síndrome y necesiten hospitalización, bajo el argumento *“que es por la seguridad y protección de la persona con VIH/sida.”*¹⁸

28. Respecto a las personas detectadas con VIH y sida, según datos del Centro Nacional para la Prevención y Control del sida (CENSIDA), a través de su Informe de Vigilancia Epidemiológica correspondiente al segundo trimestre del 2019, actualmente un total de 172,390 personas, 85,129 viven con sida, y 87,261 con VIH.

29. Para el segundo trimestre del 2019 se han registrado de manera preliminar un total de 7,668 nuevos casos, de los cuales 2,838 corresponden a personas con sida y 4,830 personas que se detectaron con VIH. Lo anterior demuestra un avance en la detección oportuna, que va acompañada de una mejoría en la calidad de vida de las personas con VIH, ya que les permite iniciar un TAR a tiempo, previniendo *“enfermedades oportunistas”*¹⁹.

30. Las entidades federativas que, por cada 100,000 habitantes, tienen una mayor tasa de casos nuevos diagnosticados de VIH y sida en 2019 son:

¹⁷ *Idem.*

¹⁸ *Idem.*

¹⁹ Son todas aquellas infecciones que se aprovechan de un sistema inmune debilitado.



30.1. Para casos nuevos diagnosticados de sida: El Estado de Campeche se encuentra en primer lugar nacional con 9.7%; en segundo lugar el Estado de Quintana Roo con 8.6%; y el Estado de Morelos se ubica en el tercer sitio con 5.2%.

30.2. Para casos nuevos diagnosticados de VIH: El primer lugar lo ocupa el Estado de Quintana Roo con 19.4%; en segundo lugar está el Estado de Campeche con 9.0%; y en tercer sitio se localiza el Estado de Yucatán con 7.5%.

31. En el 2017 se registraron un total de 4,720 defunciones por sida y la tasa de mortalidad para ese mismo año, por 100,000 habitantes, fue de 3.82%. En 2018, se registraron 3,941 defunciones por sida y la tasa de mortalidad fue de 3.16%.

32. Actualmente CENSIDA, en su calidad de órgano de gobierno rector de la política pública a favor de las personas con VIH, instauró mesas de trabajo para la elaboración del Programa de Acción Específico de la presente administración, en las que este Organismo Nacional participó, y que se encuentran en su fase inicial, es decir, de recolección de datos.

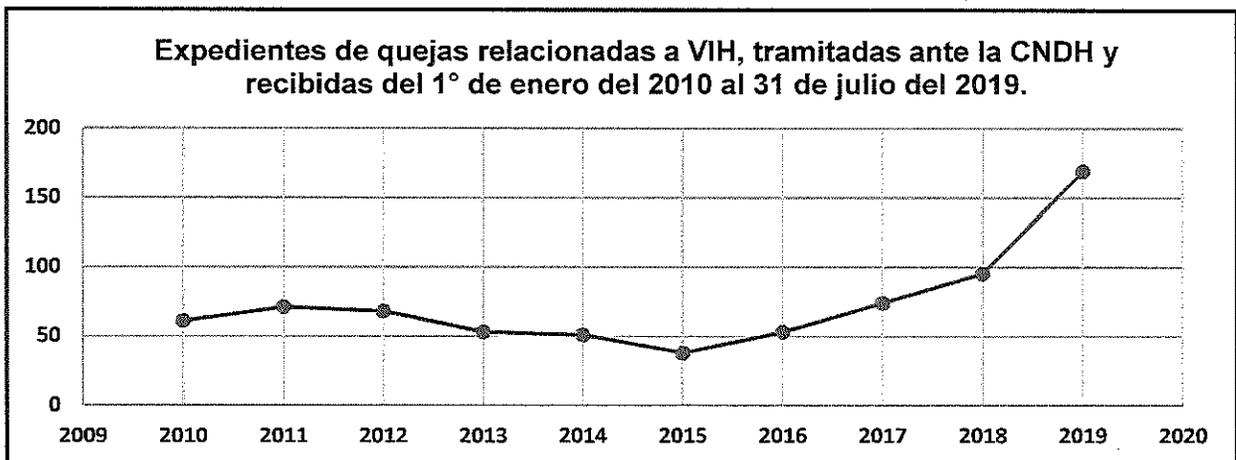
II. SITUACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON VIH Y SIDA EN MÉXICO.

33. El presente apartado tiene como objetivo conocer el estado que guardan los derechos humanos de las personas con VIH, a través del análisis cuantitativo de las quejas formuladas ante este Organismo Nacional del 1º de enero de 2010 al 31 de Julio del 2019, con la finalidad de identificar las principales presuntas violaciones a derechos humanos que las personas con VIH han referido en su agravio, así como las instituciones o autoridades presuntamente responsables.



34. Durante este periodo se registraron un total de 733 quejas formuladas por personas que informaron a esta Comisión Nacional vivir con VIH y que por su estado serológico habían posiblemente sido vulnerados uno o varios de sus derechos humanos, las cuales derivaron en 936 hechos presuntamente violatorios. En este sentido, es pertinente precisar que puede haber más de un hecho presuntamente violatorio por queja.

35. La siguiente gráfica representa el número de expedientes de queja tramitados ante esta Comisión Nacional por casos vinculados a VIH, en el periodo indicado y desagregado por año.



Elaboración de la CNDH. Fuente: información de los expedientes de queja en agravio de personas con VIH tramitados ante este Organismo Nacional en el periodo señalado.

36. El anterior gráfico permite apreciar que en el primer semestre registrado del año 2019 se han incrementado notablemente el número de expediente de quejas por presuntas violaciones a derechos humanos en agravio de las personas con VIH.

37. Del estudio realizado a los hechos presuntamente violatorios identificados en las quejas presentadas por personas con VIH, se observó que en los últimos 9 años el principal ha sido “omitir suministrar medicamento” con el 41.03% del total, seguido de

“omitir proporcionar atención médica” con el 31.62%, y en tercer lugar “prestación indebida del servicio público” con el 8.44%, tal como se muestra en la tabla siguiente:

Presuntos hechos violatorios por año.	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
Total	60	91	87	69	59	43	56	80	108	233	936	100%
Omitir suministrar medicamentos.	18	34	31	21	32	18	17	41	60	112	384	41.03%
Omitir proporcionar atención médica.	24	27	23	18	9	6	20	11	21	137	296	31.62%
Prestación indebida de Servicio Público.	8	9	10	10	5	9	8	6	8	6	79	8.44%
Negligencia Médica.	1	6	6	6	5	4	3	1	1	4	1	3.95%
Omitir Implementar la infraestructura necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud.	2	1	2	2	2	0	6	10	5	5	35	3.74%
Realizar deficientemente los trámites médicos.	1	1	1	3	2	1	1	7	3	3	23	2.46%
Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones.	0	1	1	3	0	2	0	3	3	7	20	2.14%
Revelación indebida de la condición de VIH o sida.	2	4	3	2	1	1	0	0	0	0	13	1.39%
Obstaculizar o negar las prestaciones de seguridad social a que se tiene derecho.	2	4	1	1	1	0	0	0	1	1	11	1.18%

Presuntos hechos violatorios por año.	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
Rescindir la relación laboral debido a la condición de VIH o sida.	0	2	5	0	1	0	1	0	1	0	10	1.07%
No se puede determinar.	0	0	0	0	0	1	0	0	3	2	6	0.64%
Omitir dar respuesta a la petición formulada por cualquier persona en ejercicio de su derecho.	1	0	0	2	1	0	0	0	0	1	5	0.53%
Aislamiento hospitalario o penitenciario por la condición VIH o sida.	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0.32%
Detención Arbitraria.	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0.32%
Omitir dar información sobre el estado de salud.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	3	0.32%
Omitir prestar atención médica por la condición de VIH o sida.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0.32%
Dilación en el procedimiento administrativo.	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0.21%
Omitir proporcionar igualdad de condiciones en el trabajo.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0.21%
Acciones y omisiones que transgreden los derechos de los migrantes y de sus familiares.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.11%

Elaboración de la CNDH. Fuente: información de los expedientes de queja tramitados ante este Organismo Nacional por presuntas violaciones a derechos humanos en agravio de personas con VIH, en el periodo indicado.

A. Instituciones con mayor incidencia de quejas por presuntas violaciones a los derechos humanos de las personas con VIH.

38. El estudio realizado a los 731 expedientes de queja reveló que la principal institución señalada como presunta responsable de violaciones a los derechos humanos de las personas con VIH es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el 64.67%, seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 22.65% y, en tercer lugar, Petróleos Mexicanos (PEMEX) con 2.59%. A continuación, se presenta una tabla que muestra las instituciones y autoridades señaladas como presuntamente responsables, por año y número de quejas:

Institución por año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	Porcentaje
Instituto Mexicano del Seguro Social.	44	54	42	37	43	31	34	51	40	98	474	64.67%
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	3	6	14	10	3	3	15	17	40	55	166	22.65%
Petróleos Mexicanos.	0	2	1	3	1	1	2	1	2	6	19	2.59%
Secretaría de Salud.	2	1	2	1	4	2	0	4	2	0	18	2.46%
Secretaría de la Defensa Nacional.	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	7	0.95%
Secretaría de Marina.	2	1	2	0	0	0	1	0	0	1	7	0.95%
Hospital General de México de la	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	5	0.68%

Institución por año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	Porcentaje
Secretaría de Salud.												
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	4	0.55%
Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida.	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3	0.41%
Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación.	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0.41%
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0.27%
Procuraduría General de la República.²⁰	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.27%
Secretaría de Relaciones Exteriores.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0.27%
Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas.	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.27%
Centro Federal de Readaptación Social Número 4.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.14%
Colegio de bachilleres de la Secretaría de Educación Pública.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.14%

²⁰ Hoy Fiscalía General de la República.



CNDH
M É X I C O

Institución por año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	Porcentaje
Comisión Federal de Electricidad.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.14%
Dirección del Centro de Readaptación Social No. 3 de Tapachula, Chiapas.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.14%
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" de la Secretaría de Salud.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.14%
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.14%
Instituto Nacional de Rehabilitación de la Secretaría de Salud.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0.14%
Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Seguridad Pública.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.14%
Policía Federal.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.14%
Procuraduría General de Justicia.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.14%

Institución por año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	Porcentaje
Secretaría de Comunicaciones y Transportes.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0.14%
Secretaría de Hacienda y Crédito Público.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.14%
Secretaría de Salud de la Ciudad de México.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.14%
Secretaría de Salud del Estado de Campeche.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.14%
Secretaría de Salud y Asistencia del Estado de Veracruz.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.14%
Secretaría de Desarrollo Social. ²¹	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.14%
Secretaría de Educación Pública.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.14%
Secretaría de Salud del Edo. de México.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.14%
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.14%
TOTAL (Quejas)	61	71	68	53	54	38	54	74	96	164	733	100.00%

Elaboración de la CNDH. Fuente: información de los expedientes de queja tramitados ante este Organismo Nacional por presuntas violaciones a derechos humanos cometidos en agravio de personas con VIH.

²¹ Hoy Secretaría del Bienestar.



39. Si contrastamos ambos cuadros, podemos observar que los seis primeros hechos violatorios y las tres primeras instituciones con mayor porcentaje de quejas están directamente relacionados con el derecho a la protección de la salud.

40. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional que del 1° de agosto al 31 de diciembre de 2019 se abrieron 211 expedientes de queja por presuntas violaciones a los derechos humanos de las personas con VIH, de las cuales en 146 se mencionó como hecho violatorio la omisión en el suministro de medicamentos antirretrovirales y la institución con mayor número de menciones en calidad de autoridad presuntamente responsable fue el IMSS con 95 quejas, en segundo lugar el ISSSTE con 43 expedientes de queja, seguido de PEMEX con 3, SSA con 3, SEMAR con 1 y la Secretaría de Salud de Tabasco con 1.

B. Entidades Federativas.

41. La información que se presenta a continuación se elaboró con base en el Registro Nacional de Casos de sida, actualizado al segundo trimestre del 2019, publicado por CENSIDA y la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. En el siguiente cuadro se presentan los casos notificados de sida de acuerdo a la entidad federativa de residencia de la persona y desagregado por sexo, desde 1983 hasta el segundo trimestre de 2019:

**Casos notificados de VIH y sida por entidad federativa,
de 1983 al segundo trimestre de 2019**

Entidad Federativa	Número de casos			Porcentaje de casos con respecto al Total
	VIH	sida	Total	(%)
Aguascalientes	550	1,180	1,730	0.58
Baja California	3,171	9,135	12,306	4.15
Baja California Sur	706	1,170	1,876	0.63
Campeche	1,167	2,953	4,120	1.39
Coahuila	927	2,054	2,981	1.01
Colima	639	1,509	2,148	0.72
Chiapas	3,734	11,248	14,982	5.06
Chihuahua	3,095	5,734	8,829	2.98
Ciudad de México	14,934	28,827	43,761	14.77
Durango	506	1,548	2,054	0.69
Guanajuato	2,384	4,033	6,417	2.17
Guerrero	1,516	10,723	12,239	4.13
Hidalgo	1,037	2,747	3,784	1.28
Jalisco	3,237	13,676	16,913	5.71
México	7,243	22,193	29,436	9.93
Michoacán	1,329	6,578	7,907	2.67
Morelos	1,021	4,653	5,674	1.91
Nayarit	496	2,728	3,224	1.09

**Casos notificados de VIH y sida por entidad federativa,
de 1983 al segundo trimestre de 2019**

Entidad Federativa	Número de casos			Porcentaje de casos con respecto al Total (%)
	VIH	sida	Total	
Nuevo León	3,576	6,163	9,739	3.29
Oaxaca	3,023	6,937	9,960	3.36
Puebla	4,030	9,187	13,217	4.46
Querétaro	1,479	1,690	3,169	1.07
Quintana Roo	3,168	3,742	6,910	2.33
San Luis Potosí	1,307	2,693	4,000	1.35
Sinaloa	1,466	4,047	5,513	1.86
Sonora	1,462	4,487	5,949	2.01
Tabasco	3,401	4,629	8,030	2.71
Tamaulipas	3,278	4,945	8,223	2.77
Tlaxcala	430	1,895	2,325	0.78
Veracruz	10,343	17,358	27,701	9.35
Yucatán	3,591	5,392	8,983	3.03
Zacatecas	652	1,070	1,722	0.58
Extranjeros ²²	106	380	486	0.16

²² Se incluyen los casos de las personas extranjeras en una fila específica, tomando en consideración que en dicho rubro pueden encontrarse personas en contexto de migración a los que la normatividad en la materia establece para su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud un periodo de hasta noventa días naturales para comprobar el cumplimiento de los requisitos correspondientes a su afiliación.

**Casos notificados de VIH y sida por entidad federativa,
de 1983 al segundo trimestre de 2019**

Entidad Federativa	Número de casos			Porcentaje de casos con respecto al Total
	VIH	sida	Total	(%)
No especificado	s/d	65	65	0.02
TOTAL	89,004	207,369	296,373	100

Reproducción de la CNDH. Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/sida. Información obtenida del Registro Nacional de Casos de sida. Actualización al 2° trimestre del 2019.

42. Se puede observar que los tres primeros lugares en porcentaje por entidad federativa de casos notificados de VIH y sida son ocupados por: la Ciudad de México en el primer sitio con el 14.77%, seguido del Estado de México con 9.93%, y en el tercer puesto se encuentra el Estado de Veracruz con 9.35%.

43. En lo que se refiere a casos notificados bajo la categoría epidemiológica de los que continúan registrados como seropositivos a VIH, se encuentra también en primer lugar la Ciudad de México con el 16.9%, en el segundo puesto el Estado de Veracruz con el 11.6%, y el Estado de México en tercer sitio con el 8.0%, como se muestra a continuación:

Casos notificados que continúan registrados como seropositivos a VIH según la entidad federativa de residencia, de 1984 al segundo trimestre de 2019

Entidad Federativa	Número de Casos			Proporción de Casos con respecto al total (%)
	Hombres	Mujeres	Total	
Aguascalientes	427	120	547	0.6%
Baja California	2,228	837	3,065	3.6%
Baja California Sur	512	160	672	0.8%
Campeche	895	235	1,130	1.3%
Coahuila	696	226	922	1.1%
Colima	447	155	602	0.7%
Chiapas	2,361	1,246	3,607	4.2%
Chihuahua	2,354	691	3,045	3.5%
Ciudad de México	13,003	1,482	14,485	16.9%
Durango	355	136	491	0.6%
Guanajuato	1,755	521	2,276	2.6%
Guerrero	1,005	449	1,454	1.7%
Hidalgo	800	193	993	1.2%
Jalisco	2,481	600	3,081	3.6%
México	5,687	1,218	6,905	8.0%

Casos notificados que continúan registrados como seropositivos a VIH según la entidad federativa de residencia, de 1984 al segundo trimestre de 2019

Entidad Federativa	Número de Casos			Proporción de Casos con respecto al total (%)
	Hombres	Mujeres	Total	
Michoacán	950	358	1,308	1.5%
Morelos	796	201	997	1.2%
Nayarit	306	162	468	0.5%
Nuevo León	2,776	641	3,417	4.0%
Oaxaca	2,019	934	2,953	3.4%
Puebla	3,111	768	3,879	4.5%
Querétaro	1,223	201	1,424	1.7%
Quintana Roo	2,349	657	3,006	3.5%
San Luis Potosí	965	274	1,239	1.4%
Sinaloa	1,055	364	1,419	1.7%
Sonora	1,115	317	1,432	1.7%
Tabasco	2,305	980	3,285	3.8%
Tamaulipas	2,314	895	3,209	3.7%
Tlaxcala	332	72	404	0.5%
Veracruz	6,735	3,242	9,977	11.6%

Casos notificados que continúan registrados como seropositivos a VIH según la entidad federativa de residencia, de 1984 al segundo trimestre de 2019				
Entidad Federativa	Número de Casos			Proporción de Casos con respecto al total (%)
	Hombres	Mujeres	Total	
Yucatán	2,964	547	3,511	4.1%
Zacatecas	516	131	647	0.8%
Extranjeros	85	21	106	0.1%
TOTAL	66,922	19,034	85,956	100.0%

Reproducción de CNDH. Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/sida. Información obtenida del Registro Nacional de Casos de sida. Actualización al 2° trimestre del 2019.

C. Poblaciones clave.

44. El estigma y la exclusión a causa del VIH está asociado a grupos históricamente discriminados, como las personas homosexuales y personas que ejercen el trabajo sexual, ambos grupos ya eran víctimas de un gran estigma preexistente a la pandemia. En México, actualmente se encuentra concentrada en las denominadas “poblaciones



clave”,²³ con una prevalencia²⁴ que se encuentra sobre la media nacional, estos grupos son: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), hombres y mujeres trabajadores del sexo (HTS-MTS), mujeres transgénero (MT) y las personas que usan drogas inyectadas (PUDIS).

45. CENSIDA y la Secretaría de Salud, en su *“Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el sida”*, publicado en 2016, mencionó que:

“La epidemia del VIH en México, se clasifica como concentrada, dado que no se ha establecido en la población en general. En México la epidemia se mantiene en poblaciones clave como son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres y hombres trabajadores del sexo (MTS) (HTS), respectivamente, mujeres transgénero (MT) y las

²³ De acuerdo al documento *“Orientaciones terminológicas de ONUSIDA”*, los términos *población clave* o *población clave de mayor riesgo de exposición al VIH* se refieren a aquella parte de la población que tiene más probabilidad de estar expuesta al VIH o de transmitirlo, por lo que su participación es fundamental de cara a obtener una respuesta de éxito frente al VIH; es decir, es clave en la epidemia y en la búsqueda de una respuesta para la misma. En todos los países, la población clave engloba a las personas que viven con el VIH. En la mayoría de los escenarios, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transexuales, las personas que se inyectan droga, las y los trabajadores sexuales y sus clientes, y las personas seronegativas dentro de una pareja serodiscordante se encuentran en mayor riesgo de exposición al VIH que otras. Existe una fuerte ligazón entre diversos tipos de movilidad y el riesgo aumentado de exposición al VIH, dependiendo de la razón para la movilidad y el grado de disociación de las personas respecto de su contexto y normas sociales. Cada país debería definir qué población específica resulta clave en su epidemia y enfrentarse a esta última en función de un contexto epidemiológico y social concreto. Evítese el uso de «grupo de alto riesgo». Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_es_0.pdf consultado el 20 de marzo de 2018.

²⁴ En el documento *“Orientaciones terminológicas de ONUSIDA”*, el término *prevalencia* es habitualmente presentado en forma de porcentaje. La prevalencia del VIH cuantifica la proporción de individuos en una población que viven con el VIH en un momento específico. ONUSIDA normalmente calcula la prevalencia del VIH en adultos entre 15-49 años de edad. No se habla de *“tasa de prevalencia”*; *“prevalencia”* es suficiente. Por ejemplo: «La región del Caribe, con una prevalencia del VIH estimada en adultos del 2,3% en 2003, es una de las áreas en las que nos debemos centrar en el futuro». La prevalencia del VIH también puede hacer referencia al número de personas que viven con el VIH; p. ej.: «Al cierre del año 2018, aproximadamente 37,9 millones de personas vivían con el VIH en el mundo». Consultado el 22 de agosto de 2019. *Ídem*.



personas que usan drogas inyectadas (PUDIS). En un ejercicio de modelaje utilizando Spectrum 5.31 de Onusida se estima que, en el 2014, la prevalencia de infección por el VIH en la población adulta de 15 a 49 años de edad se encuentra en el orden del (0.2% - 0.3%), considerando los límites inferior y superior del análisis de plausibilidad que ofrece el modelo, donde el 0.2% sería el estimador puntual.”²⁵

46. Respecto a los hombres que tienen sexo con hombres, es conveniente señalar que su vulnerabilidad a la discriminación por homofobia suele tener como consecuencia su alejamiento de los servicios de salud, de la información, del diagnóstico oportuno y del apego al tratamiento antirretroviral.

47. Los indicadores de discriminación trazados en el estudio realizado por Cecilia Gayet en el año 2007, intitulado *“Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/sida en México”*, muestran que una cuarta parte de esta población dijo haber tenido que ocultar su orientación sexual en el ámbito escolar, que fue identificado como el de mayor discriminación. Casi una quinta parte indicó tener temor que su orientación sexual quedara registrada en sus historias clínicas cuando acudió a los servicios médicos. En el ámbito laboral, el 18% se vio en la necesidad de decir que era heterosexual para conseguir algún trabajo y el 8% mencionó que fue rechazado de un empleo al decir su orientación sexual. En el ámbito familiar, el 16% señaló que algún integrante de la familia le mostró rechazo por ser homosexual, y el 4% reportó haber acudido por ayuda a alguna institución ante un hecho discriminatorio.²⁶

²⁵ En *“Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el sida”*, Secretaría de Salud, CENSIDA, México 2016, página 28.

²⁶ Cecilia Gayet, Carlos Magis, Donna Sacknoff y Lisa Guli, *Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/sida en México*, Colección ángulos del sida, CENSIDA, México, 2007, página 21.



48. En el caso de personas que usan drogas inyectadas (PUDIS), su alta marginalidad social los expone de manera muy importante al riesgo de infección por el VIH. Su movilidad, su difícil accesibilidad a los servicios públicos de salud, así como la falta de programas específicos de reducción de los daños, consistentes en la sustitución de equipos de inyección; promoción de relaciones sexuales seguras a través del uso del condón; programas de rehabilitación; entre otros, los expone a violaciones de sus derechos humanos, como pueden ser su internamiento involuntario llevado a cabo por parte de sus familiares en clínicas de rehabilitación; extorsión por parte de las autoridades de seguridad pública; malos tratos o discriminación por parte de los servicios de salud, por mencionar sólo algunas.

49. El trabajo sexual es un tema sumamente cargado de estigmas a lo largo de los años, sin embargo, las prevalencias en mujeres que ejercen el trabajo sexual (MTS) se han mantenido relativamente bajas, incluso, es el único grupo poblacional que ha logrado reducir su incidencia. Sin embargo, es determinante que tengan acceso a todas las formas de prevención y atención de VIH.

50. De acuerdo con el *“Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el sida, México 2015. Período reportado: enero-diciembre 2014”*, publicado en abril 2015, la situación de los hombres que ejercen el trabajo sexual (HTS) es de una mayor prevalencia, al decir que la situación de estigma y discriminación que enfrentan es grave, el 17% de los entrevistados refirió haber sufrido algún tipo de abuso o maltrato en el año anterior de la encuesta.

51. El *“Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida (Informe GAM) 2018”*, muestra la prevalencia de VIH en poblaciones clave, el cual confirma a las mujeres trabajadoras sexuales como la población con el menor porcentaje en relación con las demás, como se observa en el cuadro siguiente:

Prevalencia de VIH en poblaciones clave	
Población	Total
Mujeres transexuales en trabajo sexual.	15-20%
Hombres trabajadores sexuales.	0.241%
Hombres que tienen sexo con hombres.	0.173%
Personas que utilizan drogas inyectables.	0.058%
Mujeres trabajadoras sexuales.	0.007%

Elaboración de la CNDH. Fuente: Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida. (Informe GAM) 2018. Secretaría de Salud, CENSIDA.

52. En nuestra región del mundo (Europa Occidental, Norteamérica y América Latina), de acuerdo con ONUSIDA, las poblaciones clave con prevalencias más altas de VIH son los hombres que tienen sexo con hombres, hombres trabajadores sexuales, personas usuarias de drogas inyectables y las mujeres trans en trabajo sexual.

53. Parte del adecuado abordaje para combatir la pandemia es que el Estado mexicano, a través de sus instituciones, diseñe e implemente todos aquellos planes, programas, políticas públicas, presupuestos y acciones tendentes a eliminar el estigma y la discriminación hacia estas poblaciones, pues la infección por el VIH puede afectar a todas las personas.



D. Poblaciones en situación de vulnerabilidad.

54. Son aquellos grupos poblacionales que por sus condiciones históricas de vulnerabilidad,²⁷ basadas en las desigualdades de género, sociales, culturales, económicas y políticas, enfrentan obstáculos para el pleno acceso al ejercicio de sus derechos humanos.

- **Mujeres.**

55. Entre las personas más afectadas se encuentran las mujeres y las niñas que, por la inequidad de género presente en nuestra sociedad, encuentran más obstáculos para ejercer plenamente sus derechos humanos.

56. En sociedades como la nuestra, como parte de los estereotipos preponderantes hacia las mujeres, la falta de experiencia en torno al ejercicio de su sexualidad se considera una virtud, lo que genera desinformación, baja percepción del riesgo y de negociación para obtener relaciones sexuales seguras.

57. La falta de conocimiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos aumenta el riesgo principalmente en mujeres jóvenes, que por miedo a que se piense que son sexualmente activas se mantienen desinformadas.

58. La dependencia y violencia económica de las mujeres que pudiera existir en algunos casos también aumenta su vulnerabilidad, a través del control y de la manipulación en la relación de pareja, así como de la falta de libertad en diversos ámbitos, que pueden propiciar las relaciones sexuales sin protección y existe menos

²⁷ *“La vulnerabilidad hace referencia a la desigualdad de oportunidades, la exclusión social, el desempleo o el empleo precario, así como a otros factores sociales, culturales, políticos o económicos que hacen que una persona sea más vulnerable frente a la infección por el VIH y que pueda desarrollar el sida.” Ídem, página 50.*



probabilidad en la negociación de mecanismos de protección para la prevención de una enfermedad de transmisión de una enfermedad de transmisión por esta vía.

59. Estas condiciones de vulnerabilidad, se convierten en factores de riesgo para adquirir la infección por VIH y ser víctimas de violencia relacionada con la infección.

60. Entre los derechos humanos de todas las mujeres y hombres, incluyendo a quienes viven con VIH, se encuentran los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos y el intervalo entre nacimientos, lo que se encuentra garantizado en el artículo 4º de la Constitución General de la República.

61. Asimismo, la NOM-010-SSA2-2010 *"Para la Prevención y el Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana"*, garantiza el derecho de las mujeres con VIH a recibir información científica acerca de la prevención de la transmisión vertical, entendida ésta como transmisión del virus de madre al recién nacido, para permitir su derecho a decidir sobre su vida reproductiva.

62. El estigma y la discriminación que se ejercen contra las mujeres con VIH o contra aquellas que se sospecha viven con esa condición de salud. En un estudio realizado en 2015²⁸ a 800 pacientes por el Instituto Nacional de Salud Pública, reveló que las mujeres con VIH se encuentran en una especial situación de vulnerabilidad ya que solo 32.9% de mujeres era solteras; el 82% de las mujeres eran madres, el 69% de las mujeres fueron infectadas por su pareja; mientras que en el tema educativo, solo el 30% tenía estudios más allá de la secundaria, y en cuanto a educación superior las mujeres entrevistadas solo representaban 15.6%.

²⁸ Bautista-Arredondo, Sergio y otros. *"A tale of two epidemics: gender differences in socio-demographic characteristics and sexual behaviors among HIV positive individuals in Mexico City"*, publicado en la revista *International Journal for Equity in Health*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681055/>



- **Niñas, niños y adolescentes.**

63. La Recomendación General número 8/2004 *“Sobre el caso de la discriminación en las escuelas a menores portadores de VIH o que padecen sida”*, emitida el 17 de septiembre de 2004 por esta Comisión Nacional, identificó que las autoridades educativas vulneraron los derechos humanos de niñas y niños con VIH al ser expulsados de las escuelas o negar el acceso al servicio educativo por su condición de salud, generando que estos y sus padres fueran discriminados y estigmatizados en el ámbito escolar y social. En esta Recomendación se acreditó la violación a los derechos humanos a la igualdad y la no discriminación, a la educación y a la legalidad. También, esta Comisión Nacional hizo señalamientos a las autoridades educativas por no respetar ni garantizar los derechos humanos de niñas y niños que fueron víctimas de estos agravios en instituciones particulares.

64. Las niñas, niños y adolescentes con VIH tienen derecho a recibir educación y contar con servicios públicos de salud que les proporcionen medicamentos ARV acordes a su edad. Actualmente existe una problemática, por demás preocupante para este Organismo Nacional, en relación a la adquisición de este tipo de medicamento pediátrico en razón de que los grandes laboratorios farmacéuticos no han mostrado interés en licitar contratos para producirlo, lo que ocasiona que muchas niñas, niños y adolescentes sean medicados con ARV para adultos, los cuales son fraccionados de su presentación original y, con ello, puede llegar a comprometer su salud, ya que al seccionar el medicamento ARV se corre el riesgo de que la dosificación del componente activo del medicamento no sea precisa y pierda eficacia, con lo cual se pone en riesgo la salud y la vida de las niñas, niños y adolescentes con VIH.



65. Por otra parte, un estudio²⁹ advierte sobre los temores emocionales que los y las adolescentes enfrentan, tales como: tristeza, preocupación, sufrimiento, soledad y terror ante la posibilidad de hospitalización por vivir con VIH.

- **Personas en contexto de migración.**

66. Entre las poblaciones vulnerables también se encuentran las personas en contexto de migración, quienes, desde su lugar de origen, viven en situación de pobreza, falta de programas de salud, la violencia y la guerra, incluso los fenómenos naturales, entre otras situaciones que los llevan a dejar su lugar de origen, en busca de una mejor perspectiva de vida.

67. En su tránsito por nuestro país muchas veces les obliga a cohabitar en hacinamiento, hecho que suele minar el estado de salud y propiciar las relaciones sexuales casuales y sin protección; de esta manera, las personas en contexto de migración ven incrementada su vulnerabilidad estructural que les lleva a adoptar comportamientos de riesgo y contraer infecciones de transmisión sexual.

68. En las localidades de tránsito o de destino, existe un ambiente de rechazo social, donde sus derechos humanos suelen ser violados, debido al estigma y discriminación que se relacionan con su pobreza, marginalidad, origen étnico y nacional, además del género y la sexualidad. En ocasiones, se les asocia con el aumento de la criminalidad, así como con las epidemias. En ese sentido, el VIH suele ser considerado como un fenómeno que viene “*de fuera*”. Son “*los otros*” quienes son percibidos por la población local como vectores del virus.

²⁹ Flores-Palacios, Fátima y Leyva-Flores, René. Representación social del sida en estudiantes de la Ciudad de México. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100007



69. Durante el primer semestre de 2019 el Gobierno Federal, a través del titular del Poder Ejecutivo, anunció la desaparición de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (encargada de operar el Seguro Popular) para dar lugar a la implementación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

70. El 29 de noviembre de 2019 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el que se reformaron, adicionaron y derogaron diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, mismo que creó el INSABI, las cuales entraron en vigor el 1º de enero de 2020. Estas modificaciones legales tuvieron como objetivo crear un modelo de salud pública dirigido a personas que carecen de acceso a los servicios de salud y medicamentos.

71. Al momento de la publicación de esta Recomendación General, la ley marco del INSABI no ha sido aprobada y menos aún sus reglas de operación, por lo que se desconoce si esta nueva institución pública, destinada para las personas que no cuentan con seguridad social a través del IMSS, ISSSTE, ISSFAM o PEMEX, proporcionará atención médica y medicamentos a las personas en contexto de migración con VIH que han ingresado al territorio nacional sin documentos.

72. A pesar de la anterior reforma en materia de salud, esta población en contexto de migración todavía encuentra obstáculos normativos para el pleno ejercicio de su derecho humano al acceso a los servicios de salud en nuestro país ante la limitación establecida en el artículo 77 bis 7, fracción III, de la Ley General de Salud, la cual indica que para ser persona beneficiaria de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, se deberá contar con Clave Única de Registro de Población y para el caso de no contar con dicha clave, podrá



presentar acta de nacimiento, certificado de nacimiento y los documentos que se establezcan en las disposiciones reglamentarias.

73. En este sentido, el artículo 42, párrafo cuarto del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, reglamentación que no ha sido armonizada en términos de las actuales disposiciones, ya que aún señala los requisitos para la incorporación al extinto Seguro Popular, previendo que en el caso en que los interesados en incorporarse a este sistema no aporten la documentación comprobatoria a que se refiere la citada Ley, serán los Regímenes Estatales quienes de manera provisional, podrán registrarlos por un periodo que no exceda de noventa días naturales. Por tanto, pasado este plazo, las personas en contexto de migración con VIH que no cumplan con estos requisitos no tienen acceso a estudios de monitoreo ni a la atención médica que requieran, tampoco al TAR, lo cual compromete su estado de salud e incluso su vida.

74. Lo anterior en contravención a lo dispuesto en el artículo 27, fracción I de la Ley de Migración que expresamente faculta a la Secretaría de Salud como autoridad auxiliar en materia migratoria para promover en coordinación con las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno que la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros, se brinde sin importar su condición de estancia migratoria y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

75. Igualmente contraviene lo dispuesto en el artículo 4º, párrafo cuarto, en donde expresamente establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, sin hacer distinción alguna respecto de personas mexicanas o extranjeras, menos aún sobre su condición migratoria, con lo cual se les coloca en una situación de discriminación con el resto de la población que habita y transita en nuestro país.



- **Personas privadas de la libertad.**

76. Al referirnos a personas privadas de la libertad en el contexto del VIH, la Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida,³⁰ retoma el concepto al que se refiere la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) que abarca “a las personas que permanecen en centros de detención provisional, penitenciarias, comisarías o estaciones de policía, por orden o bajo el control de una autoridad judicial, por delitos, infracciones e incumplimientos de la ley, sea que estén procesadas o condenadas y cuando no puedan disponer de su libertad ambulatoria”.

77. Un reto permanente para el Estado mexicano es la atención a este grupo poblacional, quienes con motivo de su condición de reclusión se encuentran en alto riesgo sanitario. Según ONUSIDA, a nivel mundial, los casos de VIH dentro de los centros penitenciarios son mayores que entre la población general, además es más probable que existan co-infecciones como hepatitis y tuberculosis. Dentro de los centros penitenciarios se dan prácticas de riesgo, como relaciones sexuales desprotegidas y uso de jeringas sin esterilizar.

78. Es importante mencionar que el Estado es responsable por su condición de garante de las personas sometidas a cualquier forma de detención, la CrIDH se pronunció al respecto en un caso contencioso:³¹

³⁰ CENSIDA, *Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida*, p. 45. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/GUIA_NACIONAL_2014.pdf consultada el 26 de septiembre de 2019.

³¹ CrIDH, *Caso Chinchilla Sandoval vs. Guatemala*, Sentencia de 29 de febrero de 2016, párrafos 168 y 169.



*“El Tribunal ha señalado que de las obligaciones generales de respetar y garantizar los derechos que establece el artículo 1.1 de la Convención Americana derivan en deberes especiales 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. En tal sentido, **en relación con las personas que han sido privadas de su libertad, el Estado se encuentra en una posición especial de garante, toda vez que las autoridades penitenciarias ejercen un fuerte control o dominio sobre quienes se encuentran sujetos a su custodia.**”*

(Énfasis añadido)

79. Lo anterior produce una situación de vulnerabilidad para las personas privadas de la libertad como resultado de la interacción de especial sujeción con el Estado, quien puede regular sus derechos y obligaciones con particular intensidad dadas las propias circunstancias del encierro, en donde a la persona privada de la libertad se le impide satisfacer por cuenta propia sus necesidades básicas para llevar una vida digna.

80. Dentro de los Centros de Reinserción Social (CERESOS), federales y estatales, es común que se limiten derechos a las personas con VIH privadas de la libertad; por ejemplo, algunas prácticas comunes son el aislamiento del resto de la población penitenciaria o se les impida llevar a cabo actividades laborales y educativas, dificultades para el acceso al diagnóstico oportuno, además, que no se les permita la visita íntima, también existe falta de acciones de promoción de la salud a fin de desarrollar actitudes favorables de autocuidado y corresponsabilidad como procesos para evitar la transmisión del VIH, ni se les proporciona la atención médica que requieren según su



condición de salud, asimismo, en ocasiones se les niega el beneficio preliberacional que la Ley Nacional de Ejecución Penal contempla para sustituir la pena privativa de la libertad cuando ésta fuere innecesaria o incompatible con las condiciones de la persona condenada en razón de su grave estado de salud.³²

81. No obstante, de acuerdo al Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2018³³ se observó que de los 165 CERESOS estatales visitados por esta Comisión Nacional, en 111 centros se cuenta con una atención adecuada para las personas con VIH.

82. Existen otras poblaciones que, al igual que las anteriores, deberían considerarse parte de las privadas de la libertad por estar en situaciones de reclusión parcial o total, como el caso de quienes permanecen en instituciones de salud mental, están internados, o se encuentran en centros de educación o entrenamiento de las fuerzas armadas. Y aunque en los dos últimos casos no está implicada una reclusión total o permanente *“las personas pasan largos periodos de convivencia en espacios cerrados, donde la poca o nula interacción con personas ajenas a la institución, y en algunos casos el hacinamiento, propician las prácticas sexuales entre quienes ahí se encuentran.”*³⁴

83. La Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida señala que debe considerarse que este grupo poblacional tiene *“un bajo o nulo acceso a información sobre promoción*

³² Artículo 144, fracción III de la Ley Nacional de Ejecución Penal.

³³ El Diagnóstico Nacional puede ser consultado en su totalidad en: https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/DNSP/DNSP_2018.pdf

³⁴ CENSIDA, *Op. Cit.* p. 46.



de la salud sexual y prevención del VIH, y mucho más limitado acceso a insumos de prevención, lo que incrementa sus condiciones de riesgo y vulnerabilidad.”³⁵

- **Personas Indígenas.**

84. De acuerdo con el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (antes Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas) en sus *“Indicadores Socioeconómicos de los Pueblos Indígenas de México, 2015”*,³⁶ el total de la población nacional en ese año fue de 119,530,753 de personas, de las cuales un total de 25,694,928 se auto-adscribió como población indígena, lo cual representó el 21.5% de la población nacional.

85. La población indígena total en hogares es de 12,025,947 personas, resultando el 10.1% de la población nacional total.

86. Según el mismo documento, por cuanto hace a los servicios de salud, 8 de cada 10 personas que viven en hogares indígenas declaró estar afiliada a uno o más servicios de salud. En entidades como Guerrero, Chiapas, San Luis Potosí y Puebla 9 de cada 10 afiliados estaban registrados al *“Seguro Popular”*. En contraste, en los estados de Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas 5 de cada 10 afiliados son del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

87. A pesar de lo anterior, los pueblos indígenas son una población históricamente invisibilizada, discriminada, y en caso de vivir con VIH la situación se agrava. Actualmente, no se cuenta con suficiente información que nos permita saber cuál es la

³⁵ *Idem.*

³⁶ Recuperado de: <https://www.gob.mx/cdi/articulos/indicadores-socioeconomicos-de-los-pueblos-indigenas-de-mexico-2015-116128?idiom=es>. Consultado el 13 de abril de 2018.



situación actual de la población indígena en relación a este padecimiento, solo se tiene conocimiento que estas poblaciones viven en pobreza y alejadas de centros urbanos, lo que se traduce en un difícil acceso a servicios, entre ellos el de salud pública, ya que si bien las personas indígenas pueden estar afiliadas a algunas de las instituciones de salud que ofrece el Estado, como lo indica el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, esto no necesariamente representa una garantía eficaz de este derecho humano, pues en muchos casos los centros de salud se encuentran distantes a los asentamientos de estas poblaciones.

88. Otro dato que resulta preocupante es el que arroja el artículo *“Pueblos indígenas y VIH-sida”*, publicado por la revista de ciencias sociales *“Desacatos”*, del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, el cual señala que en los formatos para registrar los casos de VIH no se considera la pertenecía indígena como parte de la dimensión de la identidad, lo cual está produciendo la ausencia de cifras desagregadas en este aspecto que permita llevar un registro de estos casos, visibilizarlos y estudiarlos. A decir de los autores, *“la ausencia de cifras no parece causar extrañeza entre los funcionarios de salud, quienes –sin ningún argumento sólido– simplemente suponen que la prevalencia es muy baja”*, lo cual se ha convertido en un argumento para no implementar políticas públicas específicas dirigidas a este grupo poblacional.

89. En el caso del VIH, los medicamentos deben entregarse mensualmente y los estudios de seguimiento deben realizarse cada tres meses, según sea el caso, pero para las personas con VIH en comunidades lejanas a los centros de salud representa un esfuerzo extraordinario poder conseguir los recursos económicos para traslados, alojamiento y alimento. También sabemos que el idioma representa una barrera más que obstaculiza el ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas indígenas. Lo importante en este sentido, es no perder de vista el acceso a un diagnóstico oportuno, así como el acercamiento de los servicios de los CAPASITS (Centros Ambulatorios para



la Prevención y Atención del sida e Infecciones de Transmisión Sexual) en población con alta incidencia.

- **Personas mayores.**

90. La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su publicación *“World Population Ageing 2015”* (Envejecimiento de la Población Mundial 2015), refiere que son personas mayores aquellas de 60 años o más edad.³⁷

91. La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM), en su artículo 3, fracción I, señala como *“personas adultas mayores”* a quienes tienen 60 años o más, y en su fracción IX indica que su atención integral debe satisfacer *“(…) las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores, con la finalidad de que vivan una vejez plena y sana, considerando sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias.”*

92. El crecimiento demográfico en la población mayor de 60 años se ha multiplicado pasando de 1,419,685 personas en la década de los 50's, a 10,055,379 personas para el 2010, y se espera que la tendencia continúe. El envejecimiento en México, a diferencia de los países desarrollados y envejecidos con transición demográfica avanzada tiene características novedosas y propias de los procesos sociales, económicos, culturales y

³⁷ ONU, *“World Population Ageing 2015”*, versión en inglés. Recuperado de https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf consultado el 17 de septiembre de 2019.



de salud de la sociedad mexicana, lo cual se traduce en la necesidad de contar con políticas de población enfocadas a la atención de las personas mayores.³⁸

93. *“México experimenta un proceso de envejecimiento poblacional que en los próximos treinta años cambiará radicalmente su composición sociodemográfica, se trata de una transformación que a nivel internacional se califica como un logro de la humanidad, pero que a la vez representa importantes retos para nuestro país, ya que implica crear las condiciones de vida idóneas que contribuyan al desarrollo pleno de las personas mayores.”*³⁹

94. Según datos de CENSIDA,⁴⁰ de 1983 al segundo trimestre del 2019 se reportan 1,281 mujeres y 6,291 hombres de 60 años en adelante con sida, es decir el 3.7% de los casos con relación al total de esta población, como se puede apreciar en el cuadro siguiente:

³⁸ Ham Chande, Roberto. *El envejecimiento en México: de los conceptos a las necesidades*, Universidad Autónoma del Estado de M, Toluca, México, 1999, página 7- 21. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/112/11201902.pdf> consultado el 16 de agosto de 2019.

³⁹ CNDH, *Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, publicado el 19 de febrero de 2019, párrafo 3. Recuperado de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/201902/INFORME_PERSONAS_MAYORES_19.pdf consultado el 26 de septiembre de 2019.

⁴⁰ Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/sida en México. Registro Nacional de Casos de sida. Actualización al primer trimestre 2019, Secretaría de Salud, Dirección de Vigilancia Epidemiológica, CENSIDA.

Distribución de los casos notificados de sida de personas mayores en México, de 1983 al segundo trimestre de 2019.

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%*
60 a 64 años	3,169	82%	694	18%	3,863	1.9%
65 años y más	3,122	84.2%	587	15.8%	3,709	1.8%
Total: 60 años y más	6,291	No aplica	1,281	No aplica	7,572	3.7%

Elaboración de la CNDH. Fuente: Información obtenida del Registro Nacional de Casos de sida. Actualización al 2° trimestre del 2019.

*Este porcentaje se refiere con relación al total de casos de sida de las personas mayores con relación a otros grupos de edad.

95. Por lo que hace a los casos de personas con VIH, este mismo Registro Epidemiológico reporta que de 1984 al segundo trimestre del 2019 se notificaron 392 mujeres y 1,208 hombres de 60 años en adelante, es decir el 1.8% de los casos con relación al total de esta población, como se puede observar a continuación:

Distribución de los Casos Notificados de personas mayores con VIH en México, de 1984 al segundo trimestre de 2019.

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%*
60 a 64 años	630	72.9%	234	27.1%	864	1.0%
65 años y más	578	78.5%	158	21.5%	736	0.8%
Total: 60 años y más	1,208	No aplica	392	No aplica	1,600	1.8%

Elaboración de la CNDH. Fuente: Información obtenida del Registro Nacional de Casos de sida. Actualización al 2° trimestre del 2019.

* Este porcentaje se refiere con relación al total de casos de sida de las personas mayores con relación a otros grupos de edad.

96. Los avances médicos en relación a los padecimientos como el VIH, ha logrado con éxito, que la esperanza de vida de las personas con el virus vaya en aumento. El reto para nuestras autoridades estará en garantizar el derecho humano a la salud, que les permita tener mejor calidad de vida.

97. Por último, es de suma importancia mencionar que el número de personas mayores con VIH va en aumento, lo que representará un problema considerable a los sistemas de salud que tienen que brindar el servicio y la atención geriátrica con especialidad en VIH e Infecciones de Trasmisión Sexual, aunado a una vida sexual más activa de las personas mayores.



III. FUNDAMENTACIÓN JURIDICA.

98. En julio de 2011, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tuvo una importante reforma en materia de derechos humanos, ya que a través del texto del artículo 1° Constitucional nuestro país se abrió de manera clara y contundente al Derecho Internacional de los Derechos Humanos y maximizó su protección incorporando, entre otras, la figura de la interpretación conforme al señalar que todas las normas relativas a derechos humanos deben ser interpretadas a la luz de la propia Carta Magna y de los tratados internacionales.

99. Se elevó a rango constitucional el principio pro persona, tan consolidado en el ámbito internacional, y la obligación de México de respetar, promover, proteger y garantizar los derechos humanos bajo los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

100. En el último párrafo del artículo 1° Constitucional se estableció el principio de no discriminación al prohibir expresamente cualquier distinción o exclusión motivada, entre otras condiciones, por la de salud, o cualquier otra que atente contra la dignidad de la persona y anule o menoscabe sus derechos.

101. Lo anterior ha sido materia de estudio para la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la contradicción de tesis 293/2011, donde estableció que los derechos humanos contenidos en la Constitución y en los tratados internacionales constituyen el parámetro de control de regularidad constitucional, conforme al cual debe analizarse la validez de las normas y actos que forman parte del orden jurídico mexicano, emitidos por cualquier autoridad (municipal, estatal y federal).



102. En este sentido, se enlistan los estándares que la ONU ha trazado para salvaguardar los derechos humanos de las personas con VIH:

Estándares de la ONU respecto a los derechos humanos de las personas con VIH

Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948)

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (1966)

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966)

Declaración de Derechos Humanos y Humanidad sobre los principios fundamentales de los derechos humanos, la ética y la humanidad aplicables en el contexto del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (sida). (1992)

Declaración de la Cumbre de París sobre el sida. (1994)

Declaración del Milenio. (2000)

Declaración de Compromisos en la Lucha contra el VIH/sida (2001)

Declaración de compromisos en la lucha contra el VIH/sida: cinco años después. (2006)

Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/sida, tuberculosis y paludismo. (2005)

Documento de Posición. Estigma y discriminación, viajes y movilidad, confidencialidad, seguro de salud. (2007)

1ª Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. (2008)

Estándares de la ONU respecto a los derechos humanos de las personas con VIH

Progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida y la Declaración política sobre el VIH/sida. (2010)

Declaración Política sobre el VIH/sida: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/sida. (2011)

Unidos contra el sida: hacia la consecución de las metas establecidas en la Declaración política de 2011. (2012)

Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS. (2014)

Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (2015)

Declaración Política sobre el VIH/sida: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del sida para 2030. (2016)

Elaboración de la CNDH.

103. ONUSIDA, como el programa especializado de la ONU para la atención de todos los temas vinculados a la epidemia y derivado del trabajo que realiza ha desarrollado diversos estándares para proteger los derechos humanos de las personas con VIH, los cuales se concentraron en la tabla que se muestra a continuación:

Estándares de ONUSIDA respecto a los derechos humanos de las personas con VIH.

El sida y las relaciones sexuales entre varones. (1998)

Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/sida. (2002)



Estándares de ONUSIDA respecto a los derechos humanos de las personas con VIH.

El VIH/sida y los derechos humanos. Directrices internacionales. (2003)

El VIH/sida y los jóvenes: La esperanza del mañana. (2003)

Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. (2005)

Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género: Derechos humanos, salud y VIH. (2006)

Directrices internacionales sobre el VIH/sida y los derechos humanos. (2006)

La conquista de los derechos: Estudios de caso relativos a la defensa en los tribunales de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH. (2006)

Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. (2007)

Informe de política del ONUSIDA: Mayor participación de las personas que viven con el VIH (MPPVS). (2007)

Informe anual del ONUSIDA. Hacer rendir el dinero. (2007)

Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida. (2007)

El VIH & sida y la educación. Un enfoque estratégico. (2008)

Estándares de ONUSIDA respecto a los derechos humanos de las personas con VIH.

Documento de información sobre políticas: directrices de políticas para la prestación conjunta de servicios de control de la tuberculosis y el VIH destinados a los consumidores de drogas inyectables y otros estupefacientes: un enfoque integrado. (2008)

Acción conjunta para obtener resultados. Marco de resultados del ONUSIDA, de 2009 a 2011. (2009)

Podemos apoyar la capacidad de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y personas transgénero para protegerse de la infección por el VIH, lograr una salud plena y realizar sus derechos humanos. (2010)

Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. (2010)

90 - 90 - 90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia del sida. (2014)

El futuro de la respuesta al sida: aprovechar los logros del pasado y acelerar los avances para poner fin a la epidemia del sida para 2030. (2015)

Nota de orientación del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual. (2015)

Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia sida. (2018)

Informe sobre la epidemia mundial de sida. Conocimiento es Poder. (2018)

Alianza Mundial de acciones tendientes a eliminar toda forma de estigma y discriminación relacionada con el VIH. (2018)

ONUSIDA Instrumento de diagnóstico de género. (2018)



Estándares de ONUSIDA respecto a los derechos humanos de las personas con VIH.

Movilízate para cambiar las leyes discriminatorias. (2019)

Elaboración de la CNDH.

104. LA UNICEF, agencia especializada de la ONU para promover y proteger los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes, ha desarrollado criterios orientadores para la atención de este grupo poblacional con VIH, que se enlistan enseguida:

Estándares de UNICEF respecto a los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes con VIH.

La infancia y el sida. Tercer inventario de la situación 2008.

Niños y niñas. El rostro oculto del sida. (2005)

Reporte "Comienza y permanece sin sida". (Start Free, Stay Free AIDS Free- 2019 report). (2019)

Elaboración de la CNDH.

105. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) es una comisión regional de la ONU fundada para contribuir al desarrollo económico y social de América Latina y el Caribe, y en su trabajo ha implementado el espacio denominado "*Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*", en el cual se llevan a cabo una serie de acuerdos para reforzar la implementación de los asuntos de la región, entre ellos el vinculado a la atención del VIH.



Estándares de la CEPAL respecto a los derechos humanos de las personas con VIH.

Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. (2018)

Elaboración de la CNDH.

106. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es la agencia de la ONU especializada en salud pública de las Américas, trabaja con los países de la región para mejorar y proteger la salud de su población. Esta agencia cuenta con los siguientes estándares orientadores relacionados con VIH:

Estándares de la OPS respecto a los derechos humanos de personas con VIH.

Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/sida en el sector salud. (2003)

Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe. (2008)

Elaboración de la CNDH.

107. A pesar de que existe un amplio catálogo de documentos que establecen parámetros internacionales sobre los derechos humanos de las personas con VIH, todos ellos son de carácter declarativo y orientador, por lo que resulta necesario contar con un instrumento internacional especializado para la protección de los derechos humanos de las personas con VIH, vinculante en su cumplimiento para aquellos Estados parte que la firmen y ratifiquen, a efecto de que exista un órgano de tratado *“que garantice el respeto y la observancia universal de los derechos humanos y las libertades fundamentales de*



todos, entre otras cosas reduciendo la vulnerabilidad e impidiendo la discriminación y estigmatización relacionadas con el VIH/sida”.⁴¹

108. Cabe señalar que en el ámbito regional existe un instrumento que protege el derecho a la no discriminación, a saber: la Convención Interamericana contra toda forma de Discriminación e Intolerancia, la cual fue aprobada en octubre de 2019 por el Senado e incorporada a nuestro sistema de protección de derechos humanos en términos del artículo 1º Constitucional.

109. El artículo 4º Constitucional, párrafo primero, establece el principio de igualdad jurídica al señalar que todas las personas somos iguales ante la ley; sin embargo, esto no es suficiente para que en los hechos suceda tal igualdad, por lo que este principio, actualmente no puede ser entendido sin otro denominado *“igualdad sustantiva”*⁴², consistente en la creación e implementación de políticas públicas y acciones afirmativas que promuevan reducir las brechas de desigualdad histórica entre las personas, en este caso con VIH.

110. También este artículo constitucional, en su párrafo cuarto, dispone que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, lo cual se abordará a profundidad en el apartado de Observaciones de la presente Recomendación General.

111. La tabla que se muestra a continuación contiene una compilación de las leyes federales que se vinculan en la protección de los derechos humanos de personas con VIH:

⁴¹ Resolución 2005/23, de la entonces Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

⁴² En su portal electrónico, la SRE señala que *“la igualdad sustantiva alude al ejercicio pleno de los derechos universales y a la capacidad de hacerlos efectivos en la vida cotidiana”*. Recuperado de <https://www.gob.mx/sre/articulos/igualdad-de-derecho-e-igualdad-sustantiva> consultado el 30 de septiembre de 2019.



LEYES FEDERALES

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Ley del Seguro Social.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Ley General de Educación.

Ley General de Población.

Ley de Migración.

Ley Sobre Refugiados y Protección Complementaria.

Ley General de Salud.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia de las Víctimas de Estos Delitos.



LEYES FEDERALES

Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

Ley Federal de Protección al Consumidor.

Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.

Elaboración de la CNDH.

112. Una Norma Oficial Mexicana (NOM) es toda aquella regulación técnica de observancia obligatoria, expedida por autoridades federales competentes de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley Federal de Metrología y Normalización. Estas normas técnicas establecen, entre otras cosas, especificaciones, directrices, características o prescripciones aplicables a un proceso, producto, actividad, servicio o método de operación o producción.

113. A continuación, se muestra un listado de las normas oficiales mexicanas vinculadas a la protección de los derechos humanos de personas con VIH:

NORMAS OFICIALES MEXICANAS PARA PROTEGER LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON VIH.

NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.

NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.



NORMAS OFICIALES MEXICANAS PARA PROTEGER LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON VIH.

NOM-013-SSA2-2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales.

NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica

NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.

NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 Protección ambiental-salud, ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.

NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la Práctica de la ultrasonografía diagnóstica. (DOF: 077 /01/ 2013)



NORMAS OFICIALES MEXICANAS PARA PROTEGER LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON VIH.

NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. (DOF: 30/NOV/2012)

NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

NOM-001-SSA1-2010, Que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la farmacopea de los Estados unidos mexicanos. (DOF: 26/01/2011)

NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.



NORMAS OFICIALES MEXICANAS PARA PROTEGER LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON VIH.

NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.

NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoïdes, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.



NORMAS OFICIALES MEXICANAS PARA PROTEGER LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON VIH.

NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

NOM-006-SSA2-2013 Para la Prevención y Control de la Tuberculosis.

NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar.

NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema Nacional de Salud.

Elaboración de la CNDH.

114. CENSIDA ha elaborado diversos materiales orientadores para la atención de personas con VIH, los cuales se concentraron en el cuadro que se muestra a continuación:



**Normatividad específica para la atención de
personas con VIH:
SSA/CENSIDA**

Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH, 2019.

Guía de Enfermería para la Atención del Paciente con Binomio TB/sida.

Guía sobre prevención de VIH, para personal que trabaja en centros penitenciarios.

Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud.

Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/sida.

Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/sida.

Guía para enfermeras en la atención de paciente con HIV/sida.

Guía para la aplicación de la prueba rápida.

Manual de Procedimientos en Tuberculosis para Personal de Enfermería.

Manual para la Prevención del VIH/sida en Usuarios de Drogas Inyectadas.

Manual de consejería en VIH/sida e ITS.

Manual para la prevención del VIH/sida en migrantes mexicanos a Estados Unidos.

Manual sida: Aspectos de Salud Pública.

Programa de acción específico 2007-2012 en respuesta al VIH/sida e ITS.

Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Reglamento del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.



**Normatividad específica para la atención de
personas con VIH:
SSA/CENSIDA**

Acuerdo por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH/sida en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Catálogo universal de servicios de salud CAUSES 2016.

Estándares para la Atención de la Tuberculosis en México.

Elaboración de la CNDH.

115. Como ya se mencionó, este Organismo Nacional advierte la necesidad de contar en el ámbito internacional y regional con un instrumento vinculante especializado que obligue a la comunidad internacional a su observancia en la protección de derechos humanos de las personas con VIH, para que coadyuve con el cumplimiento de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente, el objetivo número 3 *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*, el objetivo número 5 *“Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas”*, el objetivo número 10 *“Reducir la desigualdad en y entre los países”*, y el objetivo número 16 *“Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles”*.

116. Respecto al objetivo número 16 de la Agenda 2030, es claro en exhortar a los Estados parte a promover sociedades inclusivas y pacíficas que permita a todas las personas, en igualdad de condiciones, ejercer sus derechos humanos, como es el libre desarrollo de la sexualidad.



117. La Organización de las Naciones Unidas, aprobó en su asamblea general del 8 de junio del 2016 *“La Declaración Política sobre el VIH/sida: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del sida para 2030”*, como un legado para las generaciones presentes y futuras, así como para intensificar esfuerzos en aras de alcanzar el objetivo de ofrecer programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo que ayudarán a reducir considerablemente las nuevas infecciones, aumentar la esperanza de vida y la calidad de vida, además de promover, proteger y realizar todos los derechos humanos y la dignidad de todas las personas con el VIH y el sida, en riesgo de contraerlo o afectados por estos y sus familiares.

118. Por cuanto hace al ámbito penal, esta Comisión Nacional ha observado que al día de hoy sólo los Códigos Penales de Aguascalientes y San Luis Potosí, respectivamente, no criminalizan el *“peligro de contagio de una enfermedad grave en periodo infectante que ponga en riesgo la salud de otro”*; a contrario sensu, el resto de los Códigos Penales del fuero común contemplan la hipótesis de *“peligro de contagio”* como delito, siendo que para el Código Penal del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, incluso se señala específicamente a las infecciones de transmisión sexual, sobre lo cual este Organismo Nacional promovió la acción de inconstitucionalidad 139/2015, en contra del artículo 158, en la porción normativa que dispone *“infecciones de transmisión sexual”*. En consecuencia, el 30 de abril de 2018, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, determinó procedente y fundada la acción de inconstitucionalidad interpuesta y declaró la invalidez de dicha porción normativa del ordenamiento en cita, notificó el fallo al Congreso estatal, ordenó la publicación de la resolución en el Diario Oficial de la Federación, la Gaceta Oficial del Estado de Veracruz y en el Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta,⁴³ lo anterior por considerar que poner dolosamente en peligro

⁴³ La acción de Inconstitucionalidad se encuentra disponible para consulta en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Acciones/Acc Inc 2015 139.pdf> Asimismo, la versión pública de la resolución respectiva puede consultarse en:



de contagio (sic) de infecciones de transmisión sexual a otra persona, constituía una descripción vaga, genérica, imprecisa y ambigua que no contenía la descripción de la conducta concreta que se buscó criminalizar. Además de concluir que *“criminalizar este tipo de conductas puede servir de forma disuasoria para prevenir una de las múltiples causas de la propagación de estas enfermedades, pero en realidad sólo ataca a un factor minoritario concreto en su propagación y, por tanto no supera el requisito de necesidad en la restricción del derecho fundamental a la libertad personal.”*

IV. OBSERVACIONES.

119. Para efectos metodológicos del presente análisis se ha identificado la prevalencia de cinco derechos humanos presuntamente trasgredidos en agravio de personas con VIH por conductas atribuidas a servidores públicos de distintas instancias de la Administración Pública Federal o Estatal. Lo anterior, sin dejar de observar su universalidad, progresividad, indivisibilidad e interdependencia.

120. Estas acciones u omisiones, de conformidad con el *“Manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos”* de esta Comisión Nacional, se clasifican en los hechos presuntamente violatorios y derechos humanos que se muestran a continuación, obtenidos en un periodo comprendido del 1º de enero del 2010 al 31 de julio del 2019 de las quejas recibidas en este Organismo Nacional, que resultaron un total de 731 expedientes, de los cuales se obtuvo que los primeros 5 derechos humanos presuntamente vulnerados en agravio de las personas con VIH, son los siguientes:

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Acciones/Acc_Inc_2015_139_Demanda.pdf consultadas el 05 de noviembre de 2019.



Primeros 5 derechos humanos presuntamente vulnerados en agravio de las personas con VIH

Derecho a la protección de la salud	Derecho a recibir un trato digno	Derecho a la seguridad jurídica	Derecho al trabajo	Derecho a la igualdad
Negligencia médica	Acciones y omisiones que transgreden los derechos de las personas privadas de su libertad	Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones	Rescindir la relación laboral debido a la condición de VIH o sida	Omitir proporcionar igualdad de condiciones en el trabajo
Omitir implementar la infraestructura necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud	Detención arbitraria	Prestación indebida de servicio público		
Omitir proporcionar atención médica	Omitir brindar protección y auxilio	Obstaculizar o negar las prestaciones de seguridad social a que se tiene derecho		
Omitir dar información sobre el estado de salud	Acciones y omisiones que transgreden los derechos a los migrantes y de sus familiares			



Primeros 5 derechos humanos presuntamente vulnerados en agravio de las personas con VIH

Derecho a la protección de la salud	Derecho a recibir un trato digno	Derecho a la seguridad jurídica	Derecho al trabajo	Derecho a la igualdad
Omitir suministrar medicamentos				
Realizar deficientemente los trámites médicos				

Elaboración de la CNDH. Fuente: información extraída de los 731 expediente de queja recibidos del 1º de enero del 2010 al 31 de julio del 2019 en este Organismo Nacional por presuntas violaciones a derechos humanos de las personas con VIH.

121. Como ya se ha dicho, del periodo comprendido del 1º de enero del 2010 al 31 de julio del 2019 se recibieron en este Organismo Nacional un total de 731 expedientes de queja por presuntas violaciones a derechos humanos en agravio de personas con VIH, por lo que para el presente análisis cualitativo se tomó una muestra estratificada de 81 expedientes que permitió identificar la frecuencia entre los hechos violatorios y las autoridades a las que se les atribuyen, como se puede observar en el cuadro siguiente:

HECHOS PRESUNTAMENTE VIOLATORIOS POR AUTORIDADES

Hechos presuntamente violatorios	CENSIDA	CERESOS	ISSSTE	IMSS	INN	INR	PEMEX	PGR	SHCP	SEMAR	SSA	SSA/CDMX	Total
Omitir suministrar medicamentos	0	0	12	22	0	0	2	0	0	0	2	0	38



HECHOS PRESUNTAMENTE VIOLATORIOS POR AUTORIDADES

Hechos presuntamente violatorios	CENSIDA	CERESOGS	ISSSTE	IMSS	INN	INR	PEMEX	PGR	SHCP	SEMAR	SSA	SSA/CDMX	Total
Omitir proporcionar atención médica	2	0	7	16	1	1	0	0	0	0	1	2	30
Prestación indebida de Servicio Público	0	1	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Negligencia Médica	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Rescindir la relación laboral debido a la condición de VIH o sida	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	4
Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisione	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3



HECHOS PRESUNTAMENTE VIOLATORIOS POR AUTORIDADES

Hechos presuntamente violatorios	CENSIDA	CERESOS	ISSSTE	IMSS	INN	INR	PEMEX	PGR	SHCP	SEMAR	SSA	SSA/CDMX	Total
Omitir implementar la infraestructura necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Realizar deficientemente los trámites médicos	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Acciones y omisiones que transgreden los derechos a los migrantes y de sus familiares	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Acciones y omisiones que transgreden los derechos de las personas privadas de su libertad	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

HECHOS PRESUNTAMENTE VIOLATORIOS POR AUTORIDADES

Hechos presuntamente violatorios	CENSIDA	CERESOS	ISSSTE	IMSS	INN	INR	PEMEX	PGR	SHCP	SEMAR	SSA	SSA/CDMX	Total
Detención Arbitraria	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Obstaculizar o negar las prestaciones de seguridad social a que se tiene derecho	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Omitir brindar protección y auxilio	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Omitir dar información sobre el estado de salud	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Omitir proporcionar igualdad de condiciones en el trabajo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	3	4	22	53	1	1	3	2	1	3	4	2	99

Elaboración de la CNDH. Fuente: información extraída de la muestra estratificada de 81 expedientes de queja del universo de los 731 expediente de queja recibidos en total del 1º de enero del 2010 al 31 de julio del 2019 en este Organismo Nacional por presuntas violaciones a derechos humanos de las personas con VIH/sida.



122. Asimismo, del presente análisis cualitativo estratificado destaca la siguiente información:

❖ **Derecho a la protección de la salud.**

123. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁴⁴

124. Este derecho se refiere a la facultad que tienen todas las personas de disfrutar, prevenir y restaurar su bienestar físico y mental, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, prolongación y mejoramiento de la calidad de vida. El pleno ejercicio de este derecho humano implica que el Estado adopte medidas de diversa índole hasta el máximo de los recursos a su alcance para lograr progresivamente su efectividad, haciéndolo disponible, accesible, aceptable y de calidad.

125. Las medidas esenciales que debe adoptar el Estado para que el derecho a la protección a la salud sea eficaz son las siguientes:

125.1. Crear la infraestructura suficiente para brindar servicios básicos y especializados de salud pública;

⁴⁴ CNDH. Recomendaciones 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 16; 73/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28; 47/2019, párr. 34.



125.2. Contar con personal de salud capacitado, especializado y suficiente en las diversas áreas que la ciencia médica requiere para preservar, conservar, mejorar y restaurar la salud;

125.3. Proveer a tal infraestructura y personal de salud con los insumos médicos, medicamentosos y tecnológicos suficientes para brindar un adecuado servicio de salud pública, y

125.4. Eliminar todos aquellos obstáculos administrativos que dificulten el acceso efectivo a los servicios de salud pública;

126. Esta Comisión Nacional ha advertido deficiencias estructurales en los servicios de salud pública que se brinda a las personas con VIH, las cuales se exponen de la manera siguiente:

a) Omitir suministrar medicamentos antirretrovirales.

127. Las personas quejasas manifestaron a este Organismo Nacional el desabasto de medicamentos ARV en las farmacias de las instituciones de salud pública, entre los cuales encontramos tres situaciones:

127.1. No surtimiento de medicamento ARV.

127.2. Surtimiento parcial del medicamento ARV.

127.3. Sustitución del medicamento por otra prescripción de similar compuesto.



128. Las explicaciones que recibieron las personas con VIH agravadas ante esta omisión de la autoridad fueron desde *“que no ha llegado el medicamento”*, *“no lo tienen en la farmacia”*, o simplemente *“no lo entregaron en tiempo”*.

129. El desabasto de antirretrovirales es preocupante para esta Comisión Nacional en razón que éstos se encuentran contemplados en el cuadro básico de medicamentos y por tal motivo, debe destinarse presupuesto suficiente para garantizar su cobertura a nivel nacional.

130. La falta de entrega oportuna de medicamentos se presenta de manera recurrente, tal como lo demuestra el cuadro siguiente, desarrollado en su totalidad en el párrafo 37, de donde se retoman los primeros cinco lugares que ocupan los hechos violatorios referidos en las quejas recibidas en esta Comisión Nacional del 1º de enero de 2010 al 31 de julio de 2019, por presuntas vulneraciones a los derechos humanos de personas con VIH, en el que se puede observar que el más referido, sumando todos los años, es *“omitir suministrar medicamentos”* con el 41.03%, seguido de *“omitir proporcionar atención médica”* con el 31.62%.

131. Si comparamos los dos principales hechos violatorios del año 2018 con el primer semestre de 2019, el hecho violatorio que ocupa el primer lugar *“omitir suministrar medicamentos”* prácticamente se duplicó, y el segundo lugar *“omitir proporcionar atención médica”* tuvo un incremento exponencial.

Hechos violatorios por año.	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
Omitir suministrar medicamentos.	18	34	31	21	32	18	17	41	60	112	384	41.03%



Hechos violatorios por año.	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
Omitir proporcionar atención médica.	24	27	23	18	9	6	20	11	21	137	296	31.62%
Prestación indebida de Servicio Público.	8	9	10	10	5	9	8	6	8	6	79	8.44%
Negligencia Médica.	1	6	6	6	5	4	3	1	1	4	37	3.95%
Omitir Implementar la infraestructura necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud.	2	1	2	2	2	0	6	10	5	5	35	3.74%

Elaboración de la CNDH.

132. Sobre el particular, la “Declaración Política sobre el VIH/sida: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del sida para 2030”, en el párrafo 37, reafirmó que:

“(…) cuando hay epidemias como las del VIH y el sida, el acceso a medicamentos y productos inocuos, eficaces y asequibles para todos, sin discriminación, es fundamental para la plena realización del derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, pero observamos con profunda preocupación que un gran número de personas no tienen acceso a los medicamentos que necesitan y que la posibilidad de proporcionar un tratamiento seguro, eficaz y asequible a las personas seropositivas a lo largo de su vida sigue amenazada por factores como la pobreza, la migración, la falta de acceso a los servicios de salud y una financiación insuficiente e imprevisible, especialmente para los que se han dejado atrás, y



subrayamos que el acceso a los medicamentos podría salvar millones de vidas.”

133. De igual forma, en el párrafo 60 i, del *supra* citado documento señala el compromiso de:

“(…) emprender medidas que aseguren el acceso a medicamentos inocuos, asequibles y eficaces, incluidos los medicamentos, diagnósticos y tecnologías de la salud conexas genéricos, utilizando todos los instrumentos disponibles para reducir el precio de los fármacos y diagnósticos que salvan vidas, y observamos la creación del Grupo de Alto Nivel sobre el Acceso a los Medicamentos, convocado por el Secretario General;”

134. En México, el Plan Nacional de Desarrollo 2019–2024, lo conducente al derecho a la protección de la salud se aborda en el apartado *II. Política Social*, en el rubro denominado *“Salud para toda la población”*, donde refiere lo siguiente:

“(…)”

Instituto Nacional de Salud para el Bienestar

El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos.



Este objetivo se logrará mediante la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, que dará servicio en todo el territorio nacional, a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE. La atención se brindará en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano.

(...)

Se priorizará la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inserción en programas escolares de temas de nutrición, hábitos saludables y salud sexual y reproductiva.

(...).⁴⁵

(Resaltado dentro del original)

135. Sin embargo, en el Plan Nacional de Desarrollo 2019–2024 no se observan incorporados con claridad el compromiso internacional asumido en la Declaración política sobre el VIH/sida, los ODS de la Agenda 2030 de Naciones Unidas, ni la Acción 90-90-90 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.⁴⁶

136. Es importante resaltar que en el caso *Tribu Aché Vs. Paraguay*, la CIDH consideró la negación de atención médica y medicinas durante epidemias como una violación del

⁴⁵ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2019 y consultado en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019

⁴⁶ ONUSIDA, 90-90-90. *Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia del sida*. Véase en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf, consultado el 15 de septiembre de 2019.



derecho a la preservación de la salud y al bienestar establecido en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, adoptada en 1948 (Art. XI).⁴⁷

b) Omitir proporcionar atención médica.

137. En los casos analizados respecto a este hecho presuntamente violatorio se encontró que diversos profesionales de la salud están negando a brindar atención médica de primer nivel a personas con VIH argumentando que *“no cuentan con material necesario, ni infraestructura [áreas de infectología] para la protección del personal”*.

138. De igual forma, existen otras prácticas irregulares como la *“falta u omisión de estudios especializados requeridos para conocer su carga viral y de CD4”*, que resultan en violación al derecho a la protección a la salud.

139. Respecto a este tema, la Declaración Política sobre VIH/sida de la ONU 2016, señala *“la urgente necesidad de aumentar significativamente nuestros esfuerzos para alcanzar el objetivo del acceso universal a programas amplios de prevención, tratamiento, atención y apoyo”*. Además, enfatiza la importancia de que exista una mayor cooperación internacional para apoyar los esfuerzos de los Estados parte por lograr los objetivos de salud, incluida la meta de poner fin a la epidemia del sida para 2030, así como hacer efectivo el acceso universal a los servicios de atención de la salud.

140. La NOM-010-SSA2-2010, *“Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana”* señala en el punto 5.3.4.1. que: *“las y los trabajadores de la Salud deberán referirse a las Normas de Bioseguridad, al Modelo Operativo de la*

⁴⁷ CIDH. Caso 1802, *“Tribu Aché”* (Paraguay), OEA/Ser.LV/II.50 Doc. 13 Rev. 1, 2 de octubre 1980, páginas. 34-35.



Promoción de la Salud y a las Guías de prevención primaria y secundaria del CENSIDA y otros documentos aplicables,”

141. Por ello, es fundamental reforzar la capacitación al personal profesional de la salud sobre los procedimientos especializados para la atención y tratamiento de personas con VIH, así como dotar a las instituciones públicas de insumos y áreas *ad hoc* para proporcionar adecuadamente su servicio.

142. La Declaración antes mencionada, en su párrafo 41, expresa lo siguiente:

“Seguimos profundamente preocupados porque, a nivel mundial, las mujeres y las niñas son aún las más afectadas por la epidemia y soportan una parte desproporcionada de la carga asistencial, observamos que el progreso hacia la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas ha sido inaceptablemente lento y que las mujeres y las niñas siguen viendo reducida su capacidad de protegerse del VIH a causa de factores fisiológicos, desigualdades entre los géneros, como unas relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, niños y niñas, su situación de desigualdad jurídica, económica y social, el acceso insuficiente a la asistencia sanitaria y los servicios de atención de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, (...).”

143. En este sentido, la citada Declaración compromete a los Estados parte a adoptar todas las medidas necesarias para eliminar las nuevas infecciones por el VIH de niñas y niños, así como para cuidar la salud y el bienestar de sus madres brindando tratamiento inmediato durante toda la vida, en particular a las mujeres embarazadas y lactantes con



VIH. De igual forma, se les exhorta a implementar medidas para lograr la certificación de la OMS que se ha eliminado la transmisión materno infantil del VIH.

c) Negligencia médica.

144. Incurrir en una negligencia médica por parte del personal de la salud no solamente implica una omisión o actuación deficiente en el servicio que brinda, también representa el error, la impericia, la falta de información y obtención del consentimiento informado, así como la violación al secreto profesional.

145. De los casos valorados para la presente Recomendación General encontramos como denominador común la ausencia de información oportuna o deficiente del estado de salud, diagnóstico y tratamiento del paciente, tanto a la persona agraviada como a sus familiares.

146. En este aspecto la *“Declaración Política sobre VIH/sida de la ONU 2016”* compromete a los Estados parte a eliminar las barreras, el estigma y la discriminación en los entornos de atención de la salud, a fin de lograr el acceso universal a servicios integrales de diagnóstico, prevención, tratamiento, atención y apoyo para las personas con el VIH.

147. La Suprema Corte de Justicia de la Nación⁴⁸ se ha pronunciado respecto a la negligencia médica, pues ha señalado que dicha responsabilidad tiene como base el causar un daño a los pacientes, que puede ser de índole subjetivo al demostrarse la culpa o negligencia del personal de la salud responsable.

⁴⁸ Tesis aislada en materia administrativa. Amparo directo en revisión 3542/2013. Rosa Gonzáles Olivares y otros. 15 de enero de 2014. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación Libro 5, Abril de 2014, Tomo I, Décima Época, pág. 809.



148. Nuestro país cuenta con la NOM-010-SSA2-2010, “*Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*”, que establece lineamientos específicos para garantizar la confidencialidad de la información, de cumplimiento obligatorio para personal de la salud y las instituciones encargadas de la atención a personas que integran el Sistema Nacional de Salud, a saber:

148.1. Atender las disposiciones respecto al carácter legal y confidencial del expediente clínico.

148.2. Establecer las medidas necesarias para asegurar que el manejo de expedientes clínicos, tarjetas de citas, personificadores que se colocan en la cabecera de camas de urgencia y hospital y trámites administrativos relacionados con las personas que viven con VIH garanticen su derecho a la confidencialidad.

148.3. Tratar sin discriminación a las personas con VIH respecto a otros enfermos, evitando difundir informaciones sobre su condición de infectado por el VIH o enfermo con sida, entre quienes no tienen relación con su atención médica.

148.4. Respetar el carácter confidencial de las personas con VIH, informando acerca de su estado sólo a quien el paciente autorice.

❖ **Derecho a un trato digno.**

149. La dignidad es piedra angular de los derechos humanos y debe ser entendida como el valor que tiene todo ser humano por el hecho de serlo, este valor tiene las siguientes características: es incuantificable, es insustituible y es inconmensurable.



150. El trato digno se refiere al reconocimiento del valor que debe recibir cada persona y que le permita hacer efectiva las condiciones jurídicas y materiales para ejercer plenamente sus derechos humanos. Este derecho se transversaliza con todos los derechos, como pueden ser el derecho a la seguridad jurídica, derecho a la igualdad, derecho a la salud, derecho a la integridad, derecho a la no discriminación, derechos económicos, sociales y culturales.

151. Este derecho implica la obligación de los servidores públicos a abstenerse de conductas que vulneren las condiciones mínimas de bienestar, particularmente tratos humillantes, vergonzosos o denigrantes, de forma directa o velada que coloquen a la persona en esta condición de no hacer efectivos sus derechos.

a) Acciones y omisiones que transgreden los derechos de las personas en contexto de migración y de sus familiares; y acciones y omisiones que transgreden los derechos de las personas privadas de su libertad.

152. Como ya se mencionó, en el apartado correspondiente a poblaciones en situación de vulnerabilidad, nuestro país es de tránsito y destino para las personas migrantes, muchas de ellas son trasgredidas en distintos derechos humanos y, en el caso analizado para esta recomendación se desprendió que las autoridades de un centro de reclusión local ubicado en la entidad federativa de Chiapas solicitó la intervención de la representación diplomática de Guatemala en esa entidad federativa para localizar a familiares de una persona de esa nacionalidad privada de su libertad por la comisión de un delito, la cual vivía con VIH y tuberculosis en fase terminal, por lo que las referidas autoridades mexicanas tenían la intención de ponerlo en libertad con motivo de su condición de salud, lo cual hicieron sin esperar la respuesta de las autoridades guatemaltecas, y pusieron a esta persona a disposición del Instituto Nacional de



Migración, quienes lo repatriaron al punto fronterizo entre México y Guatemala, sin tomar en consideración su precario estado de salud.

153. Al respecto la ONU, en la *“Declaración Política sobre VIH/SIDA de la ONU 2016”*, en su párrafo 63 g, ha sido muy clara al decir que:

“Alentamos a los Estados Miembros a encarar las vulnerabilidades al VIH y las necesidades de salud específicas de las poblaciones migrantes y móviles, así como de los refugiados y las poblaciones afectadas por crisis, y a adoptar medidas para reducir el estigma, la discriminación y la violencia, así como para examinar las políticas relativas a las restricciones de entrada basadas en el estado serológico, con miras a eliminar esas restricciones y la devolución de las personas por su condición de seropositivas, y apoyar su acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH (...).”

154. La ONU señaló en el párrafo 23 del *“Proyecto de documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015”*, elaborado en seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio, que:

“Es necesario empoderar a las personas vulnerables. Esta Agenda refleja las necesidades de todos los niños, los jóvenes, las personas con discapacidad (más del 80% de las cuales viven en la pobreza), las personas que viven con el VIH/sida, las personas de edad, los pueblos indígenas, los refugiados y los desplazados internos y los migrantes, entre otros. Estamos resueltos a emprender más acciones y medidas eficaces, de conformidad con el derecho internacional, para eliminar obstáculos y restricciones, fortalecer el apoyo a las personas que viven en zonas afectadas por



emergencias humanitarias complejas y en zonas afectadas por el terrorismo y atender sus necesidades especiales.”

155. Por su parte, la CrIDH en su Opinión Consultiva OC-18/03. Respecto a la “*condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados*”, resolución del 17 de septiembre del 2003, expuso lo siguiente:

“Generalmente los migrantes se encuentran en una situación de vulnerabilidad como sujetos de derechos humanos, en una condición individual de ausencia o diferencia de poder con respecto a los no-migrantes (nacionales o residentes). Esta condición de vulnerabilidad tiene una dimensión ideológica y se presenta en un contexto histórico que es distinto para cada Estado, y es mantenida por situaciones de jure (desigualdades entre nacionales y extranjeros en las leyes) y de facto (desigualdades estructurales)- esta situación conduce al establecimiento de diferencia en el acceso de unos y otros a los recursos públicos administrados por el Estado.”

156. Lo anterior demuestra la negligencia con la que actuaron las autoridades mexicanas, así como los múltiples factores de vulnerabilidad que convergen por cuanto hace a las personas migrantes con VIH.

❖ **Derecho a la seguridad jurídica.**

157. *“La seguridad jurídica es la certeza que tiene el individuo de que su situación legal no será modificada más que por los procedimientos regulares, establecidos previamente.”*⁴⁹

⁴⁹ Jorge Adame Goddard, “Seguridad jurídica”, en Nuevo diccionario jurídico mexicano, t. P-Z, página 3429.



158. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos prevé en sus artículos 14 y 16 los mecanismos para hacer efectivo este derecho humano al establecer que todo acto de molestia dictado por una autoridad legalmente facultada para ello, debe estar fundado y motivado.

159. Este derecho humano también consiste en que cada persona tenga certeza sobre su situación frente a las leyes, frente a procedimientos formalmente establecidos, sobre sus bienes, posesiones, familia, datos personales o cualquier otro derecho.

160. Lo anterior, debe vincularse con el principio de legalidad, el cual consiste en el apego estricto a la ley que significa la compatibilidad del acto de autoridad regulado en la norma jurídica.

161. En consecuencia, el derecho humano a la seguridad jurídica y el principio de legalidad son condiciones indispensables para el ejercicio del servicio público.

a) Prestación indebida de servicio público.

162. En los casos de estudio se detectó que parte del personal adscrito a instituciones públicas de salud incurre en conductas que ponen en riesgo la salud de las personas agraviadas por vivir con VIH, lo cual desafortunadamente refuerza el estigma y discriminación que se asocia con este padecimiento y lo que resulta más preocupante para esta Comisión Nacional es que sea por parte del personal médico, quienes tienen la calidad de garantes respecto a la salud de cualquier persona.

163. Las agencias especializadas de las Naciones Unidas han sido enfáticas en recordar que un principio central de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es “*garantizar que nadie se quede atrás*” y “*llegar primero a los más rezagados*”, ya que la



discriminación en los centros sanitarios es uno de los principales obstáculos para el logro de los ODS.

164. La discriminación en los centros sanitarios es un fenómeno generalizado en todo el mundo y adopta diversas formas, pues afecta todo el universo de derechos fundamentales protegidos por los tratados internacionales, por las leyes y constituciones nacionales.

165. La Declaración Conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros sanitarios ha propuesto examinar, fortalecer, implementar y monitorear las políticas, normatividad, condiciones de trabajo y principios éticos aplicables a los profesionales sanitarios para prohibir la discriminación por cualquier motivo en los centros de salud.

166. Por su parte, la NOM-010-SSA2-2010, *“Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana”*, dispone que las Instituciones del Sistema Nacional de Salud deben promover y colaborar en la capacitación del personal de salud, con el objetivo de que participen activamente en la prevención, detección oportuna y atención integral de calidad del paciente, observando en todo momento el respeto a los derechos humanos, la no discriminación y la perspectiva de género.

167. Además, de acuerdo a esta norma técnica, el personal de salud debe cumplir con lo establecido en la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y al Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, así como el Programa Nacional de Derechos Humanos vigente evitando cualquier estigma y forma de exclusión en razón de las condiciones de salud o preferencia sexual (al respecto esta Comisión tiene presente que un término más adecuado es el de *orientación sexual*. En ese sentido, también se deben contemplar como razones la identidad de género y la expresión de



género) en el ejercicio de sus labores, conforme a las estrategias y competencias de salud en la materia.

168. Ahora bien, de la evidencia analizada por este Organismo Nacional se desprende que los parámetros antes descritos no se están cumpliendo íntegramente, por lo que se exhorta al Estado mexicano que refuerce los mecanismos de vigilancia para su cumplimiento, acompañado de procesos de capacitación y sensibilización permanente a los profesionales de la salud en sus distintas áreas de experticia.

❖ **Derecho al trabajo.**

169. El derecho al trabajo es la facultad que tienen todas las personas a realizar una actividad productiva legal con remuneración que le permita cubrir las necesidades para tener una vida digna. La persona tiene el derecho de elegir cualquier trabajo lícito, tiene un carácter social que implica la obligación del Estado de garantizar las condiciones y prestaciones laborales a los trabajadores.

170. Es importante señalar que el trabajo es un derecho, no es un artículo de comercio, por lo cual, deben existir los mecanismos idóneos que garanticen su adecuada tutela. Una de las problemáticas que afrontan las personas con VIH es el acceso a oportunidades de empleo, ya que en muchas ocasiones uno de los requisitos de ingreso a un trabajo es la realización de la prueba de VIH, o bien la realización de la misma sin su consentimiento, lo cual es contrario a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 en sus numerales 6.3.2 y 6.3.3.

171. Otra problemática que enfrentan es la permanencia en el empleo, pues cuando el empleador conoce la condición de VIH de la persona, rescinde la relación de trabajo sin



causa justificada en términos de la Ley Federal del Trabajo y en contravención a la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

a) Rescindir la relación laboral debido a la condición de VIH.

172. Una de las actividades más importante de una sociedad es el trabajo, por lo que el cumplir un ciclo de vida laboral significa, en muchas ocasiones, una etapa en que la persona puede experimentar pérdida del aprecio por sí misma y de la sociedad, y puede implicar detrimento en la pertenencia grupal y de las prácticas sociales que configuraron el sentido de su experiencia subjetiva de la vida.

173. Resulta preocupante para esta Comisión Nacional que en los casos analizados, las instituciones públicas fueron señaladas como presuntamente responsables de negar u obstaculizar la permanencia en el trabajo de las personas con motivo de su condición de salud, es decir, al tener conocimiento de su estado serológico.

174. Al respecto la Declaración Política sobre VIH/sida de la ONU 2016, en su párrafo 63 d, subraya la necesidad de mitigar los efectos de la epidemia en los trabajadores, sus familias y las personas a su cargo, los lugares de trabajo y las economías, entre otras cosas, tomando en consideración los convenios correspondientes de la Organización Internacional del Trabajo y observando los criterios orientadores que figuran en sus recomendaciones, a fin de adoptar medidas para eliminar el estigma y la discriminación, proteger los derechos humanos y facilitar el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relativos al VIH.

175. Como se anticipó en esta Recomendación General, otro aspecto a destacar del análisis realizado es la práctica de pruebas de detección de VIH sin el consentimiento de la persona, pues estos se realizaron dentro de una batería de exámenes clínicos que la



normatividad aplicable y vigente para nuestro país obliga a obtener el consentimiento informado para su realización.

176. La NOM-010-SSA2-2010, *“Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana”*, claramente establece los criterios a seguir para la realización de la prueba de detección de VIH:

176.1. Con conocimiento suficiente;

176.2. En forma voluntaria;

176.3. Con autorización por escrito de la persona o, en su caso, huella dactilar;

176.4. Con la garantía de que el servicio de salud al que acude respetará su derecho a la vida privada (confidencialidad del resultado) y a la confidencialidad del expediente.

177. Esta Comisión Nacional se ha pronunciado sobre este tema en la Recomendación 45/2008, *“Sobre el caso de discriminación por razón de salud a elementos adscritos a la Secretaría de Marina por padecer VIH”*, al considerar que las determinaciones de esta Secretaría respecto a dar de baja del servicio activo a dos víctimas, una de ellas pasando a situación de retiro, y a otra al declarar la procedencia definitiva de retiro por inutilidad en actos fuera del servicio, es decir, por padecer VIH, atentó contra los derechos fundamentales de igualdad y de no discriminación, por razón de salud de dichas personas, en virtud de que el artículo 226 de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, inciso 45 de la segunda categoría, no puede encontrarse en un plano superior al de la Constitución Federal, ya que esa disposición legal debe estar subordinada al respeto al derecho a la igualdad y de no discriminación



previstas en los artículos 1º, párrafo tercero, y 4º, párrafo tercero, de la Constitución Federal, que en lo sustancial establecen la prohibición de la práctica de toda discriminación que menoscabe los derechos y las libertades de las personas, así como el derecho a la protección de la salud.

178. En la Recomendación 25/2017,⁵⁰ publicada el 26 de junio de 2017, “*Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la igualdad y no discriminación, a la legalidad, y al trabajo en su modalidad de impedir el acceso al trabajo, cometidas en agravio de V, en el Estado de Oaxaca*”, este Organismo Nacional acreditó la restricción injustificada e ilegítima a derechos humanos que realizó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a una persona con VIH, quien se inscribió para concursar por una plaza en la categoría de Auxiliar de Enfermera General y que con motivo de condición de salud fue dictaminada como “*No Apto*”.

179. Una vez que se examinaron las evidencias integradas al expediente de queja, esta Comisión Nacional advirtió que el IMSS no aportó elementos de convicción que acreditaran que la limitación a los derechos de la víctima tuviera un sustento objetivo y razonable, como lo establecen los estándares de derechos humanos aplicables. Aunado a ello, el IMSS informó a este Organismo Nacional que, cuando la víctima participó para la obtención de la categoría de Auxiliar de Enfermera, el requerimiento para la plaza ya había sido cubierto, con lo cual se le generó una falsa expectativa al continuar en el proceso de selección para dicho empleo.

180. La Recomendación 200 de la OIT sobre VIH del 2010 establece la obligación de adoptar políticas y programas nacionales relativos al VIH y el sida, el mundo del trabajo,

⁵⁰ Esta Recomendación puede ser consultada en su totalidad en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2017/Rec_2017_025.pdf



seguridad y salud en el mismo, así como la obligación de integrarlos en los planes de desarrollo y en las estrategias de reducción de la pobreza, en particular las estrategias relativas al trabajo “decente”,⁵¹ las empresas sostenibles y la generación de ingresos, según proceda.

b) Trabajo Sexual y VIH.

181. *La Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida explica que “[e]n la definición de las personas que realizan trabajo sexual, las relaciones sexuales se entienden como decididas y consensuadas por parte de mujeres, hombres y personas transgénero – mayores de edad–, que de forma voluntaria acuerdan mantener una relación o intercambio sexual a cambio de dinero, bienes materiales u otros satisfactores”.*⁵²

182. El estigma social y la clandestinidad de esta actividad son factores de vulnerabilidad para este grupo poblacional, aunado a la criminalización que en algunas partes del mundo se hace del trabajo sexual, produce que las personas que se dedican a esta labor tengan una carga desproporcionada sobre evitar la transmisión del VIH e infecciones de transmisión sexual y, contrariamente, que las personas usuarias deleguen su responsabilidad de autocuidado al prestador de este servicio.

⁵¹ La OIT define como trabajo decente al que sintetiza las aspiraciones de las personas durante su vida laboral. Significa la oportunidad de acceder a un empleo productivo que genere un ingreso justo, la seguridad en el lugar de trabajo y la protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración social, libertad para que los individuos expresen sus opiniones, se organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas, y la igualdad de oportunidades y trato para todos, mujeres y hombres. Recuperado de: <https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang-es/index.htm> consultado el 27 de septiembre de 2019.

⁵² CENSIDA, Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida, p. 42. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/GUIA_NACIONAL_2014.pdf consultado el 27 de septiembre de 2019.



183. El Poder Judicial de la Federación, en el juicio de amparo 112/2013 se pronunció respecto a que *“limitar a la prostitución a que es un trabajo deshonesto y señalar que porque la ley reclamada contempla que es una falta administrativa, entonces, es contraria al artículo 5 de la Constitución Federal, implicaría hacer nugatorio el derecho al trabajo”*⁵³

184. La población que se dedica al trabajo sexual debe ser considerada en la aplicación de los criterios a seguir para la realización de la prueba de detección de VIH referidos en la NOM-010-SSA2-2010 y que se citan en el párrafo 173 de esta Recomendación General.

185. El hecho de dedicarse al trabajo sexual no menoscaba en ninguna manera sus derechos; sin embargo, es frecuente que, en la práctica autoridades gubernamentales vulneren por acción u omisión sus derechos humanos y sean víctimas de persecución o de hostigamiento bajo el pretexto de *“alterar el orden público”, “las buenas costumbres”* o *“la salud pública”*.⁵⁴

❖ Derecho a la igualdad.

186. La igualdad jurídica se entiende como la paridad que tienen todas las personas frente a la ley, es la posibilidad y/o capacidad que tiene una persona de ser titular de derechos y contraer obligaciones; sin embargo, este principio normativo no basta *per se* para que en los hechos esto suceda pues requiere la creación y aplicación de medidas

⁵³ Sentencia del Juicio de Amparo 112/2013, Recuperado de: https://www.amij.org.mx/micrositios/reconocimientos2014/sentencias/eg/Folio_6/112-2013.pdf

⁵⁴ Cfr. CNDH, Cartilla de las y los Trabajadores Sexuales y sus derechos humanos ante el VIH, pp. 14 y 15. Recuperado de: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/29-DH-trabaj-sexuales-VIH.pdf>



temporales que sean acompañadas de políticas públicas para que la igualdad jurídica llegue a ser igualdad real.

187. Este derecho tiene como consecuencia inmediata la prohibición de toda conducta discriminatoria que resulte de la privación, afectación o menoscabo de un derecho o libertad de las personas, como lo establece el artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; los artículos 4° y 9° de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

a) Omitir proporcionar igualdad de condiciones en el trabajo.

188. En este caso se advierte que algunas instituciones públicas están condicionando el acceso al empleo en razón del resultado que arroje la prueba de detección de VIH, lo cual evidentemente es una violación al derecho a la igualdad pues dicho trato diferenciado carece de elementos objetivos y razonables.

189. El criterio de análisis basado en la razonabilidad se aplica casuísticamente a partir de la pregunta sobre cuál es el criterio relevante para establecer un trato desigual en el caso concreto y si ello, además, es justificable a la luz del concepto de proporcionalidad. Por ende, tendrá que demostrarse que esa diferencia en el trato resulta adecuada, necesaria, conducente y proporcional; que respeta a los derechos humanos y es compatible con los objetivos de los instrumentos que tutelan tales derechos.

190. Como se mencionó con anterioridad, este Organismo Nacional se ha pronunciado al respecto en la Recomendación 25/2017, *“Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la igualdad y no discriminación, a la legalidad, y al trabajo en su modalidad de impedir el acceso al trabajo, cometidas en agravio de V, en el estado de Oaxaca”*.



191. Finalmente, respecto al tema de “Criminalización de la transmisión del VIH”, esta Comisión Nacional informa que El Programa Especial de Salud, Sexualidad y VIH de este Organismo Autónomo se encuentra elaborando un estudio sobre el particular, el cual se dará a conocer a la opinión pública en su oportunidad.

192. Este Organismo Nacional reconoce el esfuerzo y compromiso de las instituciones públicas y profesionales en materia de salud; sin embargo, después del análisis de la información contenida en este instrumento recomendatorio esta Comisión Nacional considera necesario reforzar la respuesta del Estado en esta materia con la finalidad de contribuir, para que se asuman y adopten políticas públicas que garanticen el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas con VIH.

193. Por lo antes expuesto, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula, respetuosamente, a usted Señora Secretaria de Gobernación, Señor Secretario de Salud, Señor Secretario de Relaciones Exteriores, Señor Secretario de Hacienda y Crédito Público, Señora Secretaria del Trabajo y Previsión Social, Señor Secretario de Marina, Señor Secretario de la Defensa Nacional, Señor Secretario de Educación Pública, integrantes del Congreso de la Unión y Congresos Locales, Señora Gobernadora y Señores Gobernadores de las Entidades Federativas, Señora Jefa de Gobierno y Congreso de la Ciudad de México, personas titulares de las Direcciones Generales del Centro Nacional para la Prevención del VIH y el sida, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, del Instituto de Salud para el Bienestar, del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas, de Petróleos Mexicanos, del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas, del Instituto Nacional de Migración, de los Institutos de Seguridad Social estatales, Señor Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Señor Comisionado Coordinador de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud, las siguientes:



V. RECOMENDACIONES GENERALES.

A LA SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, LA JEFATURA DE GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y LOS GOBIERNOS DE CADA ENTIDAD FEDERATIVA:

PRIMERA. Diseñar e implementar acciones en los Centros de Reinserción Social estatales y federales para consolidar una efectiva coordinación y vinculación con las instituciones de salud pública, locales y federal, retomando las experiencias exitosas en el país para la prevención, diagnóstico y atención médica de las personas con VIH privadas de su libertad provenientes de los sectores público, social y privado, de conformidad con el marco normativo internacional y nacional entre las que se encuentran las normas oficiales mexicanas vigentes de la Secretaría de Salud, y con ello garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas con VIH privadas de su libertad.

SEGUNDA. En los casos de las personas con VIH privadas de la libertad que por su condición de salud o por el deterioro de su sistema inmunológico necesiten atención especializada en un hospital o instituto local o federal, brindar las facilidades necesarias para que, según el caso, sean trasladadas para su atención médica y prevenir un daño mayor a su condición de salud y/o prevenir que se ponga en riesgo la vida de la persona. Asimismo, los centros de reinserción social estatales y federales deberán utilizar el máximo de recursos a su alcance para contar con los espacios físicos adecuados, insumos y la tecnología necesaria para estabilizar, atender y dar seguimiento a estos casos.

TERCERA. Realizar las acciones necesarias para garantizar el derecho a la visita íntima que tiene toda persona privada de la libertad, independientemente de vivir con VIH, ya que esta condición de salud no implica un impedimento para el ejercicio de este derecho.



CUARTA. Adoptar todas las medidas necesarias, en particular, personal suficiente, vigilancia eficaz y sanciones disciplinarias adecuadas, con miras a proteger a la población penitenciaria frente a la violación, la violencia y la coacción sexuales. Las autoridades penitenciarias deberán dar a las personas reclusas y al personal penitenciario, según corresponda el acceso a la información y educación sobre la prevención del VIH, al asesoramiento y pruebas voluntarias, a los medios de prevención, al tratamiento y atención, y a participar voluntariamente en estudios clínicos relacionados con el VIH; también deberán asegurar la confidencialidad y prohibir las pruebas obligatorias, la segregación y la denegación de acceso a instalaciones penitenciarias, así como los beneficios y los programas de excarcelación para los reclusos con VIH conforme a la Cuarta Directriz internacional sobre el VIH/sida y los derechos humanos de Naciones Unidas.

QUINTA. Establecer los mecanismos de referencia con las instituciones de salud pública federal y estatales para realizar la vinculación de las personas con VIH puestas en libertad de los centros penitenciarios y puedan continuar con su atención médica y tratamiento antirretroviral, sin que enfrenten obstáculos administrativos que les impidan ejercer plenamente este derecho.

A LA SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN Y A LA SECRETARÍA DE SALUD.

PRIMERA. Crear e instaurar un mecanismo coordinador para instrumentar el plan estratégico nacional y especializado en la atención integral a personas con VIH, a fin de que en un plazo máximo de un año se establezcan líneas de acción con indicadores concretos para el monitoreo efectivo de la inclusión en todos los ámbitos de la vida y el respeto a los derechos humanos de las personas con VIH, que cumpla los objetivos



trazados en la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas y la Acción 90-90-90 que el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA diseñó para abatir la epidemia.

SEGUNDA. Establecer un mecanismo de coordinación entre la Secretaría de Gobernación y la Secretaría de Salud para que de manera efectiva se elaboren e implementen campañas y servicios de prevención, diagnóstico y atención médica, incluyendo el tratamiento antirretroviral a la población en contexto de migración en tránsito o destino y personas repatriadas acercando los servicios de los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del sida e Infecciones de Transmisión Sexual o cualquier otra unidad de salud para atender efectivamente el actual fenómeno migratorio que vive México. Este mecanismo tiene como objetivo proteger la salud y garantizar el acceso de la población en contexto de migración sin importar el origen, género, identidad sexo-genérica, orientación sexual o estatus migratorio. Esta medida es esencial para controlar la epidemia de VIH que no reconoce muros ni fronteras.

TERCERA. Promover la armonización de las disposiciones reglamentarias para garantizar en condiciones de igualdad y no discriminación el derecho a la protección a la salud de las personas extranjeras con VIH en contexto de migración que se encuentren en el territorio nacional, en particular, a la luz de los estándares internacionales en materia de protección de derechos de las personas con VIH, en la parte relativa a la restricción temporal a noventa días para las personas en contexto de migración extranjeras en territorio nacional que no cumplen con los requisitos establecidos en el artículo 77 Bis 7, fracción III, de la Ley General de Salud, ya que lo anterior resulta violatorio de lo mandatado constitucional y convencionalmente en materia de protección a la salud, igualdad y no discriminación, especialmente, considerar la grave vulnerabilidad de las mujeres embarazadas migrantes con VIH.



A LA SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES:

PRIMERA. Realizar las gestiones necesarias ante la Organización de las Naciones Unidas y la Organización de los Estados Americanos, respectivamente, para la elaboración e implementación de un instrumento marco vinculante que promueva y proteja los derechos de las personas con VIH.

SEGUNDA. Implementar las acciones que resulten necesarias para que el Estado mexicano cumpla con las obligaciones derivadas de la Convención Interamericana contra toda forma de Discriminación e Intolerancia, propiciar la armonización de las leyes federales con su contenido, y coordinarse con las instancias que corresponda para asegurar que se destine el presupuesto suficiente para su puntual cumplimiento.

A LA SECRETARÍA DE SALUD, A LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, AL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR, AL CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH Y EL SIDA, AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, AL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, AL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS, A PETROLEOS MEXICANOS, A LA COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS, Y A LOS INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL ESTATALES:

PRIMERA. Instaurar un mecanismo interinstitucional de coordinación permanente cuyo objetivo sea prevenir el desabasto de medicamentos antirretrovirales, ejecutar un efectivo control en la adquisición y asignación oportuna de éstos, así como vigilar su



suficiencia, disponibilidad y adecuada distribución a todas las instituciones que brinden servicios de salud a las personas con VIH, de manera uniforme, continua y transparente. El estudio, diseño e instauración de dicho mecanismo deberá desarrollarse en un plazo máximo de un año y contar preferentemente con el liderazgo técnico del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA), en el que se contemplen procesos de atención inmediata disponibles para la ciudadanía, así como métodos de evaluación y rendición de cuentas en los se encuentre representada la participación de la sociedad civil.

SEGUNDA. Realizar de manera inmediata todas las acciones necesarias y ante las instancias conducentes para subsanar aquellas irregularidades que existan en la cadena de adquisición y distribución de los medicamentos antirretrovirales, con la finalidad de garantizar su recepción en tiempo y forma en las clínicas e instituciones de salud correspondientes para su entrega a las personas usuarias de los mismos, en tanto se cumple con la instauración del mecanismo de coordinación a que se refiere el punto recomendatorio inmediato anterior.

Este Organismo Nacional enfatiza que la atención inmediata de casos en los que se encuentran involucrados niñas, niños y adolescentes con VIH es una obligación prioritaria para las autoridades del Estado mexicano, las cuales deben privilegiar en todas sus decisiones y actuaciones el interés superior de la niñez.

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL Y DE CADA ENTIDAD FEDERATIVA, AL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR, AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, AL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, AL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS, AL INSTITUTO NACIONAL DE



MIGRACIÓN, AL INSTITUTO NACIONAL DE PUEBLOS INDÍGENAS, A LOS INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS Y A PETROLEOS MEXICANOS:

PRIMERA. Gestionar y proporcionar capacitación en materia de derechos humanos, particularmente enfocada en los derechos al trato digno y respetuoso, así como a la igualdad y no discriminación, dirigida al personal profesional interdisciplinario y al administrativo que labora en las clínicas, centros y demás instituciones de salud que intervienen en la atención de personas con VIH, con valor curricular para el personal de salud y disponibilidad de la información al público en general a través de una plataforma electrónica.

SEGUNDA. Fortalecer la difusión, conocimiento e implementación por parte del personal profesional de la salud respecto de los procedimientos especializados para la atención y tratamiento de personas con VIH, así como dotar a las instituciones públicas de insumos y áreas debidamente equipadas y acondicionadas para proporcionar adecuadamente su servicio.

TERCERA. Realizar todas las acciones conducentes para eliminar todos los obstáculos administrativos que impidan o dificulten el acceso efectivo a los servicios de salud pública a personas con VIH, así como el adecuado surtimiento de medicamentos ARV, pues lo contrario pone en riesgo su salud y, con ello, su vida. Además, proporcionar información clara, objetiva y científicamente fundada sobre el VIH, los tratamientos disponibles, así como sus riesgos, consecuencias y alternativas a las personas con VIH.

CUARTA. Examinar, fortalecer, implementar y monitorear las políticas públicas, normatividad, condiciones de trabajo y principios éticos aplicables a los profesionales



interdisciplinarios sanitarios para prohibir la discriminación por cualquier motivo en los centros de salud, tal y como lo establece la Declaración Conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros sanitarios.

QUINTA. Realizar las acciones necesarias para que las mujeres embarazadas con VIH en contexto de migración no documentadas en nuestro país reciban atención médica y medicamentos durante todo el embarazo, parto, puerperio y lactancia, para garantizar en esta población tan vulnerable la prevención de la transmisión vertical del VIH.

SEXTA. Implementar las acciones conducentes para acercar los servicios de los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del sida e Infecciones de Transmisión Sexual a todas las personas, con particular énfasis a las poblaciones indígenas, en las que se pondere su cosmovisión, lenguaje originario, usos y costumbres.

SÉPTIMA. Efectuar las acciones necesarias para garantizar efectivamente el derecho a la protección de la salud y atención obstétrica a mujeres embarazadas con VIH durante el parto, y del hijo recién nacido, para que ambos cuenten con el procedimiento médico, infraestructura, insumos, medicamentos (incluidos los antirretrovirales) y toda la atención que requieran al momento del parto, puerperio y lactancia.

OCTAVA. Examinar estrategias de implementación de la Profilaxis Oral o Profilaxis previa a la exposición del VIH (PrEP) de acuerdo a las recomendaciones formuladas por la Organización Mundial de la Salud, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y el sida y la Organización Panamericana de la Salud, a fin de valorar y determinar la viabilidad, así como el mecanismo y criterios de su implementación en nuestro país.



NOVENA. Realizar de manera urgente la revisión y actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 51, párrafo cuarto de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización que dispone que las normas oficiales mexicanas deben ser revisadas cada 5 años a partir de la fecha de su entrada en vigor.

AL CONGRESO DE LA UNIÓN Y A LOS CONGRESOS ESTATALES:

PRIMERA. Revisar y armonizar la legislación en materia de protección a derechos humanos de las personas con VIH, de conformidad con los estándares internacionales, en particular, con el objetivo de desarrollo sostenible número 16 de la Agenda 2030, así como con la Acción 90-90-90 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, a fin de garantizar que las personas con VIH puedan ejercer plenamente su derecho humano al libre desarrollo de la sexualidad.

SEGUNDA. Revisar y armonizar las disposiciones legales para garantizar en condiciones de igualdad y no discriminación el derecho a la protección a la salud de las personas extranjeras con VIH en contexto de migración que se encuentren en el territorio nacional, para que con independencia de su estatus migratorio reciban tratamiento antirretroviral y un trato digno en la atención médica que requieran.

AL INSTITUTO NACIONAL DE MIGRACIÓN:

ÚNICA. Realizar todas las acciones necesarias en el ámbito de sus atribuciones y en coordinación con las instancias correspondientes, para que a todas las personas con VIH



en contexto de migración que se encuentren en el territorio nacional, con independencia de ingreso migratorio documentado o no documentado, se les proporcionen los medicamentos antirretrovirales que requieran y se les brinde la atención médica necesaria con respeto y dignidad.

AL CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH Y EL SIDA:

ÚNICA. Realizar todas las acciones necesarias de gestión en su calidad de órgano rector de la Secretaría de Salud para la prevención y control del VIH y el sida en coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para la licitación y adquisición en tiempo y forma de los tratamientos antirretrovirales de conformidad con la ley y acorde con las directrices de optimización y distribución de los medicamentos antirretrovirales en las 32 entidades federativas para cumplir en tiempo con los procesos conducentes de su licitación y adquisición, de ser necesario, hacer uso del proceso de compra emergente a fin de evitar desabasto de los medicamentos antirretrovirales.

La presente Recomendación General, de acuerdo con lo señalado por los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción VIII, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 140 de su Reglamento Interno, fue aprobada por el Consejo Consultivo de esta Comisión Nacional en su sesión ordinaria número 389 de fecha 13 de enero de 2020, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de que se promuevan los cambios y modificaciones de disposiciones normativas y prácticas administrativas que constituyan o propicien violaciones a los derechos humanos, para que las autoridades competentes, dentro de sus atribuciones subsanen las irregularidades de que se trate.



Con el mismo fundamento jurídico, informo a ustedes que las recomendaciones generales no requieren de aceptación por parte de las instancias destinatarias; sin embargo, se les pide que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de treinta días hábiles siguientes a la fecha de emisión de la presente recomendación.

LA PRESIDENTA

Mtra. del Rosario Piedra Ibarra
MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA