FONDO DISCRIMINACI
AS PERSONAS CON VIH/SIDA E
íos LA ÉTICA DE LA RESPONS
OCRACIA COMO MANIFESTACI
ACTIVIDAD POLÍTICA Joaquín
DE LA CONVENCIONALIDAD E
ECTIVA DE LA REFORMA EN M
aúl Flores Bernal A FON
CHOS HUMANOS DE LAS PERS
o Humberto Cuevas Ríos LA
EL COTO VEDADO DE LA DEM
LOS DERECHOS HUMANOS EN
ñez Sedeño EL CONTROL DI
JUSTICIA ELECTORAL DESDE
ATERIA DE DERECHOS HUMAN
DO DISCRIMINACIÓN DE L
NAS CON VIH/SIDA EN MÉXI

A FONDO

ONDO Discriminación
los derechos humanos de
personas con vih/sida en
México Eduardo Humberto
evas Ríos A FONDO
minación de los derechos
anos de las personas con
h/sida en México Eduardo
Humberto Cuevas Ríos A
ONDO Discriminación
los derechos humanos de
personas con vih/sida en
México Eduardo Humberto
evas Ríos A FONDO
minación de los derechos
anos de las personas con
h/sida en México Eduardo

Discriminación de los derechos humanos de las personas con VIH/sida en México

Eduardo Humberto Cuevas Ríos

AUTOR REALIZA UN ANÁLISIS
OBRE LA DISCRIMINACIÓN DE
DERECHOS HUMANOS DE LAS
AS QUE VIVEN CON EL VIRUS
MUNODEFICIENCIA HUMANA/
OME DE INMUNODEFICIENCIA
IRIDA (VIH/SIDA) POR PARTE
LOS SERVICIOS DE SALUD EN
CO. EXPONE LAS GARANTÍAS
, DESDE EL ENFOQUE DE LOS
OS HUMANOS, DEBEN TENER
PERSONAS, CON REFERENCIA
CASOS DE RESPONSABILIDAD
PLANTEA QUE LOS SERVICIOS
DE SALUD EN MÉXICO SON
ONSABLES DE DISCRIMINAR A
PERSONAS CON VIH/SIDA:

Resumen

El autor realiza un análisis sobre la discriminación de los derechos humanos de las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) por parte de los servicios de salud en México. Expone las garantías que, desde el enfoque de los derechos humanos, deben tener dichas personas, con referencia de casos de responsabilidad civil. Plantea que los servicios de salud en México son responsables de discriminar a personas con VIH/SIDA: el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) representa 80 % de las quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y 50 % de ellas se debe a la omisión de tratamientos y de medicamentos antirretrovirales. Aporta en sus conclusiones que durante los últimos tres años, se ha quintuplicado el gasto público en comunicación en desmedro del presupuesto para VIH/SIDA, lo que vulnera el principio de progresividad del derecho a la salud.

Palabras claves: discriminación, VIH/SIDA, pandemia, derechos humanos y salud.

Abstract

The author develops an analysis about the discrimination on HIV/AIDS pacients human rights, encouraged by the health services in Mexico; he states the rights that these pacients must have from the point of view of the human rights as well, with a reference to cases of civil liability. It is stated that the health services in Mexico are responsible of discrimining HIV/AIDS pacients, where IMSS represents 80 percent of the complaints before the CNDH; and the 50 % of them is due to the omission of antiretroviral medication and treatment; he has come to the conclusion that during the last three years the expenses in communication have been increased five times provoking a huge decrease on the budget destined to HIV/AIDS, which infringes the principle of increase on the right to health.

Key words: discrimination, HIV/AIDS, pandemic, human rights and health.

Introducción

Después de más de 30 años de que se conocieran los primeros casos de SIDA, las personas afectadas han sufrido violaciones a los derechos humanos, siendo discriminadas de diversas maneras: tratos ofensivos, sometimiento a las pruebas de detección del virus sin consentimiento, negación de servicios médicos o la omisión de acceso a medicamentos indispensables para el cuidado de la salud y aislamientos arbitrarios en hospitales.

En el marco de la conmemoración del 1 de diciembre como el Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) informó que durante 2012 se habían registrado 752 casos de contagio en México y, según el Registro Nacional de Casos de SIDA, del total de contagios, 18 % corresponde a mujeres y 82 % son hombres, con un total de 162 mil 521 casos en el país.[1]

Por otra parte, además de constituir un serio problema de salud pública, el VIH/SIDA es también uno de violación de derechos humanos, debido a que desde el comienzo de esta enfermedad, afloraron innumerables prejuicios, estigmas y falsas creencias que se tradujeron en discriminación, y México lamentablemente no escapa de esta realidad. En la actualidad, el IMSS representa 80 % de las denuncias por hechos violatorios relacionados fundamentalmente con la negación de prestación de servicios médicos a los pacientes con VIH/SIDA, así como la omisión de medicamentos antirretrovirales. Además, el gasto en comunicación durante los últi-

[1] En 2011 había unos 34 millones de personas infectadas por el VIH (las cifras oscilan entre 31,4 y 35,9 millones). En África subsahariana, donde uno de cada 20 adultos está infectado por el VIH, es la región más afectada, 68% de la población mundial VIH-positiva vive en esta región, según estimaciones de la OMS (2013).

mos años se ha quintuplicado en desmedro del tratamiento médico directo a los personas con VIH/SIDA.

En la segunda parte de este trabajo, se muestra un contenido conceptual más integral de la salud y se enfatiza que el reconocimiento de ésta como derecho humano tiene consecuencias en el actuar de los Estados; de hecho, la definición de salud establecida en documentos internacionales incorpora una participación protagónica por parte del Estado. Enseguida, se analizan brevemente algunos casos emblemáticos en América Latina sobre la vulneración de tal derecho ante sus respectivos tribunales, acerca de la no entrega necesaria y oportuna de medicamentos para las personas que viven con VIH/SIDA, resolviéndose muchos de ellos de manera favorable; así como de la adopción por parte la Comisión Interamericana de medidas cautelares contra varios países. Sin embargo, la ausencia durante 30 años de un protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) que posibilite las quejas individuales sobre violaciones a este documento, ha complicado la justiciabilidad y la exigibilidad debidas. No obstante, los Estados no pueden deshacer sus compromisos internacionales de manera unilateral referidos a los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), en virtud del principio de progresividad y de no regresión.

En el desarrollo del tercer apartado, se aborda la discriminación para referir tanto su etimología como el marco conceptual del derecho a no padecerla; bajo el entendido de que antes de definir qué es no discriminar, conviene establecer un doble vínculo con el principio de igualdad que Ronald Dworkin —de manera magistral y sintética— explica: "el derecho a ser tratado igual, que consiste en el derecho a una distribución igual de alguna oportunidad, recurso o carga y el derecho a ser tratado como un igual, que es el derecho no a recibir la misma distribución de alguna carga o beneficio, sino a ser tratado con el mismo respeto y atención que cualquiera otro" (Dworkin, 1988: 32).

Finalmente, el cuarto apartado se refiere a la discriminación y VIH/SIDA en México con una breve pincelada histórica desde el primer caso diagnosticado en 1983, país donde la forma de contagio

prevaleciente ha sido la transmisión sexual y lamentablemente se ha quintuplicado el presupuesto en el ítem de comunicación sobre el tratamiento médico durante los últimos años, lo que tiene incidencia directa en la atención de los pacientes, como sucede con el suministro de antirretrovirales o gastos hospitalarios; además de no existir estudios serios que avalen este tipo de gastos, teniendo presente, también, que la casuística, en general, se ha mantenido lineal y los bruscos cambios en los presupuestos en relación con el VIH/SIDA asignados en cada entidad federativa han carecido de alguna investigación científica que los respalden.

El derecho a la salud

Marco conceptual

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su Carta Magna de 1946, "la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." Este concepto se refiere a la condición humana que goza plenamente de un bienestar biopsicosocial, coincidiendo en este punto con el científico chileno Humberto Maturana, quien entiende al hombre como un "ser biopsicosocial", que de alguna manera corresponde a la concepción humanista de salud de Stampar, establecida en la Constitución de la OMS (1945). Así pues, la concepción del hombre como ser biopsicosocial comprende todos los planos en constante interacción y dinamismo. En definitiva, el hombre es un ser complejo que posee una gran estructura orgánica y mental que le permite relacionarse o no con otras personas y seres vivos, y tener un comportamiento diferente al de los otros (Maturana, 1996: 72).

Sin embargo, algunos consideran que dicha definición no favorece pautas objetivas de medición de la salud y, en parecer de Orozco, tiene una reducida capacidad operativa, ya que, por ejemplo, todo aquel afectado, incluso aunque no sea personalmente, por la tiranía,

la injusticia, la desigualdad o la marginación social, no puede ser incluido en la definición y debería ser etiquetado como insano (Orozco, 2006: 26).

Sin perjuicio de lo anterior, consideramos que si bien el antiguo concepto de salud en su perspectiva negativa como ausencia de enfermedad mantiene vigencia, además de encontrarse arraigado en no pocos profesionales del sector, se hace necesario propiciar un modelo de salud integral, holístico e interdisciplinario.

Por otra parte, en la clasificación cristalizada en los dos pactos internacionales después de la Segunda Guerra Mundial, la salud se encuentra ubicada dentro de los DESC y se relaciona —en parecer de Ana Paula Hernández— no sólo con los demás (derecho a la vida, al trabajo, a la seguridad social), sino con situaciones de desigualdad socioeconómica:

> como la pobreza, la desigualdad, la discriminación, la guerra y los dispares niveles de desarrollo que existen en el mundo. El derecho a la salud afecta sobre todo a quien es más vulnerable, a quien no tiene acceso a una vivienda digna o a un salario ético; a quien por sus condiciones, depende del Estado para tener acceso a los servicios sanitarios más elementales. Por ende, la salud es la condición de posibilidad del disfrute de casi cualquier otro derecho que podamos imaginar (Hernández, 2010: 19).

Marco jurídico internacional

El derecho a la salud se encuentra inserto en los DESC y considera, según el PIDESC en su artículo 12: "el disfrute del más alto nivel de salud física y mental y consta de dos componentes básicos: condiciones de vida saludables y atención médica."

La salud es el requisito esencial de posibilidad de disfrute de casi cualquier otro derecho fundamental: "La ausencia del derecho a la salud, su falta de exigibilidad, coloca a los Estados y a los indivi-

duos en un círculo vicioso que acentúa la pobreza y complica cada vez más el desarrollo" (Hernández, 2010: 19-20).

El PIDESC, siguiendo de alguna forma lo establecido en la Constitución de la OMS sobre el derecho a la salud, determina en su artículo 12 lo siguiente:

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

La declaración de Alma-Ata de 1978 entrega una orientación fundamental respecto de los deberes que emanan del citado artículo, entre las que se puede señalar:

> Asegurar el acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria; facilitar medicamentos esenciales según la OMS; aplicar sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia nacional para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud a toda la población. La grave desigualdad existente en el estado de salud da la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrolla-

> dos, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

Por otra parte, el artículo 10 del Protocolo de San Salvador (1988) consagra de manera amplia el derecho a la salud en contraste con el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el cual sólo se refiere a la salud como un mero componente para obtener un nivel de vida adecuado, sin consagrarla como un derecho. Así, pues, el Pacto de San Salvador establece:

> Artículo 10. Derecho a la salud. Toda persona tiene derecho a la salud, entendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social; atención primaria de salud; extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole, satisfacción de las necesidades de salud de los grupos más vulnerables.

Al procurar una adecuada hermenéutica del texto de San Salvador, se puede inferir que el gobierno de México tiene la obligación positiva de proveer las condiciones necesarias para garantizar este derecho a todos los habitantes de los Estados Unidos Mexicanos, incluyendo tanto a los mexicanos como a los extranjeros; además, debe adoptar las medidas necesarias para prevenir y tratar las enfermedades, independientemente de las que se trate, y no poner obstáculos en la lucha contra ellas.

Jurisprudencia interamericana

Según Gutiérrez, en Latinoamerica existen muchos casos de personas con VIH/SIDA que han sido resueltos con fallos positivos, a través

de los cuales se exige la reparación del daño, así como por parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) que ha dictado medidas cautelares, siendo el primer supuesto el de la no discriminación y el segundo, cuando existe un grave o inminente riesgo de pérdida de la vida de la persona, cuyo deber de garantía corresponde al Estado (Gutiérrez, 2005: 217).

Enseguida, se analizan brevemente algunos casos emblemáticos acerca de la no entrega necesaria y oportuna de medicamentos para las personas que viven con VIH/SIDA y el caso de los militares dados de baja por presentar este padecimiento:

a) El Tribunal Supremo de Venezuela dispuso la acción de amparo (2009) para la provisión de medicamentos necesarios para el tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA, reconociendo la obligación estatal de adoptar acciones concretas y constantes para la implementación de políticas públicas.

b) La Suprema Corte de Justicia de México (2000) ante la presentación de un amparo de una persona que falleció de SIDA antes del fallo, dictaminó que el Instituto Mexicano del Seguro Social estaba violando su derecho constitucional a la salud por no suministrar los medicamentos antirretrovirales que necesitaba para vivir e insistió en la obligación de suministrar la mejor alternativa terapéutica, definida como "aquella que otorga una mayor calidad y cantidad de vida".

c) Existen muchos casos interpuestos ante la CIDH por incumplimiento en el acceso de medicamentos a pacientes con VIH/SIDA. La Comisión señaló medidas cautelares contra Perú (2007) a favor de 15 personas viviendo con VIH/SIDA; contra Nicaragua (2002) 8 personas; contra Honduras (2002) 4 personas; contra Guatemala (2003) 11 personas; contra Ecuador (2004) 6 personas; contra Colombia (2002) una persona; contra Bolivia (2003) 52 personas; contra Chile (2001) 3 personas y el listado es extenso.

d) Finalmente, el año 2007 la Suprema Corte de Justicia de México declaró la inconstitucionalidad de un artículo en una ley de las Fuerzas Armadas, que permitía al Ejército dar de baja a militares que tuvieran el virus del SIDA. La decisión, que fue aprobada por ocho votos contra tres, implicó que el Ejército debió reincorporar en sus cargos a cinco militares que fueron dados de baja, precisamente al utilizar el argumento contenido en el artículo 226 de la Ley del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Ese artículo consideraba "inútiles" para el servicio en las instituciones castrenses a los portadores del virus del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). El artículo 226 es declarado inconstitucional debido a que suponía una discriminación de las que están prohibidas por el art 1 de la CPEUM. Además, el fallo de la SCJ hace referencia a la no discriminación y al derecho a la salud, concluyendo que ninguna persona puede ser dada de baja en su trabajo únicamente por ser portadora del VIH, además que debe tener acceso a los servicios de seguridad social como sucede con cualquier padecimiento (Hernández, 2010: 25-26).

Casos emblemáticos de responsabilidad civil

A continuación, se señalan algunos de los casos interpuestos en Chile y México ante sus respectivos tribunales.

Desabasto de medicamentos

Si bien el presente caso no hace mención específica a la temática del VIH/SIDA, el criterio adoptado por el Juzgado Sexto de lo Civil en el Distrito Federal (expediente 929/2004) en materia de desabasto de medicamentos —pues el paciente se ha visto obligado a adquirirlos de manera privada— sostiene lo siguiente:

> Por lo que corresponde a los gastos erogados por la actora, con motivo tanto de la responsabilidad profesional médica y el desabasto de medicamentos se condena a la demandada a cubrirlos de manera íntegra

> a favor de la actora por el momento en que esta última los erogó, esto es, al pago de ciento noventa y ocho mil cuatrocientos tres pesos con cincuenta y cinco centavos.

Omisión de consejería

Otro caso en el Distrito Federal, tramitado ante el Primer Juzgado Civil (juicio ordinario 951/97), llegó a la conclusión de que la omisión de proporcionar consejería y apoyo psicológico al momento de dar a conocer un resultado de VIH positivo da lugar a la reparación del daño moral (Morales, 2007: 208-209).

> La norma oficial mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH, prevé que la entrega de los resultados de la prueba de detección de VIH al paciente será hecha por personal capacitado, y que tratándose de menores de edad, el resultado debe ser informado al familiar más cercano, siendo obligatorio el ofrecimiento de consejería y apoyo psicológico a toda persona a quien se le entregue un resultado de VIH positivo, con el fin de disminuir el impacto psicológico de la notificación (Morales, 207: 209).

Error en diagnóstico de laboratorio

La Corte Suprema de Chile, sostiene Ramón Domínguez, el 5 de noviembre de 2001, rechazó un recurso de casación en el fondo interpuesto contra una sentencia que condenó a un laboratorio a pagar la suma de 60 millones de pesos a título de indemnización del daño moral provocado a un cliente que contrató sus servicios para efectuarse un test de SIDA y a quien informó erradamente que su sangre estaba contaminada con el VIH, en circunstancias de que aproximadamente tres años más tarde, se comprobó que nunca había sido portador de ese virus (2001: 233-234).

El demandante solicitó la reparación del daño moral que le significó vivir sumido en atroz y permanente angustia por no tener remedio el SIDA (*pretium doloris*). El tribunal de instancia, fundándose

esencialmente en un testimonio médico psiquiátrico, sostuvo que esta situación influyó sobre la salud mental del demandante:

> El paciente —señala el médico que testificó en el proceso— presentaba un cuadro depresivo intenso con alteraciones anímicas angustiosas, con trastornos en el apetito, el sueño, ideación suicida, conductas impulsivas auto y heteroagresivas que lo llevaban a inferirse daño físico y a querer suicidarse. Su vida carecía completamente de sentido; sus proyectos personales no tenían la más mínima importancia (Domínguez, 2001: 234).

Por último, conviene señalar que este fallo resulta de gran relevancia en materia de responsabilidad civil desde una doble perspectiva: en primer lugar, porque corrobora argumentativamente la tendencia actual de la jurisprudencia chilena a otorgar la reparación del daño moral por incumplimiento contractual y, en segundo término, porque contempla precisiones acerca de las condiciones de responsabilidad de quienes efectúan tales exámenes, por los perjuicios provocados por un diagnóstico equivocado de una enfermedad.

Marco jurídico nacional

El derecho a la protección de la salud se encuentra reconocido en el párrafo tercero del artículo 4º de la Constitución federal, según adición publicada el 3 de febrero de 1983, señala que:

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

Elementos del derecho a la protección de la salud

Según Diego Valadés, en su obra "El derecho a la protección de la salud y el federalismo" (en Muñoz y Cano), es posible distinguir los siguientes elementos de este derecho:

Cuando señala a "toda persona", hace referencia tanto al mexicano como al extranjero (Muñoz de Alba y Cano, 2001: 67), es decir, respecto de su contenido, posee un principio integral en su cobertura; es universal y protege a todo ser humano por el mero hecho de serlo.

Pero el gobierno de México vulnera dicho principio de universalidad y de integralidad, porque excluye al migrante del IMSS y, de este modo, de muchas prestaciones de salud, incluso si presenta el VIH/SIDA; así como a los becarios de países extranjeros que contraigan dicha enfermedad, pues quedan excluidos de cualquier tipo de tratamiento, y lo que es peor, para postular a una beca de posgrado de la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) del gobierno de México, el postulante de otro país no debe padecer de VIH/SIDA.

Al enunciarse el "derecho a la protección", se incluyen los servicios personales de salud (atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación) y los de carácter general o salud pública, que comprenden la preservación del ambiente para el desarrollo y bienestar, como lo establece el inciso cuarto del mismo artículo (Muñoz de Alba y Cano, 2001: 67).

A propósito de lo anterior, según Pedro Morales, la actividad curativa significa:

> El proporcionar un tratamiento oportuno al enfermo, lo que incluye [...] la aplicación de los medicamentos básicos correspondientes conforme al cuadro básico de insumos del sector salud, sin que obste a lo anterior el que los medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención por parte del sector salud (Morales, 2007: 60).

Respecto a la justiciabilidad del derecho a la salud, Pedro Morales se refiere en los siguientes términos:

> Si bien la mayoría de la doctrina mexicana ha caracterizado al derecho a la protección a la salud como parte de las normas programáticas o como un derecho social de cumplimiento paulatino, supeditado a que el Estado cuente con los recursos necesarios [...] después de una inicial reticencia a reconocer dicho derecho, la Suprema Corte de Justicia y diversos tribunales federales, al resolver juicios de amparo promovidos por personas afectadas por el VIH/SIDA, lo han caracterizado como un auténtico derecho público subjetivo que es justiciable (Morales, 2007: 61).

Justiciabilidad y exigibilidad

Tan importante como el reconocimiento de los DESC, en este caso el derecho a la salud, es su justiciabilidad —sostiene Ana Paula Hernández—, entendida como la posibilidad de que su titular pueda accionar judicialmente ante la afectación de su propio derecho, de manera que el incumplimiento de éste produzca o actualice consecuencias normativas (Hernández, 2010: 17).

Así pues, es interesante plantearse la siguiente interrogante: ¿El Sistema Interamericano ha contribuido al desarrollo de los DESC? Para comenzar, el Sistema Interamericano sustentado esencialmente en dos órganos —la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, que actúa como órgano cuasijurisdiccional, y la Corte Interamericana de Derechos Humanos— fundamenta su proceder de manera importante en la Convención Americana sobre Derechos Humanos; sin embargo, a pesar de las expectativas contenidas por algunos de los Estados suscriptores y de la entrada en vigencia de dicha Carta en julio de 1970, los resultados no han sido muy alentadores.

Uno de los aspectos que ha perjudicado la falta de efectividad de los DESC ha sido el eterno debate en torno a la exigibilidad de los mismos; en este sentido, hay dos grandes corrientes ideológicas prácticamente irreconciliables: la socialista, que con base en el principio de igualdad, propugna una mayor justicia social; y la capitalista, que defiende la libertad a quemarropa por sobre cualquier derecho social.

Por otra parte, la ausencia de medidas concretas de satisfacción de los DESC se hace patente, más aún, en una tendencia neoliberal que favorece sólo el lucro de unos pocos y la concepción de justicia social ha quedado postergada, pareciera que de manera indefinida. Aunque es justo reconocer los intentos de la Comisión Interamericana y de la Corte Interamericana de dar una mayor efectividad a los DESC —encubiertos muchas veces en los mismos derechos políticos y civiles—, sus pronunciamientos aún siguen siendo insuficientes y el artículo 26 de la Carta Americana, que se refiere al desarrollo progresivo de los DESC, pareciera ser todavía un camino inexplorado.

Lo anterior, agravado por los altos índices de pobreza —según el último informe de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la mitad de la población de esta región del mundo continúa viviendo en la pobreza— y la deuda externa de los países que sigue incrementándose, aumentando la brecha entre ricos y pobres; además, el ingreso per cápita de las denominadas "economías emergentes" es cada vez más desfavorable, pero en ningún caso excluye que dichos Estados, en un manto de irresponsabilidad, puedan pretender desentenderse de su problemática económica y social, así como de sus responsabilidades con sus connacionales y sus compromisos internacionales.

En América Latina —como se señaló anteriormente— existen muchos casos significativos de pacientes con VIH/SIDA que han sido resueltos con fallos favorables exigiéndose la reparación del daño, así como por parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) que ha adoptado medidas cautelares, siendo el primer supuesto el de la no discriminación. Sin embargo, la tardanza y excesiva burocracia a nivel interno en las resoluciones judiciales no ha sido un inconveniente menor.

Por otra parte, los Principios de Limburgo (1986) relativos a la aplicación del PIDESC explican que la obligación de lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos exige que los Estados partes actúen rápidamente. En este sentido, van también los lineamientos de Maastricht —acota Hernández— sobre violaciones a los DESC al establecer que "los Estados son tan responsables por las vio-

laciones de los derechos económicos, sociales y culturales como lo son por las de los derechos civiles y políticos" (Hernández, 2010: 17).

Sin embargo, la ausencia, durante 30 años de un protocolo facultativo del PIDESC —afirma Hernández— que "posibilite las quejas individuales sobre violaciones al pacto ha complicado la justiciabilidad y la exigibilidad de los mismos, aunado a la progresividad de los mismos ha atentado contra la efectividad de dicho instrumento" (Hernández, 2010: 18).

En cuanto al carácter progresivo de los deberes de los Estados respecto de los DESC, Jaime Saura sostiene:

> no es contradictorio con su exigibilidad [...] aún en tiempos de crisis como el actual, los Estados no tienen un derecho irrestricto a deshacer los logros alcanzados, y en ningún caso justifica recortes sobre los contenidos esenciales de estos derechos, sino que por el contrario tienen el deber de seguir progresando o al menos de mantener lo alcanzado, además el incumplimiento de los Estados a sus compromisos internacionales de los DESC, constituye, en este sentido, una violación, razón por la cual es fundamental un procedimiento claro y efectivo sobre la exigibilidad y justiciabilidad de tales derechos, debiendo llevar aparejados, además, algún tipo de efecto normativo (Saura, 2011: 12).

El derecho a la no discriminación

Etimología

Para empezar y sin caer en una hipérbole o exageración desmesurada, se puede señalar que cada vez que nombramos la palabra discriminación, nos referimos en su núcleo a la palabra crimen.

En definitiva, siguiendo a Gaiano, se estima que si en la definición de la palabra enfatizamos su origen de dudosa reputación y además se establecen sus elementos negativos (*dis*: enfermo o malo en latín; *crimen*: que finalmente deriva en asesinato), se puede lograr

un mayor rechazo social e institucional y se pueden atenuar las prácticas que esta palabra provoca (Gaiano e Hijano, 2010: 12).

Marco conceptual

La palabra discriminación se emplea habitualmente en dos sentidos: en primer término, como distinguir, separar; en segundo término, implica dar trato de inferioridad. Sin embargo, consideramos que por la carga negativa que le antecede en su etimología, es preferible obviar el primer término y reemplazarlo por un sinnúmero de acepciones (clasificar, categorizar, distinguir, etcétera) que nos ofrece nuestro idioma.

Ahora bien, con el propósito de entender cabalmente dicho concepto, así como de propender a su resguardo, se hace indispensable que nos aproximemos analíticamente desde su negatividad, como el derecho a no ser discriminado en el horizonte normativo de la igualdad. Por consiguiente, es pertinente formular las siguientes interrogantes: ¿Qué es la no discriminación? ¿Se trata acaso de un principio, un derecho o un deber?

Para comenzar, antes de conceptualizar qué se entiende por no discriminar, conviene establecer un doble vínculo con el principio de igualdad. Así pues, Ronald Dworkin sostiene que existen, bajo el concepto de igualdad, dos maneras diferentes de formular los derechos de no discriminación.

> La primera es el derecho a un "tratamiento igual", que consiste en el derecho a una distribución igual de alguna oportunidad, recurso o carga. En este sentido la no discriminación es igualitaria porque obliga a no establecer diferencias de trato arbitrarias basadas en el prejuicio y el estigma. Por ejemplo, un profesor no puede tratar mejor a un alumno que es blanco y discriminar a otro alumno de raza negra (Dworkin, 1988: 32-33).

La segunda forma de igualdad presente en la no discriminación consiste en el "derecho a ser tratado como un igual", que es el derecho no

a recibir la misma distribución de alguna carga o beneficio, sino a ser tratado con el mismo respeto y atención que cualquiera. Esta forma de igualdad, que se denomina igualdad constitutiva, admite e incluso exige la consideración de las diferencias sociales y de las desventajas inmerecidas, por lo que cabe en su ruta de ejercicio la ejecución de medidas de tratamiento diferenciado positivo a favor de los desventajados por discriminación (Dworkin, 1988: 33):

> el derecho a ser tratado como un igual es fundamental, y el derecho a un tratamiento igual es derivativo. En algunas circunstancias el derecho a ser tratado como un igual puede implicar un derecho a un tratamiento igual, pero no en todas las circunstancias.

Así, es posible sostener que la política de trato diferenciado positivo o preferencial debe constituir una estrategia de promoción o compensación de algunos grupos sociales; una igualdad genuina de oportunidades. El trato diferenciado o la implementación positiva constituyen expresiones de intervención social implementadas por el Estado, con el propósito de compensar y estimular a un cierto grupo socialmente excluido.

Discriminación y VIH/SIDA en México

Antecedentes

Según el CENSIDA[2], el primer caso registrado de SIDA en México fue diagnosticado en 1983. Después de un crecimiento lento en los primeros años, la epidemia registró uno exponencial en la segunda mi-

[2] Cabe señalar que la misión de CENSIDA consiste esencialmente en promover la prevención y el control de la epidemia, mediante políticas públicas, promoción de la salud sexual y otras estrategias basadas en la evidencia para disminuir la transmisión del VIH e ITS y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

tad de los años ochenta; al inicio de la década de los noventa, este crecimiento se amortiguó, mostrando una importante desaceleración a partir de 1994 (Informe Anual de CENSIDA, 2012).

El SIDA es una de las enfermedades más mortíferas en toda la historia de la humanidad. La OMS considera que es una pandemia, pues se encuentra presente en todos los lugares del orbe, especialmente en las zonas más marginadas o de importante flujo migratorio, características que se dan en México.

Para el doctor Fernando Cano Valle, el SIDA:

> es una de las enfermedades en las que el sistema inmune del ser humano se afecta con gravedad. La característica principal de esta enfermedad causada por un virus de la familia de los retrovirus, llamado VIH, es que tiene la capacidad de infectar selectivamente al sistema inmune encargado de proteger al organismo de la invasión de sustancias extrañas (2001: 5).

De acuerdo con el número total de casos reportados, según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) —que se estableció en enero de 1996 para dar respuesta y afrontar la pandemia a nivel mundial—, México ocupa el tercer lugar en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil; sin embargo, de acuerdo con la prevalencia del virus en población adulta, que es el indicador utilizado por ONUSIDA para comparaciones internacionales, México ocupa el 23° lugar en América y el Caribe y el sitio 77° a nivel mundial (Informe Anual de ONUSIDA, 2012).

Desde 1981 en el orbe y 1983 en México, la pandemia del VIH y el SIDA constituye el reto de salud pública más importe en el cambio de siglo XX al siglo XXI. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a través de su Programa de VIH/SIDA y Derechos Humanos, reconoce un desafío a este respecto en los siguientes términos:

> A la fecha las autoridades de salud tienen el registro al menos de 160,864 casos acumulados de quienes han desarrollado el síndrome a diciembre de 2012, aunado a ello, se estima que cerca de 179,478

> personas adultas entre 15 a 49 años viven con VIH con datos hasta el 2012, desde el inicio del mencionado virus ha representado un reto a los derechos humanos, por el estigma asociado al VIH por ser una infección de transmisión sexual y por asociarse arbitrariamente con poblaciones de por sí estigmatizadas. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ha reconocido al VIH/SIDA como una realidad que reclama la atención decidida de políticas de salud, pero también como un problema de derechos humanos. No solamente porque la protección de la salud y la no discriminación son derechos humanos, ni únicamente porque las personas que viven con VIH son sujetos de todos los derechos humanos, ni exclusivamente porque la condición de vulnerabilidad de estas personas es importante, sino porque la misma repuesta al SIDA por parte de la sociedad en su conjunto, sólo será exitosa si se colocan los derechos humanos en el corazón de la misma.

Según el Informe Anual 2012 de CENSIDA, el número de personas con acceso al tratamiento era de aproximadamente 85 % y de los casi 100 mil pacientes en tratamiento, más de 2 mil accedían a los antirretrovirales a través del sector privado, más de 50 mil eran atendidos por el seguro popular y el resto por las instituciones de seguridad social como el IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Conviene señalar que un porcentaje bastante elevado de quejas de pacientes con VIH/SIDA, aproximadamente 80 %, se han presentado contra el IMSS ante la CNDH y muchas de ellas, prácticamente 50 %, versan sobre omisión del suministro de medicamentos (antirretrovirales) y negación de tratamiento médico como hechos discriminatorios de dicho organismo; en contrapartida, han existido significativos fallos de la Suprema Corte de Justicia en contra de dicho organismo por no suministrar los medicamentos requeridos en el tratamiento.

Asignación poco clara de recursos a entidades federativas para adquisición de antirretrovirales

Como punto de partida, estimaciones de CENSIDA indicaron que para finales de 2012 existían aproximadamente 100 mil adultos en necesidad de recibir este tratamiento, con una cobertura cercana a 85 %. En relación con este punto, son muy claras la Ley General de Salud (1983) y la Modificación de la Norma Oficial sobre Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (1999), la cual establece: "El tratamiento con antirretrovirales debe hacerse sin interrupciones para evitar la aparición de resistencias y el riesgo de que el tratamiento pierda su utilidad."

En cuanto a la distribución de montos para las entidades federativas correspondientes a medicamentos antirretrovirales, según información proporcionada por CENSIDA en 2012[3], llama la atención ciertas cifras presupuestarias, por ejemplo, el gasto de 2008 autorizado para dicho medicamento en Baja California era de 73 millones 412 mil 52 pesos con 36 centavos ($73 412 052.36), para posteriormente presentar una baja sostenida de más de 40 % en el periodo comprendido entre 2011- 2012, que se expresó en 40 millones 751 mil 256 pesos con 27 centavos ($40 751 256.27). Algo similar sucedió en el Distrito Federal, en 2007 el monto destinado al tratamiento de antirretrovirales fue de 248 millones 116 mil 839 pesos con 70 centavos ($248 116 839.70), siendo el segundo más alto en 10 años, para después presentar una baja abrupta de 181 millones 601 mil 116 pesos con 81 centavos ($181 601 116.81); durante el periodo 2009-2010 sigue la disminución, que se expresó en 146 millones 461 mil 232 pesos con 79 centavos ($146 461 232.79), para posteriormente incrementarse en el periodo 2011-2012 de manera sorprendente en 274 millones 870 mil 237 pesos con 79 centavos ($274 870 237.79), siendo la más alta en 10 años, a pesar de que la casuística de personas infectadas con VIH/SIDA durante el mismo periodo se mantuvo lineal.

[3] Entrevista realizada por el autor a Diana Cerezo, coordinadora de CENSIDA, el 20 de abril de 2012.

Por otra parte, conviene acotar que producto de erróneas y poco claras políticas públicas en el área de salud, traducidas en desequilibrios abruptos y abismales en la asignación de presupuestos a las entidades federativas, correspondientes a los antirretrovirales, los más perjudicados son los pacientes, pues requieren de manera permanente, adecuada y oportuna el suministro de dichos medicamentos; cualquier retraso en su tratamiento u omisión es asunto de vida o muerte y representa la peor forma de discriminación.

Disminuye el presupuesto para VIH/SIDA y se quintuplica el gasto en comunicación

De acuerdo con el estudio del Centro de Análisis e Investigación de la organización civil FUNDAR, en 2011 se autorizaron 235 millones 59 mil pesos ($235 059 000.00) para atención del SIDA, mientras que para 2012 se propuso erogar 168 millones 92 mil pesos ($168 092 000.00).

> El presupuesto en comunicación social durante el sexenio del Presidente Felipe Calderón aumentó de manera considerable; si en los últimos años el periodo del Presidente Vicente Fox se gastaron aproximadamente 800 millones de pesos; en el del Presidente Felipe Calderón se han gastado durante los últimos tres años cerca de 5 mil millones en una actividad que no debiera ser tan primordial para el Estado. Desde el comienzo del sexenio del presidente Felipe Calderón se confirmó la tendencia de gastar el doble de lo presupuestado en comunicación social, sobrepasando incluso el decreto presupuestario. En 2009 se presupuestaron más de 2 mil millones de pesos y el monto ejercido fue 2.5 veces mayor.[4]

Conviene acotar que dichos recortes en el presupuesto tienen incidencia directa en la atención y tratamiento básico de los pacientes

[4] Entrevista audiovisual realizada por el autor a Diego de la Mora, coordinador de FUNDAR, el 13 de agosto de 2012, disponible en http://www.youtube.com/watch?v=mVf4Cr0skmclVIH/SIDA.

con VIH/SIDA, como sucede con el suministro de antirretrovirales (los que tienen una cobertura de cerca de 85 %) y gastos hospitalarios y ambulatorios; y en la población en general, con la entrega de condones y pruebas rápidas de detección, con la agravante de que no existen estudios serios de parte de CENSIDA que avalen el exagerado gasto en el ítem de comunicación.

Según FUNDAR, no es posible identificar de manera desagregada los recursos encaminados a cumplir con el programa de acción por parte de cada institución de salud encargada de combatir el VIH/SIDA. Algunas instituciones a las que les fueron asignados para este fin traspasaron sus recursos a rubros como Servicios Generales. Se pudo concluir que estos recursos no fueron gastados para prevenir o atender el VIH/SIDA, sino para pagar servicios bancarios, viáticos de funcionarios, servicios de mantenimiento, de limpieza o vigilancia.

Finalmente, dicha reducción atenta gravemente contra el derecho a la protección a la salud, así como el derecho a la vida de las personas, y vulnera principios como el de no regresión, donde los Estados no pueden disminuir la asignación de presupuesto en el ámbito de la salud; el de progresividad, puesto que los Estados tienen el deber de incrementar de manera gradual la atención y tratamiento médico; y por último, respecto de la satisfacción, donde los Estados no pueden proporcionar una asignación presupuestaria de carácter insuficiente para satisfacer el respectivo derecho.

Servicios de salud en México responsables de discriminación a personas con VIH/SIDA

Un porcentaje elevado de las personas con VIH/SIDA que presentaron quejas ante la CNDH han sufrido violación a sus derechos humanos, sobre todo en los que corresponden a servicios de salud. En un estudio acerca de la relación entre servicios de salud en México y personas con VIH/SIDA, realizado por Infante y otros, se efectuaron entrevistas en profundidad a personal de servicios de salud públicos y a personas con VIH/SIDA, con lo que se encontraron casos graves de

discriminación. Por ejemplo, en la identificación de los pacientes, el mencionado estudio sostiene:

> se produce una discriminación simbólica, pues algunos proveedores de servicios construyen sus propias categorías de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) y jerarquizan a los pacientes en salvables o recuperables y los diferencian de los desahuciados; en consecuencia, por estos últimos no vale la pena exponerse. Al respecto un médico señala lo siguiente: "no hay necesidad de exponerse a un riesgo de infección operando a pacientes con VIH/SIDA que finalmente morirán" (Infante *et al*., 2006: 146).

En consecuencia, subrayan los autores, el estigma hacia las PVVS dentro de los servicios de atención comienza con la identificación de los pacientes y ello determina el trato diferenciado, lo que se materializa en los siguientes términos:

> Dentro de las instituciones, todos los pacientes disponen de una tarjeta de identificación y citas y un expediente clínico. En el caso de las PVVS, estos dos instrumentos de seguimiento clínico están marcados con una señal que los identifica como positivos al VIH. Estas prácticas institucionalizan el estigma vinculado con el VIH/SIDA (Infante *et al*., 2006: 145).

Por otro lado, el mismo estudio señala que entre el personal de salud no existe uniformidad en los criterios sobre la función del aislamiento:

> Hasta 46 % de los encuestados considera que el aislamiento se establece para proteger a otros enfermos de las PVVS, 26 % para cuidar a las propias PVVS y 28 % cree que es una medida para la protección del personal de salud debido al alto riesgo de infección. Esta percepción de riesgo entre los proveedores de servicios de salud encuestados es,

> en general, muy alto[5]: 78 % de los médicos, 89 % del personal de enfermería, 85 % de los laboratoristas y, algo que llama la atención, 33 % de los psicólogos o consejeros se consideran en riesgo de infectarse al tratar a las PVVS. Más aún, entre 60 y 70 % de los encuestados asume que al atender a una PVVS se deben tomar precauciones adicionales especiales, además de las medidas comunes para la atención de pacientes (Infante *et al*., 2006: 147).

Además, cuando las personas con VIH/SIDA solicitan los medicamentos antirretrovirales, se los niegan, y muchas veces los funcionarios que trabajan en Farmacia les señalan que vengan en una o dos semanas, que carecen de dicho medicamento; y cuando se encuentran hospitalizados, no reciben el seguimiento adecuado, los médicos no realizan sus rondas y el personal de nutrición tampoco cumple con su cometido, estableciendo una acentuada diferenciación en el trato de los pacientes con VIH/SIDA y los demás enfermos.[6]

La negación de medicamentos antirretrovirales atenta gravemente —como se veía— contra el artículo 6º de la disposición oficial sobre Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida, donde se establece que "el tratamiento con antirretrovirales debe hacerse sin interrupciones para

[5] En la muestra para la encuesta de este estudio, se incluyeron hospitales pediátricos, generales y obstétricos de segundo y tercer niveles de atención. Se observaron de manera directa procesos y prácticas en la atención de las PVVS en hospitales y albergues de tres ciudades de la República mexicana: Puebla, Cuernavaca y la ciudad de México. La encuesta se aplicó además en unidades de medicina familiar o de primer nivel de atención, con y sin servicio de laboratorio. Se aplicó un total de 373 encuestas, 285 en hospitales de segundo y tercer niveles y 88 en unidades de medicina familiar. Las personas encuestadas fueron 239 mujeres y 131 hombres (tres cuestionarios quedaron sin ese registro). La mayoría tenía entre 30 y 49 años (32 %) y se desempeñaban como médicos (171), enfermeras (132), laboratoristas (27), recepcionistas (23), trabajadores sociales (14) y consejeros (6).

[6] A modo complementario del estudio precedente, con el propósito de conocer el nivel de percepción de la atención y satisfacción en los pacientes con VIH/SIDA, en el presente trabajo aplicamos el método de saturación teórica de entrevistas en profundidad a 18 pacientes con VIH/SIDA en el IMSS de Xola (9) y de la Raza (9).

evitar la aparición de resistencias y el riesgo de que el tratamiento pierda su utilidad."

Otro hecho no menos relevante es el prejuicio, la discriminación y la estigmatización que sufren las personas con VIH/SIDA y que no sólo tienen que ver con su padecimiento, sino que generalmente se vincula con su pertenencia a ciertos grupos denominados de riesgo (personas cuya actividad es la prostitución o emplean drogas intravenosas o son homosexuales). De esta manera, se estigmatiza a grupos de personas que se ubican en una posición vulnerable, pues el VIH/SIDA no es una enfermedad exclusivamente de drogadictos, homosexuales o prostitutas, sino que cualquiera puede contraerla si no adopta las medidas de prevención adecuadas.

Este estigma no sólo se manifiesta en los servicios de salud, cuya responsabilidad es enorme, pues resulta común la falsa creencia de que el contagio de esta enfermedad puede darse por la simple convivencia, como se demuestra en la Encuesta Nacional Sobre Discriminación en México (CONAPRED, 2010); en la que 35.9 % de las personas encuestadas declararon que no aceptarían que en su casa viviera una persona con VIH/SIDA; 43.7 % no aceptaría que vivieran homosexuales y 44.1 % rechazaría que vivieran lesbianas. Esta situación es altamente discriminatoria y atenta de la peor manera contra el espíritu de la ley antidiscriminación y el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM).

A propósito de las prácticas discriminatorias, el Código Penal del Distrito Federal, desde junio de 2012, tipifica y establece drásticas sanciones para quienes incurren en ellas, y en el caso de los funcionarios públicos, las penas se duplican de tres a seis años, lo que en verdad resulta demasiado exagerado; creemos, por consiguiente, que lo más pertinente es establecer algún tipo de sanción económica o de servicio a la comunidad al personal que discrimine; y en el caso que nos ocupa —a modo de prevención— que los profesionales de la salud se capaciten periódicamente en la atención de pacientes con VIH/SIDA, teniendo como columna vertebral el respeto y promoción de los derechos humanos, la tolerancia y la no discriminación.

Expedientes de quejas contra los servicios de salud

En cuanto a expedientes de quejas que han sido atendidas por la CNDH del 27 de diciembre de 2001 al 20 de marzo de 2013, resalta que entre ellos no se cuentan innumerables gestiones de la CNDH consistentes en remisiones y orientaciones directas en beneficio de los quejosos.

Del total de quejas recibidas por la CNDH, en el periodo mencionado, sobre presuntas violaciones de derechos humanos de personas que viven con VIH/SIDA, la institución que ha presentado una sola queja en 2002 y no ha manifestado nuevamente alguna es el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, al igual que el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, con un solo caso en 2008; le siguen el Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias con dos casos cada uno; sin embargo, podemos observar que la institución que presenta el mayor número de quejas sigue siendo el Instituto Mexicano del Seguro Social con un total acumulado de 438 casos, le sigue el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE) con 68 casos.

En la siguiente tabla, el IMSS es la institución que acumula la mayor cantidad de quejas con más de 80 % del total. Si bien los datos nos indican que en 2012 se tuvo un significativo descenso, 43 quejas, en comparación de 2011 con un total de 53 quejas, se presentó similar situación en 2010 con un total de 44 quejas, lo que ha sido su tendencia.

La segunda institución con más quejas es el ISSSTE con 8 % del total de las quejas, en el acumulado para 2009 presentó seis quejas, en 2010 un total de tres y en 2011 se observaron seis; sin embargo, en 2012 asciende a más de 100 % de lo que ha sido su promedio histórico, con un total de 14 quejas.

Instituciones con mayor número de quejas

Institución	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1**
Instituto Federal de Acceso a la Información Pública	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	**1**
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	**2**
Instituto Nacional de Cancerología	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	**2**
Petróleos Mexicanos	1	1	0	1	1	0	2	0	0	0	2	1	0	**9**
Secretaría de Marina	1	1	1	2	5	0	4	3	3	2	1	2	0	**25**
Secretaría de la Defensa Nacional	4	7	1	0	8	4	4	4	0	1	2	1	0	**36**
Secretaría de Salud	1	1	0	0	2	0	0	2	0	1	0	3	0	**10**
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	4	4	5	7	5	2	4	7	6	3	6	14	1	**68**
Instituto Mexicano del Seguro Social	12	40	21	19	42	55	34	25	37	44	53	43	13	**438**
TOTAL	**23**	**55**	**28**	**29**	**63**	**61**	**49**	**42**	**48**	**51**	**64**	**65**	**14**	**592**

Como podemos observar, en algunas instituciones existe un comportamiento que tiende a la disminución de quejas interpuestas ante la CNDH, un ejemplo claro lo vemos en la Secretaría de Marina, donde cada año del periodo específico ha disminuido el número, aunque 2012 representa un total de dos casos. Por otra parte, existen instituciones que se encuentran en el fondo de la tabla como sucede con el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública[7], con un acumulado de un solo caso, respectivamente. Algo similar ocurre con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Instituto Nacional de Cancerología, que presentan un total de dos casos cada uno.

Por último, es conveniente acotar que la concentración de las quejas en las instituciones de salud pública obedece a que son aquellas con mayor número de prestaciones a la población; esto se expresa, en consecuencia, en una mayor cantidad de reclamos por parte de los usuarios, que en 50 % aproximadamente corresponden a la negación de medicamentos antirretrovirales y omisión de prestación de atención médica.

Violaciones de derechos humanos a personas que viven con VIH y SIDA por entidad federativa

En el siguiente cuadro, se puede observar el número de casos de VIH/SIDA hasta el 20 de marzo de 2013, según la base de datos del programa correspondiente de la CNDH, así como el acumulado de quejas ante esta comisión y su proporción por entidad federativa. Este análisis busca relacionar el número de quejas con la población vulnerable a la violación a sus derechos humanos por vivir con VIH o SIDA.

[7] Base de datos del Programa VIH/SIDA, de la CNDH. Actualización: hasta el 20 de marzo de 2013.

Entidades federativas y proporción de quejas

Entidad federativa	Casos acumulados	Quejas	Proporción de quejas
Aguascalientes	966	4	0.41 %
Baja California	7 100	14	0.20 %
Baja California Sur	929	4	0.43 %
Campeche	1 666	7	0.42 %
Coahuila	1 805	21	1.16 %
Colima	940	23	2.45 %
Chiapas	7 189	9	0.13 %
Chihuahua	4 488	6	0.13 %
Distrito Federal	25 068	456	1.82 %
Durango	1 227	10	0.81 %
Guanajuato	3 322	9	0.27 %
Guerrero	7 102	36	0.51 %
Hidalgo	1 817	4	0.22 %
Jalisco	12 268	70	0.57 %
México	17 350	100	0.58 %
Michoacán	4 468	31	0.69 %
Morelos	3 449	16	0.46 %
Nayarit	2 032	9	0.44 %
Nuevo León	4 731	53	1.12 %
Oaxaca	5 517	12	0.22 %
Puebla	7 220	15	0.21 %
Querétaro	1 313	27	2.06 %
Quintana Roo	2 447	15	0.61 %
San Luis Potosí	2 102	23	1.09 %
Sinaloa	3 021	9	0.30 %
Sonora	3 060	23	0.75 %
Tabasco	3 300	9	0.27 %
Tamaulipas	3 855	32	0.83 %
Tlaxcala	1 297	4	0.31 %
Veracruz	14 805	42	0.28 %
Yucatán	3 734	25	0.67 %
Zacatecas	847	2	0.24 %

Los estados con mayor número de casos acumulados según la base de datos presentada son: en primer lugar, Distrito Federal con 25 mil 68 casos; en segundo lugar, México con 17 mil trecientos cincuenta; y en tercer lugar, Veracruz con 14 mil ochocientos cinco. Los estados que presentan menor número de casos acumulados son: Colima con 940 casos, le sigue Baja California Sur con 929 casos, y por último se encuentra Zacatecas con 847.

De la misma manera, se puede apreciar que los estados que han presentado mayor número de quejas son el Distrito Federal con 456, seguido por México con 100 y por último Jalisco con 70 quejas acumuladas hasta el 20 de marzo de 2013. Al contrario, tenemos los estados que han presentado un menor número de casos como Zacatecas con dos quejas, Aguascalientes con cuatro al igual que Baja California Sur e Hidalgo, y por último Campeche con siete y Chihuahua con seis quejas.

Por otra parte, es conveniente precisar el hecho de que no implica que en las ciudades donde existe una mayor concentración casuística de VIH/SIDA o un número mayor de población, exista de manera correlacionada un mayor porcentaje de quejas.

Así, resulta pertinente conocer la proporción de quejas con base en los casos acumulados: la proporción más alta de personas que interponen quejas ante la CNDH se encuentra en Colima con 2.45 %, le sigue Querétaro con 2.06 % y el Distrito Federal con 1.82 %. Como se puede observar, la primera y la segunda entidades federativas no presentan el mayor número de casos acumulados ni el mayor número de quejas, lo que lleva a inferir que debe existir entre la población que vive con VIH un mayor conocimiento sobre la violación de sus derechos que deviene de información de diversas instituciones u organizaciones civiles.

Entre los estados con menor porcentaje de quejas, podemos apreciar: Chiapas y Chihuahua con 0.13 % cada uno, Baja California con 0.20 %, por último Puebla con 0.21 y Oaxaca con 0.22 por ciento.

Conclusiones y medidas contra la discriminación

A pesar de que el principio y el derecho de no discriminación es un deber inmediato según el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Protocolo de San Salvador y la Convención Americana, miles de personas en México viviendo con VIH/SIDA son discriminadas día a día y afectadas en sus derechos humanos, específicamente y en cuanto al tema que nos atañe, en su derecho a la protección a la salud. Así pues, resulta clave la tarea que realicen la CNDH, organizaciones no gubernamentales y civiles, y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), como se puede corroborar tomando en consideración que la primera y segunda entidades federativas con mayor porcentaje de quejas (Colima y Querétaro) no son las que presentan mayor número de casos acumulados de personas con VIH/SIDA ni el mayor número de quejas, lo que lleva a inferir que debe existir entre la población que vive con VIH/SIDA un mayor conocimiento sobre la violación de sus derechos que deviene de información de diversas instituciones u organizaciones civiles avocadas a promover los derechos humanos.

En segundo término, se debe revisar la legislación vigente con el propósito de establecer claramente la igualdad de oportunidades y protección a las personas con VIH/SIDA, además de implementar de manera periódica, a propósito de la discriminación de que son objeto por parte de los servicios de salud en México, programas de educación sexual y promoción de los derechos humanos a los profesionales de la salud, donde el eje articulador sea el respeto a la diversidad, la tolerancia y la no discriminación.

Por otra parte, si bien no existe un protocolo definido —que resulta tremendamente necesario— respecto a la exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la protección de la salud y en general de los DESC, no es menos cierto que el Protocolo de San Salvador y el PIDESC consagran el desarrollo progresivo de éstos, además de los Principios de Limburgo, que se refieren al deber de los Estados de actuar de manera rápida en la progresividad de estos derechos. Sin embargo, se hace indispensable darle un carácter dinámico mediante meca-

nismos que los hagan exigibles y justiciables de manera eficiente y expedita, pues la realidad nos ha demostrado el entrampamiento en que han caído, fundamentalmente mediante procedimientos burocráticos interminables, teniendo en cuenta que el amparo no ha sido concebido para tal fin y que en juicios de amparos promovidos ante la Suprema Corte en contra del IMSS por no suministrar los medicamentos antirretrovirales, el paciente con VIH/SIDA ha fallecido antes de la sentencia o ha sufrido daños irreparables en su estado de salud.

Es urgente que el Estado asuma la responsabilidad que le corresponde para enfrentar adecuadamente la pandemia del VIH/SIDA, mediante el diseño de un plan sistemático, equitativo, accesible, integral, oportuno y de calidad en la prevención y tratamiento, acompañado de instituciones responsables y mejorando los criterios para la asignación de recursos; además de contar con una rigurosa, permanente y efectiva estrategia comunicacional, donde no impere la improvisación y el exceso de gastos en comunicación social en desmedro evidente del tratamiento médico directo de los pacientes con VIH/SIDA, quienes, además, han carecido, al menos en los dos sexenios anteriores, de un respaldo evidente.

Por otro lado, muchos de los recursos del presupuesto no han sido destinados directamente a la prevención o a la atención (gasto hospitalario, ambulatorio o en antirretrovirales), sino para pagar otros ítems como telefonía celular, viáticos al extranjero de servidores públicos en comisiones y funciones oficiales, pago de estímulos a servidores públicos, etcétera, por lo que la falta de claridad en el manejo del presupuesto agrava la situación de las personas que viven con VIH/SIDA y las expone de manera permanente, muchas veces, a políticas partidistas de los gobiernos en turno.

Por último, no basta anunciar "con bombos y platillos" en un discurso presidencial que se decreta el 19 de octubre como el Día de la No Discriminación y que se asegure que "la discriminación atenta contra la dignidad humana e impide que todos seamos parte del desarrollo social, económico y cultural de nuestro país", si las mismas instituciones estatales y organismos gubernamentales discriminan de las peores maneras y si no se adoptan medidas concretas o estra-

tegias pertinentes, con rendición de cuentas claras, para enfrentar este grave problema, "entre otros", claro….

Bibliografía

Dworkin, Ronald (1988), *El imperio de la justicia*, Barcelona: Gedisa.

Gutiérrez, Juan Carlos (2006), *La armonización de los tratados internacionales de derechos humanos en México,* SER, México.

Gutiérrez, Luis (2005*), Los derechos económicos, sociales y culturales*, SER, México.

Gaiano, Pablo e Hijano, Clara (2010), *Origen etimológico de las palabras discriminar y discriminación,* FUPADI, Buenos Aires.

Hernández Romano, Ana Paula (2010*), Aproximaciones al derecho a la salud: el Sida en México*, Universidad Iberoamericana, México.

Infante, César *et al*. (2006), "El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México", volumen 48, núm.2, Salud Pública de México, Cuernavaca.

Maturana, Humberto (1996), *El árbol del conocimiento*, Madrid: Debate.

Morales Aché, Pedro Isabel, coord. (2007), *Manual para la atención jurídica de casos de violación a los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA*, 2ª ed., Letra S, Salud, Sexualidad y Sida, México.

Muñoz de Alba Medrano, Marcia y Fernando Cano Valle (2001), *Derechos de las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. sida-vih*, 2ª ed., UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Colección Nuestros Derechos, México.

Orozco Africano, Julio (2006), *Evaluación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena*, disponible en http://www.eumed.net/libros/2006c/199/index.htm, Eumed.net, España. Consulta: 10 de octubre de 2011.

Saura Estapa, Jaume (2011), "La exigibilidad jurídica de los derechos humanos: especial referencia a los derechos económicos, socia-

les y culturales (DESC)."*El tiempo de los derechos*, núm. 12, año XII, enero-junio de 2011, Universidad de Barcelona, Barcelona.

Hemerografía

Domínguez, Ramón (2001), "Daño moral contractual. Examen de laboratorio por VIH. Ausencia de norma que impida esa reparación en materia contractual. Comentario de Jurisprudencia", *Revista de Derecho*, año XI, núm. 209, enero-junio de 2001, Universidad de Concepción, Concepción.

Páginas web consultadas

CENSIDA: Informe anual del 2011, disponible en http://www.censida.gob.mx, consulta: 22 de julio de 2013.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos: Base de datos del Programa VIH/SIDA, disponible en http:// www.cndh.org.mx, consulta: 21 de marzo de 2013.

Cuevas Eduardo, entrevista audiovisual realizada a Diego de la Mora, coordinador de FUNDAR, el 13 de agosto de 2012, disponible en http://www.youtube.com/watch?v=mVf4Cr0skmclVIH/SIDA

Organización Mundial de la Salud, disponible en http:// www.who.int, consulta: 23 de mayo de 2013.

Organización Panamericana de la Salud, disponible en http://www.paho.org, consulta: 1 de junio de 2013.

Suprema Corte de Justicia de la Nación, disponible en http://www.scjn.gob.mx, consulta: 24 de mayo de 2013.

ONUSIDA-Unaids, disponible en http://www.unaids.org/es/, consulta: 24 de agosto de 2013.

Leyes, declaraciones y tratados internacionales

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Obtenido el 10 de septiembre de 2013, UNAM, página institucional: http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9

Convención Americana sobre los Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Protocolo de San Salvador (1988). Obtenido el 10 de agosto de 2013, OEA, página institucional: http://www.oas.org/es.

Declaración de Alma-Ata (1978). Obtenido el 23 de mayo de 2013, OPS, página institucional: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.

Directrices de Maastricht (1997). Obtenido el 23 de mayo de 2013, DESC, página institucional: http:// www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/.../$FILE/G0044707.pdf.

Ley General de Salud (1983). Obtenido el 20 de mayo de 2013, Cámara de Diputados, página institucional: http://www.diputados.go.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf.

Norma Oficial 010-1993. Obtenido el 6 de septiembre de 2013, Secretaría de Salud, página institucional: http:// www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m010ssa23.htm.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Obtenido el 14 de agosto de 2013, ONU, página institucional: http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidcp.htm.

Pacto Internacional de los DESC. Obtenido el 1 de julio de 2013, ONU, página institucional: http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm.

Principios de Limburgo (1986). Obtenido el 28 de marzo de 2014, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, página institucional: www.ohchr.org/Documents/Publications/training12sp.pdf.