# BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN DERECHO CON TERMINAL EN DERECHO CONSTITUCIONAL Y AMPARO

TESIS:

## "EL DERECHO A LA SALUD Y AL MÍNIMO VITAL DE LAS PERSONAS CON VIH Y SIDA EN EL ESTADO DE OAXACA EN EL PERIODO 2013-2016"

PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN DERECHO CON TERMINAL EN DERECHO CONSTITUCIONAL Y AMPARO

PRESENTA:
**LIC. JOSÉ ANTONIO MATUS RÉGULES**

MATRÍCULA 204702685

DIRECTOR DE TESIS:
**DR. RAFAEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ**

**PUEBLA, PUEBLA, JUNIO DE 2016**

**EL DERECHO A LA SALUD Y AL MÍNIMO VITAL DE LAS PERSONAS CON VIH Y SIDA EN EL ESTADO DE OAXACA EN EL PERIODO 2013-2016.**

Preámbulo…… I
Introducción. ……... III

**CAPÍTULO I**
**BREVES NOTAS SOBRE LA ETIOLOGÍA DEL VIH Y EL SIDA**

1.1 Presentación. …….. 1
1.2 Origen y evolución del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)……. 2
1.3 ¿Qué es el VIH y el sida?……. 4
1.4 Estigma relacionado con el VIH……..... 8
1.5 Discriminación por el estado serológico…….. 10
1.6 La dignidad humana, los derechos humanos y el VIH…….. 11
1.7 Conclusiones…… 16

**CAPÍTULO II**
**LA PANDEMIA DEL VIH Y SUS IMPLICACIONES EN LOS DERECHOS HUMANOS A NIVEL INTERNACIONAL**

2.1 Presentación……. 18
2.2 El Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos, el VIH y el sida. …… 18
2.3 Derecho al más alto nivel posible de salud a nivel internacional en el contexto del VIH. ……... 22
2.4 El Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos, el VIH y el sida…… 26
2.4.1 Sentencia Caso Gonzáles Lluy vs Ecuador……. 30
2.4.2 Justiciabilidad de los Derechos de las personas con VIH y sida……. 33
2.4.3 El concepto de interseccionalidad de la discriminación hacia personas con VIH y sida…… 35
2.5 El derecho al mínimo vital de las personas con VIH……. 38
2.6 Conclusiones…… 43

**CAPÍTULO III**
**LA RESPUESTA DE MÉXICO FRENTE AL VIH Y SIDA.**

3.1 Presentación……. 46
3.2 La presencia del VIH en el contexto de la República Mexicana…….. 47
3.2.1 Panorama epidemiológico nacional del VIH y sida……. 48

3.2.2 Marco jurídico para la prevención y control de la infección del VIH y del sida…….. 49
3.2.2.1 Marco jurídico constitucional……... 50
3.2.2.2 Legislación secundaria aplicable al contexto del VIH y sida……. 50
3.2.2.3 La Norma oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana…….. 51
3.3 Recomendaciones de la CNDH por violaciones a los derechos humanos de las personas con VIH……... 54
3.4 Ley para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida del Distrito Federal…….. 56
3.5 Conclusiones……. 57

**CAPÍTULO IV**
**DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS JURÍDICO POLÍTICO DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL CONTEXTO DE LAS PERSONAS CON VIH EN OAXACA**

4.1 Presentación..……... 59
4.2 Marco jurídico Local del Estado de Oaxaca, el VIH y el sida…….. 60
4.3 Panorama epidemiológico del Estado Oaxaca……... 61
4.4 Los derechos humanos de las personas con VIH y sida en Oaxaca…….. 64
4.4.1 Derecho a la igualdad y a la no discriminación por condición de salud y estado serológico..…….. 64
4.4.2 Derecho a la integridad personal..……. 67
4.4.3 Derecho a la protección de la vida privada..…… 68
4.4.4 Derecho al matrimonio y a la familia..……... 69
4.4.5 Derecho al trabajo…… 70
4.4.6 Derecho a la salud…….. 72
4.4.7 Derechos de personas privadas de su libertad…… 74
4.5 Conclusiones……. 76

Conclusiones Generales. ……. 78
Propuestas. ……. 81
Fuentes de Información…..……... 84

## Preámbulo

Como defensor de los derechos de las personas con VIH y sida en el Estado de Oaxaca he percibido en diversas ocasiones, la necesidad de poder invocar un derecho que contemple y tutele los requerimientos, prestaciones y servicios indispensables que esa condición serológica provoca a este sector poblacional y que refuerce la exigibilidad del derecho a la salud en su carácter de derecho de segunda generación.

Hasta el momento, en los planos nacional e internacional la concepción de los derechos humanos está cambiando constantemente incorporando nuevas formas de justiciabilidad de derechos de manera tal que en el ámbito local surge el imperativo de hacerse y emplear los recursos y categorías jurídicas disponibles para entablar y mejorar nuestros argumentos de defensa.

En este sentido, con el desarrollo de la pandemia, a nivel mundial han surgido verdaderos casos trascendentales para lograr concretar los beneficios y prestaciones que actualmente permiten vivir con dignidad a millones de personas.

El propósito fundamental de la presente investigación consiste, por una parte, en describir y analizar el contenido normativo del derecho a la salud dirigido en especial a las personas con VIH y sida, así como determinar las implicaciones en la exigibilidad del derecho al mínimo vital de este grupo de personas cuando de no satisfacerse ponga en peligro otros derechos como la vida, la integridad personal, el respeto a la vida privada, al trabajo, la salud, y desde luego su dignidad como seres humanos.

Por lo que respecta al planteamiento del problema de la presente investigación, la cuestión gira en torno a si se puede invocar el derecho al mínimo vital para fortalecer la exigibilidad del derecho a la salud en el Estado de Oaxaca, de ahí la pertinencia a adentrarse en las relaciones entre ambos derechos y su contenido normativo.

Como objetivos generales se pretendió identificar en qué consisten el derecho a la salud y al mínimo vital así como su principal fundamento, cómo poder invocarlos en casos en los que la vida o la integridad personal de personas con VIH estén en riesgo, y describir en términos generales algunos aspectos de sus relaciones con otros derechos humanos en el Estado de Oaxaca en el periodo 2013-2016. Cabe mencionar que el periodo determinado fue motivado por la apertura de nuevos centros y la implementación de acciones de prevención y atención del VIH y el sida en el Estado en esos años.

Por último, sólo me resta mencionar que durante el proceso de la investigación de esta tesis de grado de Maestría en Derecho, se emplearon tanto los métodos generales del conocimiento, y son a saber: análisis, síntesis, deducción o inducción, así como los métodos jurídicos más usuales: exegético jurídico, sistemático y sociológico jurídico.

Asimismo, cabe resaltar, que la naturaleza de la presente investigación jurídica es mixta, toda vez, que se aplicaron tanto las técnicas de investigación documental, a través del acopio de información indirecta mediante la consulta de diccionarios, libros, revistas, jurisprudencias, legislaciones y direcciones electrónicas. Así como la revisión de datos estadísticos de las manifestaciones que realizaron las personas con VIH respecto a sus derechos a la salud y al mínimo vital. Al final se presentan algunas conclusiones y propuestas bajo los estándares analizados en los capítulos precedentes.

## Introducción

En 1986 se tuvo conocimiento del primer caso de VIH en el Estado de Oaxaca, desde entonces han pasado ya treinta años y las cifras oficiales muestran lo que sucede en todo el mundo, la transmisión del virus en la población continúa.

Lo que en un inicio se consideró como un “problema” de determinados grupos, se convirtió pronto en un asunto de salud pública para paulatinamente advertirse las implicaciones de este fenómeno en el campo de los Derechos Humanos que se tradujo en una causa injustificada más para discriminar y para soslayar la dignidad de aquellas personas diagnosticadas con el virus.

Se sabe que el estigma, el silencio, la discriminación, así como la falta de confidencialidad, quebrantan los esfuerzos en la defensa, promoción y difusión de los Derechos Humanos, e incrementan los efectos de la epidemia en las personas, las familias, las comunidades y las naciones.

A manera de ejemplo, algunos de los aspectos relacionados con el estigma han sido: que el VIH está particularmente relacionado con la homosexualidad, la promiscuidad y la pobreza; la población en general se considera ajena al contexto y las estadísticas, considera que no pertenece a alguno de los grupos estadísticamente identificados como aquellos en los que hay un número considerable de casos, por ende, la mayoría de las personas ya diagnosticadas con el virus viven y conservan su diagnóstico a escondidasincluso de sus familias.

No obstante, hay que reconocer que, la situación del VIH en el Mundo ha presentado grandes avances, hay nuevas terapias disponibles y poco a poco la expectativa de vida a largo plazo es más amplia que al principio. Oaxaca con el apoyo del Centro Nacional para la Prevención y Control del sida –CENSIDA-, ha logrado que los medicamentos antirretrovirales estén disponibles para todas las personas con el virus, sin embargo en este escenario los retos son aun grandes: aumentar las detecciones, prevenir al máximo nuevos casos, buscar terapias con menos efectos secundarios, eliminar el estigma, alcanzar a poblaciones clave, y eventualmente erradicar las muertes por sida, entre muchos otros. Así, el VIH

constituye al menos en la práctica, un reto y una oportunidad para lograr concretar la idea aspiracional de la universalidad de los derechos humanos.

Como se ha mencionado, este trabajo se planteó la cuestión relativa a si el derecho al mínimo vital y el derecho a la salud pueden servir como base para la exigibilidad de otros derechos de las personas con VIH, particularmente en el Estado de Oaxaca en el periodo 2013-2016. La justificación de abordar estos temas se centró en la necesidad de contar con elementos que permitan establecer qué relaciones existen entre los derechos al mínimo vital y a la salud y en qué pueden favorecer los mismos en la defensa de los derechos de este grupo de personas.

En el primer capítulo se desarrolló el marco conceptual del VIH, el sida y los derechos humanos, procurando incorporar las definiciones de Organismos y autores que gozan de aceptabilidad generalizada a nivel mundial, asimismo se realizó el abordaje inicial del tema del estigma y la discriminación para finalizar con sus implicaciones en el campo de los derechos humanos y su idea central: la dignidad humana.

En el capítulo segundo, se abordó un panorama general de las implicaciones de la pandemia en el Derecho Internacional de los derechos humanos, haciendo mención a los principales instrumentos internacionales protectores de las personas con VIH, también se revisan algunos casos trascendentales llevados ante instancias protectoras a nivel jurisdiccional y no jurisdiccional y la tendencia de las resoluciones en los casos más recientes.

En el capítulo tercero, se verifica la normatividad sobre el VIH y el sida a nivel nacional, la situación y contexto en el país, la forma en que ésta ha sido regulada en diversos cuerpos normativos y también la actuación del Ombudsman Nacional en el tema.

Por último, en el capítulo cuarto, se realiza una revisión de la normatividad, del panorama epidemiológico actual y brevemente se citan algunos derechos humanos que cobran vigencia en el marco del mínimo vital y situaciones de hecho que incumplen sus estándares mínimos.

En suma, se describió en términos generales el contexto, circunstancias y condiciones de las personas con VIH y sida en el Estado de Oaxaca, relacionados con el respeto y garantía de sus derechos humanos así como su situación de discriminación o exclusión, analizado desde la perspectiva de lo que se ha sustentado en algunos criterios judiciales importantes como el derecho al mínimo vital, proponiendo para tal efecto una serie de estrategias sentando las bases para establecer una política de Estado en esta materia.

# CAPÍTULO I

# BREVES NOTAS SOBRE LA ETIOLOGÍA DEL VIH Y EL SIDA

SUMARIO: 1.1 Presentación. 1.2 Origen y evolución del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). 1.3 ¿Qué es el VIH y el sida? 1.4 Estigma relacionado con el VIH. 1.5 Discriminación por el estado serológico. 1.6 La dignidad humana, los derechos humanos y el VIH. 1.7 Conclusiones.

## 1.1 Presentación.

Las problemáticas en torno al VIH y el sida son diversas, históricamente la falta de información sobre qué es el virus, cómo se transmite y su distinción con la fase o etapa del sida, han sido problemas constantes plenamente identificados como parte de las causas que generaron estigma, discriminación y la consecuente violación a los derechos humanos de las personas con VIH.

Pese a lo anterior, los avances de la ciencia han logrado establecer categorías y conceptos en su mayoría aceptados en diversos ámbitos; conviene además precisar que, debido a que en este contexto el uso del lenguaje inapropiado ha sido una de las formas iniciales de discriminación, se han generado también diversas propuestas de terminología considerado como “amable” o “sugerida” por parte de organismos de carácter internacional y nacional.

Así, es pertinente analizar desde el principio, varios de estos conceptos que se desarrollan en este primer capítulo para posteriormente poder abordar algunas problemáticas relacionadas. Conviene reiterar que en el abordaje de estos temas, se ha procurado acudir a fuentes autorizadas en la comunidad científica y a Organismos Internacionales en la materia que permiten dar certeza a algunos puntos de análisis y planteamientos referentes a la falta de objetividad y cientificidad en la que se basan la estigmatización y discriminación hacia las personas con VIH.

## 1.2 Origen y evolución del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Respecto del origen de la pandemia, existen muchas versiones e historias que pretenden explicarla, pero también pocas voces documentadas que pueden referir verdaderos aportes que revistan cierta rigurosidad, sobre este interesante punto que se aborda en el presente trabajo como un primer aproximamiento, encontramos que Ponce de León y Lazcano Araujo[1] relatan que el VIH dio un salto evolutivo y comenzó a infectar a las poblaciones humanas al brincar de una especie de chimpancé no muy distante de nosotros, conocida como *Pan troglodytetroglodyte.* Sobre la forma en que esto sucedió apuntan a que el ancestro del VIH-2 es un descendiente directo de un retrovirus llamado SIVsm que brincó a nuestra especie a partir del llamado mono verde o *Cercocebusatys* (conocido en inglés como *sootymanganey*) sin provocar ninguna enfermedad, asimismo opinan estos autores que es muy probable que el contacto con sangre y otros tejidos infectados durante la cacería y comercialización de los chimpancés haya facilitado la transmisión del ancestro del VIH-1 a poblaciones humanas en épocas relativamente recientes y de manera posterior lo más probable es que, luego de haber brincado de los chimpancés a los humanos, la infección de VIH-1 se haya transmitido durante décadas en África central en forma “esporádica pero creciente”. Al parecer, existe coincidencia en la comunidad científica en concluir que fueron factores determinantes la cercana convivencia entre el hombre y estos animales, incluyendo el contacto con sangre y otros tejidos contaminados durante la cacería, el comercio y el consumo de primates contaminados.[2]

Sobre cómo se trasladó el VIH a la especie humana existen varias hipótesis además de la mencionada, que van desde que la aparición del virus está relacionada con la investigación con armamento biológico o experimentos con nuevos patógenos hasta que es el resultado de la aplicación de vacunas orales contra el polio, sin embargo el planteamiento más acreditado sugiere que sea “el

[1] Ponce de León Rosales, Samuel y Lazcano Araujo, Antonio, *La evolución del sida: una suma de epidemias,* 25 años de sida en *México, logros, desaciertos y retos*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2008, p.17-18.
[2] Velasco, Ana María y Lazcano Araujo, Antonio, *Origen y evolución del VIH*, *op. cit*. p. 123.

resultado de una serie de zoonosis que desembocaron en el origen tanto del VIH-1 como del VIH-2 basados en varias evidencias como la similitud en los genomas virales, la prevalencia de los mismos en chimpancés y monos verdes, la distribución biogeográfica y la viabilidad de las posibles rutas de transmisión, ésta última evidencia es excelentemente resumida en por Lazcano Araujo y Valencia en los términos siguientes:

> "…no es difícil imaginar la forma en la que los humanos pudieron haber sido infectados con VIS (virus de inmunodeficiencia en simios). A lo largo de la historia los pueblos africanos han estado cercanamente relacionados con una gran variedad de animales salvajes…algunos los cazan y utilizan como alimento…durante la preparación de la presa se está en contacto con la sangre y la carne del animal, que a veces puede ser consumida cruda. También se han utilizado por mucho tiempo como mascotas y se sabe que en estado silvestre son frecuentes los ataques de simios contra humanos, lo que puede provocar sangrado y mezcla de líquidos corporales de ambos, que pueden entrar en contacto con las heridas."[3]

El resultado fue visible: los primeros casos de pacientes con inmunosupresión grave por un hongo microscópico fueron registrados en los Estados Unidos de América en 1981, se comenzó a reconocer un patrón de inmunosupresión en varones homosexuales jóvenes, para fines de 1981 se habían registrado más de 20 casos en los EUA y un año más tarde ya eran 750.[4] La situación fue generalizándose en diversos países, como explican Ponce de León y Lazcano Araujo citando a Grmek M. ya en octubre de 1983 la Organización Mundial de la Salud informó más de 250 casos de 15 países de Europa. Al término de 1984 estaban registrados más de doce mil casos en el ámbito mundial.[5]

Para el cierre de 2014, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida calculó que 36.9 millones de personas vivían con el VIH; tan solo en ese año se reportaron 2 millones de nuevas infecciones, y 1.2 muertes a causa del sida; 17.1 millones no saben que tienen el virus, y unos 22 millones no tienen acceso al tratamiento del VIH, entre ellos 1.8 millones de niños.[6]

---

[3] Velasco, Ana María y Lazcano Araujo, Antonio, *op. cit*. p. 128.
[4] Ponce de León Rosales, Samuel y Lazcano Araujo, Antonio, *op.cit*. p. 18.
[5] *Ibídem*, p. 19
[6] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), *El sida en cifras 2015,* Ginebra, 2015. p. 5. Disponible en:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf

## 1.3 ¿Qué es el VIH y el sida?

Sobre la primera de las cuestiones, relativa a la naturaleza del VIH, hay que considerar que desde el origen del término “virus” (que significa veneno en latín) ha estado presente cierto contenido estigmatizante; por ello, el Virus de Inmunodeficiencia Humana de acuerdo a las orientaciones terminológicas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, se limita a describirse como “el virus que debilita el sistema inmunitario y que, en última instancia, causa el sida”[7]

Desde un punto de vista más específico la comunidad científica ha encontrado que existen dos tipos del mismo, el llamado virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) y el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2 (VIH-2). Respecto del tipo 1 (VIH-1) ONUSIDA explica que se ha establecido que es el retrovirus aislado y reconocido como agente etiológico (es decir, que causa o que contribuye a causar la enfermedad) del sida. Además, explica que el VIH introduce su propio ARN en el ADN de la célula huésped, impide a la célula llevar a cabo sus funciones naturales y termina por transformarla en una fábrica de VIH.[8]

En lo que atañe al virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2 (VIH-2), el Organismo Internacional citado detalla que también se ha catalogado como causante del sida, pero que los modos de transmisión y las infecciones oportunistas resultantes difieren en los patrones geográficos de infección y en su propensión a desarrollar la enfermedad del sida o causar la muerte ya que el VIH -2, que se da principalmente en África occidental, tiene un curso clínico más lento y menos grave que el VIH-1[9].

Pese a que la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana refiere tratarse de un retrovirus (punto 4.1) no proporciona una definición de qué es este virus, en términos más precisos los expertos en estas áreas también

---

[7] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), *Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA,* Ginebra, 2015, p.50. disponible en: http://www.unaids.org/es/resources/documents/2015/2015_terminology_guidelines

[8] *Idem.*

[9] *Idem.*

coinciden en que entra dentro de la clasificación de los *lentivirus* de la familia *Retroviridae*[10] que puede derivar en sida. La mayor cantidad de casos de infección alrededor de todo el mundo, incluido México, es causada por el VIH-1, mientras que el VIH-2 prevalece en regiones de África.

Las formas en las que se transmiten en la actualidad son bien conocidas, puede ser por vía sexual, por vía sanguínea (transfusiones, uso compartido de jeringas, accidentes ocupacionales) o por vía perinatal (también llamada vertical, de la madre al hijo o hija). El curso típico de la infección por el VIH es caracterizado por múltiples fases que ocurren en un periodo que puede cursar varios años, a pesar de que la mayoría de los individuos infectados no muestran ningún signo clínico de la enfermedad por un largo periodo de tiempo, la enfermedad de VIH es activa y progresiva en los órganos linfoides durante este periodo conocido como periodo de latencia. La persistencia del virus en los órganos linfoides causa una estimulación crónica del sistema inmune que finalmente permite la destrucción del tejido linfoide y la pérdida de la habilidad del sistema inmune para responder al VIH y a otros patógenos[11].

Ahora bien, sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), el término se refiere exclusivamente al estadio final de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. 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 una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico[12]. De acuerdo con la definición mayormente aceptada que se aplica con fines de

[10] Fanales-Belasio, E., *et al*, HIV Virology and Pathogenetic Mechanisms of Infection: A Brief Overview. *Ann Ist Super Sanita* 46, Trad. Yuko Nakamura López, no. 1, 2010 p.5.
[11] Epstein, Franklin H, *et al*. "The Immunopathogenesis of Human Immunodeficiency Virus Infection." Trad. Yuko Nakamura López, *New England Journal of Medicine* no. 5, Lóndres, 1993 p.328.
[12] Castillo Lamotte, José Antonio. Infección-Enfermedad Por VIH/sida en *Medisan* 8, no. 4, 2004, p. 50.

vigilancia; cualquier paciente con infección con VIH con un recuento de linfocitos T CD4+ menor de 200/uL tiene sida[13].

Sobre su escritura se ha determinado que para erradicar el tono alarmante que se observa al escribirse con mayúsculas, lo adecuado es que sea escrito “sida” (con minúsculas), al respecto, el mismo programa de ONUSIDA ha establecido que «sida» es el acrónimo de «síndrome de inmunodeficiencia adquirida». No obstante, puesto que es un término aceptado dentro del vocabulario común, ya no se considera un acrónimo, sino un término[14]. Por tanto, 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[15], 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.

Por lo tanto, al igual que algunas otras condiciones de salud, se dice que el término correcto para referirse a alguien diagnosticado con el virus es “persona con VIH”, o incluso “persona que vive con VIH”, pues con ello se reconoce su calidad humana sin trastocarse su dignidad, tampoco es correcto generalizar usando el término “personas con sida”, pues no en todos los casos la persona con VIH se encuentra en esa etapa. Únicamente en el ámbito clínico es admisible la denominación “paciente con sida”, también se ha determinado la inconveniencia del uso de frases conmiserativas como “víctimas del VIH” o “enfermos de sida”, sobretodo tratándose de menores de edad, quienes pueden denominarse simplemente “niños o niñas con VIH” cuando quepa hacer mención de su estado serológico.

Se considera “seropositivo” de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la

---

[13] Yábar, Carlos. "Eventos Moleculares, Genéticos e Inmunológicos durante la interacción VIH-Hombre." *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 20, no. 2, Lima, 2003, p. 107.
[14] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), *Orientaciones Terminológicas de Onusida, op. cit.*, p.43.
[15] Organización Panamericana de la Salud, *Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la OPS*, p.9, consultado en: http://www.unfpa.or.cr/index.php/documentos-y-publicaciones-14/salud-sexual-y-reproductiva/vih-y-sida/32-terminologia-relacionada-con-el-vih-actualizacion-2006-de-la-ops/file

Inmunodeficiencia Humana, a aquella persona que cuenta con pruebas serológicas repetidamente reactivas y con prueba confirmatoria (Western Blot), es decir a quien se le efectuaron pruebas de detección y obtuvo resultados reactivos a las mismas, es lo que se conoce también como VIH-positivo; sin embargo, se reitera que en la actualidad se considera de uso más apropiado la referencia "personas con VIH", dejando los demás términos para el uso exclusivamente clínico o epidemiológico.

Por otra parte, es común escuchar que las personas con VIH presentan algunas de las denominadas infecciones oportunistas, este término se refiere a "aquellas enfermedades causadas por diversos organismos, muchos de los cuales no suelen originar una enfermedad en personas con sistema inmunitario saludable".[16] A pesar de los avances en el tratamiento antirretroviral para personas con VIH las infecciones oportunistas siguen siendo causa de mortalidad en pacientes infectados con VIH. Las infecciones oportunistas más comunes son las respiratorias como neumonía y tuberculosis pulmonar, digestivas como cuadro diarreico crónico y enteropatía por VIH, neurológicas como encefalitis por VIH, *y* procesos tumorales asociados como sarcoma de Kaposi, linfoma y lesiones tumorales por papiloma virus, entre muchas otras.

Otro de los términos comunes dentro del lenguaje que envuelve al VIH, es el relativo a las Células CD4+, también denominadas células T, éstas son un tipo de glóbulos blancos fundamentales en el sistema inmune ya que ayudan a combatir las infecciones. Son el blanco principal del VIH ya que se establece fundamentalmente en estas células, y se acumula en grandes cantidades en los órganos linfoides. También es común escuchar el término carga viral que se define como la cantidad de virus circulante en la sangre, la cual se reporta usualmente como el número de copias de VIH en un mililitro de sangre[17]. En personas con VIH estos estudios de monitoreo relativos a la carga viral y el conteo de número de células CD4 linfocitos T son marcadores de laboratorio usados para guiar tanto el

[16] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), *Orientaciones Terminológicas de Onusida op. cit.*, p. 31.
[17] Cavazza, María Eugenia, *et al*. *Determinación de la Carga Viral de VIH y su Importancia Clínica, Caracas,* 1999, p.11.

inicio de la terapia antirretroviral como para monitorear la efectividad del tratamiento y la progresión clínica de la enfermedad, ambos son los estándares principales que guían y determinan el estado de salud y la progresión en relación con el VIH de una persona.

### 1.4 Estigma relacionado con el VIH.

En la actualidad, pocos estados o condiciones de salud son cuestionados o señalados como el hecho de vivir con VIH, probablemente y sin que sea motivo de justificación, se deba en parte a las formas en que éste se transmite, o por el impacto inicial de su aparición que generó un verdadero miedo colectivo de contraerlo. Sin embargo, independientemente de estas cuestiones, en atención al reconocimiento de la dignidad humana, en el ámbito de los derechos humanos se parte del supuesto de la igualdad jurídica así como la universalidad de los mismos y la prohibición de discriminación por diversas características o atributos. No obstante, el estigma y la discriminación son considerados las principales barreras que obstaculizan las acciones preventivas y de respuesta a esta pandemia, y que indudablemente tienen repercusiones en el campo de los derechos humanos. Por ende, ONUSIDA, define el estigma y la discriminación en relación con el VIH como un proceso de desvalorización de las personas que viven o están asociadas con el VIH y el sida, este proceso puede implicar actos violatorios a diversos derechos humanos, desde un uso de lenguaje inapropiado hasta la comisión de verdaderos delitos motivados por el estado serológico, lo anterior nos conduce a establecer desde este momento lo que se entiende por estigma, sus causas, efectos y repercusiones; en este orden de ideas, han sido diversas las opiniones que tratan de definir qué es el estigma, en principio, el significado etimológico de la palabra es por demás ilustrativo: del latín *stigma* 'marca hecha en la piel con un hierro candente', 'nota infamante', y este del gr. στίγμα *stígma*[18], nos da una idea inicial

[18] Real Academia Española, voz “Estigma”, en *Diccionario de Lengua Española*, 23ª edic., Madrid, 2014, consultado en: http://dle.rae.es/?id=Gru2UbO

del contexto para el que se emplea, en términos generales, Aggleton, Wood y Malcolm[19] citando a Goffman lo conceptualizan como un proceso dinámico de devaluación que «desacredita significativamente» a un individuo ante los ojos de los demás, estableciendo que los atributos que «justifican» el estigma pueden ser totalmente arbitrarios; por ejemplo, color de la piel, manera de hablar o preferencias sexuales, dentro de éstos atributos queda incluido vivir con VIH. Con la connotación de que dentro de culturas o contextos particulares, ciertos atributos se magnifican y son definidos por los demás como deshonrosos o indignos.

Existen diversas manifestaciones del estigma relacionadas con el estado serológico, es decir, ideas *a priori* o prejuicios con los que comúnmente se relaciona a una persona con VIH que implican el descrédito o desvalorización mencionada en el concepto arriba citado, las más comunes se refieren a que una persona con VIH tiene una preferencia sexual distinta a la heterosexual, o bien que contraer la infección es resultado de una vida sexual promiscua o desordenada, también se relaciona con las personas que se dedican al trabajo sexual (comúnmente denominado prostitución) y también que el virus es un castigo o sanción por alguna de las conductas anteriores, sólo por mencionar algunas de estas ideas.

Así, una persona estigmatizada, puede incluso ni siquiera ser positiva al virus, sino simplemente por el hecho de pertenecer a determinado grupo o por tener alguna característica de un grupo relacionado comúnmente con la epidemia, se atribuye automáticamente que vive con VIH, por otra parte, el estigma puede existir también en la propia persona con VIH, lo que es conocido como estigma interno, actuando éste como una serie de ideas, pensamientos y prejuicios que justifican el trato diferenciado que llegue a recibir por su estado serológico, es decir, la propia persona se estigmatiza y llega a considerar que la infección que presenta es un castigo, y la desvalorización social de la que es objeto es merecida y justificada, esto sin duda influye directamente en que la persona decida recibir

[19] Aggleton, Peter *et al*, *Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH, Estudios de caso de intervenciones exitosas,* ONUSIDA, Ginebra, 2005, p. 7.

atención médica y vincularse a los servicios de salud, en la adherencia y continuidad a los tratamientos que le sean indicados, a la exigibilidad de sus derechos y en general a la calidad de vida que busque y acepte como ser humano.

### 1.5 Discriminación por el estado serológico.

Como se ha estudiado, el estigma, considerado como la primera fase del proceso que afecta los derechos humanos por el estado serológico, opera en el ámbito de la subjetividad, es decir se ve reflejado en ideas y prejuicios, sin embargo, el proceso no concluye en el ámbito de lo subjetivo sino que por lo general se exterioriza dando pie a la discriminación. Como se sabe, el origen del verbo discriminar proviene del latín *discriminăre,* que significa separar, distinguir o diferenciar una cosa de la otra, y es definido en principio como la acción de seleccionar excluyendo o dar un trato desigual a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos de sexo u otras condiciones.[20] Así, se entiende por discriminación cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitraria que afecte a una persona; normalmente, aunque no siempre, se ve motivada por una característica propia de una persona o por su pertenencia a un grupo determinado (en el caso del sida, la confirmación o sospecha del estado serológico positivo al VIH), independientemente de si tales medidas están justificadas o no. La discriminación constituye una violación de los derechos humanos,[21] ésta 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"[22]

---

[20] Real Academia Española, voz "Discriminar", en *Diccionario de Lengua Española*, 23ª edic., Madrid, 2014, consultado en: http://dle.rae.es/?id=DtHwzw2

[21] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), *Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA, op. cit.*, p. 26.

[22] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), *Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida*. 2a edic., Ginebra, p.9.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas ha sostenido que algunos individuos o grupos sufren discriminación por más de uno de los motivos prohibidos, y que esa discriminación acumulativa afecta a las personas de manera especial y concreta y merece particular consideración y medidas específicas para combatirla.[23]

### 1.6 La dignidad humana, los derechos humanos y el VIH.

Una vez que se ha abordado un marco referencial de algunos conceptos básicos para la presente investigación, es indispensable analizar otros conceptos esenciales que cobran importancia al estudiar la dinámica del VIH en el ámbito del derecho. Estos conceptos, aun sin ser el objeto de estudio del presente trabajo, se relacionan con cuestiones esenciales de los derechos a la salud y del mínimo vital, y en general de trascendencia para analizar cualquier derecho, de ahí la pertinencia de referirse a ellos desde ahora.

Así, la literatura sobre la materia señala de manera reiterativa que las violaciones a derechos humanos motivadas por el estado serológico atentan contra la dignidad humana en forma importante, por tanto para entender tal afirmación, es conveniente analizar la definición de dicho concepto y recurrir a numerosos estudios, posturas y corrientes que se han desarrollado al respecto.

En principio, sobre la dignidad humana la primera referencia constante que se encuentra es por quienes la han estudiado la caracterizan como un concepto *abstracto* extremadamente complejo y de carácter *poliédrico.*[24] No obstante, vale la pena empezar por revisar el origen histórico del uso del término “dignidad”; sobre esta cuestión algunos autores proporcionan diversas referencias encontradas en la misma biblia donde se habla del término *B´Tselem*[25]*, que*

[23] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. Observación General No. 20, E/C.12/GC/20 de 2 de julio de 2009, párr. 17.
[24] Pascual, Lagunas Eulalia, Configuración jurídica de la dignidad humana en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, Bosch Editor, Barcelona, 2009, p. 163.
[25] Rosen, Michael, Dignidad, su historia y significado, Trad. Tania Martínez Robles, Edit. Trillas, México, 2015, p. 26.

*proviene del Génesis 1:27* al decir que Dios creó al hombre a su imagen, también, en la Antigua Grecia, en algunos discursos de Cicerón, quien se refiere a la *dignitas* como un término convencional de estatus, mismo uso que continuó en la era cristiana.[26]

Fue hasta Immanuel Kant, con quien puede decirse que el concepto de la dignidad de la persona humana cobró verdadero significado, a tal grado que es en quien se dice se apoya la teoría moderna de los derechos humanos. Al respecto Rosen[27] explica que la palabra alemana para dignidad es *Würde,* cercana etimológicamente con *Wert*, que a su vez designa "valor" o "mérito" y relata que a éste término se refería Kant en su obra *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (1787) al diferenciar que todo tiene o bien un precio, o una *dignidad*, resumido en los siguientes términos:

> "…aquello que constituye la condición bajo la que algo puede ser un fin en sí mismo no posee un mero valor relativo, es decir un precio, sino **un valor interno que es la dignidad.**
>
> Ahora bien, la moralidad es la condición por la cual un ser racional puede ser un fin en sí mismo, pues sólo a través de ésta es posible darse una ley, y tal capacidad nos hace miembros del reino de los fines. Por tanto, la moral y la humanidad, en la medida en que esta última es capaz de moralidad, son las únicas que poseen dignidad**"**[28]

Lo anterior, a decir de Rosen, implica que la concepción de Kant sobre la dignidad sea un atributo exclusivo de las personas, pues únicamente los seres humanos llevan en su interior la ley moral, la dignidad es algo que todos los seres humanos tienen en común, todos estamos sujetos a las demandas de la moral sin importar el lugar que ocupemos en la sociedad, y *esto es lo que nos otorga nuestro valor interno e inalienable*.[29]

Principalmente a partir de Kant se han construido diversas definiciones contemporáneas sobre la dignidad humana, por ejemplo los criterios del Poder Judicial de la Federación en México afirman que es un derecho absolutamente fundamental, base y condición de todos los demás, el derecho a ser reconocido y

---

[26] Rosen, Michael, *op. cit.* p.26.
[27] *Idem.*
[28] Kant, Manuel, Fundamentación de la Metafísica de las costumbres, Trad. de Manuel García Morente, Edición de Pedro M. Rosario Barbosa, San Juan, Puerto Rico, 2007, p. 48.
[29] Rosen, Michael, *op. cit.* p. 37.

a vivir en y con la dignidad de la persona humana, y del cual se desprenden todos los demás derechos.[30]

Recientemente, la Corte, ha complementado esta definición[31] considerando que la dignidad humana no se identifica ni se confunde con un precepto meramente moral, sino que también desde otra dimensión es un ***bien jurídico*** *circunstancial al ser humano merecedor de la más amplia protección jurídica,* reconocido en diversos preceptos constitucionales, pero también es un ***principio jurídico*** *que permea en todo el ordenamiento;* a su vez, es un ***derecho fundamental*** *cuya importancia resalta al ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad,* retomando también la perspectiva Kantiana al establecer que se entiende como *el interés inherente a toda persona*, por el mero hecho de serlo, a ser tratada como tal y no como un objeto.

En este aspecto Carbonell coincide en que es *el origen, la esencia y el fin de todos los derechos humanos* y otros derechos necesarios para que los individuos desarrollen integralmente su personalidad; reconoce una calidad única y excepcional a todo ser humano que debe ser respetada y protegida integralmente sin excepción alguna.[32]

Como se observa, la definición de lo que se entiende por dignidad humana ha ido evolucionando, por ejemplo el Tribunal Constitucional Español en varias de sus sentencias, le ha dado matices muy particulares y vigentes para nuestros tiempos, con base en sus criterios, Pascual Lagunas, ha construido un concepto muy interesante, que retoma la perspectiva Kantiana, al decir que es un *valor espiritual y moral inherente a toda persona*, pero agregando que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente, libre y responsable de la propia vida (constituyendo un ***mínimum*** **invulnerable de derechos**) que lleva aparejada

---

[30] Tesis P.LXV/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXX, diciembre de 2009, p.8, Reg. IUS 165813.

[31] Tesis 1ª.CCCLIV/2014 (10ª.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. I, Octubre de 2014, p. 602, Reg. IUS 2,007,731.

[32] Carbonell, Miguel, Derechos Humanos en la Constitución Mexicana, en Derechos Humanos en la Constitución. Comentarios de Jurisprudencia Constitucional e Interamericana, Coordinadores: Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot, et al, Suprema Corte de Justicia de la Nación-UNAM-Konrad Adenauer Stiftung, México 2014, Segunda Reimpresión, p.5.

la pretensión al respeto por parte de los demás, debiendo permanecer inalterada cualquiera que sea la situación en la que la persona se encuentre,[33] definición que resulta aplicable al derecho al mínimo vital que se abordará posteriormente, pero que además señala sus manifestaciones: la autodeterminación, la libertad, su invulnerabilidad, su respeto por parte de los demás, así como su inalterabilidad.

Por su parte, la Corte Constitucional Colombiana tiene una visión bastante amplia, pues desde su ordenamiento constitucional se mandata el respeto a la dignidad humana en su artículo 1, en consecuencia, dicho órgano constitucional ha establecido que la dignidad puede presentarse de dos maneras: a partir de su objeto concreto de protección y a partir de su funcionalidad normativa. Ambas detalladas en el siguiente párrafo:

> *Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo "dignidad humana", la Sala ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, tres lineamientos claros y diferenciables: (i) La dignidad humana* ***entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características*** *(vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas* ***condiciones materiales concretas de existencia*** *(vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como* ***intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral*** *(vivir sin humillaciones). De otro lado al tener como punto de vista la funcionalidad, del enunciado normativo "dignidad humana", la Sala ha identificado tres lineamientos: (i)* ***la dignidad humana entendida como principio fundante del ordenamiento jurídico y por tanto del Estado****, y en este sentido* ***la dignidad como valor****. (ii) La dignidad humana entendida* ***como principio constitucional****. Y (iii) la dignidad humana entendida como* ***derecho fundamental autónomo***.[34]

Como se puede observar, esta rica definición, posee términos similares a la de la Corte Mexicana y a la del Tribunal Constitucional Español, entre todas proponen varias dimensiones aunque con diversa clasificación o estructura de lo que ésta implica: es a su vez un **bien jurídico**, un **derecho fundamental**, con un **valor moral** o interés inherente a la persona que se manifiesta a través de la autonomía, autodeterminación consciente, libre y responsable de la propia vida, pero también con las condiciones materiales de existencia. Desde otra perspectiva constituye un **principio jurídico fundante** del ordenamiento y del Estado y por tanto un **principio constitucional**.

---

[33] Pascual, Lagunas Eulalia, *op. cit.*, p. 165-166.

[34] Sentencia T-881/02, Corte Constitucional Colombiana, 2002, disponible en http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-881-02.htm

Ahora bien, una vez abordadas las anteriores referencias a la dignidad humana, es importante tenerlas presentes para de manera somera retomar el concepto de derechos humanos, en el que también, llama la atención la diversidad de perspectivas y el abordaje tan variable que existe para intentar definirlos, ha llamado tanto la atención esta cuestión que la primera conclusión a la que han arribado importantes estudiosos del derecho, la filosofía, la ética, la sociología y otras disciplinas es que el término está inmerso en una discusión conceptual y lingüística.

En efecto, el término derechos humanos ha sido considerado de naturaleza polisémica, multívoca o multidimensional, pues su significado depende del nivel o contexto del lenguaje en que dicha expresión sea empleada,[35] pero también hay que tomar en cuenta que la indefinición conlleva a la ineficacia de su garantía, al replanteamiento constante de su contenido de acuerdo con corrientes filosóficas o sociológicas muy distintas, de circunstancias históricas o de criterios religiosos o culturales.[36]

Por ejemplo, Carbonell llama derechos fundamentales a los derechos que están previstos en el texto constitucional[37], en cambio, los derechos humanos son una categoría más amplia y que, en la práctica, se suele utilizar con menos rigor jurídico que la de derechos fundamentales. Sin embargo aclara que la distinción entre ambos términos *no debe llevarnos a pensar que se trata de categorías separadas e incomunicadas*.

Sin embargo, al menos en México con la reforma constitucional de junio de 2011 y el cambio de denominación del título primero de la misma, la discusión sobre el término para referirse a los mismos parece haberse calmado, ya que al denominárseles derechos humanos desde el texto constitucional se da pie a emplear y preferir el término por encima de otros.

Pérez Luño opina que el término derechos humanos se refiere a aquellos que son inherentes al hombre, y que, en cada momento histórico, concretan las

---

[35] Correas, Óscar. “Acerca de los Derechos Humanos”. Ediciones Coyoacán. México 2003. p. 12.
[36] Pascual Lagunas, Eulalia, *op.cit.*, p. 160.
[37] Carbonell, Miguel. Los Derechos Fundamentales en México. UNAM. Porrúa. C.N.D.H. México 2005. p. 8.

exigencias de la dignidad, la libertad, la igualdad humana, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional. [38]

Independientemente de la existencia de un sinfín de definiciones, el contenido esencial de las mismas, gira en torno a la idea de la dignidad humana, así, los derechos humanos son prerrogativas mínimas que todo miembro de la especie humana, por su propia naturaleza, debe gozar y cuyo respeto y observancia deben ser garantizados por el Estado en todo tiempo y lugar, pues a través de ellas se concretan las exigencias de la dignidad humana.[39]

## 1.7 Conclusiones.

**PRIMERA.** Sobre el origen del VIH existen diversas teorías, el planteamiento más acreditado sugiere que sea el resultado de una serie de zoonosis que desembocaron en el origen tanto del VIH-1 como del VIH-2 basados en varias evidencias como la similitud en los genomas virales, la prevalencia de los mismos en chimpancés y monos verdes, la distribución biogeográfica y la viabilidad de las posibles rutas de transmisión.

**SEGUNDA.** En la actualidad, el problema que en un principio fue epidemiológico y sanitario ha trascendido al ámbito de los derechos humanos, pues afecta diversos derechos relacionados con la dignidad humana. Se calcula a nivel mundial que existen 36.9 millones de personas con VIH hasta 2014.

**TERCERA.** El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una etapa en el estado de salud al que pueden llegar las personas con VIH si no reciben la atención y los medicamentos requeridos. En consecuencia, es pertinente el uso de

[38] Pérez Luño, Antonio Enrique, Teoría del derecho. Una concepción de la experiencia jurídica, Madrid, Ed. Técnos, 2007, p. 17.
[39] Suprema Corte de Justicia de la Nación, Derechos Humanos, Parte General, Serie Derechos Humanos, México, 2ª reimpresión, 2014, p. 5.

lenguaje sensible y el conocimiento de información científica, para evitar actitudes y comportamientos estigmatizantes y discriminatorios.

**CUARTA.** El estigma da pie a la discriminación, ésta afecta a los derechos humanos, pues afecta el principio de igualdad, de no discriminación y obstaculiza el ejercicio de otros derechos como el acceso a la salud y al desarrollo libre de la personalidad, pero principalmente atenta contra la dignidad humana de quienes han sido diagnosticados con este virus.

## CAPÍTULO II

## LA PANDEMIA DEL VIH Y SUS IMPLICACIONES EN LOS DERECHOS HUMANOS A NIVEL INTERNACIONAL.

SUMARIO: 2.1 Presentación. 2.2 El Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos, el VIH y el sida. 2.3 Derecho al más alto nivel posible de salud a nivel internacional en el contexto del VIH. 2.4 El Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos, el VIH y el sida. 2.4.1 Sentencia Caso Gonzáles Lluy vs Ecuador. 2.4.2 Justiciabilidad de los Derechos de las Personas con VIH y sida. 2.4.3 El concepto de interseccionalidad de la discriminación hacia personas con VIH y sida. 2.5 El derecho al mínimo vital de las personas con VIH. 2.6 Conclusiones.

### 2.1 Presentación.

Pocos temas han sido abordados tan ampliamente en los instrumentos internacionales protectores de derechos humanos como el VIH, quizá en parte a la alarmante aparición con la que se caracterizó en sus primeras décadas. Por ende, no es de extrañarse que ya sea con fines orientadores o con fuerza vinculatoria existen suscritos diversos tratados y convenciones provenientes en su mayoría del sistema universal de derechos humanos, que han establecido diversos compromisos en la respuesta del VIH. Es de reconocerse también la emisión de observaciones, criterios y sentencias trascendentales en el ámbito del Derecho Internacional de los Derechos Humanos que han servido de referente para la defensa de las personas con VIH y sida y la promoción de sus derechos.

### 2.2 El Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos, el VIH y el sida.

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), considerada el documento fundamental de la protección universal de los derechos

humanos, se establecen las bases de la normatividad en esta materia; como bien es sabido, la declaración proclama la igualdad de todos los seres humanos y reconoce en su artículo 7 el derecho a igual protección ante la ley. Asimismo, se dejó en claro desde entonces que todos los seres humanos tenemos derecho a la protección contra cualquier discriminación.

Posteriormente, en el sistema Universal surgió la Declaración de Derechos y Humanidad sobre los principios fundamentales de los derechos humanos, la ética y la humanidad aplicables en el contexto del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) (ONU, 1992), que promueve el respeto por parte de todos los órganos intergubernamentales, organismos internacionales, Estados, autoridades públicas y privadas, instituciones, empresas, organización, asociaciones profesionales y hasta de particulares de los derechos humanos de todos, así como de los principios de la ética y la humanidad para hacer frente con eficacia al VIH y al sida, determina los principios éticos y humanitarios que deben regir las políticas públicas y el desempeño de investigadores, prestadores de servicios de salud y otros servicios que atienden a personas con VIH/sida, además, exhorta a respetar la dignidad, la autonomía, el consentimiento informado y la confidencialidad de las personas con VIH/sida; enuncia y explica algunos de los derechos en específico en el marco del VIH, como el respeto de los derechos de todos a la vida, la libertad y la seguridad de la persona; derecho a no ser sometido a tratos o penas inhumanos o degradantes; igualdad ante la ley sin discriminación; no injerencia arbitraria en la vida privada o de familia; libertad de movimiento; derecho a solicitar y disfrutar en otros países de asilo frente a la persecución; derecho a contraer matrimonio y fundar una familia; derecho al trabajo y a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar, incluidos la vivienda, la alimentación y el vestido; **derecho al nivel más alto alcanzable de salud física y mental**; derecho a la seguridad en caso de falta de medios de subsistencia causada por el desempleo, derecho a la educación; derecho a participar en la vida cultural de la comunidad y a compartir el progreso científico y sus beneficios.

Sobre el hecho de penalizar a las personas con VIH, en específico en su artículo 31 determina que no hay justificación alguna para penalizar a una persona únicamente por razón de su mala salud o infección. Así pues, de ello se sigue que no hay justificación alguna para restringir los derechos y libertades de las personas únicamente por el hecho de que estén o puedan estar infectadas con VIH.

También, cobra especial relevancia en este documento, el hecho de que claramente delimite en este contexto los supuestos por los cuales se considera válido restringir los derechos y libertades señalando únicamente como tales, aquellos que estén previstos en una ley específica, sean estrictamente necesarios para la protección de la salud pública, sean estrictamente proporcionales en razón de que el beneficio que se ha de obtener de la política o medida restrictiva, pero además que representen el método perjudicial menos restrictivo de lograr el fin deseado y no estén arbitrariamente dirigidos contra un determinado individuo, grupo o sección de la sociedad (artículo 32), como pudiera ser el de las personas con VIH.

Al final, señala los deberes de los Estados en este sentido, al mencionar que "…deben examinar de nuevo sus leyes y reglamentos de salud pública y derogar o revisar cualesquiera leyes o prácticas que sean injustificablemente coercitivas o perjudiciales para el desarrollo de un medio ambiente favorable para las personas con mala salud" (artículo 35).

En términos similares la Declaración Cumbre de París sobre sida (1994), en la que Jefes de Estado y representantes de Gobierno de 44 países, incluido México, movidos por la creciente amenaza de la pandemia del sida, reconocieron que la pobreza y la discriminación son factores que contribuyen a la dispersión de la infección, por lo que manifestaron su decisión de luchar contra estos males; reafirmando su deber como responsables políticos de otorgar prioridad a la lucha contra el VIH, para lograrlo, adoptaron un conjunto de disposiciones prioritarias en materia de prevención del VIH mediante la cooperación internacional y el apoyo al Programa Conjunto y Copatrocinado por las Naciones Unidas.

Las Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y el VIH/sida, la Segunda Consulta Internacional sobre VIH/sida y Derechos Humanos (ONUSIDA 1996) y la Tercera Consulta Internacional sobre VIH/sida y Derechos Humanos (2002) constan de tres partes: la primera, las Directrices para la acción de Estado, que contienen las medidas prácticas que debe adoptar los gobiernos en los ámbitos jurídico, administrativo y práctico para proteger los derechos humanos y alcanzar los objetivos de salud pública frente al VIH; la segunda, recomendaciones para la difusión y aplicación de estas Directrices; y la tercera, obligaciones internacionales sobre los derechos humanos y el VIH, que describe los principios de derechos humanos que fundamentan una respuesta positiva al VIH"[40]

Por otra parte la Declaración de Compromiso del UNGASS (2001), se realizó en el Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS por sus siglas en inglés), signada por los países miembros de Naciones Unidas, dentro de ellos México. La Declaración planteó una ruta para hacer posible el Objetivo del Desarrollo del Milenio de frenar y revertir la epidemia de VIH para el año 2015. De esta manera estableció compromisos específicos que los gobiernos participantes se esforzarían por cumplir en sus países y que incluyeron desde llevar a cabo campañas de prevención, reducir el estigma, construir infraestructura, hasta proveer los recursos necesarios y asegurar el tratamiento, la atención y el respeto a las personas que viven con VIH/sida.

Sobre el silencio, la negación de la realidad y el abuso como retos en la respuesta al VIH esta Declaración explica que socavan los esfuerzos de prevención, atención y tratamiento e incrementan los efectos de la epidemia en las personas, las familias, las comunidades y las naciones y son aspectos a los que también se debe hacer frente.

[40] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), *Directrices internacionales sobre el VIH/sida y los derechos humanos, Versión consolidada de 2006,* 4ª edic., 2007, p. 14.

Asimismo, dentro de las acciones principales compromete a los Estados suscribientes a:

> 37. Asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiación nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH/sida que se refieran a la epidemia en términos directos; hagan frente al estigma, el silencio y la negación de la realidad; tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia, eliminen la discriminación y la marginación; entrañen la colaboración con la sociedad civil y el sector empresarial y la plena participación de las personas que viven con VIH/sida, las que pertenezcan a grupos vulnerables y las que se encuentren más expuestas, especialmente las mujeres y los jóvenes(…) promuevan y protejan plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido **el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental**; incorporen una perspectiva de género; (…) La realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos es indispensable para reducir la vulnerabilidad al VIH/sida.
>
> 59. Promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con VIH/sida y los miembros de grupos vulnerables y asegurarles el pleno disfrute de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales; en particular, darles acceso a entre otras cosas, educación, derecho de sucesión, empleo, **atención de la salud**, servicios sociales, prevención, apoyo, tratamiento, información y protección jurídica, respetando al mismo tiempo su intimidad y la confidencialidad y elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia.

En la Cumbre del Milenio de septiembre de 2000 se establecieron ocho metas conocidas como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La sexta meta se refiere a la detención y reducción del VIH, la malaria y otras enfermedades. Se plantearon desde entonces principalmente dos: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH en 2015 y Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH a todas las personas que lo necesiten. En 2015 se replantearon estos objetivos con metas para 2020 y 2030 mediante los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

## 2.3 Derecho al más alto nivel posible de salud a nivel internacional en el contexto del VIH.

En el sistema universal, en el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos[41], se afirma que toda persona tiene derecho a un nivel

[41] Declaración Universal de los Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas, 1948, disponible en:
http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml

de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[42] en su artículo 12 se contempla el derecho a toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en su observación general número 14[43] del año 2000, ha emitido las cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación de este Pacto; en el documento, este Comité determinó que la salud es *un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos* y en atención a la universalidad de los mismos, todo ser humano debe tenerlo para *vivir dignamente*. Además explica que la Asamblea General de las Naciones Unidas, no adoptó la definición de la salud de la OMS que la concibe como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades y marca la estrecha relación que tiene este derecho con el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, entre otros.

La observación general es un documento que clarifica el contenido normativo del artículo 12 del Pacto, desde su párrafo 8 afirma que el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar *sano,* sino que es más complejo y a su vez entraña otras libertades y derechos como el derecho a controlar su salud y su cuerpo, el derecho a no padecer injerencias, no ser sometido a torturas ni tratamientos y experimentos médicos no consensuales, así como a recibir un sistema de protección de la salud que brinde a las personas iguales oportunidades.

---

[42] Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Organización de las Naciones Unidas, 1966, disponible en:
http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

[43] Observación General número 14 (2000), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, disponible en
http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1

Sobre el concepto, del "más alto nivel posible de salud" dice que *tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado y que debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios* para tal efecto.[44]

La parte más trascendente de esta observación general es la identificación de lo que llama **elementos esenciales e interrelacionados** del derecho a la salud, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte, consistentes en la **disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad, y la calidad[45].**

Según el instrumento en comento, para garantizar el derecho a la salud en el tema de la *disponibilidad* los Estados deben contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, centros de atención y programas. A pesar de las limitaciones de los Estados los servicios de salud deben incluir los factores determinantes básicos de la salud como agua potable, condiciones sanitarias, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, existencia de medicamentos por mencionar algunos.

En lo que se refiere a la *Accesibilidad*, ésta implica que *los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para todos, sin discriminación alguna,* lo anterior se traduce en varios ámbitos o dimensiones: i) no discriminación de hecho y de derecho a los sectores no vulnerables, sin discriminación alguna; ii) Accesibilidad física, lo que implica el alcance geográfico de los grupos vulnerables o marginados; iii) accesibilidad económica, que se traduce en asequibilidad y pagos equitativos por los servicios recibidos y iv) acceso a la información, respecto a las cuestiones relacionadas con la salud.

La *Aceptabilidad* de acuerdo a esta observación general consiste en que todos los establecimientos, bienes y servicios deben ser *respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, sensibles y respetar su confidencialidad.*

---

[44] Observación General número 14 (2000), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *op. cit.* p.3.
[45] *Ibídem,* p. 4-6.

Por lo que respecta a la Calidad, esto significa que la atención a la salud sea apropiada también desde el punto de vista científico y médico.

Por otra parte, en el contexto del VIH, uno de los documentos que explica con claridad las implicaciones de este derecho, surge en 2005, cuando la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, en su 51ª sesión aprobó la resolución 2005/23 denominada *Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/sida, tuberculosis y paludismo*[46], en la misma, reconoce que el acceso a la medicación en el contexto de estas pandemias es uno de los elementos fundamentales para alcanzar gradualmente el ejercicio pleno del derecho de toda persona **al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**; también realizó diversos exhortos a los Estados para que fortalecieran las infraestructuras sanitarias, sociales y sistemas de atención de la salud nacionales, con la asistencia de la comunidad internacional de ser necesario, para asegurar una prevención, tratamiento, cuidado y apoyo efectivos para estas condiciones de salud.

En el documento, se instó a que se establecieran políticas para promover la disponibilidad en cantidades suficientes de los productos farmacéuticos y las tecnologías médicas utilizadas para tratar y/o prevenir las pandemias citadas, así como su acceso sin discriminación por parte de todos los sectores vulnerables o socialmente menos favorecidos, de manera especial, hico hincapié en que los Estados debían abstenerse de adoptar medidas que pudieran negar o limitar el acceso de todos en igualdad de condiciones a los productos farmacéuticos, lo anterior, implica según el documento en cuestión, la adopción de medidas eficaces para impedir la transmisión del VIH de madre a hijo y facilitar el acceso a la terapia antirretrovírica, a prácticas de alumbramiento seguro y a sucedáneos de la leche materna, promover la investigación, facilitar siempre que sea posible, el acceso en otros países a los productos farmacéuticos o tecnologías médicas esenciales de prevención, cura o alivio y **en general tengan debidamente en cuenta el**

[46] Comisión de Derechos Humanos, ONU, *Resolución 2005/23, Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/sida, tuberculosis y paludismo,* 2005, consultado en http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/ONU/Acceso%20a%20la%20medicaci%C3%B3n%20en%20el%20contexto%20de%20pandemias%20como%20las%20de.pdf

**derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**, entre otras medidas específicas. Este organismo protector, invitó al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a que prestara atención a la cuestión del acceso a los medicamentos utilizados para el VIH.

En este tema, el sistema interamericano es coincidente al aludir a algunos estándares relacionados con el acceso a medicamentos y, en particular, precisar en qué forma el acceso a los fármacos antirretrovíricos es solo uno de los elementos de una respuesta eficaz para las personas que viven con VIH, dado que las personas con VIH requieren un enfoque integral que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo, como se ve en el apartado siguiente.

## 2.4 El Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos, el VIH y el sida.

Sobre el VIH y sus implicaciones en el campo de los derechos humanos, tienen aplicabilidad diversos instrumentos interamericanos en temas relacionados, como el derecho a la no discriminación, a la protección de la vida y al máximo nivel de salud alcanzable, que parten de la Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA) (1948) y de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948), así como de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica (1969), el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales y demás instrumentos del Corpus Iuris interamericano.

Por otra parte, en diversos casos la Corte Interamericana ha reconocido el derecho a la salud como parte integrante del derecho a la vida, asegurando que los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana. En este sentido, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos

Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como **el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social**, e indica que la salud es un bien público. En consecuencia, se ha considerado que lo anterior indica que parece existir una tendencia a enmarcar el concepto de una vida digna, en los criterios que se derivan de vincular el artículo 4 con el 26 de la Convención, aplicables, al menos hasta la fecha, en cuanto se refiere a grupos vulnerables.[47]

Existen además varios casos que pudieran resultar aplicables en el contexto del VIH de manera beneficiosa, principalmente vale la pena hacer mención a la reiteración que la Corte Interamericana ha hecho en algunas resoluciones respecto al derecho a la vida como derecho humano fundamental cuyo goce pleno constituye una condición para el ejercicio de todos los derechos y su relación con la integridad personal, que según su criterio, se hayan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana ( como el Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas, 2007).[48]

De manera sobresaliente, existen dos casos de especial interés relacionados con el estado serológico de vivir con VIH: el caso *Jorge Odir Miranda Cortéz y otros vs El Salvador*, del que conoció la Comisión, y el caso Gonzáles *Lluy vs Ecuador*, que fue sometido a la decisión de la Corte; en ellos, en términos generales, los peticionarios han alegado la violación de varias disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos: derecho a la vida (artículo 4); a la integridad personal (artículo 5); igualdad ante la ley (artículo 24) y protección judicial (artículo 25), derechos económicos, sociales y culturales (artículo 26), así como la violación del artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En síntesis, en el primero de los casos, la Comisión refiere que:

---

[47] Steiner, Christian y Uribe, Patricia, (*Coords*.) *Convención Americana sobre Derechos Humanos comentada,* Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2014, p.130.

[48] Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas, Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2007, Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/cf/jurisprudencia/ficha.cfm?nId_Ficha=280&lang=es

> "(CASO 12.249, JORGE ODIR MIRANDA CORTEZ Y OTROS *vs* EL SALVADOR). El 24 de enero de 2000, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos… recibió una denuncia presentada por Carlos Rafael Urquilla Bonilla ("el peticionario"), en la cual se alega la responsabilidad internacional de la República de El Salvador en perjuicio de Jorge Odir Miranda Cortez y otras 26 personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("VIH/sida"), integrantes de la Asociación Atlacatl… Los peticionarios alegan que el Estado es responsable por la violación del derecho a la vida, a la salud y al desarrollo de la personalidad de las presuntas víctimas en este caso, en la medida en que no les ha suministrado los medicamentos que integran la triple terapia necesaria para impedirles la muerte y mejorar su calidad de vida. Afirman los peticionarios que la situación en que se hallan tales personas que atribuyen igualmente a la omisión del Estado, constituye un trato cruel, inhumano y degradante. Alegan asimismo que el señor Jorge Odir Miranda Cortez y las presuntas víctimas habrían sido discriminadas por el Instituto Salvadoreño de Seguro Social ("ISSS") debido a su condición de portadores del VIH/sida. En abril de 1999, los peticionarios plantearon un amparo ante la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de El Salvador para reclamar la violación de los derechos objeto de su denuncia a la Comisión Interamericana. El amparo fue decidido el 4 de abril de 2001. La demora de dicho órgano jurisdiccional salvadoreño, conforme a los peticionarios, es irrazonable y constituye una violación adicional del derecho a las garantías judiciales y a la protección judicial."[49]

Si bien es cierto que durante el desarrollo de su tramitación y por la dificultad presentada en la localización de todos los agraviados, el caso desembocó en una solución o arreglo amistoso entre las partes, tomando en consideración los avances que en materia de prevención y tratamiento del VIH y sida se observaron por parte del Estado salvadoreño, el caso es un ejemplo de éxito en el tema de los derechos humanos de este sector poblacional, pues con el sistema de reparaciones interamericano los accionantes obtuvieron mediante un acuerdo de beneficio general, la *restitutio in íntegrum* consistente en entregar una indemnización compensatoria por una sola vez por la cantidad de dos mil dólares americanos, a veintitrés personas partes del proceso ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, con cargo al Presupuesto General del Estado, mismas que de no ser reclamadas, serían destinados a la Comisión Nacional contra el sida para que conjuntamente con la Asociación Atlacatl pudieran ser utilizados para desarrollar acciones encaminadas la prevención del VIH, así como a la contribución de la disminución del estigma y la discriminación; asimismo se entregó en concepto de desembolsos realizados en relación con el caso por un sola vez la cantidad de cincuenta y cinco mil dólares de los Estados Unidos de

[49] Caso *Jorge Odir Miranda Cortéz y otros vs El Salvador*, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, p. 2 consultada en https://www.cidh.oas.org/annualrep/2009sp/ElSalvador12249.sp.htm

América; a consecuencia de dichos acuerdos el señor Jorge Odir Miranda Cortez se tuvo por satisfecho del agravio que esta situación pudo haberle causado; y liberó al Estado salvadoreño de cualquier reclamo o responsabilidad presente o futura. Por otra parte, en cumplimiento del deber de adoptar las disposiciones del Derecho Interno a la Convención Americana de Derechos Humanos, se comprometió a realizar las gestiones necesarias para la pronta vigencia de una nueva Ley de Procedimientos Constitucionales; realizar un Acto Público de reconocimiento y solidaridad sobre los hechos acaecidos en el caso; la construcción de un jardín conmemorativo dedicado a las personas fallecidas a consecuencia del sida durante este proceso.

De manera complementaria, se instruyeron diversas reparaciones adicionales como el establecimiento de programas de capacitación para funcionarios públicos en materia de no discriminación de las personas con VIH y sida, el monitoreo de las Instituciones Hospitalarias bajo la administración estatal por organizaciones no gubernamentales, la capacitación de personal médico dedicado a la atención de personas con el virus; el Fortalecimiento de la Asociación Atlacatl en su calidad de institución dedicada al trabajo en derechos humanos, principalmente.

En suma, el caso anterior, representó un avance en la defensa de los derechos de las personas con VIH, pues aunque se trató de un procedimiento no jurisdiccional del que conoció la Comisión interamericana, se examinó la importancia y exigibilidad del derecho a la salud, del acceso a los medicamentos antirretrovirales, y también del acceso a la justicia con prontitud, sin discriminación, haciendo patente y visible la falta de recursos adecuados y efectivos para defender este tipo de derechos. Dicho en otros términos, “el caso 12.249 planteó, mediante la vía de la reclamación contenciosa y bajo el mecanismo de las peticiones individuales, la posibilidad de ofrecer una vía de exigibilidad jurisdiccional de los derechos económicos, sociales y culturales, en especial respecto del derecho a la salud. La Comisión Interamericana reconoció tener competencia para ello y se ha pronunciado sobre el fondo de la reclamación.

Este aporte de la Comisión Interamericana debe ser tomado, sin duda, como uno de los más importantes que el sistema interamericano ofrece."[50]

En algunos otros casos, la negativa a otorgar tratamiento antirretroviral ha sido materia de medidas cautelares solicitadas por la Comisión Interamericana a otros países, en la que en forma similar los peticionarios han mencionado haber acudido a los sistemas de salud pública sin haber obtenido asistencia para la realización de los exámenes necesarios, con el fin de determinar el avance de la enfermedad, o recibir el tratamiento antirretroviral requerido para hacer posible su supervivencia, emitiéndose diversos proveídos de esta naturaleza principalmente en Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Chile y El Salvador[51].

El caso Gonzáles Lluy vs Ecuador, fue llevado a la Corte Interamericana para determinar la responsabilidad del Estado ecuatoriano por la afectación a la integridad personal de una niña, quien adquirió el VIH al recibir una transfusión de sangre cuando tenía tres años de edad**,** caso que se aborda en el presente capítulo y que constituye un verdadero referente en materia de derechos humanos de las personas con VIH.

### 2.4.1 Sentencia Caso Gonzáles Lluy vs Ecuador.

Como se ha señalado, hasta antes de esta sentencia, no había ningún antecedente sobre derechos de las personas con VIH a nivel interamericano que hubiera sido llevado ante la Corte y culminado con una resolución de la misma, pese a que es bien conocido que las violaciones a sus derechos humanos son comunes y que no siempre existen en las jurisdicciones internas recursos disponibles para solicitar su reparación integral.

---

[50] González Volio, Lorena y Chiriboga, María Teresa, *Derechos Humanos y VIH/sida,* en "Derechos Humanos y VIH/sida: Jurisprudencia del Sistema Interamericano y análisis comparativo del marco jurídico interno relativo al VIH/sida, en los países centroamericanos"*,* Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, 2005, p. 220.
[51] *Ibídem,* p. 220-227.

Además, el caso, generó puntos de vista encontrados entre los Jueces que conocieron del mismo, lo que originó la emisión de votos que si bien fueron concurrentes, se centraron y originaron principalmente por la discusión de la justiciabilidad de los derechos que se violentaron, particularmente la violación al derecho a la educación de la menor por su estado serológico, pues por su naturaleza de carácter económica, social y cultural propició que la vía a través de la cual se emitiera la resolución fuera abordada desde ópticas distintas. Como lo explica el Juez Ferrer Mac-Gregor en su voto concurrente: *éste es el primer caso en la historia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el que se declara la violación de una norma prevista en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.*[52]

También, cobran relevancia para efectos del derecho al mínimo vital o mínimo de subsistencia, las reparaciones a las cuales fue condenado el Estado Ecuatoriano, que se traducen, como es bien sabido, en un sistema completo para atender de manera integral cada uno de los hechos violatorios de los derechos de los afectados. Según el documento, los hechos aducidos fueron:

> "Talía Gabriela Gonzales Lluy nació el 8 de enero de 1995 Ecuador. Su madre es Teresa Lluy, su padre es SGO y su hermano es Iván Lluy. Cuando tenía tres años de edad, fue contagiada (sic) con el virus del VIH al recibir una transfusión de sangre, proveniente de un Banco de Sangre de la Cruz Roja, en una clínica de salud privada.
> El 20 de junio de 1998, cuando tenía 3 años de edad, Talía presentó una hemorragia nasal que no se detenía y fue llevada por su madre al Hospital Universitario Católico, en el Azuay, Cuenca. Talía estuvo internada durante dos días en el Hospital Universitario y, posteriormente, fue llevada por su madre a la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo ubicada en Cuenca. En la Clínica Humanitaria, Talía fue diagnosticada con púrpura trombocitopénica por el doctor PMT, médico de la Cruz Roja, quien le confirmó a Teresa Lluy que Talía necesitaba urgentemente una transfusión de sangre y de plaquetas.
> Con el fin de conseguir la sangre necesaria para efectuar la transfusión a Talía, Teresa Lluy acudió al Banco de Sangre de la Cruz Roja del Azuay donde le indicaron que debía llevar donantes. Teresa Lluy solicitó entonces a algunos conocidos, entre ellos al señor HSA, que donaran. El 22 de junio de 1998, el señor HSA acudió al Banco de Sangre de la Cruz Roja para donar su sangre. Las transfusiones de sangre

[52] Ferrer Mac-Gregor Poisot, Eduardo, Voto Concurrente, *Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2015, p.1. consultado en:
http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/votos/vsc_ferrer_298_esp.docx

> a Talía fueron realizadas el 22 de junio de 1998 y continuaron durante la madrugada del día siguiente por el personal de la Clínica Humanitaria.
> El 23 de junio de 1998 la señora EOQ, bioquímica del Banco de Sangre de la Cruz Roja, efectuó por primera vez exámenes a la muestra de sangre de HSA, incluyendo el examen de VIH. Talía estuvo hospitalizada en la Clínica Humanitaria hasta el día 29 de junio de 1998, cuando fue dada de alta. El 28 de julio, el 13 de agosto de 1998, y el 15 de enero de 1999 se realizaron pruebas de sangre en las que se confirmó que Talía era una persona con VIH".[53]

Considerando las violaciones a derechos humanos alegadas, la Corte consideró que la precariedad e irregularidades en las que funcionaba el banco de sangre del cual provino la sangre para Talía refleja el incumplimiento de las obligaciones de supervisar y fiscalizar por parte de los Estados, estimó que sin duda alguna el daño a la salud constituye una afectación del derecho a la vida y que con ello se ha violado la obligación negativa de no afectar la vida al ocurrir la contaminación de la sangre de Talía Gonzales Lluy en una entidad privada, también al derecho a la integridad personal, lo cual vulnera los artículos 4 y 5 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 de la misma.

Retomando el tema del sistema de reparación integral de la Corte, es bien sabido que ello se traduce en incluir el restablecimiento de la situación anterior y la reparación de las consecuencias que la infracción produjo así como el pago de una indemnización como compensación por los daños patrimoniales y extra patrimoniales incluyendo el daño moral,[54] por lo anterior, en el asunto de referencia, fueron varias las reparaciones instruidas que se explican y ordenan a continuación conforme a los derechos que buscaron restituir.

En primer término, como ya es tradicional la Corte estableció que su sentencia constituye *per se* una forma de reparación. También ordenó que se publicara el resumen oficial, y la Sentencia en su integridad. Asimismo, dispuso que el Estado debería realizar un acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional.

En lo relativo a la afectación al derecho a la vida y a la integridad personal ordenó a Ecuador brindar gratuitamente, a través de instituciones de salud

---

[53] Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2015, p.3, consultada en http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec298esp.pdf
[54]Steiner, Christian y Uribe, Patricia, (*Coords*.) *Op. Cit.* p. 53

públicas especializadas, de forma inmediata, oportuna, adecuada y efectiva, el tratamiento médico y psicológico e incluso psiquiátrico a Talía Gonzales Lluy, incluyendo el suministro gratuito de los medicamentos que eventualmente se requieran, tomando en consideración sus padecimientos.

Además, ordenó que si el médico de confianza de la peticionaria determina que existe un motivo fundado por el que Talía deba recibir atención en el sistema privado de salud, el Estado deberá cubrir los gastos necesarios para el restablecimiento de su salud.

Por la afectación al derecho a la educación y a la no discriminación, la Corte dispuso que el Estado debía otorgar una beca para continuar sus estudios universitarios y otra para la realización de un posgrado en cualquier universidad del mundo en la que sea aceptada. Lo anterior, en atención a su calidad de víctima por las violaciones declaradas en la Sentencia. Asimismo, ordenó que el Estado debe entregar a Talía una vivienda digna en el plazo de un año.

Por otro lado, el Tribunal dispuso que el Estado debía realizar un programa para la capacitación de funcionarios en salud sobre mejores prácticas y derechos de los pacientes con VIH. Asimismo, fijó las cantidades por concepto de indemnizaciones por daño material e inmaterial, reintegro de costas y gastos.

### 2.4.2 Justiciabilidad de los Derechos de las Personas con VIH y sida.

En lo relativo a este punto, existieron tres votos concurrentes que lo abordaron de manera amplia, emitidos por el Juez Sierra Porto, el Juez Pérez Pérez y el Juez Ferrer Mac-Gregor. Éste último explica que, dentro de otras razones motivaron su voto concurrente la posibilidad de haber abordado el “derecho a la salud” de manera directa y eventualmente haber declarado la violación del artículo 26 de la Convención Americana (*párrs. 13-17*); y la necesidad de seguir avanzando hacia la justiciabilidad plena de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en el Sistema Interamericano.[55] Haciendo referencia a otro de sus

[55] Ferrer Mac-Gregor Poisot, Eduardo, *op. cit.* p. 2.

votos concurrentes emitido en el *Caso Suárez Peralta* del año 2013, opina que el artículo 26 de la Convención Americana, prevé *"la plena efectividad" de los derechos económicos, sociales y culturales, sin que los elementos de "progresividad" y de "recursos disponibles" a que alude este precepto, puedan configurarse como condicionantes normativos para la justiciabilidad de dichos derechos, sino en todo caso constituyen aspectos sobre su implementación de conformidad con las particularidades de cada Estado.*[56] En opinión del Juez, esta es una visión interpretativa evolutiva que requieren los tiempos actuales y concluye diciendo que a pesar de haberse logrado grandes avances en la protección de los derechos económicos, sociales y culturales por la vía indirecta y en conexión con otros derechos civiles y políticos; este proceder *no otorga una eficacia y efectividad plena de esos derechos, desnaturaliza su esencia, no abona al esclarecimiento de las obligaciones estatales sobre la materia y, en definitiva, provoca traslapes entre derechos, lo que lleva a confusiones innecesarias en los tiempos actuales de clara tendencia hacia el reconocimiento y eficacia normativa de todos los derechos.*[57]

En sentido totalmente opuesto, el Juez Humberto Antonio Sierra Porto, al emitir también su voto concurrente tiene otra perspectiva, desde la cual dice que los argumentos de quienes están en pro de la justiciabilidad directa de los llamados "DESC" a través del artículo 26 no le parecen persuasivos. En tal sentido opina que, no se logra fundamentar que la justiciabilidad de estos derechos manera directa es una mejor opción que las otras vías de protección que ha utilizado la Corte como la conexidad con el derecho a la vida o a la integridad personal, o el concepto de "vida digna" y que no se toma en cuenta que el Protocolo de San Salvador creó dicho ámbito de protección, mas concluyó que la Corte sólo conocería de manera directa de los derechos consagrados en el artículo 8.a y 13 del Protocolo. Además, no se ha demostrado que la utilización de la conexidad o del concepto de "vida digna" como mecanismos de protección indirecta de los DESC no sea efectivo para la protección y garantía de los derechos de las

[56] Ferrer Mac-Gregor Poisot, Eduardo, *op. cit.* p. *6.*
[57] *Idem.*

víctimas, o que no sea una opción garantista. Su conclusión al respecto es que en estos casos donde la protección se puede alcanzar por vías menos gravosas y controvertidas es mejor optar por medios más efectivos y dejar de lado algunas pretensiones académicas.[58]

El Juez Alberto Pérez Pérez ofrece una postura que pareciera más radical pero arriba a la misma conclusión que el Juez Sierra Porto y bajo el argumento de la competencia de la Corte Interamericana por su origen histórico, en su voto, dice que no se puede deducir ni el reconocimiento específico de los derechos económicos, sociales y culturales ni su inclusión en el régimen de protección establecido por la Convención fundamentando su decisión en que el reconocimiento de otros derechos y su inclusión en el régimen de protección no incumben a la Corte sino a los Estados Miembros, mediante enmiendas o protocolos, y niega que la Corte pueda hacer una *legítima interpretación progresiva mediante la cual se precise o varíe la forma en que ha de entenderse un derecho o libertad reconocido por la Convención.* Se refiere a ello como la competencia de la competencia (*compétence de la compétence*) lo cual dice *no permite a la Corte modificar su propia competencia, sino decidir en cada caso concreto y de conformidad con las normas pertinentes si en ese caso tiene o no competencia*. *Por consiguiente, no corresponde que la Corte considere, y eventualmente declare, una violación del derecho a la salud*.[59]

### 2.4.3. El concepto de interseccionalidad de la discriminación hacia personas con VIH y sida.

Cobra relevancia la estimación elaborada por la Corte respecto del proceso de discriminación que vivió Talía junto con su familia derivado de su estado serológico, los hechos que motivaron tales consideraciones fueron los siguientes:

---

[58] Sierra Porto, Humberto Antonio, Voto Concurrente, *Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2015, p.10. consultado en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/votos/vsc_sierra_298_esp.docx

[59] Pérez Pérez, Alberto, Voto Concurrente, *Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2015, p.11. consultado en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/votos/vsc_perez_298_esp.docx

> "En septiembre de 1999, cuando Talía tenía 5 años de edad, fue inscrita en el "primer curso de básica" en una escuela pública de educación básica… Talía asistió a clases normalmente durante dos meses, sin embargo, en el mes de noviembre la profesora APA se enteró que Talía era una persona con VIH y le informó al director de la escuela, quien decidió que Talía no asistiera a clases "hasta ver que d[ecían] las [a]utoridades de [e]ducación o buscar una solución al problema".
> El 8 de febrero de 2000, Teresa Lluy presentó una acción de amparo constitucional en contra del Ministerio de Educación y Cultura…en razón de una presunta privación al derecho a la educación de Talía. El 11 de febrero de 2000, el Tribunal Distrital de lo Contencioso Nº 3 declaró inadmisible el recurso de amparo constitucional, considerando que "exist[ía] un conflicto de intereses, entre los derechos y garantías individuales de [Talía] frente a los intereses de un conglomerado estudiantil, colisión que hac[ía] que predomin[ara]n los sociales o colectivos, como lo es, el derecho a la vida, frente al derecho de la educación.
>
> Además de las dificultades en el trabajo, Teresa Lluy describió que su hija y su familia "ha[bían] sido víctimas de la más cruel discriminación, pues se les ha[bía] impedido [tener] vivienda propia" y fueron obligados a mudarse en múltiples ocasiones debido a la exclusión y el rechazo del que fueron objeto por la condición de Talía".[60]

De acuerdo a la resolución en comento, la Corte determinó que en el caso de Talía confluyeron en forma "interseccional" *múltiples factores de vulnerabilidad y riesgo de discriminación asociados a su condición de niña, mujer, persona en situación de pobreza y persona con VIH.* Lo anterior con base en que la discriminación que vivió no sólo fue ocasionada por múltiples factores, sino que derivó en una forma específica de discriminación que resultó de la "intersección de dichos factores", explicando que, si alguno de dichos factores no hubiese existido, la discriminación habría tenido una naturaleza diferente.

Por todo lo anterior, la Corte consideró que el Estado ecuatoriano violó el derecho a la educación contenido en el artículo 13 del Protocolo de San Salvador, en relación con los artículos 19 y 1.1 de la Convención Americana en perjuicio de Talía Gonzales Lluy.

En forma muy ilustrativa y detallada, en la que se advierte la naturaleza indivisible e interdependiente de los derechos humanos, la Corte desarrolló y explicó la manera en que operó la interseccionalidad en el caso citado y sus múltiples consecuencias generadas como una cadena de eslabones que fueron dando origen unos de otros hasta conducir al resultado final de la discriminación de la que fueron objeto la menor y su familia. Ejemplo que sin duda alguna,

[60] Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador, *op. cit.,* p. 4.

describe los procesos de estigmatización y discriminación que viven las personas con VIH:

> "290...En efecto, la pobreza impactó en el acceso inicial a una atención en salud que no fue de calidad y que, por el contrario, generó el contagio con VIH. La situación de pobreza impactó también en las dificultades para encontrar un mejor acceso al sistema educativo y tener una vivienda digna. Posteriormente, en tanto niña con VIH, los obstáculos que sufrió Talía en el acceso a la educación tuvieron un impacto negativo para su desarrollo integral, que es también un impacto diferenciado teniendo en cuenta el rol de la educación para superar los estereotipos de género. Como niña con VIH necesitaba mayor apoyo del Estado para impulsar su proyecto de vida. Como mujer, Talía ha señalado los dilemas que siente en torno a la maternidad futura y su interacción en relaciones de pareja, y ha hecho visible que no ha contado con consejería adecuada. En suma, el caso de Talía ilustra que la estigmatización relacionada con el VIH no impacta en forma homogénea a todas las personas y que resultan más graves los impactos en los grupos que de por sí son marginados."[61]

En su voto concurrente, Ferrer Mac-Gregor explica que la discriminación puede ser múltiple cuando es basada en dos o más factores de discriminación, sin embargo aun cuando no toda discriminación múltiple es discriminación interseccional, en caso analizado, se consideró que además de ser múltiple es interseccional porque explica: *evoca un encuentro o concurrencia simultánea de diversas causas de discriminación,* y abunda concluyendo que *en un mismo evento se produce una discriminación debido a la concurrencia de dos o más motivos prohibidos. Esa discriminación puede tener un efecto sinérgico, que supere la suma simple de varias formas de discriminación, o puede activar una forma específica de discriminación que sólo opera cuando se combinan varios motivos de discriminación.*[62]

Sobre el daño que produce, el tema también resulta interesante, pues la interseccionalidad implica y constituye *un daño distinto y único, diferente a las discriminaciones valoradas por separado. Ninguna de las discriminaciones valoradas en forma aislada explicaría la particularidad y especificidad del daño sufrido en la experiencia interseccional.*[63]

Lo anterior, no solo describe la forma en la que se da el proceso de discriminación hacia las personas con VIH, sino que también explica sus

---

[61] Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador, *op. cit.,* p. 87-88.
[62] Ferrer Mac Gregor Poisot, Eduardo, *op. cit.* p. 4.
[63] *Ídem*.

consecuencias múltiples, que al ser interdependientes se ramifican y repercuten en diversos derechos.

### 2.5 El derecho al mínimo vital de las personas con VIH.

En México, la figura del derecho al mínimo vital se había enfocado y abordado principalmente desde la perspectiva tributaria, así, como un límite para el legislador en la imposición de tributos, la Segunda Sala, específicamente en el amparo en revisión 1301/2006, determinó que el legislador ordinario no puede imponer contribuciones a quienes perciben el salario mínimo, como retribución apenas suficiente para cubrir las necesidades de esas personas.[64]

En el Amparo en Revisión 2237/2009, el Pleno sustentó que todas las personas físicas, cualquiera que sea su régimen tributario deben tener un mínimo de percepciones libre del gravamen para evitar que se vulnere su dignidad y gocen del derecho a una vivienda digna y decorosa, vestido, alimentación y demás gastos mínimos de subsistencia, agregando que, por ende, **el derecho al mínimo vital no debe ser contemplado únicamente como un mínimo para la supervivencia económica sino también para la existencia libre y digna**, ello, es concordante con lo establecido en instrumentos internacionales[65] en los que aunque no se refiere este derecho de manera expresa, se refleja la proyección que debe tener el

[64] Amparo en Revisión 2237/2009, Suprema Corte de Justicia, disponible en : http://www2.scjn.gob.mx/AsuntosRelevantes/pagina/SeguimientoAsuntosRelevantesPub.aspx?ID=114032&SeguimientoID=274

[65] Nota: A manera de ejemplo, desde la Carta de la Organización de Estados Americanos en su artículo 45a se menciona que toda persona tiene derecho "*al bienestar material y a su desarrollo espiritual, en condiciones de libertad, dignidad, igualdad de oportunidades y seguridad económica*" por su parte el Protocolo de San Salvador, en referencia al derecho al trabajo, en el artículo 7.a., determina que toda persona tiene derecho a: "*una remuneración que asegure como mínimo a todos los trabajadores condiciones de subsistencia digna y decorosa para ellos y sus familias*"; en términos similares, la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el artículo 25.1, reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure, a ella y a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, señala también el derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de los medios de subsistencia por circunstancias independientes de la voluntad de la persona.

Estado para garantizar que el ciudadano pueda allegarse de los elementos necesarios para tener una calidad de vida digna y decorosa.

Por otra parte, en el ámbito más específico de los derechos humanos y en una acepción más acorde con el presente trabajo, la Primera Sala de nuestro Máximo Tribunal Constitucional definió en la tesis de rubro: "DERECHO AL MÍNIMO VITAL EN EL ORDEN CONSTITUCIONAL MEXICANO."[66], que el objeto de este derecho abarca todas las medidas positivas o negativas imprescindibles para evitar que la persona se vea inconstitucionalmente reducida en su valor intrínseco como ser humano, por no contar con las condiciones materiales que le permitan llevar una existencia digna.

Así, la Corte Mexicana, de manera más reciente ha sido específica en sus últimos criterios, en los que admitido que el concepto del derecho al mínimo vital trasciende tanto a la materia fiscal como a la laboral, y abarca un conjunto de medidas estatales de diversa índole que permiten respetar la dignidad humana en las condiciones prescritas por el artículo 25 constitucional, en este orden de idas, ha concluido que si el derecho al mínimo vital trasciende a lo propiamente tributario y se proyecta sobre la necesidad de que el Estado garantice la disponibilidad de ciertas prestaciones en materia de procura existencial o asistencia vital, éste deberá asumir la tarea de remover los obstáculos de orden económico y social que impidan el pleno desarrollo de la persona y la efectiva participación de todos los ciudadanos en la organización política, económica, cultural y social del país.[67]

De lo anterior han surgido varios criterios con esta argumentación apuntando a que el derecho al mínimo vital en específico: I. Deriva del principio de dignidad humana, en concordancia con los derechos fundamentales a la vida, a la integridad personal y a la igualdad, en la modalidad de decisiones de protección especial a personas en situación de necesidad manifiesta; II. Está dirigido a los individuos en su carácter de personas físicas; III. Es un derecho fundamental no consagrado expresamente en la Carta Magna, pero que se colige a partir de la interpretación

[66] Tesis 1a. XCVII/2007, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXV, mayo de 2007, página 793.
[67] Tesis P. VII/2013 (9a.), publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima época, Tomo I, Diciembre de 2013, p. 136, Reg. 159820.

sistemática de los derechos fundamentales consagrados en sus artículos 1o., 3o., 4o., 6o., 13, 25, 27, 31, fracción IV y 123 y de los derechos a la vida, a la integridad física, a la igualdad, a la salud, al trabajo y a la seguridad social, entre otros, a través del cual **se garantizan los requerimientos básicos indispensables para asegurar una subsistencia digna del individuo y su familia**, no solamente en lo relativo a alimentación y vestuario, sino también en lo referente a salud, educación, vivienda, seguridad social y medio ambiente; y, IV. No puede entenderse como una protección económica únicamente, sino como una tutela vinculada con la dignidad de la persona, la integridad física, la vida y la protección de la familia[68].

También el Diccionario Iberoamericano de Derecho Humanos y Fundamentales, define a este derecho como:

> "El mínimo vital es un derecho propio del Estado social que se clasifica como un derecho social de prestación. A pesar de no existir un concepto generalmente aceptado, podemos decir que el derecho al mínimo vital es el derecho a gozar de unas prestaciones e ingresos mínimos, que aseguren a toda persona su subsistencia y un nivel de vida digno, así como también, la satisfacción de las necesidades básicas. Sin embargo, este derecho no se ha reconocido expresamente en el Derecho Internacional ni en las Constituciones de los Estados iberoamericanos, se trata de un derecho "innominado" y desarrollado principalmente desde la jurisprudencia y la doctrina."[69]

Esta obra, retoma además la definición de la Defensoría del Pueblo de Colombia, en su Observatorio de Justicia Constitucional, para hablar del derecho al mínimo vital el cual refiere que:

> "Es un derecho fundamental no consagrado expresamente en la Carta, pero que se desprende de una interpretación sistemática de la Constitución y de los derechos a la vida, a la integridad física, a la igualdad, a la salud, al trabajo, y a la seguridad social, entre otros, a través del cual se garantizan los requerimientos básicos indispensables para asegurar una subsistencia digna de la persona y su familia, no solamente en lo relativo a alimentación y vestuario sino también lo referente a salud, educación, vivienda, seguridad social y medio ambiente".[70]

---

[68] Tesis I.9o.A.1 CS (10a.) publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima época, Tomo II, marzo de 2016, p. 1738, Reg. 2011316.

[69] Celi Maldonado, Alejandra, en "Diccionario Iberoamericano de Derechos Humanos y Fundamentales", Universidad de Alcalá, voz: *mínimo vital* consultado en: http://diccionario.pradpi.org/inicio/index.php/terminos_pub/view/9

[70] Celi Maldonado, Alejandra, *op. cit*. consultado en: http://diccionario.pradpi.org/inicio/index.php/terminos_pub/view/9

Es precisamente en Colombia, a través de la Corte Constitucional donde se ha desarrollado con mayor amplitud el alcance de este derecho hacia diversos grupos considerados como vulnerables (jubilados, pensionados, adultos mayores mujeres embarazadas, trabajadores con retraso en pago de salarios) fundamentando estos casos en este derecho y su relación con otros, resultando de particular interés aquellos que ha conocido por el derecho a la salud y la exclusión de medicamentos y tratamientos del Plan Obligatorio cuando implica un riesgo para la vida o la integridad, sustentadas bajo los rubros de Sentencia T-328/98, T-329/98 y T-283/98.

De todas ellas, la Sentencia T-328/98[71] aborda de manera específica el caso de una persona con VIH, quien como demandante requiere para su tratamiento, según prescripción del médico tratante vinculado al servicios al que se encuentra afiliado por el plan obligatorio de salud, la aplicación de tres medicamentos, a saber: AZT, lamibadin y crixiván, los cuales no puede obtener por intermedio de dicha entidad promotora de salud, pues no ha cumplido las semanas mínimas de cotización para tener derecho a ello, por lo tanto, tomando en consideración que el Estado se encuentra obligado a garantizar la vida y la salud de todos sus habitantes consideró que era necesario suministrarle los medicamentos que en dicho caso el servicio de salud no se encontraba dispuesta a dispensarle, por lo el demandante ejercitó la acción de tutela ante la negativa de la autoridad judicial que conoció primeramente del caso. En la sentencia de referencia, se mencionó que la falta de esos medicamentos permitía el avance rápido del VIH y por tal razón, se amenazaba seriamente su derecho constitucional a la vida. En el estudio del caso, la Corte Constitucional Colombiana aclaró que:

> …el mínimo vital supone un derecho constitucional fundamental **a la vida** no entendido como una mera existencia, sino como **una existencia digna** con las condiciones suficientes para desarrollar, en la medida de lo posible, todas las facultades de que puede gozar la persona humana; así mismo, un derecho **a la integridad personal en todo el sentido de la expresión** que, como prolongación del anterior y manifestación directa del principio de la dignidad humana, impone tanto el

[71] Sentencia T-328/98, Servicio Público de Salud - Prestación estatal y privada/ plan obligatorio de salud-Asunción por particulares, Corte Constitucional Colombiana, Bogotá, 1998, disponible en http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-328-98.htm

> respeto por la no violencia física y moral, como el derecho al máximo trato razonable y la mínima disminución posible del cuerpo y del espíritu.[72]

De manera similar, la Sentencia T-329/98[73] resuelve el caso de una mujer sometida a una cirugía del útero, llevada a cabo por un médico adscrito a una entidad particular promotora de salud demandada y a costa de ésta, por cubrimiento del plan obligatorio de salud al cual se encuentra afiliada. Sin embargo a pesar de que el médico especialista le sugirió la aplicación de cuatro dosis de un medicamento, la entidad promotora de salud se negó a suministrárselo, argumentando que no se encuentra contemplado en el manual de intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud, lo que implica que la mujer pudiera perder el útero.

En la Sentencia T-283/98[74] relativa a una persona con cáncer que con motivo de su diagnóstico requiere un tratamiento de quimioterapia y es afiliado por su hermano a un sistema de salud particular que subroga al Estado, a quien le es negado el tratamiento por no cumplir con el mínimo de semanas cotizadas requeridas conforme a la legislación y en atención al alto costo del tratamiento, la Corte Colombiana determinó un importante criterio que fija parámetros importantes respecto a la exigibilidad en la práctica de derechos de carácter prestacional mediante el derecho al mínimo vital, cuando de no satisfacerse pone en peligro otros derechos como la vida y la integridad personal.

En todos los casos anteriores, para la inaplicación de la legislación que determinaba ya fuera, un catálogo de medicamentos específicos contenidos en el manual de intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud, o bien, un número específico de semanas cotizadas para poder brindar el tratamiento, estas resoluciones identificaron los siguientes requisitos o condiciones para poder ser exigibles:

---

[72]Sentencia T-328/98, Servicio Público de Salud - Prestación estatal y privada, *op.cit*. disponible en http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-328-98.htm

[73] Sentencia T-329/98, *Inaplicación De Normas - Condiciones para que proceda por no suministro de tratamientos y medicamentos de alto costo,* Corte Constitucional Colombiana, Bogotá, 1998, disponible en http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-329-98.htm

[74] Sentencia T-283/98, *Inaplicación de Normas, Casos en que procede por no suministro de tratamiento y medicamentos de alto costo/Derecho a la Vida Digna-No suministro de tratamientos y medicamentos de alto costo,* Corte Constitucional Colombiana, Bogotá, 1998, disponible en http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-283-98.htm

> "Primera, que la falta del medicamento o tratamiento excluido por la reglamentación legal o administrativa, amenace los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del interesado, pues no se puede obligar a las Entidades Promotoras de Salud a asumir el alto costo de los medicamentos o tratamientos excluidos, cuando sin ellos no peligran tales derechos.
>
> Segunda, que se trate de un medicamento o tratamiento que no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud o que, pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan, siempre y cuando ese nivel de efectividad sea el necesario para proteger el mínimo vital del paciente.
>
> Tercera, que el paciente realmente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda acceder a él por ningún otro sistema o plan de salud (el prestado a sus trabajadores por ciertas empresas, planes complementarios prepagados, etc.).
>
> Y finalmente, que el medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la Empresa Promotora de Salud a la cual se halle afiliado el demandante."[75]

Pese a lo anterior, dada la dificultad que representa sobretodo en el ámbito económico, la satisfacción de los derechos de índole prestacional para los sujetos obligados, no hay que dejar de tomar en cuenta que en sus puntos resolutivos, las sentencias establecieron que las empresas particulares que subrogaban al Estado los servicios de salud en dicho caso, tenía el derecho de repetir los sobrecostos en que incurriera cumpliendo con esa orden judicial en contra del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, que se entiende, es un Fondo Estatal.

## 2.6. Conclusiones.

**PRIMERA.** El hecho de que existan casos sometidos al conocimiento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, a través de la emisión de medidas cautelares y por el sistema de peticiones individuales, representa un avance en la defensa de los derechos de las personas con VIH, pues en ellos se

[75] Sentencia T-283/98, *op. cit.*, disponible en http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-283-98.htm.

examinó la importancia y exigibilidad del derecho a la salud, del acceso a los medicamentos antirretrovirales, y también del acceso a la justicia con prontitud, sin discriminación, haciendo visible en algunos casos, la falta de recursos adecuados y efectivos para defender este tipo de derechos.

**SEGUNDA**. El tema de la justiciabilidad de los derechos humanos de las personas con VIH, en particular, el derecho a la salud o el derecho al más alto nivel de bienestar físico, mental y social entendidos principalmente como derechos de carácter prestacional, de índole económico y social, pueden ser abordados desde dos ópticas distintas en el sistema interamericano, la primera como derecho que constituye una manifestación del derecho a la vida y la integridad personal, el segundo, justiciable directamente como derecho autónomo conforme a lo determina el artículo 26 de la propia Convención Americana sobre los Derechos Humanos, siendo ésta perspectiva la más moderna.

**TERCERA.** La discriminación hacia las personas con VIH, puede llegar a ser interseccional, cuando además de ser motivada por diversas razones (discriminación múltiple) existe concurrencia simultánea de diversas causas de discriminación, es decir, como lo explica el Juez Eduardo Ferrer Mac-Gregor en un mismo evento se produce una discriminación debido a la concurrencia de dos o más motivos prohibidos que puede tener un efecto sinérgico, y que además supere la suma simple de varias formas de discriminación, o puede activar una forma específica de discriminación que sólo opera cuando se combinan varios motivos de discriminación.

**CUARTA.** El derecho al mínimo vital, acorde a lo manifestado por la Corte Constitucional Colombiana y las definiciones abordadas es una manifestación del derecho a la vida, entendido no como el derecho a la simple existencia, sino como una combinación de éste con el derecho a vivir con dignidad humana y mantener la integridad personal en todo el sentido de la expresión, abarca desde luego, el derecho a la salud, así como otros derechos del Estado Social como el derecho a

una vivienda decorosa, vestido, alimentación y en general aquellos que aseguren a toda persona su subsistencia y un nivel de vida digno, así como también, la satisfacción de las necesidades básicas.

**QUINTA**. Por principio de interdependencia, existen coincidencias entre el derecho al mínimo vital y el derecho a la salud entendido como el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud o como el derecho al más alto nivel de bienestar físico, mental y social, el primero, como su nombre lo dice establece para las personas un estándar mínimo de condiciones para vivir con dignidad, el segundo, por el contrario determina la obligación para los Estados de garantizar las mejores condiciones de vida e integridad personal en los ámbitos físico o corporal, mental, emocional y social en su máxima expresión posible.

**SEXTA**. En el tema de los derechos de las personas con VIH cobran vigencia e importancia el derecho al mínimo vital y el derecho al más alto nivel de bienestar físico, mental y social, porque por su condición de salud, las personas con VIH enfrentan una amenaza a su derecho fundamental a la vida y a la integridad personal, existe la necesidad de que les sean proporcionados los medicamentos antirretrovirales y aquellos para atender las infecciones oportunistas, siendo insustituibles y de necesidad permanente, además, los costos de los mismos no son accesibles para cualquier persona y han sido prescritos conforme a criterios científicos de estándar internacional.

## CAPÍTULO III

## LA RESPUESTA DE MÉXICO FRENTE AL VIH Y SIDA.

SUMARIO: 3.1 Presentación. 3.2 La presencia del VIH en el contexto de la República Mexicana. 3.2.1 Panorama epidemiológico nacional del VIH y sida. 3.2.2 Marco jurídico para la prevención y control de la infección del VIH y del sida. 3.2.2.1 Marco jurídico constitucional. 3.2.2.2 Legislación secundaria aplicable al contexto del VIH y sida. 3.2.2.3 La Norma oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. 3.3 Recomendaciones de la CNDH por violaciones a los derechos humanos de las personas con VIH. 3.4 Ley para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida del Distrito Federal. 3.5 Conclusiones.

### 3.1 Presentación.

Nuestro país se ha visto inmerso en el mismo contexto que el resto del mundo en el tema de la epidemia del VIH pero con matices muy particulares en lo que atañe a los grupos en que se han presentado el mayor número de casos, también en lo relativo al papel que las autoridades de salud han desempeñado y en especial la cobertura médica y de tratamientos antirretrovirales que se ha logrado desde hace algunos años, generada a través de verdaderas protestas y luchas sociales que se traducen en dos cosas: por un lado el medio para buscar establecer políticas de Estado que contemplen derechos humanos de grupos específicos y por otro la materialización progresiva de la incorporación de derechos de carácter económico, social y cultural en beneficio de estas causas.

La influencia de las experiencias, avances y prácticas de otros países sirvieron de sustento para emprender una respuesta nacional a la epidemia y hasta estos días guían los pasos de los organismos nacionales que tienen como encomienda instrumentar acciones de prevención y brindar una atención integral a las personas que ya han adquirido el virus.

### 3.2 La presencia del VIH en el contexto de la República Mexicana.

Como lo explica Morales Aché, los primeros años en los que México afrontó la aparición del VIH, trajeron aparejada no solamente problemas en el ámbito de la salud pública, también en lo relativo a los derechos humanos, pues hay que tener presente que fue hasta 1983 cuando se incorporó el derecho a la salud a nuestra Constitución Política mexicana, en consecuencia en los primeros años, este derecho no tuvo mucha aplicación en la práctica, ya que era considerado como una norma programática, no justiciable, o de cumplimiento progresivo. Lo anterior obligó, con el paso del tiempo a tramitar diversos litigios relacionados con el VIH y el sida, que son bien conocidos como casos emblemáticos en la defensa de los derechos humanos, motivados principalmente por la negativa inicial del gobierno mexicano a reconocer el derecho de las personas con VIH/sida a recibir gratuitamente los medicamentos que requieren para el adecuado tratamiento de su padecimiento[76], lo que derivó en buscar planteamientos jurídicos que permitieran acudir ante los órganos jurisdiccionales exigiendo el derecho a la protección a la salud, en específico respecto al acceso y suministro de medicamentos, después de varias batallas jurídicas, en octubre de 1999 el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver el amparo en revisión 2231/97, reconoció por primera vez la exigibilidad judicial del derecho a la protección de la salud, así como el derecho de los enfermos a recibir los medicamentos que representen la mejor alternativa terapéutica.[77]

En los años subsecuentes, hubo importantes resoluciones judiciales en temas relacionados con responsabilidad civil por contagio transfusional, amparos en revisión por bajas de militares por su estado serológico con desafortunadas intervenciones de los entonces Ministros Aguirre Anguiano, Mariano Azuela Güitrón y Genaro David Góngora Pimentel, en contra de cuyas opiniones se pronunciaron expresamente los ministros que conformaron la mayoría argumentando que las opiniones sobre la supuesta contagiabilidad del VIH y

[76] Morales, Aché Pedro Isabel, *Aspectos Legales del VIH/sida*, en 25 años de sida en *México, logros, desaciertos y retos*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2008, p.263.
[77] *Ídem.*

peligro a la salud pública se fundamentaron en prejuicios horribles y de estigmatización social.

### 3.2.1 Panorama epidemiológico nacional del VIH y sida.

De acuerdo a las cifras preliminares del Registro Nacional de Casos de sida que efectúa el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA), arrojan que a nivel Nacional los casos de sida notificados desde 1983 hasta el primer trimestre de 2016 ascendieron a 181,744. De los casos notificados, se encuentran vivos según su estado de evolución 127,823, que se distribuyen en 66,118 casos de sida y 58,705 de VIH.

Tan solo en 2015 se diagnosticaron 10,843 casos nuevos de VIH y de sida, de los que corresponden a VIH 5,051 y a sida 5792. Según dicho Centro Nacional, en 2014 fallecieron por sida 4,763 personas.[78]

De la interpretación de las cifras que ha presentado desde hace ya algunos años este Registro Nacional, el CENSIDA ha considerado que *"La epidemia del sida en México se encuentra estable y concentrada en las poblaciones clave: hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) con una prevalencia de VIH del 17%, hombres trabajadores sexuales del 18%, personas usuarias de drogas inyectables (UDI) del 6% y mujeres transgénero del 20%."*[79] determinando también que los nuevos casos de VIH y sida han ido disminuyendo cada año, alcanzando el "pico máximo" en los años 1998 a 2000. Sin embargo, también ha informado que acuerdo a las estimaciones del ONUSIDA en México viven actualmente 183 mil personas con VIH, de las cuales 48% desconoce su status serológico.

[78] Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida, *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/sida en México, Registro Nacional de Casos de sida, Actualización al 1er. Trimestre de 2016, México, 2016, p.2.*
[79] *CENSIDA informa, [Boletín en Línea], México,* disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/Censidainforma.pdf

Estos datos se reflejan en la tabla general del registro nacional de casos hasta el primer trimestre 2016.[80]

**Resumen de la Vigilancia Epidemiológica del Registro Nacional de Casos SIDA al 1er. Trimestre de 2016.**

| | |
|---|---|
| Casos de Sida notificados (1983-2016*) | **181,744** |
| Casos notificados de VIH y de Sida que se encuentran vivos según estado de evolución registrado | Total: 127,823<br>Sida: 69,118<br>VIH: 58,705 |
| Casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida notificados en 2015. | Total: 10,843<br>Sida: 5,051<br>VIH: 5,792 |
| Casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida notificados en 2016 (preliminar)* | Total: 1,373<br>Sida: 634<br>VIH: 739 |
| Estados con la mayor tasa de casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida en 2016. Tasa por 100,000 habitantes. | Sida<br>Campeche: 5.0,<br>Tlaxcala: 2.6,<br>Morelos: 2.3, Colima: 1.6,<br>Guerrero: 1.4<br><br>VIH<br>Campeche: 2.7,<br>Yucatán: 2.5,<br>Morelos: 2.1,<br>Tabasco: 2.0, Chihuahua: 1.8 |
| Proporción de casos VIH y de Sida en hombres, según casos diagnosticados en 2016. | Sida: 84.5%<br>VIH: 80.8% |
| Defunciones por Sida 2014** | 4,763 |
| Tasa de mortalidad 2014** por 100 mil habitantes | 3.9 |

* Información preliminar al 31 de marzo de 2016.

** Información oficial INEGI.

Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.

### 3.2.2 Marco jurídico para la prevención y control de la infección del VIH y del sida.

En este rubro es bueno recalcar que a nivel nacional existe una vasta normatividad aplicable a los derechos humanos de las personas con VIH de diversa índole, dentro de otros aspectos, se deben considerar los tratados internacionales, pactos, convenciones suscritos por el Ejecutivo y aprobados por el Senado, así como las jurisprudencias de la Corte Interamericana que se han

[80] Nota: *tabla N°1, Resumen de la Vigilancia Epidemiológica del Registro Nacional de casos de sida al primer trimestre de 2016, CENSIDA, 2016, disponible en http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_1er_trim_2016_1.pdf*

abordado en el capítulo precedente y que como es bien sabido, forman parte del llamado bloque de constitucionalidad en nuestro país. Dicho lo anterior, existen además otras disposiciones que pueden resultar aplicables en temas de discriminación, protección de datos personales (que buscan proteger la intimidad, la confidencialidad y la identidad) y normatividad específica sobre la prevención y control de la epidemia.

### 3.2.2.1 Marco jurídico constitucional.

Con la reforma en la parte dogmática de nuestra Constitución Política de junio de 2011 y de su reconocimiento a los derechos humanos, se desprende la obligatoriedad del respeto a los mismos, estableciendo claramente sus características de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

En el último párrafo de su artículo 1 se prohíbe toda discriminación motivada por cualquier calidad específica de las personas, incluyendo las **condiciones de salud**, las preferencias sexuales o cualquier otra que atente contra la idea de la dignidad humana, precepto que cobra especial relevancia en el ámbito del VIH y sida. Asimismo en el artículo 4 se establece el **derecho a la Salud** y al acceso a los servicios que garanticen la misma; también, en el artículo 6 se protege el derecho a la vida privada y a los datos personales.

En el tema del derecho al mínimo vital, la Primera Sala de la Corte determinó que este derecho cobra plena vigencia a partir de la interpretación sistemática de los derechos fundamentales consagrados en la Constitución General y particularmente de los artículos 1o., 3o., 4o., 25 y 123.[81]

### 3.2.2.2 Legislación secundaria aplicable al contexto del VIH y sida.

La Ley General de Salud[82], alude en diversas partes de su articulado al VIH, determinando que deberá existir un Programa Nacional de Prevención, Atención y

[81] Tesis: 1a. XCVII/2007, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. Tomo XXV, Mayo de 2007, p. 793, Registro: 172545.
[82] Ley General de Salud, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984. Última reforma publicada el 12 de noviembre de 2016.

Control del VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual (artículo 3), regulando también la prevención de la transmisión perinatal y otras infecciones de transmisión sexual en las mujeres embarazadas (artículo 61 fracción I BIS) y algunas otras previsiones de índole epidemiológico.

En otro tema, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, establece la creación del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación como un Organismo competente para conocer e investigar quejas y reclamaciones por presuntos actos de discriminación, estableciendo los procedimientos punitivos de carácter administrativo en la materia, determinando en su artículo 9 fracción XXXII que se considera como discriminación **"**estigmatizar y negar derechos a personas con VIH/sida."[83]

Es importante también, que en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de particulares se considere el estado de salud como un dato de carácter sensible y se determine que su utilización indebida pueda dar origen a discriminación o conllevar un riesgo grave.

### 3.2.2.3 La Norma oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Las Normas Oficiales Mexicanas, son las regulaciones técnicas que contienen la información, requisitos, especificaciones, procedimientos y metodología que permiten a las distintas instituciones públicas o privadas establecer parámetros para realizar determinada actividad, brindar servicios o elaborar productos y con ellos evitar riesgos previsibles y evitables; en todos los casos, una vez emitida la Norma, se publica en el Diario Oficial de la Federación, indicándose una fecha para su entrada en vigor.

Desde 1993, existe en México una Norma relativa al VIH, misma que fue sustituida por la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la

[83] Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003. Última reforma publicada el 20 de marzo de 2014.

Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, según la misma atiende los lineamientos y directrices internacionales emitidos por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre sida (ONUSIDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC) y la Declaración de Compromiso de Alto Nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas en sesión especial sobre sida (UNGASS), cuyas disposiciones de acuerdo a su numeral 1.2 son de orden público e interés social y por tanto de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todas las instituciones y personal del Sistema Nacional de Salud involucrado en la atención a las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. Cabe hacer la aclaración que desde el año 2010 han existido diversos cambios en la terminología y en los métodos diagnósticos y de confirmación de resultados positivos y esta norma a su vez, refiere a las Guías de manejo antirretroviral de las personas con VIH, que se actualizan constantemente en razón de la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales. Ahora bien, en el tema de derechos humanos, la norma establece diversos criterios que protegen derechos en específico, en primer término en su numeral 6.3 determina que toda detección del VIH/sida se rige por los criterios siguientes:

> 6.3.2 La detección del VIH/sida no se debe utilizar para fines ajenos a los de protección de la salud del individuo en cuestión a menos que sea en acato a una orden judicial.
> …
> 6.3.5 Se debe regir por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad que consisten en que la persona que se someta a análisis debe hacerlo:
> 6.3.5.1 Con conocimiento suficiente;
> 6.3.5.2 En forma voluntaria;
> 6.3.5.3 Con autorización por escrito de la persona o, en su caso, huella dactilar, y
> 6.3.5.4 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.[84]

En las disposiciones anteriores podemos encontrar que se prevé el principio de exclusividad de la realización de una prueba de detección, con la consecuente excepción de la orden judicial, el consentimiento válidamente obtenido e informado así como el principio de voluntariedad de la prueba. Por otra parte, la

[84] Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la Prevención y el Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Secretaría de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación 10 de noviembre de 2010, consultada en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf

norma citada establece algunas recomendaciones enfocadas principalmente a los profesionales de la salud, como son:

> 6.4.1 La entrega del resultado se realizará en forma individual, por personal capacitado o, en su defecto, se debe enviar en sobre cerrado al médico tratante que solicitó el estudio.
> 6.4.2 No deben informarse resultados positivos o negativos en listados de manejo público, ni comunicar el resultado a otras personas sin la autorización expresa del paciente, excepto cuando se trate de menores de edad o de personas con discapacidad mental o incapacidad legal, en cuyo caso se debe informar a los padres o quienes ejerzan la patria potestad, o a falta de éstos al tutor.
> 6.4.3 La consejería que reciba la persona a la entrega del resultado deberá ser empleada para reforzar actitudes de autocuidado para evitar futuras infecciones o reinfecciones del VIH/SIDA o de cualquier ITS y para sensibilizarla de la conveniencia de informar a las personas que pudiese haber puesto en situación de riesgo; en todo caso, el profesional de la salud, deberá respetar la confidencialidad de acuerdo a las disposiciones aplicables.
> …
> 6.6.1 La vigilancia epidemiológica del VIH/sida debe realizarse considerando tanto las necesidades de prevención y protección de la salud de las enfermedades transmisibles, como el respeto a la dignidad y los derechos humanos de las personas que viven con VIH/sida, en especial el respeto a la protección de la salud, al derecho a la igualdad, a la vida privada, a la confidencialidad y a la no discriminación, y deben ser respetados y promoverse por el personal que labora en las instituciones de salud, evitando actitudes y conductas discriminatorias.
> …
> 6.11 El personal de salud y las instituciones encargadas de la atención a personas que viven con VIH/sida que integran el Sistema Nacional de Salud deben observar los siguientes lineamientos para garantizar la **confidencialidad** de la información:
> 6.11.1 Atender las disposiciones respecto al carácter legal y confidencial del expediente clínico.
> 6.11.2 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/sida garanticen su derecho a la confidencialidad.
> 6.11.3 Tratar **sin discriminar** a las personas que viven con VIH/sida 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.
> 6.11.4 Respetar el carácter confidencial de la personas que viven con VIH/sida, informando acerca de su estado sólo a quien el paciente autorice.[85]

Las medidas anteriores, consagran el derecho a la confidencialidad del diagnóstico de VIH en favor de una persona que decide realizarse la prueba de detección y vincularse a servicios de atención médica, así como una verdadera obligación de secrecía por parte de las personas encargadas de atenderlos, sean servidores públicos o no, pues hay que recordar que esta Norma Oficial Mexicana

[85] Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la Prevención y el Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, consultada en:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf

es aplicable a todas las instituciones de salud, incluso laboratorios privados, lo que sugiere que estas disposiciones tengan extensión hacia particulares con la consecuente obligación de respeto hacia estos derechos humanos en un plano de horizontalidad respecto de sus similares.

### 3.3 Recomendaciones de la CNDH por violaciones a los derechos humanos de las personas con VIH.

Un aspecto a considerar que reviste verdadera importancia en el tema de la respuesta al VIH que se ha emprendido México, es la relativa a la defensa no jurisdiccional de los derechos humanos a través de las Comisiones de Derechos Humanos; a nivel nacional, desde su creación en 1990, la CNDH además de sus actividades de promoción y divulgación en la materia, desde 1992 hasta diciembre de 2014, ha documentado 1,222 expedientes de quejas sobre VIH,[86] refiriendo que los hechos violatorios más comúnmente atendidos consisten en la inadecuada prestación del servicio público de salud, negligencias médicas, omisiones de proporcionar la atención así como el suministro de medicamentos motivadas por su estado de salud. En el periodo referido, las entidades federativas con mayor número de quejas en temas relacionados al VIH son la Ciudad de México (antes Distrito Federal) con 488, el Estado de México con 109, Jalisco con 78, Nuevo León con 55, Veracruz con 52, Guerrero y Tamaulipas con 39, Michoacán y Querétaro con 34. En este rubro Oaxaca tiene un registro de 14 quejas ante este organismo defensor.

Con motivo de estos casos que han sido sometidos a su consideración, se han emitido 28 recomendaciones, cuyas temáticas han sido diversas y en algunos temas han documentado importantes hallazgos, dentro de ellas destacan en los primeros años del funcionamiento de este Organismo, la recomendación 127/1995 que se refirió al caso de los internos con VIH de la penitenciaría de Chihuahua, en

[86] Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *La CNDH, el VIH y el sida en números*, 2ª edic., México, 2015, p. 6.

la que se instó al Gobierno Estatal a observar la Norma Oficial en la materia en acciones preventivas y de detección en los reclusos, entre algunos otros puntos. También la recomendación 82/1996 relativa a la inadecuada atención médica a una persona que ingresó con probable diagnóstico de VIH al Hospital General de Pachuca, donde se le aisló y violentó la confidencialidad de su expediente clínico, finalmente, se quitó la vida al arrojarse desde el quinto piso del mismo hospital, caso en el que se identificó el estigma entre la sexualidad del paciente y el padecimiento por VIH, en las reiteradas menciones a la homosexualidad en su expediente clínico, situación que la CNDH identificó como **lesivo de la dignidad del paciente.**[87] En temas similares se emitió la Recomendación 28/1997 por hechos sucedidos en Morelia Michoacán, por la mala atención brindada a una mujer, quien vivía con VIH, durante su parto siendo dada de alta sin haberse restablecido por completo, debido a las presiones del personal del citado nosocomio, lo que propició que falleciera 42 días después en su propio domicilio. Cobra verdadera relevancia la resolución similar 06/1999 dictada con motivo de los hechos sucedidos en el Hospital General de Zona Número 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey Nuevo León, donde una menor de edad recibió una transfusión de plasma sin consentimiento de su familiar, informándole posteriormente que la menor había adquirido el VIH ocasionado con motivo de dicho acto. Por su parte, en 1999 hubo tres recomendaciones más, en 2000 y 2001 una cada año, en 2002 y 2003 dos, en 2004 tres, en 2005 una, en 2007 tres, en 2008 tres, en 2009 una y otra más en 2014, a las que se suman diversas recomendaciones generales en algunas temáticas relacionadas, como las emitidas sobre las mujeres internas en centros de reclusión en la República Mexicana, sobre los casos de discriminación en las escuelas a menores con VIH o que viven con sida, y la relativa al Derecho a la protección de la salud.

[87] Hernández Forcada, Ricardo (*Comp.*) *Recomendaciones de la CNDH relacionadas con el VIH y el sida,* Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2015, p. 17-18.

## 3.4 Ley para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida del Distrito Federal.[88]

Esta Ley emitida en el año 2012, tiene la virtud de considerar diversos principios en los temas de la respuesta al VIH y sida, como la no discriminación por estado serológico, la implementación de la perspectiva de derechos humanos, refiriéndose a los principios de universalidad, progresividad, interdependencia e indivisibilidad, también plantea una óptica género en las acciones de prevención y atención.

Para los servidores públicos que desempeñen funciones en esta materia impone los principios de igualdad, no discriminación, tolerancia, justicia social, reconocimiento de las diferencias, respeto a la dignidad y diversidad, accesibilidad y equidad evitando con ello estereotipos, prejuicios o estigmas y basando su actuar en evidencias científicas.

En muchas de sus disposiciones determina el carácter obligatorio de las acciones que deberán emprender los servidores y profesionales de la salud en temas como acciones de promoción, detección, confidencialidad, atención médica entre otras.

Una aportación de considerarse en esta Ley es la discriminación positiva que hace en favor de las personas con VIH al prever el establecimiento de medidas positivas y compensatorias de carácter específico dirigidas prioritariamente a toda persona que viva con VIH en el Distrito Federal (hoy Ciudad de México), que tendrán como objetivo la eliminación de los obstáculos y barreras que impiden el acceso oportuno a la prestación de los servicios de atención médica, y el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad sustantiva de oportunidades y de trato con el resto de las personas.

[88] Ley publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 20 de junio de 2012, última reforma del 23 de septiembre de 2014, consultada en: http://www.aldf.gob.mx/archivo-12b28d9460f66f93a0268e3ed29bbe9d.pdf

## 3.5 Conclusiones.

**PRIMERA.** México, presenta en el tema de la epidemia del VIH matices particulares en lo que atañe a los grupos en que se han presentado el mayor número de casos, de acuerdo al CENSIDA la epidemia en nuestro país se encuentra estable y concentrada en las poblaciones clave: hombres que tienen sexo con otros hombres, con una prevalencia de VIH del 17%, hombres trabajadores sexuales del 18%, personas usuarias de drogas inyectables (UDI) del 6% y mujeres transgénero del 20%.

**SEGUNDA.** Hasta el primer trimestre de 2016 viven en México 127,823 personas con VIH y sida, cifra que aumenta diariamente. Por otra parte, se estima que gran parte de la población en México no conoce su estado serológico, de manera tal que se calcula que un 48% no sabe que vive con el virus.

**TERCERA.** El organismo protector de derechos humanos a nivel nacional ha conocido de una serie de casos en los que personas con VIH han considerado violentados sus derechos, principalmente los que se refieren en la inadecuada prestación del servicio público de salud, negligencias médicas, omisiones de proporcionar la atención así como el suministro de medicamentos por su estado serológico. De manera coincidente estas quejas recaen en las Instituciones Públicas de Salud.

**CUARTA.** La Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del VIH, consagra en varias de sus disposiciones el derecho a la confidencialidad del diagnóstico de VIH en favor de una persona que decida realizarse la prueba de detección y vincularse a servicios de atención médica, así como una verdadera obligación de secrecía por parte de las personas encargadas de atenderlos, esta obligación también va dirigida a particulares, lo que se refuerza con la emisión desde el año 2010 con la Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de particulares y de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la

Discriminación que también prevé un procedimiento que se puede hacer valer ante particulares por actos de discriminación, incluidos aquellos motivados por el estado serológico.

**QUINTA.** La Ciudad de México, ha demostrado con su Ley para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida del Distrito Federal que existen virtudes en la previsión de las cuestiones relacionadas con la prevención y atención de las personas con VIH y sida mediante una ley que facilitan la exigibilidad basadas en la obligatoriedad de una norma.

## CAPÍTULO IV

## DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS JURÍDICO POLÍTICO DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL CONTEXTO DE LAS PERSONAS CON VIH EN OAXACA

SUMARIO: 4.1 Presentación. 4.2 Marco jurídico Local del Estado de Oaxaca, el VIH y el sida. 4.3 Panorama epidemiológico del Estado Oaxaca. 4.4 Los derechos humanos de las personas con VIH y sida en Oaxaca. 4.4.1 Derecho a la igualdad y a la no discriminación por condición de salud y estado serológico. 4.4.2 Derecho a la integridad personal. 4.4.3 Derecho a la protección de la vida privada. 4.4.4 Derecho al matrimonio y a la familia. 4.4.5 Derecho al trabajo. 4.4.6 Derecho a la salud. 4.4.7 Derecho de personas privadas de su libertad. 4.5 Conclusiones.

### 4.1 Presentación.

Oaxaca es una entidad federativa considerada como clave en la respuesta al VIH por ser muy diversa en su conformación, además de su extensión territorial, flujo migratorio y situación económica de sus habitantes, pero sobre todo por las cifras que presenta en términos de población en situación de pobreza moderada y extrema.

De acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en su último informe sobre este rubro correspondiente al año 2014[89], un 66.8% de su población se encuentra en situación de pobreza (del tipo "extrema": 28.3% y "moderada": 38.4%), que se traduce de acuerdo a estas estimaciones en 2,662.7 mil personas aproximadamente.

Ahora bien, en 1986 se tuvo conocimiento del primer caso de VIH en el Estado de Oaxaca, por ende, este capítulo busca identificar algunos aspectos de derechos en específico que constituyen sin duda parte del mínimo vital que se abordó en el capítulo II y relatar la situación de discriminación o exclusión que presentan, para poder proponer la defensa de algunos derechos mediante lo abordado en los capítulos precedentes.

[89] Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social (CONEVAL), *Pobreza 2014, Oaxaca,* http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2014.aspx

## 4.2 Marco jurídico Local del Estado de Oaxaca, el VIH y el sida.

En el ámbito local, en el tema de la protección de los derechos humanos de las personas con VIH pueden invocarse normas de distinta índole ante la ausencia de una normatividad específica estatal así como la prevalencia y aplicabilidad de las normas y criterios nacionales e internacionales, cobra especial relevancia en el tema de discriminación en primer lugar y por su reciente publicación la Ley para Atender, Prevenir y Eliminar la Discriminación en el Estado de Oaxaca que válidamente puede servir de base ante eventuales casos de discriminación por tener el VIH, esta Ley determina con cierta precisión un catálogo de conductas consideradas como discriminatorias para la Ley, consideradas como tales en su mayoría aquellas que estén basadas en parámetros o condiciones subjetivas, desproporcionadas o contrarias a los derechos humanos. Cuenta con una serie de medidas positivas, administrativas y de reparación bastante específicas, así como las llamadas “Resoluciones por disposición”, resoluciones emitidas por la Comisión, con carácter vinculante, por las cuales se emite una declaración de acreditación de que un acto, conducta o práctica social es discriminatoria y la consecuente imposición de las medidas antes mencionadas para reparar y sancionar los derechos trastocados (Capítulo V, artículos 81 a 87). Desafortunadamente, esta ley no ha sido aplicada, y los órganos que prevé no han sido instalados.

En el tema de la protección de los datos personales que deriva de la protección a la vida privada y consecuentemente a fortalecer la confidencialidad del estado de salud de las personas con VIH, desde 2008 se contaba con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Oaxaca, la primera, determinaba que es información confidencial aquella en poder de los sujetos obligados cuya divulgación haya sido circunscrita únicamente a los servidores públicos que la deban conocer en razón de sus funciones, así como la información relativa a las personas, protegida por el derecho fundamental a la privacidad estableciendo un régimen especial de

tratamiento y custodia de la misma; cabe mencionar que en 2016, al contar con una nueva Ley sobre la materia se conservaron disposiciones de contenido análogo. El segundo ordenamiento considera “Datos sensibles” a aquellos que “por su naturaleza íntima o confidencial revelan origen racial y étnico, o que estén referidos a las características físicas, morales o emocionales, a su vida afectiva y familiar, domicilio, número telefónico, patrimonio, ideología y opiniones políticas, creencias o convicciones religiosas o filosóficas, los **estados de salud físico mental** y las preferencias sexuales (artículo 2).

En el ámbito administrativo, existen además desde 1998 el Decreto de Creación del Consejo Estatal para la Prevención y Control del sida, Organismo Público Descentralizado que en 2016 cumplió 22 años de efectuar actividades de prevención y atención integral.

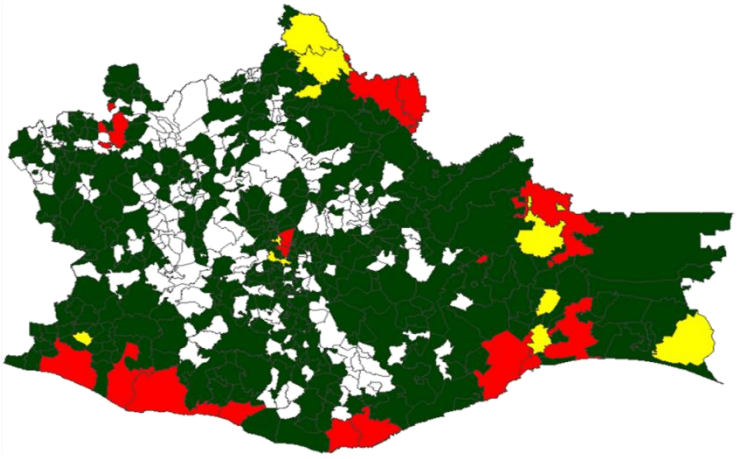
### 4.3 Panorama epidemiológico del Estado Oaxaca.

A nivel estatal los Servicios de Salud de Oaxaca a través del Sistema Estatal de Vigilancia Epidemiológica de VIH/sida emiten un boletín sobre el **número de casos de sida y de personas seropositivas**; respecto al primer rubro, a nivel estatal se tiene un registro de 6297 casos, cifra acumulada en el periodo comprendido de 1986 al 23 de abril del 2016 y de estos se tiene un registro de 3288 defunciones por esta causa, por lo que la estadística concluye que actualmente viven con sida 3009 personas de las cuales 2909 son adultos y 100 son menores de 15 años, de acuerdo a este Panorama, en el Estado de Oaxaca la epidemia se concentra en el grupo heterosexual pues esta categoría representa el 49.7% del total de los casos, por género el más afectado es el sexo masculino pues contribuye con el 78.5% el total de los casos, por grupo de edad el 77.9% corresponde al grupo de 15 a 44 años de edad. El año con mayor número de casos de sida registrados en los últimos 10 años fue el 2006 con 392.

Los datos anteriores son desglosados por jurisdicción sanitaria, donde el número de casos se distribuyen de la siguiente manera:[90]

| JURISDICCION SANITARIA | 1986-2014 | 2015 | | 2016* | | TOTAL 1986-2016 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | casos | tasa | casos | tasa | |
| VALLES CENTRALES | 1999 | 54 | 7.89 | 8 | 0.57 | 2,061 |
| ISTMO | 1,353 | 64\| | 10.12 | 9 | 1.33 | 1,426 |
| TUXTEPEC | 985 | 31 | 6.55 | 2 | 0.40 | 1,018 |
| COSTA | 1142 | 49 | 10.03 | 11 | 2.03 | 1,202 |
| MIXTECA | 342 | 6 | 1.07 | 2 | 0.34 | 350 |
| SIERRA | 217 | 11 | 3.93 | 0 | 0.00 | 228 |
| IGNORADO | 11 | 1 | 0.00 | 0 | 0.00 | 12 |
| TOTAL | 6049 | 216 | 5.69 | 32 | 0.90 | 6,297 |

Respecto a la ocupación de las personas reportadas con casos de sida ésta varía desde campesinos, amas de casa, desempleados, comerciantes, obreros, trabajadores de la construcción y estudiantes principalmente; el comportamiento según preferencia sexual y sexo continúa dándose mayormente en heterosexuales masculinos, en segundo lugar bisexuales también masculinos y en tercer lugar heterosexuales femeninos, según lo refieren en las entrevistas epidemiológicas. Los municipios más afectados según número de casos hasta la semana 18 de 2016 fueron los siguientes:[91]



| MUNICIPIO | # CASOS |
|---|---|
| OAXACA DE JUAREZ | 1018 |
| SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC | 460 |
| JUCHITAN DE ZARAGOZA | 306 |
| SALINA CRUZ | 283 |
| SANTIAGO PINOTEPA NACIONAL | 270 |
| LOMA BONITA | 195 |
| SANTO DOMINGO TEHUANTEPEC | 184 |
| SAN PEDRO TUTUTEPEC | 175 |
| SANTA CRUZ XOXOCOTLAN | 150 |
| MATIAS ROMERO | 113 |

[90] *Nota*: *tabla N°2, Casos Notificados por Jurisdicción Sanitaria 1986-2016*, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de los Servicios de Salud de Oaxaca, Boletín, 2013.
[91] Nota: *Gráfica N° 1.Ubicación de Principales Municipios afectados según cifra acumulada 1986-2016*, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de los Servicios de Salud de Oaxaca, Boletín, 2016.

**Panorama epidemiológico de seropositivos.**

En cuanto al panorama epidemiológico de las personas que viven con VIH (seropositivos) a nivel estatal, se tiene un registro de 2214 seropositivos cifra acumulada en el periodo comprendido de 1986 al 23 de abril del 2016, de estos no se han registrado defunciones por esta causa, en Oaxaca la epidemia se concentra en el grupo heterosexual, esta categoría representa el 60.5% del total de los seropositivos, por género el más afectado es el sexo masculino pues contribuye con el 64.5 % del total de los seropositivos, por grupo de edad el 85.8% corresponde al grupo de 15 a 44 años de edad.

Por jurisdicción sanitaria se distribuyen de la siguiente manera:

| *JURISDICCION SANITARIA* | *1986-2014* | *2015* | | *2016** | | *TOTAL 1986-2016* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | *Seropositivos* | *tasa* | *Seropositivos* | *tasa* | |
| *VALLES CENTRALES* | *649* | *105* | *15.34* | *27* | *1.94* | *781* |
| *ISTMO* | *451* | *68* | *10.75* | *9* | *1.33* | *528* |
| *TUXTEPEC* | *298* | *27* | *5.71* | *5* | *1.01* | *330* |
| *COSTA* | *341* | *58* | *11.88* | *14* | *2.59* | *413* |
| *MIXTECA* | *79* | *19* | *3.40* | *2* | *0.34* | *100* |
| *SIERRA* | *47* | *5* | *1.79* | *2* | *0.68* | *54* |
| *IGNORADO* | *6* | *2* | *0.00* | *0* | *0.00* | *8* |
| *TOTAL* | *1,871* | *284* | *7.48* | *59* | *1.66* | *2,214* |

El panorama epidemiológico expuesto nos permite manifestar que la epidemia de VIH/sida en el estado de Oaxaca permanece estable, con predominio en género masculino y prevalencia en el grupo de 15 a 49 años de edad, siendo las jurisdicciones más afectadas la de Valles Centrales seguidas de la Costa, Tuxtepec, y el Istmo. Sin embargo, se identifica la necesidad de continuar con las acciones y medidas preventivas sobre todo en amas de casa, adolescentes y jóvenes así como estimular la adherencia al tratamiento para prolongar más allá de los 25 años la expectativa de sobrevida después del diagnóstico de infección.

Hay que tener presente, que las cifras contenidas en los panoramas nacional y estatal son basadas en las detecciones efectuadas así como sus respectivas notificaciones y reportes a los sistemas de vigilancia epidemiológica; por ende, al ser panoramas, reflejan cifras que si bien no son exactas al momento de determinar el número exacto de personas con VIH, aportan información cuantitativa que hay que tomar en cuenta. Por otro lado, los datos proporcionados reflejan acciones de detección, por lo que si esta actividad se ve reducida, los números pueden verse disminuidos respecto a la realidad, por ende las acciones de detección deben presentar periodicidad y permanencia en su realización para aportar un panorama confiable.

### 4.4 Los derechos humanos de las personas con VIH y sida en Oaxaca.

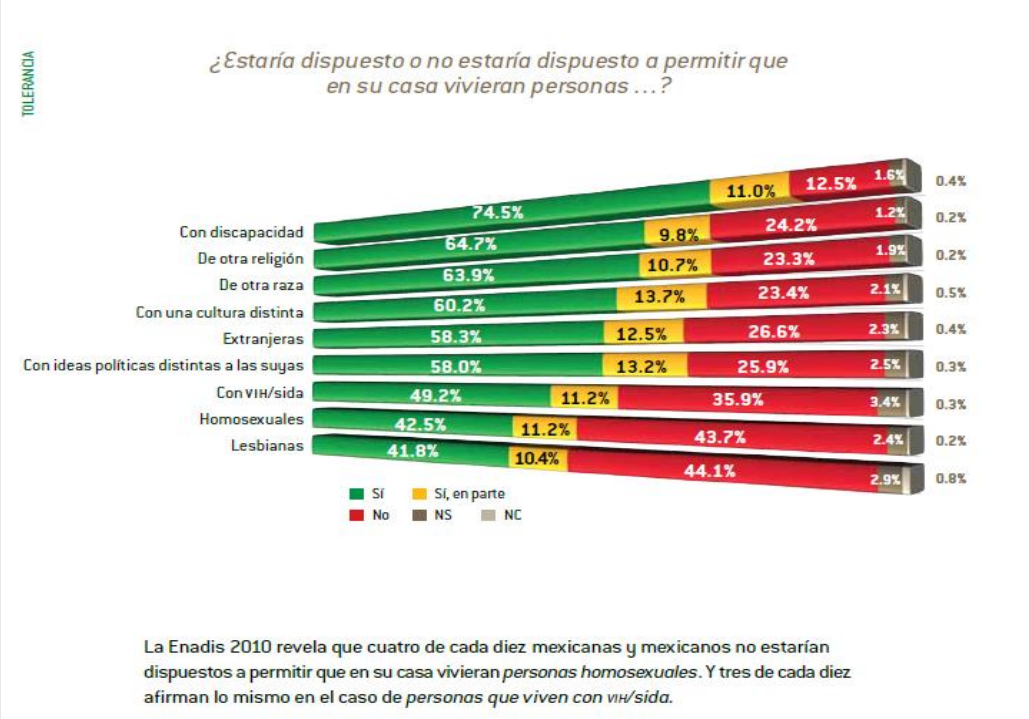
Para "aterrizar" los conceptos de derecho a la salud y al mínimo vital de las personas con VIH, en el escenario del Estado de Oaxaca, en este apartado se revisan algunos derechos humanos que de manera enunciativa mas no limitativa cobran vigencia en el marco del mínimo vital y algunas situaciones de hecho que incumplen sus estándares mínimos. En términos generales este contexto, circunstancias y condiciones de las personas con VIH brindan un panorama ejemplificativo de la situación prevaleciente en el Estado, que nos permita dar pauta a la elaboración de algunas conclusiones y propuestas de mejora al respecto.

#### 4.4.1 Derecho a la igualdad y a la no discriminación por condición de salud y estado serológico.

Este derecho, denominado de manera más específica derecho a no ser sometido a discriminación por estado o condición de salud, su situación en el Estado de Oaxaca, se vio reflejada en las estadísticas nacionales que muestran la misma tendencia. La Encuesta Nacional sobre discriminación en México[92], en su apartado

[92] Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*, ENADIS 2010, Resultados Generales, México, 2011, p. 22.

de tolerancia, preguntó si las personas encuestadas estarían dispuestas o no, a permitir que en su casa vivieran personas con diversas características, dentro de ellas tener VIH o sida, el porcentaje de personas que respondieron que sí, ascendió a 49.2%, 11.2% dijo que sí, pero en parte; 35.9% optó por decir que no, 3.4% no supo responder y un 0.3% optó por no contestar. La encuesta concluyó que tres de cada diez personas no estarían dispuestos a permitir que en su casa vivieran personas con VIH.

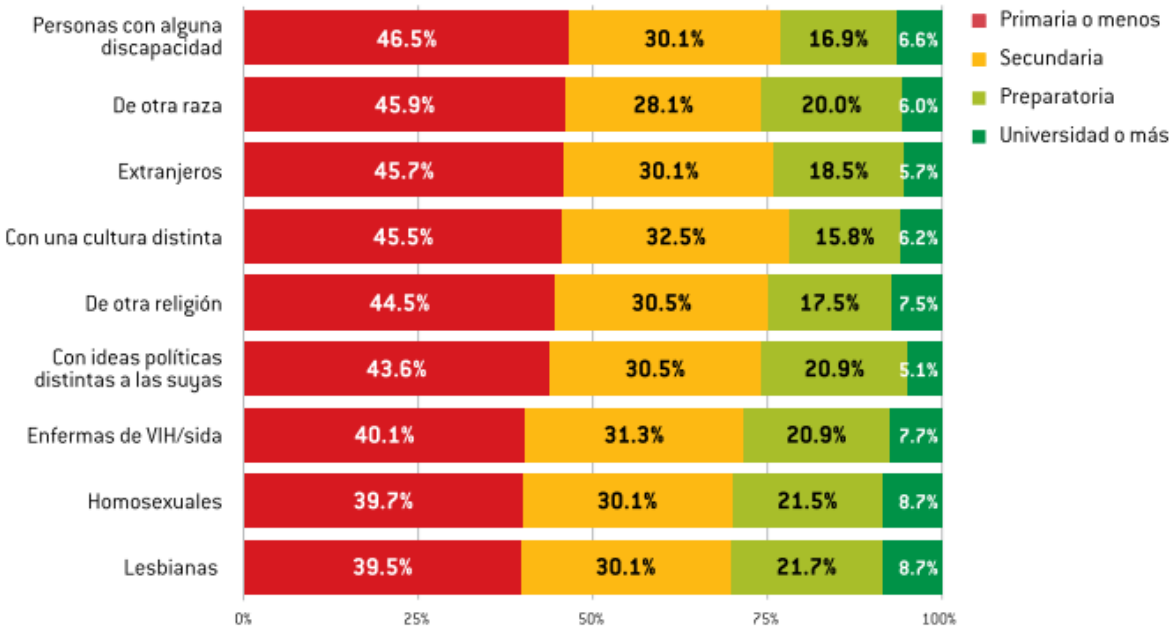



Nota: *Gráfica N°2.* Percepciones y actitudes sobre la igualdad y la tolerancia. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, ENADIS 2010, Resultados Generales (2011) Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México p.

Al indagar sobre la escolaridad de las personas que dijeron que no estarían dispuestas a que una persona con VIH viviera en su casa se encontró que un alto porcentaje de las encuestadas tenían un nivel de educación primaria o menos equivalente al 40.1%, con secundaria 31.3%, con preparatoria 20.9% y con niveles

universitarios o más solo un 7.7%. La conclusión de la encuesta en este sentido fue advertir que la escolaridad aumenta los niveles de expresión de tolerancia hacia los diferentes grupos, incluido el de personas con VIH. [93]

Personas que *no estarían dispuestas a permitir que en su casa vivieran personas...*
Distribución por nivel de escolaridad.




A medida que aumenta la escolaridad, aumentan los niveles de expresión de tolerancia hacia los diferentes grupos.

De acuerdo al Informe de Asesorías a Personas con VIH del Consejo Estatal para la Prevención y Control del sida del Estado de Oaxaca,[94] en el periodo comprendido de diciembre de 2013 a diciembre de 2016, se han documentado en 2013 cinco casos de probables conductas relacionadas a discriminación hacia

[93] Nota: *Gráfica N°3.* Percepciones y actitudes sobre la igualdad y la tolerancia. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, ENADIS 2010, Resultados Generales (2011) Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México p. 23.

[94] Consejo Estatal para la Prevención y Control del sida, Estadísticas Desagregadas, 2016, disponible en Ventanilla única de acceso a la información pública en: http://www.infopublica.oaxaca.gob.mx/#/principal/peticionUrlJson?ids=24&accion=showFraccion&fraccion=FraccionXXX&dependencia=24&frac=FraccionXXX

personas con VIH; en 2014, seis; en 2015 un total de 12 y hasta junio de 2016 otros 9, es de resaltar que gran parte de las mismas han sido cometidas por particulares en distintos ámbitos: familiar, laboral, escolar, hospitalario; por su parte, las personas con VIH han referido también probables actos de discriminación cometidos por servidores públicos. Conviene también precisar que ante los actos discriminatorios de los que fueron objeto, éstas manifestaron en un 74% de los casos que el hecho de que al emprender alguna acción legal en contra de quien los discriminó implicaría ser identificadas o estigmatizadas por su estado serológico, lo que inhibe en muchas ocasiones la prosecución de los trámites correspondientes. Así, se presenta lo que algunos autores identifican como algunas percepciones del estigma, que no es más que, "*el interno* cómo se sienten las personas que caen fuera de la norma social con respecto a su estado y el *estigma experimentado* es externo cómo viven las mismas personas los actos discriminatorios[95].

### 4.4.2 Derecho a la integridad personal.

Es bien sabido, que en el tema de la integridad personal se abarca el respeto a ésta en sus aspectos físico, psíquico y moral[96] y la prohibición de actos expresamente prohibidos como la tortura, tratos crueles, inhumanos y/o degradantes, trata, esclavitud y servidumbre, entre otros.

En este tema, no se han documentado suficientemente los casos presentados en el Estado de Oaxaca, únicamente se tiene el registro de una queja del año 2010 en la entonces Comisión para la Defensa de los Derechos Humanos de Oaxaca en cuya resolución se llegó a establecer que "*quedó plenamente acreditado que el ciudadano XXXX fue objeto de tratos crueles, inhumanos y*

[95] Foreman Martin, et al, *Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/sida en el sector salud,* 2003, Organización Panamericana de la Salud p.13.
[96] Steiner, Christian y Uribe, Patricia, (*Coords*.) *Convención Americana sobre Derechos Humanos comentada,* Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2014, p. 136.

*degradantes, discriminación y violación a su derecho a la confidencialidad por parte de servidores públicos del Ayuntamiento de San Juan Bautista Tuxtepec.*[97]

En dicho expediente de queja el quejoso refirió que en el año 2010 fue detenido en los separos de la cárcel municipal de San Juan Bautista Tuxtepec, donde lo desnudaron y no le permitían vestirse, esposado a las rejas durante toda la noche, tapándole la cara, haciendo en la misma celda sus necesidades fisiológicas, refiriéndose a él con insultos por tener VIH, escupiéndole en la cabeza, permitiendo además que diversos medios periodísticos ingresaran y lo fotografiaran en esas condiciones.

En vista de las constancias que obran en dicho expediente, la entonces Comisión, determinó que el derecho a la integridad personal *es un derecho humano fundamental y absoluto que tiene su origen en el respeto a la vida y sano desarrollo de ésta. Es el derecho al resguardo de la persona, en toda su extensión, bien sea en su aspecto físico como mental.*[98]

El Informe de Asesorías a Personas con VIH del Consejo Estatal para la Prevención y Control del sida del Estado de Oaxaca aporta otros datos adicionales sobre este tema: 12 casos de asesorías jurídicas a personas con VIH atendidas por probables afectaciones a su integridad personal en 2013, 17 asesorías por el mismo motivo en 2014, 21 en 2015 y 13 hasta el primer semestre de 2016.[99]

### 4.4.3 Derecho a la protección de la vida privada.

Como se ha apuntado en la revisión de la legislación de este capítulo, el estado de salud de las personas -como lo es vivir con VIH o sida- es considerado un dato sensible, en virtud de que es un dato de naturaleza íntima o confidencial; cuya divulgación únicamente corresponde a la propia persona, se trata pues, de un derecho de carácter personalísimo. La confidencialidad, en cuanto al estado serológico de las personas es muy importante, pues la violación a este principio se

[97] Gaceta de la Comisión para la Defensa de los Derechos Humanos, Expediente de queja CDDH/043/RCP/(26)/OAX/2010, 2011.
[98] *Ídem*
[99] Consejo Estatal para la Prevención y Control del sida, *op. cit.* p. 3.

convierte en el punto de partida de una serie de violaciones como son la discriminación, el aislamiento, los despidos injustificados, la negación de servicios, pérdida de la oportunidad de ingresar a un trabajo, y con ello la pérdida de la seguridad social; incluso en instituciones cerradas y centros penitenciarios pone en riesgo la integridad física de la persona que vive con VIH/sida.

Las consecuencias son claras, las personas con VIH rehúsan a revelar su condición lo que se traduce en la reducción del acceso a los servicios, se generan dinámicas de desintegración familiar, divorcios, violencia intrafamiliar, despidos injustificados, la violación en sí misma es una intromisión en la vida privada de las personas, conduce en general a la violación de los derechos humanos básicos y de las libertades fundamentales de las personas con VIH/sida. De 2013 a 2016, se han presentado un total de 30 personas con VIH mencionando que su estado serológico ha sido revelado por personas no autorizadas por ellos. En 2013 acudieron al COESIDA por este motivo ocho personas, diez más en 2014, dos en 2015 y diez en 2016.

### 4.4.4 Derecho al matrimonio y a la familia.

En lo que atañe al derecho a la libertad de matrimonio y a fundar una familia debe decirse que existen en el Código Civil para el Estado de Oaxaca diversos artículos que en la práctica dificultan el ejercicio del derecho al matrimonio entre personas con VIH cuando la pareja conoce su estado serológico, y con mayor razón, cuando una pareja es serodiscordante (uno de ellos tiene VIH y el otro no) y al momento de efectuarse los exámenes de laboratorio solicitados se efectúa su diagnóstico. Para contraer matrimonio se requiere el Certificado suscrito por un Médico Titulado que asegure, bajo protesta de decir verdad, que los pretendientes no padecen sífilis, tuberculosis, **ni enfermedad alguna crónica e incurable, que sea, además, contagiosa** o hereditaria; se establece además en el artículo 156 que son impedimentos para celebrar el contrato de matrimonio: entre algunas otras, las **enfermedades crónicas e incurables**, que sean además, contagiosas o hereditarias; asimismo es considerado como causa de divorcio Padecer sífilis,

tuberculosis, o **cualquiera otra enfermedad crónica o incurable** que sea, además, contagiosa o hereditaria.

Al respecto hay que considerar que una persona con VIH puede válidamente contraer matrimonio, a quien se le debe sugerir comunicar a su futuro cónyuge sobre su estado serológico y es recomendable siga una estrategia de prevención y tratamiento para las llamadas parejas serodiscordantes.

Otro aspecto a considerar es el relativo a la transmisión perinatal y el tratamiento profiláctico para evitarla, que influye en varias ocasiones en las parejas de personas con VIH para decidir tener hijos que nazcan sin el virus, también relacionado con el derecho a la integridad personal, a la vida y a la salud.

> Históricamente, la única estrategia biomédica que desde hace muchos años ha mostrado excelentes resultados en la prevención de la transmisión del VIH es la que se conoce como Prevención de la Transmisión Materno-Infantil (PTMI). Esta estrategia puede incluir varias actividades como suministrar a la mujer embarazada que es VIH positiva medicamentos antirretrovirales, efectuar una cesárea si la cantidad de virus en sangre (la carga viral) sigue siendo alta al momento del parto y administrar tratamiento antirretroviral al bebé durante las primeras semanas de vida.[100]

En el COESIDA Oaxaca, se ha otorgado tratamiento profiláctico a 140 niños y niñas, hijos de padres y o madres con VIH, menores que se encuentran libres del virus[101].

### 4.4.5 Derecho al trabajo.

La Organización Internacional del Trabajo en sus recomendaciones prácticas sobre el VIH/sida y el mundo del trabajo ha reconocido que el problema del VIH/sida constituye un problema en el lugar de trabajo y debería tratarse como "cualquier otro tipo de enfermedad profesional grave", determinando además que

---

[100] Iglesias Chiesa, María C., *Nuevas formas de prevenir la transmisión del VIH*. En M.C. Iglesias y G. Reyes Terán (*Coord*.), *30 años del VIH-sida. Perspectivas desde México*, Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México 2011; p. 72.

[101] Consejo Estatal para la Prevención y Control del sida, Información Pública relevante, consultada en http://www.infopublica.oaxaca.gob.mx/#/principal/peticionUrlJson?ids=24&accion=showFraccion&fraccion=FraccionXLVIII&dependencia=24&frac=FraccionXLVIII

no debería haber discriminación alguna contra los trabajadores basada en una "infección por el VIH real o supuesta."[102]

Al respecto, al menos de manera aspiracional, queda claro que en efecto a nivel internacional existe este repertorio a observarse en el ámbito laboral que determina límites para los patrones y constituye evidentes derechos para los trabajadores con VIH, como son el derecho a un ambiente de trabajo sano (4.4), la exclusividad de las pruebas de detección para fines de protección de la salud y la prohibición de exigencia de los diagnósticos relativos al VIH a los solicitantes de un puesto de trabajo o a quienes ya cuentan con uno (4.6), el deber de secrecía y el carácter confidencial sobre los datos personales del estado serológico de los trabajadores (4.7), la continuación de la relación de trabajo ante una eventual infección por VIH y no ser considerado este hecho como causa justificada de despido o rescisión de la relación de trabajo (4.8), la adopción de medidas de prevención y de ambientes libres de discriminación en el ámbito laboral (4.9).

Sin embargo, en lo tocante a las normas específicas establecidas en la Ley Federal del Trabajo, la protección hacia las personas con VIH pareciera más corta, pues únicamente se contemplan prohibiciones a los patrones o a sus representantes de negarse a aceptar trabajadores por razón de origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, condición social, **condiciones de salud**, o cualquier otro criterio que pueda dar lugar a un acto discriminatorio (artículo 133 fracción I); pero enseguida, se señala expresamente que el trabajador deberá "poner en conocimiento del patrón las enfermedades contagiosas que padezcan, tan pronto como tengan conocimiento de las mismas" (Artículo 134 fracción XI). Por su parte, la NOM-010-SSA2-2010 establece que ninguna prueba de detección se solicitará como requisito para acceso a bienes y servicios de cualquier tipo, contraer matrimonio, **obtener empleo**, entre otros (6.3.3), lo que se conoce como exclusividad de la prueba de detección para la protección de la salud de la persona.

[102] Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Repertorio de Recomendaciones Prácticas de la OIT sobre el VIH/sida en el Mundo del Trabajo, 2001,* consultado en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@ilo_aids/documents/publication/wcms_113788.pdf

Independientemente de lo previsto en la legislación sobre la materia, en el ámbito laboral existen de hecho, diversas situaciones que afectan este derecho humano, quizá el caso más notorio sobre estas violaciones es en el ámbito militar, según la CNDH, desde 1994 ha recibido 72 quejas relacionadas con violaciones de los derechos humanos de miembros de las Fuerzas Armadas. En 45 de éstos se señala como autoridad presunta responsable a la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y en 27 a la Secretaría de Marina (SEMAR). De acuerdo a la CNDH las entidades donde ocurrieron más hechos violatorios fueron el Distrito Federal, con 41 quejas; Sonora, Chiapas y **Oaxaca**, con cuatro quejas, Los principales motivos de queja fueron la rescisión de la relación laboral debido a la condición de persona con VIH o enfermo del sida, además se trató de casos que incluyeron en su mayoría trato ofensivo y discriminación.

Estos asuntos llegaron hasta la Suprema Corte de Justicia de la Nación quien determinó que la legislación castrense era discriminatoria bajo el rubro "El artículo 226, segunda categoría, fracción 45, de la ley del instituto relativo, que prevé la causa legal de retiro por inutilidad basada en la seropositividad a los anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), viola el artículo 1o. de la constitución federal[103]", determinando que las medida del retiro por inutilidad ante un diagnóstico de VIH es inadecuada, desproporcional y carece de razonabilidad jurídica.

De manera específica en Oaxaca, a través del COESIDA, se presentaron en 2013 cinco personas solicitando asesoría por probables violaciones a su derecho al trabajo, dos en 2014 y 2015 respectivamente, y en 2016 cinco personas más.
[104]

### 4.4.6 Derecho a la salud.

El tema del derecho a la salud en el contexto del VIH, ha sido en México un verdadero reto, sujeto a diversos litigios, “el primero de ellos fue un juicio que

[103] Semanario Judicial de la Federación, SCJN, 2007, Registro: 170590, Instancia: Pleno, Tipo de Tesis: Jurisprudencia).
[104] Consejo Estatal para la Prevención y Control del sida, Estadísticas Desagregadas, *op. cit.* p.3.

impugnó la exclusión de los inhibidores de la proteasa del cuadro básico de medicamentos, interpuesto por un paciente con hemofilia a quien se le transmitió el VIH en una transfusión sanguínea realizada en el IMSS. El segundo lo promovieron trece personas con VIH sin seguridad social a quien CONASIDA les suspendió los tratamientos antirretrovirales…El tercer juicio fue el célebre caso de los militares dados de baja del ejército mexicano por resultar positivos a la prueba del VIH."[105]

Si se analiza este derecho en relación con los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, se encuentra que existe en Oaxaca el Consejo Estatal para la Prevención y Control del Sida, ubicado en el Municipio de San Bartolo Coyotepec, que opera con el apoyo de los Servicios de Salud de Oaxaca al Centro Ambulatorio para la Atención y Prevención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), se cuenta además desde 2013 con otro CAPASITS en el Puerto de Salina Cruz, en el Istmo de Tehuantepec y en breve se abrirá uno más en el Municipio de Santiago Pinotepa Nacional, perteneciente a la región de la Costa oaxaqueña, no obstante lo anterior, como se ha visto en el panorama epidemiológico en este Estado, las personas que viven con VIH viven en Municipios de todas las regiones más no se concentran únicamente en la jurisdicción del centro, lo que origina la problemática de que tengan que trasladarse hasta las instalaciones del COESIDA-CAPASITS a recibir atención médica y medicamentos. Cabe hacer especial mención que las personas que acuden al CAPASITS son aquellas que no cuentan con ningún tipo de seguridad ni previsión social como el IMSS o el ISSSTE, situación relacionada con el binomio pobreza y VIH, únicamente cuentan con los beneficios que les otorga el Régimen Estatal de Protección Social en Salud que en cuestión de medicamentos otorga los considerados únicamente en un catálogo específico limitado (CAUSES).

Sin embargo tampoco se puede ignorar que a través de CENSIDA, y Gastos Catastróficos del Seguro Popular a nivel Federal se proporciona a las personas que viven con VIH afiliadas el tratamiento correspondiente, lo cual representa un

[105] BRITO, L. Ignacio, La lucha por el acceso universal. En M.C. Iglesias y G. Reyes Terán (*Coord.*), *30 años del VIH-sida. Perspectivas desde México*, p. 27-33, Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, 2011.p.28

verdadero avance en el tema de salud pues desde la década de los noventas, existe este tratamiento para la atención de las personas con VIH y sida (tratamiento con antirretrovirales) cuyos medicamentos han ido evolucionando hasta llegar a la "*Terapia Antirretroviral Altamente Activa*" (TARAA), que ofrece beneficios claros sobre la calidad y expectativa de vida de las personas con VIH, por lo que el VIH se considera actualmente un padecimiento crónico y tratable.

Otro aspecto a tomar en cuenta en este rubro en el Estado es la atención que brindan los servidores públicos encargados de otorgar la atención a las personas que viven con VIH, quienes por tener ellos mismos el estigma sobre el VIH, incurren muchas veces en actitudes discriminatorias contra los usuarios. En este tema el Consejo Estatal para la Prevención y Control del sida en Oaxaca refiere[106] que ha orientado atendido y canalizado de 2013 a 2016 a 30 casos de personas que refirieron alguna probable violación a su derecho a la salud o negativa de recibir éste en instituciones públicas.

En cuanto al acceso a la salud el principal problema manifestado en los CAPASITS, ha sido la dificultad para acudir de manera mensual o bimestralmente por cuestión económica o lejanía de su comunidad de origen. En segundo lugar la falta de atención médica especializada en sus comunidades ni acceso a los medicamentos antirretrovirales y también son bastante frecuentes en nuestros días las negativas de atenciones médicas, o de realizar intervenciones quirúrgicas en Instituciones Hospitalarias Públicas por vivir con VIH.

### 4.4.7 Derecho de personas privadas de su libertad.

Cuando las personas con VIH o sida se encuentran internos en reclusorios, el riesgo de violaciones a derechos humanos se agrava aún más.

El Consejo Estatal para la Prevención y Control del sida refiere que en las diversas penitenciarías y Centros de Reinserción Social del Estado de Oaxaca existe un total de 21 personas con VIH cumpliendo alguna sentencia o sujetos a

[106] Consejo Estatal para la Prevención y Control del sida, Estadísticas Desagregadas, *op. cit.* p.4.

un proceso penal del fuero común, de las cuales 20 pertenecen al sexo masculino y una al sexo femenino; los Centros de Reinserción Social donde se encuentran son: Tehuantepec (5), Etla (1), Cosolapa (1), Ixcotel (4), Juquila (2), Tuxtepec (2), Tanivet (1), Matías Romero (1), Miahuatlán(1), Huajuapan(1), Tlacolula (1) y una persona sujeta a proceso penal que se encuentra en el Anexo Psiquiátrico. En su mayoría, durante el periodo 2013 a junio de 2016 son trasladados por la Secretaría de Seguridad Pública de manera mensual a algún Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del sida e Infecciones de Transmisión Sexual que operan el COESIDA y los Servicios de Salud de Oaxaca para recibir atención médica y su dotación de medicamentos antirretrovirales y en forma trimestral para la realización de sus estudios de carga viral y conteo linfocitario.

Al menos dos veces al año se acude a cada uno de los Centros de Reinserción Social a ofrecer la prueba de detección a las personas internas que de manera voluntaria deseen que se les realice, sin embargo por las mismas restricciones que impone su reclusión ha sido difícil mantener la confidencialidad de quienes han obtenido un resultado reactivo para las autoridades penitenciarias, lo que se ha traducido en algunos actos de segregación, y exclusión de las personas con VIH al interior de estos Centros.

Asimismo, aunque por delitos de competencia diversa, en el Centro Federal de Readaptación Social “Cps-Oax Número 13” en Mengolí de Morelos, Miahuatlán De Porfirio Díaz, Oaxaca, se han diagnosticado también 17 hombres con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana; al igual que aquellos de los reclusorios locales, éstos reciben medicamentos antirretrovirales, pero son atendidos por médicos del propio CEFERESO, ante la imposibilidad de su traslado por la naturaleza de los delitos por los que son o fueron procesados.

En 2014, se tiene el registro del fallecimiento de una persona que cumplía su sentencia en una penitenciaría estatal que presentó una coinfección de tuberculosis y VIH, misma que al principio se negó a recibir atención médica y tratamiento antirretroviral, ante lo cual la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana llegó a una etapa C3, que se tradujo en una inmunosupresión severa, a consecuencia de lo anterior, ante el Juzgado de

Ejecución le fue tramitada y concedida la conmutación de la sanción, falleciendo días más tarde ante su negativa inicial a recibir atención. Respecto a lo anterior, las personas con VIH privadas de su libertad, refieren por lo general su preocupación por el hecho de que su diagnóstico sea difundido al interior de los CERESOS, situación que se traduce en una disuasión de realizarse la prueba de detección, es preferible no saber su estado serológico a ser discriminado, encerrado o excluido por la mismas personas que los rodean.

### 4.5 Conclusiones.

**PRIMERA.** En el ámbito local, en el tema de la protección de los derechos humanos de las personas con VIH pueden invocarse normas de distinta índole ante la ausencia de una normatividad específica estatal, no existe una Ley específica para garantizar el derecho a la salud y que contemple los estándares del derecho al mínimo vital.

**SEGUNDA.** El derecho al mínimo vital de las personas con VIH, incluye no solamente el derecho a la salud, sino también el derecho a la vida y a la integridad personal, a la ausencia de discriminación por su condición serológica, al acceso al trabajo y seguridad social, al derecho a la protección a la vida privada contra injerencias a la confidencialidad de vivir con VIH, al derecho a contraer matrimonio y a fundar una familia, entre otros.

**TERCERA.** Para mejorar la situación del derecho de las personas con VIH a fundar una familia, se debe difundir el derecho que tienen las mujeres con VIH de recibir el tratamiento profiláctico para evitar la transmisión perinatal, esta acción es esencial para el mínimo vital y el derecho a la salud del recién nacido.

**CUARTA.** En la defensa del derecho al trabajo de las personas con VIH del Estado de Oaxaca, puede invocarse una amplia serie de recomendaciones y disposiciones a nivel internacional para combatir despidos injustificados motivados

por el estado serológico, o solicitud de realización de pruebas de detección para ingresar a laborar a centros de trabajo.

**QUINTA.** En lo relativo al derecho a la salud, las políticas públicas del Estado de Oaxaca deben retomar los elementos esenciales de este derecho: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Un avance importante en el Estado de Oaxaca así como a nivel nacional es la cobertura universal en materia de atención médica, estudios de laboratorio y dotación de antirretrovirales a personas con VIH, a través del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (seguro popular) que es gratuito y accesible a todas las personas aun cuando no cuenten con servicios de seguridad social. Esta cobertura es indispensable para garantizar el mínimo vital de las personas con VIH y sida.

**SEXTA.** Es pertinente efectuar una revisión de las obligaciones en materia del derecho a la integridad personal de las personas con VIH privadas de su libertad, tomando en consideración el hallazgo del fallecimiento de una persona en el año 2014 dentro de una penitenciaría estatal.

## CONCLUSIONES GENERALES.

**PRIMERA.** La satisfacción del derecho al mínimo vital está inmerso en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Esto implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud tengan disponibilidad, accesibilidad sin discriminación, física, económica y a la información, aceptabilidad y calidad pues de acuerdo a los criterios jurisprudenciales nacionales e internacionales el objeto del derecho al mínimo vital abarca todas las medidas positivas o negativas imprescindibles para evitar que la persona se vea reducida en su valor intrínseco como ser humano por no contar con las condiciones materiales que le permitan llevar una existencia digna.

**SEGUNDA.** En el caso de las personas con VIH y sida, la satisfacción del derecho a la salud es parte de su mínimo vital, que en su caso permite asegurar su subsistencia y un nivel de vida con dignidad.

**TERCERA.** Aunque ambos conceptos: mínimo vital y derecho a la salud, trascienden a otros derechos y libertades, el mínimo vital conceptualmente es definido de manera más amplia ya que tiene implicaciones relacionadas no solo con la salud, sino también con la vida, la integridad física, la igualdad, el trabajo, la seguridad social, entre otros, sin embargo el derecho a la salud está estrechamente vinculado y también trasciende a otros derechos como la alimentación, la vivienda, la vida, la igualdad y la no discriminación.

**CUARTA.** Los derechos al mínimo vital y a la salud son interdependientes, es decir dependen y se relacionan entre sí, tienen en común que su fundamento y objeto es la dignidad humana y se distinguen en que el primero, como su nombre lo dice establece para las personas un estándar mínimo o básico de condiciones para vivir con dignidad, el segundo, por el contrario determina la obligación para los Estados de garantizar las mejores condiciones de vida e integridad personal en

los ámbitos físico o corporal, mental, emocional y social en su máxima expresión posible.

**QUINTA.** Si bien es cierto que ambos, derecho al mínimo vital y derecho a la salud son considerados derechos de segunda generación, existen disposiciones normativas en el ámbito internacional que determinan obligaciones de efecto inmediato para garantizarlos como lo es el acceso a la salud sin discriminación que no entraña en sí un contenido prestacional oneroso por parte del Estado.

**SEXTA.** En Oaxaca, se ha mejorado la disponibilidad de los servicios de atención a personas con VIH en el periodo 2013-2016 en razón de haberse ampliado la infraestructura de los servicios de atención y unidades móviles de prevención y atención. Cuestión de carácter progresivo que debe permanecer como una obligación continua en las políticas públicas de los servicios de salud.

**SÉPTIMA.** En el Estado de Oaxaca existen en el tema del derecho a la salud y al mínimo vital avances positivos en el tema de accesibilidad en su aspecto físico en la medida que se ha buscado tener un alcance geográfico amplio en todo el territorio estatal y acceder a algunos grupos considerados clave; económico tomando en consideración que la atención médica y el tratamiento antirretroviral es suministrado en forma gratuita a todas las personas logrando la cobertura universal; y a la información en función de la existencia permanente de un Organismo Público Descentralizado encaminado a acciones de prevención capacitación y difusión de las implicaciones de la epidemia. Sin embargo, en la accesibilidad sin discriminación se deben reforzar las acciones.

**OCTAVA.** El tema de la aceptabilidad en el Estado de Oaxaca es afectado por la falta de confidencialidad de los servicios públicos de atención a la salud.

**NOVENA.** En el tema de Calidad, el Estado de Oaxaca destaca por contar con 2 (próximamente 3) servicios especializados denominados Centros Ambulatorios

para la Prevención y Atención del sida e Infecciones de Transmisión Sexual, siendo esta entidad federativa notable por contar con laboratorio clínico de biología molecular y conteo linfocitario y diversas especialidades médicas para la atención de las personas con VIH.

## PROPUESTAS

**PRIMERA.** Continuar con la perspectiva de mejoramiento de la disponibilidad de los servicios de atención y prevención del vih y sida, lo que implica mantener y en la medida de lo posible incrementar continuamente el número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, centros de atención y programas dedicados a la atención de este problema de salud.

**SEGUNDA.** Se puede mejorar la aceptabilidad de los servicios de salud a nivel estatal en el tema de la discriminación que se presenta en los establecimientos públicos, al respecto, las acciones específicas deben buscar su erradicación particularmente en los servidores públicos, para lograrlo se sugiere retomar las sugerencias de ONUSIDA, mismas que proponen incluir el estigma y la discriminación de forma integral en todos los planes estratégicos estatales contra el VIH y el sida; respaldar a los interesados clave para que realicen actividades de reducción del estigma y la discriminación, tomar en cuenta que las acciones preventivas deben ir enfocadas a disminuir la falta de sensibilización sobre el estigma y la discriminación y sus efectos nocivos, así como el temor a contraer el VIH a través del contacto diario y dejar de relacionar a las personas con VIH a comportamientos considerados impropios o inmorales. Aunado a lo anterior se puede adoptar una serie de estrategias probadas y propuestas por ONUSIDA para abordar el estigma y la discriminación: Facultar a las personas que viven con el VIH y otros grupos clave para que conozcan y defiendan sus derechos, obtener el apoyo de figuras públicas, para que se pronuncien en contra del estigma y la discriminación; impulsar leyes y apoyo jurídico para proteger los derechos de las personas que viven con el VIH y otros grupos vulnerables; respaldar las iniciativas comunitarias que promuevan el pensamiento crítico e inspiren un cambio en el comportamiento; promover iniciativas antiestigma entre los dispensadores de atención de la salud, la policía, el poder judicial, los periodistas y los educadores.

**TERCERA**. Para mejorar la aceptabilidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud en el Estado de Oaxaca se recomienda fomentar en los mismos el respeto a la confidencialidad, por ende se propone que esta obligación de secrecía sea permanentemente observada, durante la detección, el diagnóstico, el tratamiento y durante las acciones de vigilancia epidemiológica; la violación a este derecho debe ser motivo de quejas e incluso denuncias. Los servidores públicos deben garantizar la confidencialidad de las personas y ser concientizados de las repercusiones en los derechos humanos que representan para sus titulares el hecho de que se difunda su estado de salud sin su autorización. Los particulares de la misma forma, al ser informados sobre las consecuencias del estigma y la discriminación deben recibir una educación que fomente el respeto a la vida privada.

**CUARTA.** Se puede valorar la actualización de la normatividad estatal de Oaxaca en materia de prevención y atención al VIH, para tal efecto se plantean dos opciones, la primera de ellas seguir el ejemplo de la Ciudad de México al expedir una Ley específica en la materia, que incluya acciones estatales dirigidas para garantizar el mínimo vital de las personas con VIH y proponga obligaciones básicas a instituciones vinculadas para progresivamente mejorar el disfrute del más alto nivel de salud posible; o bien reformar el decreto de creación del Organismo Público Descentralizado encargado de la atención a este sector poblacional para actualizar sus atribuciones en función de los parámetros para garantizar el derecho a la salud.

**QUINTA.** Se propone reforzar el cumplimiento efectivo de las recomendaciones sobre los derechos humanos de las personas con VIH, tomando en consideración que los organismos protectores de derechos humanos han emitido propuestas de conciliación, recomendaciones y otro tipo de instrumentos en los que se solicita a los servidores públicos la reparación de las violaciones de las personas con VIH, tales como la Comisión Nacional de Derechos Humanos y el CONAPRED a nivel nacional, y en el Estado la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de

Oaxaca, sin embargo, como en otros temas pendientes en materia de derechos humanos, los encargados de su observancia no dan el debido cumplimiento, lo que se traduce en una inexistencia real (aunque no formal) de medios que garanticen que hagan efectivas los derechos humanos de las personas con VIH. Para tal efecto, se pueden retomar los criterios de justiciabilidad, discriminación interseccional hacia las personas con VIH y buscar la reparacion integral de las violaciones a derechos humanos de este grupo poblacional.

**SEXTA.** Aunado a lo anterior, aunque se haga énfasis en la parte preventiva, se debe reforzar la sanción para los particulares que de igual forma cometen violaciones a la confidencialidad y a la vida privada de las personas con VIH en el ámbito educativo, laboral e incluso familiar, así como a quienes intervienen en el proceso de estigma y discriminación.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

### Bibliografía


Aggleton, Peter *et al*, *Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH, Estudios de caso de intervenciones exitosas,* ONUSIDA, Ginebra, 2005, 75 p.

BRITO, L. Ignacio, La lucha por el acceso universal. En M.C. Iglesias y G. Reyes Terán (Coord), *30 años del VIH-sida. Perspectivas desde México*, p. 27-33, Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, 2011.

Carbonell, Miguel, Derechos Humanos en la Constitución Mexicana, en Derechos Humanos en la Constitución. Comentarios de Jurisprudencia Constitucional e Interamericana, Tomo I, Coords: Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot, et al, Suprema Corte de Justicia de la Nación-UNAM-Konrad Adenauer Stiftung, México 2014, Segunda Reimpresión, 1153 p.

Correas, Óscar. Acerca de los Derechos Humanos. Apuntes para un ensayo. Ediciones Coyoacán. México 2003. p. 12-18.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA), *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/sida en México, Registro Nacional de Casos de sida, Actualización al 1er. Trimestre de 2016, México,* 2016, 23 p.

*CENSIDA informa. [Boletín en Línea]. México,* Consultado [07 de abril de 2014], disponible en:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/Censidainforma.pdf

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *La CNDH, el VIH y el sida en números*, 2ª edic., México, 2015, 17 p.

Consejo Estatal para la Prevención y Control del sida, Estadísticas Desagregadas, 2016, disponible en Ventanilla única de acceso a la información pública en:

http://www.infopublica.oaxaca.gob.mx/#/principal/peticionUrlJson?ids=24&accion=showFraccion&fraccion=FraccionXXX&dependencia=24&frac=FraccionXXX

Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*, ENADIS 2010, Resultados Generales, México, 2011, 111 p.

Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social (CONEVAL), *Pobreza 2014, Oaxaca,* http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2014.aspx

Foreman Martin, et al, *Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/sida en el sector salud,* 2003, Organización Panamericana de la Salud.

González Volio, Lorena y Chiriboga, María Teresa, *Derechos Humanos y VIH/sida,* en "Derechos Humanos y VIH/sida: Jurisprudencia del Sistema Interamericano y análisis comparativo del marco jurídico interno relativo al VIH/sida, en los países centroamericanos"*,* Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, 2005, 238 p.

Iglesias Chiesa, María C., *Nuevas formas de prevenir la transmisión del VIH*. En M.C. Iglesias y G. Reyes Terán (*Coords.*), *30 años del VIH-sida. Perspectivas desde México*, Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México 2011; p. 71-78.

Kant, Manuel, Fundamentación de la Metafísica de las costumbres, Trad. de Manuel García Morente, Edición de Pedro M. Rosario Barbosa, San Juan, Puerto Rico, 2007, 84 p.

Morales, Aché Pedro Isabel, *Aspectos Legales del VIH/sida*, en 25 años de sida en *México, logros, desaciertos y retos*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2008, p. 259-274.

O´ Donnell, Daniel, *Derecho Internacional de los Derechos Humanos: Normativa, Jurisprudencia y Doctrina de los Sistemas Universal e Interamericano*. Ciudad

de México: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, 2012, 1093 p.

Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Repertorio de Recomendaciones Prácticas de la OIT sobre el VIH/sida en el Mundo del Trabajo, 2001* Consultado [07 de abril de 2014], disponible en:http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@ilo_aids/documents/publication/wcms_113788.pdf

Pascual, Lagunas Eulalia, Configuración jurídica de la dignidad humana en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, Bosch Editor, Barcelona, 2009, 165 p.

Pérez Luño, Antonio Enrique, Teoría del derecho. Una concepción de la experiencia jurídica, Madrid, Ed. Técnos, 2007, p. 17.

Ponce de León Rosales, Samuel y Lazcano Araujo, Antonio, *La evolución del sida: una suma de epidemias,* 25 años de sida en México, logros, desaciertos y retos, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2008, p.17-25.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), *Directrices internacionales sobre el VIH/sida y los derechos humanos, Versión consolidada de 2006* [En línea] 4a edic., 2007, Consultado: 15 de marzo de 2014, disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/Onusida/directrices%20internacionales%20sobre%20VIH%20y%20DH%202006.pdf

*El sida en cifras 2015,* Ginebra, 2015. 12 p., disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf

*Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA (Versión de 2015)*, disponible en:

http://www.unaids.org/es/resources/documents/2015/2015_terminology_guidelines

*Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2008, disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/Onusida/reducir%20el%20estigma%20y%20la%20discriminacion%20por%20el%20VIH.pdf

Rosen, Michael, Dignidad, su historia y significado, Trad. Tania Martínez Robles, Edit. Trillas, México, 2015, p. 26.

Steiner, Christian y Uribe, Patricia, (*Coords*.) *Convención Americana sobre Derechos Humanos comentada,* Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2014, 1040 p.

Suprema Corte de Justicia de la Nación, Derechos Humanos, Parte General, Serie Derechos Humanos, México, 2ª reimpresión, 2014, 211 p.

**Sentencias y resoluciones.**

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Caso *Jorge Odir Miranda Cortéz y otros vs El Salvador*, consultada en: https://www.cidh.oas.org/annualrep/2009sp/ElSalvador12249.sp.htm

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. Observación General No. 20, E/C.12/GC/20 de 2 de julio de 2009, consultada en: www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/E.C.12.G.htm

Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-283/98, *Inaplicación de Normas, Casos en que procede por no suministro de tratamiento y medicamentos de alto costo/Derecho a la Vida Digna-No suministro de tratamientos y medicamentos de alto costo,* Bogotá, 1998, disponible en http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-283-98.htm

Sentencia T-328/98, *Servicio Público de Salud - Prestación estatal y privada/ plan obligatorio de salud-Asunción por particulares*, Bogotá, 1998, disponible en http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-328-98.htm

Sentencia T-329/98, *Inaplicación De Normas - Condiciones para que proceda por no suministro de tratamientos y medicamentos de alto costo,* Bogotá, 1998, disponible en http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-329-98.htm

Sentencia T-881/02, Corte Constitucional Colombiana, 2002, disponible en http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-881-02.htm

Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas*, 2007, consultada en: http://www.corteidh.or.cr/cf/jurisprudencia/ficha.cfm?nId_Ficha=280&lang=es

*Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas,* 2015, consultada en http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_298_esp.pdf

Voto Concurrente del Juez Alberto Pérez Pérez, *Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2015, 12 p. consultado en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/votos/vsc_perez_298_esp.docx

Voto Concurrente del Juez Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot, *Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, 2015, 14 p., consultado en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/votos/vsc_ferrer_298_esp.docx

Voto Concurrente del Juez Humberto Antonio Sierra Porto, *Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2015, 12 p. consultado en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/votos/vsc_sierra_298_esp.docx

**Legisgrafía e Instrumentos Internacionales.**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Promulgada el 05 de febrero de 1917.
Última reforma publicada 29 de enero de 2016.

**INSTRUMENTOS INTERNACIONALES**

Declaración Universal de los Derechos del Hombre
Emitida por la Organización de las Naciones Unidas, 10 de diciembre de 1948

Convención Americana sobre los Derechos Humanos
Emitida el 22 de noviembre de 1969

Declaración Cumbre de París sobre el SIDA.
Emitida por el ONUSIDA el 1 de diciembre de 1994.

Declaración del Milenio de la Asamblea General de las Naciones Unidas.
Emitida el 08 de septiembre de 2000.

Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y el VIH/SIDA,
Segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos.
Emitida por ONUSIDA el 25 de septiembre de 1996.
Tercera Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos.
Emitida por ONUSIDA el 26 de julio de 2002.

Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA (UNGASS).
Emitida por la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA el 27 de junio de 2001.

Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”.
Primera reunión de ministros de salud y educación para prevenir el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe.
Emitida el 1 de agosto de 2008.

Pacto Internacional de Derecho Económicos, Sociales y Culturales
Emitido por la Organización de las Naciones Unidas, el 16 de diciembre de 1966.

**LEYES FEDERALES**

Ley General de Salud.
Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984.
Última reforma publicada el 12 de noviembre de 2016.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003.
Última reforma publicada el 20 de marzo de 2014.

Ley Federal del Trabajo.
Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 01 de abril de 1970.
Última reforma publicada el 12 de junio de 2015.

Ley del Seguro Social.
Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995.
Última reforma publicada el 12 de noviembre de 2015.

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS**

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la Prevención y el Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 10 de noviembre de 2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.
Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002 Para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual.
Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de septiembre de 2003.

**ACUERDOS**

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.
Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de noviembre de 2004.

**NIVEL ESTATAL**

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca.
Promulgada en bando solemne el 04 de abril de 1922.
Última reforma publicada el 31 de diciembre de 2015.

**LEYES ESTATALES**

Ley Estatal de Salud.
Publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 05 de marzo de 1994.
Última reforma publicada el 09 de octubre de 2015.

Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Oaxaca.
Publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 28 de febrero de 1998.
Última reforma publicada el 31 de diciembre de 2015.

Ley para Atender, Prevenir y Eliminar la Discriminación en el Estado de Oaxaca.
Publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 09 de diciembre de 2013.

Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Oaxaca.
Publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 16 de marzo de 2016.

Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Oaxaca.
Publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 23 de agosto de 2008.

Ley para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida del Distrito Federal.
Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 20 de junio de 2012.
Última reforma del 23 de septiembre de 2014.

**DECRETOS**

Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado “Consejo Estatal para la Prevención y Control del sida”.
Publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 04 de julio de 1998.
Última reforma publicada el 04 de diciembre de 2010.

**REGLAMENTOS**

Reglamento Interno del Consejo Estatal para la Prevención y Control del sida.
Publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 20 de febrero de 2015.