“Gobierno abierto y el derecho humano a la salud”
15 de abril de 2021

Versión estenográfica del Panel “Grupos Sociales en Situación de Vulnerabilidad y Rendición de Cuentas”.

María Antonieta Velásquez Chagoya: Continuamos con Hilda Téllez Lino, quien es tercera visitadora de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, quien abordará el tema de mujeres y hombres en situación de cárcel: ¿Qué información necesitamos saber sobre su salud y la información que debemos liberar?

Para ello, tengo bien a plantear la siguiente pregunta: ¿Hasta dónde la situación de la privación de la libertad vulnera el derecho a la salud en esta situación de la competencia sanitaria por COVID-19.

Muchísimas gracias, Hilda, tienes el uso de la palabra hasta por 15 minutos.

Hilda Téllez Lino: Muchísimas gracias, gracias por este espacio en la III Cumbre Nacional de Gobierno Abierto.

Y, bueno, desde el ámbito de la competencia del trabajo de la Tercera Visitaduría de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, fundamentalmente está centrado en la protección, garantía de los derechos humanos, de las personas privadas de la libertad en el país, específicamente en el ámbito federal, pero a nivel de la supervisión penitenciaria lo hacemos de manera general en todos los sistemas penitenciarios de los estados.

Aquí es importante señalar que el derecho a la salud podríamos señalarlo como el derecho más vulnerado al interior de los centros penitenciarios, y básicamente porque encontramos un montón de indicadores que nos reflejan eso.

Primero, una ausencia de atención inmediata en este primer nivel para cubrir los mínimos aspectos de protección a la salud.

Segundo, ya cuando hablamos de atención especializada de segunda y tercer nivel, la ausencia es mucho más grande porque los propios espacios no cuentan con la infraestructura ni con los médicos profesionales para la protección especializada de la salud y también porque las propias condiciones a veces de articulación con las instancias de salud estatales o federales no es la más óptima, la más eficaz, entonces complejiza la parte de la atención.

También, las desiguales condiciones estructurales que encontramos en los distintos sistemas. La verdad es que, haciendo un recorrido de manera general en todas las entidades federativas, no podríamos hablar de las mismas condiciones en un estado como Nuevo León, en un estado como Coahuila y las mismas condiciones en Baja California, en Campeche.

Cada lugar es distinto, entonces tiene que ver también con la aplicación presupuestal, hacia dónde se está enfocando, y esto va teniendo, o fortalezas o deficiencias estructurales que vulneran los derechos de las personas privadas de la libertad, particularmente en el tema de salud.

Algo también importante que tenemos que considerar en esto es la falta de perspectiva de género y un enfoque especializado y diferencial para aplicar y atender necesidades específicas; por ejemplo, en el caso de mujeres, en el caso de niñas y niños que acompañan a algunas de las mujeres privadas de la libertad, por ejemplo, la atención geriátrica para personas de más de 60 años que están al interior de las prisiones y atenciones muy especializadas, atención ginecológica, dentista, dermatología, oftalmología, eso es fundamental.

Con esto qué encontramos. Esto lo quiero hacer como un primer antecedente, para entender que con ello encontramos deficiencias para poder focalizar políticas de prevención, de manera inicial, atención y mitigación en la cuestión de salud y las enfermedades.

Por ejemplo, en la Comisión Nacional, nueve de cada 10 jefas que recibimos están vinculadas al tema de salud.

Teniendo este escenario inicial, bajo estas condiciones, era evidente que el riesgo de una pandemia iba a colocar en un escenario muy complejo al sistema penitenciario. Esta emergencia sanitaria, nadie en el mundo estaba preparado, pero a lo mejor hay estados que contaban con mayores recursos para poder atender, de manera más profesional, más eficaz, más inmediata, los resultados o los efectos de la pandemia.

En el caso de nuestro país, la emergencia sanitaria por COVID ponía a un gran desafío al Estado mexicano para la protección al derecho a la salud. Lo podemos ver al exterior, pero ahora imaginemos que esas mismas dificultades las trasladamos al interior de las prisiones; iba colocada en una situación muchísimo más compleja.

Específicamente, en el ámbito del sistema penitenciario, que es el que corresponde a la visitaduría que tengo a cargo, nos dimos a la tarea, de manera inmediata, de hacer un análisis de cómo vendría o cómo se tendría, de pronto, que enfrentar esta situación.

Y uno de los puntos fundamentales y por eso me encanta en este momento la participación en este espacio, es que era la generación de la información.

Generalmente, y más en los ámbitos en materia de seguridad o más en el sistema penitenciario, la información que se localiza, cuando se localiza, es muy restringida: uno, porque se antepone muchísimas veces las medidas de seguridad para poder abrir esa información en su máxima transparencia, no ocurre en lo cotidiano.

Era enfrentarnos a esas condiciones que, de por sí, hacen complejo el acceso a la información dentro del sistema penitenciario, y después, al saber esto, cómo teníamos que empezar a trabajar o generar, para tener el mejor escenario posible de contención de esta emergencia sanitaria, que venidos los meses, sobre todo en el mes de febrero-marzo, que era inminente que el efecto podría ser más en el sistema penitenciario, sí devastador, por lo que encontrábamos en lo cotidiano en el tema de salud.

Con ello, había una instrucción de nuestra presidenta de la comisión, de hacer todas las acciones que, desde el ámbito de las atribuciones de la Comisión Nacional, nuestro trabajo, la experiencia, con un enfoque de derechos humanos, cómo hacíamos o cómo apuntalábamos, desde el ámbito de la Comisión Nacional, el impacto de la pandemia en las prisiones, cómo íbamos a hacerlo.

Para esto, se tocaba un tema relevante en poder actuar, pero para actuar justo necesitábamos información.

En este análisis de manera integral, no solamente en las acciones inmediatas que podríamos hacer, por ejemplo la generación de medidas cautelares, que fue una de las primeras acciones, teniendo ya un análisis general de cómo el escenario en las prisiones lo localizábamos, hacer una solicitud de medidas cautelares de manera general, de carácter preventivo, antes de que pudieran llegar los primeros casos por COVID en las cárceles.

Ante esto, justo uno de los ejes fundamentales era la información, qué va a pasar, cómo se va a generar, quién la va a concentrar, cómo se va a distribuir y, sobre todo, la información para la mejor toma de decisiones en relación a lo que se fuera dando en los últimos meses.

Una parte fundamental estaba relacionada con el trabajo de la comisión y aminorar el impacto de la pandemia al interior de las prisiones, era saber con qué información contábamos ya en la Comisión Nacional, qué información teníamos sobre los distintos sistemas, las entidades, la protección del derecho a la salud, cuáles eran deficiencias que ya habíamos localizado históricamente la comisión nacional a través de la tercera visitaduría tiene por mandato legal el realizar el diagnóstico nacional de supervisión penitenciaria, que se supervisan un montón de cosas, pero

entre ellas situaciones que están relacionadas con la dignidad, el tratamiento, el acceso a la salud, todas las condiciones que puedan procurar un mejor o un trato digno para las personas privadas de la libertad.

¿Qué información tenía la Comisión? ¿Qué información específica se iba a ir generando relacionada con la emergencia sanitaria de manera particular, tanto a nivel nacional, como internacional?

No solamente era lo que estaba pasando en México, sino también empezar a revisar rápidamente escenarios que ya estaban pasando en Asia, escenarios en Europa, algunos escenarios en América Latina, qué estaba pasando en esto y además también qué estándares se estaban generando en particular sobre las personas privadas de la libertad, el enfoque de los derechos humanos.

Y aquí hago un paréntesis porque en esto, sobre todo tratándose en el tema de las personas privadas de la libertad tenemos que lidiar en un cotidiano con los prejuicios sociales que colocan siempre a las personas privadas de la libertad como dejarlas al final, o sea, si hay que dar atención médica se le da a cualquier persona y al último a las personas privadas de la libertad.

Lo vemos ahora con el tema de las vacunas, había algunas voces que desafortunadamente, por ejemplo, señalaban que si había que probar vacunas las probaran en los privados de la libertad, como si no fueran personas o no fueran dotadas de dignidad y cualquier experimento científico se podía hacer en estos espacios.

La otra, ya ahora en el escenario de la garantía del acceso a las vacunas es, sí, pero ellos al final, o sea, primero vacunemos al resto del mundo, no importa que exista o no un plan nacional de vacunación, el plan nacional de vacunación lo dejamos a un lado tratándose de personas privadas de la libertad.

Entonces, bueno, además de todas estas circunstancias lidiar y trabajar con estos prejuicios sociales que a veces no solamente son sociales, sino se vuelven también mediáticos, también se vuelven institucionales y entonces será como hacer eso.

A partir de ahí construir cuáles serían los mínimos a considerar para enfrentarnos a esta pandemia, como lo refiero, nadie en el mundo estaba preparado, ni preparada para una situación de esta naturaleza y si analizáramos que la situación más grave en los centros es el acceso a la salud, pues ahora sumado a la emergencia sanitaria va a ser más complicado.

Entonces, a partir de ahí es cómo organizamos la información que teníamos, la que se iba a generando casi todo como al mismo tiempo caminando en distintas pistas para poder realizar, organizar esta información y generar a partir de ahí medidas de prevención específicas, medidas de atención, medidas de contención y medidas de

mitigación, un poco así lo fuimos generando y en esta parte con un diálogo y una articulación que empezamos a trabajar rápidamente un poco también lidiando con esta situación de los trabajos en casa, la disminución de los horarios en oficina y todo, pues teníamos que cachar a las distintas autoridades y enlazarnos con ellas para poder organizar esta serie de medidas e ir trabajando con ellas.

Pensamos que era fundamental, al no existir de manera clara o vislumbrarlo en el corto plazo, información que se fuera generando sobre el tratamiento en las prisiones sobre la pandemia propusimos que se generara este mecanismo nacional de observación sobre casos de COVID en las prisiones.

Entonces, hicimos una metodología, un mecanismo de seguimiento, de asignación de enlaces, todo y arrancamos, y esta fue una manera muy importante de poder irnos allegando de información de manera, pues lo más precisa posible porque además es también la información que nos dan los sistemas penitenciarios, no podría decir que es la información real, que es el escenario real, pero es la oficial de cada entidad del sistema federal que nosotras íbamos a estar concentrando para poder estar generando.

Al día de hoy me parece que este mecanismo nacional de observación por COVID de la comisión nacional hado muy buenos frutos, ha sido un referente, tenemos contabilizadas cientos de notas en medios de comunicación que toman y adoptan la información de este mecanismo para informar a la gente las condiciones y el avance del COVID al interior de las prisiones.

Pero no solamente eso, sino nuestro objetivo fundamental que sí era que la sociedad lo supiera, nuestro objetivo fundamental estaba relacionado con cómo se iba a atender al interior de las prisiones, cómo se iba a atender por parte de las autoridades y cómo la información más precisa iba a permitir el poder aminorar los posibles efectos que, insisto, vistos a la distancia se notaban devastadores.

No minimizamos bajo ninguna circunstancia los casos positivos, los desafortunados decesos y un poco la valoración de las personas recuperadas; sin embargo, la verdad es que la preocupación no solamente desde el trabajo de la Comisión, sino también organizaciones de la sociedad civil con quienes estuvimos trabajando, el Comité Internacional de la Cruz Roja, distintas organizaciones, la verdad es que sí teníamos un escenario de gran preocupación.

Entonces es cómo íbamos tomándolo, cómo también a partir de la primera información generada nos iba a permitir direccionar acciones mucho más específicas de contenido más preciso, por ejemplo, no solamente en medidas cautelares.

En el mes de abril del año pasado, la Comisión Nacional emitió un pronunciamiento relacionado con medidas complementarias emergentes para la atención del COVID

y apenas se iba a disparar los primeros cinco casos y ya estábamos proponiendo, con esta compilación de información y diálogo con distintos actores, estábamos ya proponiendo eso, incluso en ello no solamente el tema de la atención en materia de salud, la realización de test clínicos para ubicar los casos, atender, la generación de áreas específicas para la atención de personas privadas de la libertad con COVID, sino además nosotras proponíamos dentro de este pronunciamiento la implementación de un mecanismo nacional de despresurización penitenciaria.

La verdad esa era una de las propuestas desde la Comisión Nacional que era la más ambiciosa, o sea, la más ambiciosa era poder lograr que la pandemia, que lo que estaba ocurriendo con la pandemia pudiera tener también un efecto para despresurizar las prisiones.

No se logró ese alcance porque, insisto, hay que trabajar con muchas, de pronto, ideas; a veces muchas de ellas cargadas de muchos prejuicios y también la propia operatividad que se volvió más compleja como para poder lograr esto, pero en este pronunciamiento lo señalábamos incluso como para irnos a eso. Después observar qué estaba haciendo cada entidad.

Entonces, igual, recabar información, tomarla, concentrarla y generarla hacia el exterior. Realizamos en el mes de junio ya un informe especial, específicamente sobre las condiciones sanitarias que adoptaron las 32 entidades federativas y el sistema federal y el sistema militar también, en relación con sus tres prisiones militares, cuáles eran las condiciones que se habían adoptado; unos más, unos menos, pero al final todas las entidades adoptaron acciones, algunas mucho más precisas, muchísimo más cuidadas.

Se generó un protocolo nacional para poder observar eso y creo que también este cotidiano donde nosotras captábamos información, sistematizábamos y hacíamos públicas, a través de las redes sociales de la Comisión, los casos que se iban generando por COVID también hacía un poco visible desde afuera también este escrutinio social, de las organizaciones de la sociedad civil y de medios de comunicación, que desde ese momento han estado muy, muy al pendiente de lo que se va generando alrededor del tratamiento de la pandemia.

Con ello también la Comisión evidentemente no podía parar, o sea, no podíamos parar más con la responsabilidad de trabajo de la Tercera Visitaduría, y nos llevó a la tarea también de hacer una adecuación para la realización del diagnóstico nacional de supervisión penitenciaria.

Cómo si bien a la par íbamos, ya teníamos como estas medidas que tenían su propia ruta, porque estaban vinculadas al tratamiento del COVID, como también la supervisión penitenciaria debería de llevar esa perspectiva.

Entonces, por primera vez en todos los años que lleva la Comisión Nacional realizando el diagnóstico nacional de supervisión penitenciaria, le dimos un enfoque con perspectiva a la protección al derecho a la salud; es decir, no solamente íbamos a hacer la supervisión tradicional, histórica de la comisión para mirar las acciones de gobernabilidad, infraestructura, el trato digno a las personas privadas de la libertad, si había políticas enfocadas a grupos de atención prioritaria, sino además cómo de manera transversal el derecho a la salud había estado en cuestionamiento, en crisis con el resto de los derechos que de por sí muchos de los casos están vulnerados para la población privada de la libertad.

Entonces hicimos ese reajuste al diagnóstico nacional para poder tener esta perspectiva y este enfoque en el diagnóstico del 2020, que estamos próximos y próximas a presentar en la comisión.

Y parte de eso, algo con lo que estamos de pronto satisfechas es que este trabajo que ha desarrollado la comisión a lo largo de este año en el tema de salud, específicamente relacionado con hombres y mujeres privadas de la libertad, es que nos permitió poner en la agenda pública el tema y el enfoque del cuidado y la atención a la salud, qué estaba pasando, saber con toda precisión lo que ocurre.

Y de pronto observamos que si la propia comisión tiene dificultades en la obtención de la información, qué iba a pasar con medios de comunicación, qué iba a pasar con trabajo de algunas organizaciones que también estuvieron al pendiente de este trabajo en 2020, qué iba a pasar también con medios de comunicación y con la sociedad en general si no había información.

Entonces el poder desde la comisión colocar en la agenda pública de manera periódica, sistemática, información, insisto, la información confiable, en razón de que es la información oficial que nos entregan los sistemas y es la propia información que ellos generan para la Conferencia Nacional Penitenciaria, y que ahí se articula, se guarda o se utiliza para toma de decisiones. Pero también era importante que eso se conociera, que esa información saliera.

Para nosotros es muy importante no solamente la realización de las acciones, sino cómo también esta información está sometida a la visibilidad.

Creo que parte de la transparencia y el acceso a la información, parte fundamental era democratizar todo lo que se fuera generando, que todas las personas pudieran tener acceso para, desde distintas acciones, ámbitos de trabajo, pudieran estar generando eso.

Y sobre también en el acceso a la información a los familiares de las personas privadas de la libertad, porque un poco la tendencia era cómo evitamos que el virus entre a la prisión. Pues que no entre nadie para que no entre, allá adentro sólo no

se iba a gestar, la cosa era que entrara, y si entraba, iba a poder ocurrir una situación compleja.

Entonces, si no entra la familia, pero tampoco hay mecanismos eficaces para darle información a la familia, nosotras queríamos hacer como este pequeño enlace cuando menos para que tuvieran esta información de manera general.

Acá también, al tratarse del tema de salud, nos enfrentábamos también a las propias condiciones o la propia condición que la Ley General de Protección a Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados nos da, que en relación a la materia de salud recordemos que toda la información, presente o futura relacionada con su salud, está considerada como dato sensible. Y utilizar esta información de manera indebida puede afectar la esfera más íntima de la persona titular y dar origen incluso a situaciones de discriminación, entonces cómo además el trabajar con este derecho, la salud de las personas privadas de la libertad, cómo teníamos que hacer un tejido muy cuidadoso para exponer las condiciones, saber qué información nos daban, porque también quiero decirles que había de pronto sistemas que nos decían "no te puedo informar cuántas personas positivas hay por COVID, porque es información sensible, son datos que tengo que resguardar y no pueden saber".

Y yo le decía: No nos generes el nombre, ninguna situación de identificación; danos nada más el dato preciso que es una persona masculina, de tal identificación, pero sí es importante hacerlo.

Afortunadamente, con el paso del tiempo, se fue perfeccionando ese sistema y tuvieron también esta oportunidad de poder irnos generando esa información.

Por ejemplo, qué nos ha permitido hacer durante todo este tiempo, que al paso de un año que llevamos trabajando con ese mecanismo nacional para la atención de casos por COVID en las prisiones, en un informe que fue el lunes, la última toma de información, expresión que hacemos de carácter público, tenemos tres mil 380 personas privadas de la libertad se habían cursado por COVID, casos acumulados en el año.

No es que sea la totalidad, son los casos que los propios sistemas hicieron pruebas y confirmaron que cursaron por COVID. Es posible que esta cifra sea más alta, como lo es posible en el exterior, que cifras que de pronto conocemos a veces pudieran no ser las precisas, porque no hay generación de pruebas diagnósticas o no había tanto, como ahora quizás ya las haya.

Pero tenemos ese dato: 255 personas privadas de la libertad que perdieron la vida por esta circunstancia de COVID, haber cursado COVID, 2 mil 928 personas recuperadas y después, cuando empezaba la situación ya también trabajándose sobre el tema, era también pensar en el tema de las vacunas, qué iba a pasar.

Esperamos el Plan Nacional de Vacunación, los criterios y lo que había que hacer es decir: Nada más no se olviden que también al interior de las prisiones hay personas que cumplen con todos esos criterios.

Ahora, el primero, la condición de la edad, 60 años y más, había que hacerlo. También decidimos hacer un seguimiento a lo que estaba pasando en los sistemas y también eso ayuda un poco, no solamente a generar la información, sino también a hacer un mecanismo de presión, por decirlo así, y que, de alguna forma, de verdad se voltee a ver a las personas privadas de la libertad.

Hoy, en el último informe que tenemos sobre la aplicación de las vacunas, tenemos ya mil 718 vacunas aplicadas a personas privadas de la libertad, de 60 años y más en prisión.

Y si pensamos que el dato aproximado de personas de 60 años y más son seis mil 500 aproximadas, todavía nos falta un buen tramo de entidades federativas de personas que se apliquen la vacuna, pero ya hay un avance.

Parte de las preguntas fundamentales era qué debemos saber y qué debemos liberar. Yo creo que aquí básicamente tendríamos que guiarnos de manera amplia por los propios principios de la información, el principio de licitud, como el saber qué vamos a hacer con esa información; el principio de finalidad, qué va a pasar con esa información, hacia dónde la vamos a documentar; la proporcionalidad, que ahí era fundamental, cómo hacemos para que sea la información, quizás la mínima, pero sí la suficiente para poder tomar decisiones y con esto poder garantizar el acceso a la información.

Creo que es fundamental en todos los ámbitos de trabajo público, del deber público, y más, ahora lo miramos desde el trabajo y la responsabilidad que tenemos en la Tercera Digitaduría, el poder generar mecanismos y sistemas de información, porque el tener información, distribuirla, conocerla y que cada persona o actor pueda hacer uso de ella, permite que se puedan adoptar acciones concretas, específicas, para poder abordar, como en este caso, esta situación que estamos viviendo en el tema de salud.

Vamos a continuar dando seguimiento y vamos a tratar de que se perfeccionen los mecanismos de obtención de información, y cómo esta es trasladada y utilizada por los diversos actores.

Con eso concluiría por ahora.

María Antonieta Velásquez Chagoya: Muchas gracias, Hilda.Tu participación nos dirige a pensar en los grupos vulnerables y situaciones que parecieran estar en la periferia de las políticas públicas.

-o0o-