

ASUNTO: SE PRESENTA OPINIÓN TÉCNICA SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD DENTRO DE LAS CÁRCELES CON RELACIÓN A LA PANDEMIA DE COVID-19.

QUEJOSO: CENTRO DE DERECHOS HUMANOS MIGUEL AGUSTÍN PRO JUÁREZ A.C.

**C. JUEZ DE DISTRITO EN EL ESTADO DE MORELOS,
CON RESIDENCIA EN CUERNAVACA EN TURNO**

Nosotros, Fernando Alarid-Escudero, PH.D., Héctor Gómez-Dantés, MD MSC., Gregg Gonsalves, PH.D., JADD, Ranit Mishori, MD, MHS, FAAFP., Michele Heisler, MD, MPA, por este medio, le enviamos esta opinión técnica sobre las condiciones de salud dentro de las cárceles con relación a la pandemia de COVID-19, para ser considerado a la hora de atender la demanda a la cual este parecer se adjunta.

ANTECEDENTES Y CALIFICACIONES RELEVANTES

Fernando Alarid-Escudero, Ph.D., Profesor asistente

Centro de Investigación y Docencia en Economía (CIDE), División de Administración Pública

1. Soy profesor adjunto de la División de Administración Pública del Centro de Investigación y Docencia Económicas. Cofundé el grupo de trabajo *Stanford-CIDE Coronavirus Simulation Model (SC-COSMO) (sc-cosmo.org)*, un modelo de simulación epidemiológico para la epidemia de la COVID-19 que proporciona a los responsables de las políticas públicas información sobre el impacto de las diferentes estrategias de mitigación para la toma de decisiones de política sobre resultados sanitarios. También soy miembro de la Red de Modelado de Intervención y Vigilancia (CISNET) del Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU. (NCI), un consorcio de investigadores patrocinados por el NCI que se centra en el modelaje para mejorar la comprensión del impacto de las intervenciones de control del cáncer (ej., prevención, detección y tratamiento) sobre las tendencias poblacionales en incidencia y mortalidad. Soy miembro fundador del grupo de trabajo *Decision Analysis in R for Technologies in Health (DARTH) (http://darthworkgroup.com)* y de la *Collaborative Network for Value of Information (ConVoI; https://www.convoi-group.org)*, que son esfuerzos de colaboración internacionales y multiinstitucionales en los que desarrollamos

soluciones transparentes y de código abierto para implementar en el análisis de las políticas de salud y así cuantificar de manera eficiente el valor de la investigación en la futura toma de decisiones. En 2020, fui beneficiario de la beca de la Iniciativa de Modelado de Decisiones COVID-19 de la Sociedad para la Toma de Decisiones Médicas (SMDM) (<https://nursing.jhu.edu/alumni-giving/giving/covid-decision-modeling/smdm-covid-19-decision-modeling-grant.html>) para abordar la epidemia del SARS-CoV-2 en México.

2. He trabajado en el desarrollo de modelos de simulación para identificar estrategias óptimas de prevención, control y tratamiento de diferentes enfermedades infecciosas y crónicas para abordar problemas de salud en diferentes entornos y países. Por ejemplo, desarrollé un modelo de simulación de la infección por *H. pylori* y el cáncer gástrico, que usé para estimar la rentabilidad de diferentes estrategias de detección y tratamiento de *H. pylori* que tienen en cuenta la resistencia a los antibióticos. También desarrollé un modelo matemático de la infección por VPH y el cáncer de cuello uterino para evaluar diferentes estrategias de detección y vacunación en mujeres inmunosuprimidas y de riesgo promedio. Más recientemente codesarrollé el modelo de simulación epidémica SC-COSMO para la epidemia de la COVID-19 que proporciona información sobre el impacto de diferentes estrategias de mitigación y decisiones de política sobre resultados sanitarios. Como parte del SC-COSMO, estamos desarrollando una micro simulación dinámica de transmisión en la población reclusa y en los trabajadores penitenciarios de una prisión que se integra a un modelo simplificado de la comunidad circundante.
3. No recibo honorarios por mi trabajo en este caso.

Héctor Gómez-Dantés MD MSc. Investigador y Profesor del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México

4. Soy investigador médico senior en enfermedades infecciosas y coordinador en el INSP del estudio Carga Nacional de Enfermedades en colaboración con la iniciativa Carga Global de Enfermedades en el *Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME)* en la Universidad de Washington. Recibí mi título de médico en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Recibí el título de epidemiólogo del Programa de Capacitación en Epidemiología de Campo (FETP) del CDC y del Ministerio de Salud de México, una maestría en Medicina Comunitaria de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* y una maestría en Salud Internacional de la *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, que se centra en la prevención y el control de enfermedades infecciosas.
5. He estado a cargo de la vigilancia de enfermedades infecciosas en el ministerio de Salud y he sido responsable del sistema de información en salud en el Instituto Mexicano del Seguro

Social (IMSS). También trabajé en la Fundación Mexicana de la Salud coordinando estudios regionales de carga de enfermedad para América Latina.

6. Soy docente en los cursos de posgrado del INSP en epidemiología, carga de enfermedad, control de enfermedades infecciosas y prioridades de salud pública con énfasis en determinantes sociales. Recientemente me involucré en el estudio de carga de lesiones y violencia en México, particularmente la violencia contra las mujeres jóvenes, así como su patrón de abuso de drogas.
7. No recibo honorarios por mi trabajo en este caso.

Gregg Gonsalves, Ph.D., profesor adjunto de epidemiología de enfermedades microbianas; Profesor Adjunto de Derecho e Investigador Académico en Derecho
Yale School of Medicine, Yale Law School

8. Soy profesor adjunto de epidemiología de enfermedades microbianas en la *Yale School of Public Health* y profesor adjunto de derecho e investigador académico en derecho en la *Yale Law School*. Codirijo la *Yale Law School/Yale School of Public Health Global Health Justice Partnership*. Fui codirector de la *Yale Law School/Yale School of Public Health/Yale Medical School Collaboration* en Integridad y Transparencia de la Investigación y codirector académico de Estudios de Salud Global en el *Yale College* hasta mayo de 2020. Entre otros, también he tenido nombramientos en la *Harvard Medical School*, el *Institut Pasteur* y la Universidad de Ciudad de Cabo. Asistí al *Yale College* y recibí un doctorado en salud pública de la Universidad de *Yale*. En 2018, recibí una beca MacArthur "genius" (es decir, MacArthur Fellowship) de la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur.
9. He trabajado durante más de tres décadas en enfermedades epidémicas, incluidos VIH/SIDA y otros problemas de salud mundial. Mi investigación se centra en el uso de modelos cuantitativos para mejorar nuestra respuesta a las enfermedades epidémicas. He publicado más de una docena de artículos sobre enfermedades epidémicas en revista de alto impacto como *The Lancet*, *Science*, *New England Journal of Medicine* y en el *Journal of Clinical Epidemiology*. He recibido subenciones de investigación de, entre otros, el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, el Instituto Nacional de Salud Mental, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, la Fundación Laura y John Arnold, la Fundación Levi-Strauss y la Open Society Foundations. El monto total de las subenciones en las que he trabajado como investigador o coinvestigador principales es de más de \$ 5.5 millones (USD).
10. No recibo honorarios por mi trabajo en este caso.

Michele Heisler, MD, MPA, Profesora de Medicina Interna y Salud Pública, University of Michigan Medical School, University of Michigan School of Public Health; Directora médica de Physicians for Human Rights (PHR), Nueva York, NY

11. Soy la Dra. Michele Heisler, médica con licencia en el estado de Michigan y diplomada de la Junta Estadounidense de Medicina Interna. Soy Directora Médica de *Physicians for Human Rights* (PHR) y profesora de Medicina Interna y Salud Pública en la Universidad de Michigan y proporciono atención clínica en el Sistema de Salud de la misma universidad y en el *Affairs Health System*, en Ann Arbor, MI. He estado en la carrera académica y ejerzo la medicina en los sistemas de salud desde 2002.
12. Soy graduada de la *Harvard Medical School*. Tengo una maestría en Políticas Públicas de la Facultad de Asuntos Públicos e Internacionales de la Universidad de Princeton. Mi formación clínica (residencia y beca) fue en Medicina Interna en el Sistema de Salud de la Universidad de Michigan. Luego completé una capacitación adicional en investigación como becaria clínica de la Fundación Robert Wood Johnson en la Universidad de Michigan. En mi trabajo clínico en el cuidado de veteranos de bajos ingresos, muchos de mis pacientes tienen múltiples enfermedades crónicas y trastornos del comportamiento, con un alto porcentaje de personas que alguna vez fueron encarceladas. Estoy bien capacitada para atender a pacientes con alto riesgo de enfermedad grave si se infectan con COVID-19.
13. Tengo veinte años de experiencia dirigiendo estudios epidemiológicos longitudinales a gran escala que examinan los factores de riesgo clínicos, sociales y conductuales de morbilidad y muerte por enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares, las mismas condiciones que son factor de riesgo para enfermedad grave y muerte por COVID-19. Mi investigación ha sido financiada por el *National Institutes of Health*, la *Agency of Healthcare Quality and Research*, el *Veterans' Affairs Health Research and Development* y el PCORI. El monto total de las subvenciones en las que he trabajado como investigadora o coinvestigadora principales es de más de 35\$ millones (USD). Soy autora de más de 225 estudios revisados por pares publicados en revistas médicas y de salud pública de alto impacto, incluidas *Lancet*, *BMJ*, *The New England Journal of Medicine*, *JAMA* y el *American Journal of Public Health*. Desde 2018, soy miembro electa de la *Association of American Physicians*, una sociedad médica honoraria para investigadores destacados en ciencia biomédica y/o investigación biomédica transnacional.
14. No recibo honorarios por mi trabajo en este caso.

Ranit Mishori, MD, MHS, FAAFP, Profesora de Medicina Familiar, Georgetown University School of Medicine, Directora de Iniciativas de Salud Global del Departamento de Medicina Familiar de la Georgetown University y Asesora Médica Principal de Physicians for Human Rights.

15. Soy asesora médica senior en *Physicians for Human Rights* (PHR) y profesora de medicina familiar en la Facultad de Medicina de la Universidad de Georgetown, donde soy directora del departamento de Iniciativas de Salud Global, de la beca en Política de Salud y de nuestra red de investigación basada en la práctica. Soy miembro de la *American Academy of Family Physicians* y diplomada en la *American Board of Family Medicine*, hice mi capacitación de residencia en el programa de Residencia en Medicina Familiar de la Universidad de Georgetown, en el Providence Hospital. Recibí mi título de médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Georgetown y una maestría en Salud Internacional de la *International Health from the Johns Hopkins Bloomberg*, en el Programa de Prevención y Control de Enfermedades (que se centra en la ciencia de cómo detener la propagación de enfermedades infecciosas).
16. Soy líder académica del grupo de interés de salud correccional de la Facultad de Medicina de la Universidad de Georgetown, donde superviso a los estudiantes de medicina designados en varias cárceles, prisiones y centros de detención de la región. Además, soy directora del programa de *Asylum* de la Universidad de Georgetown, que se centra en la atención y los problemas médico-legales de los solicitantes de asilo, incluso en la detención de inmigrantes. He escrito extensamente y he dado charlas y conferencias sobre estos temas a nivel nacional e internacional. En mi papel como asesora médica senior y consultora en PHR, he revisado y analizado docenas de casos relacionados con los resultados de salud de personas en establecimientos penitenciarios, y he asesorado a la organización y a otros aliados (sociedad civil, organizaciones de ayuda legal y los medios de comunicación) sobre temas relacionados con el encarcelamiento, incluidas las huelgas de hambre, la calidad de la atención médica, el manejo de enfermedades transmisibles, la violencia y el cuidado de las mujeres embarazadas en dichos entornos.¹
17. Como médica en el Programa de Residencia de Medicina Familiar de la Universidad de Georgetown en el *Washington Hospital Center*, trabajé con poblaciones urbanas marginadas,

¹Ver, por ej., Ranit Mishori, *Risk Behind Bars: Coronavirus and Immigration Detention*, The Hill (17 de marzo de 2020), <https://thehill.com/opinion/immigration/487986-risk-behind-bars-coronavirus-and-immigration-detention>; Amanda Holpuch, *Coronavirus Inevitable in Prison-Like US Immigration Centers, Doctors Say*, The Guardian (11 de marzo 2020), <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/11/coronavirus-outbreak-us-immigration-centers>; Abigail Hauslohner, et al., *Coronavirus Could Pose Serious Concern in ICE Jails, Immigration Courts*, The Washington Post (12 de marzo de 2020), https://www.washingtonpost.com/immigration/coronavirus-immigration-jails/2020/03/12/44b5e56a-646a-11ea-845d-e35b0234b136_story.html; Silvia Foster-Frau, *Coronavirus Cases in Migrant Detention Facilities Called 'Inevitable'*, Express News (15 de marzo de 2020) <https://www.expressnews.com/news/us-world/border-mexico/article/Whether-in-detention-or-in-Mexico-U-S-15129447.php>.

incluidas personas sin hogar, personas con antecedentes de encarcelamiento, inmigrantes y refugiados. Habitualmente entro en contacto con víctimas de abuso, trauma y pobreza, donde evaluó regularmente sus necesidades médicas y psicosociales en el contexto de sus determinantes sociales de salud (como vivienda inestable y encarcelamiento).

18. Durante cuatro años fui miembro electa de la Comisión de Salud Pública y Ciencia de la Academia Estadounidense de Médicos de Familia, donde presidí el subcomité de Asuntos de Salud Pública. Durante ese tiempo, fui autora principal del documento de posición de la Academia sobre Encarcelamiento y Salud.
19. Para garantizar información pública precisa sobre COVID-19, también me desempeñé como asesora especial en la cobertura de la COVID-19 para *PBS NewsHour* y aparecí como experta en su programa de noticias. También me desempeñé como asesora especial de COVID-19 para la preparación institucional, la cobertura de noticias y la seguridad del personal de la empresa.
20. Desde el inicio de la pandemia de COVID-19, también he aplicado mi experiencia en salud pública para asesorar, planificar y ejecutar respuestas a la COVID-19 en la Universidad de Georgetown y en el Departamento de Medicina Familiar del Centro Médico de Georgetown.
21. No recibo honorarios por mi trabajo en este caso.

LA PANDEMIA DE LA COVID-19

22. COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el SARS-CoV-2.
23. La enfermedad causada por el nuevo coronavirus se llama COVID-19. El 23 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una declaración advirtiendo que todos los países del mundo “deberían estar preparados para la contención del virus, incluida la vigilancia activa, la detección temprana, el aislamiento y la gestión de casos, el rastreo de contactos y la prevención de la propagación de la Infección por 2019-nCoV”, y aconsejó al mundo que “pusiera especial énfasis en la reducción de la infección humana, la prevención de la transmisión secundaria y su propagación internacional, y contribuyera a la respuesta internacional...”.²

² Organización Mundial de la Salud, *Declaración sobre la reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) relacionada con el brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV)* (23 de enero de 2020), [https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-comité-de-emergencia-con-respecto-al-brote-de-nuevo-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-comité-de-emergencia-con-respecto-al-brote-de-nuevo-coronavirus-(2019-ncov)).

24. El SARS-CoV-2 se transmite fácilmente a través de la respiración de personas sintomáticas y asintomáticas. Todas las personas son susceptibles y pueden infectarse con el SARS-CoV-2 debido a la facilidad con la que se propaga el virus y la falta de inmunidad de la población. El virus se transmite a través de gotitas grandes y pequeñas; es decir, cuando un individuo infectado, ya sea sintomático o asintomático, al hablar, toser, estornudar, cantar, etc., expulsa gotitas que pueden transmitir el virus a otras personas en su proximidad. La creciente evidencia sugiere que el virus se puede aerosolizar, de modo que pequeñas gotas que contienen el virus pueden permanecer en el aire y ser inhaladas por otras personas que entren en contacto con ese aire. También se sabe que el virus puede sobrevivir en superficies contaminadas hasta por tres días y se puede transmitir cuando una persona infectada toca una superficie con una mano sobre la que ha tosido y luego otra persona toca esa misma superficie antes de que haya sido desinfectada y luego se toca la cara. .³
25. En ausencia de medidas efectivas de distanciamiento social, se estima que cada individuo infectado puede infectar a otros dos o tres, en un contexto comunitario. Este "número de reproducción" o R0 se considera alto y es el doble que el de la influenza estacional. Las estimaciones de modelos muestran que el número de reproducción en entornos cerrados, - como cruceros y hogares de ancianos-, puede llegar a ser de 5 a 10. Las personas infectadas pueden transmitir el virus antes de que comiencen a mostrar síntomas, y quizás incluso durante semanas después de que desaparezcan los síntomas. Una fracción sustancial de las personas infectadas, quizás hasta el 35%, nunca muestran síntoma alguno, pero aun así pueden transmitir el virus a otras personas.⁴ Otros pueden ser capaces de transmitir el virus antes de que desarrollen síntomas. Esto significa que analizar o aislar sólo a las personas que tienen síntomas no detendrá la propagación de la infección. Además, algunas personas son "superpropagadoras" al ser más infecciosas que otras y contribuir a una mayor tasa de transmisión debido a una variedad de causas, incluidos comportamientos y factores biológicos.
26. La COVID-19 es una enfermedad multisistémica grave que puede provocar insuficiencia respiratoria, cardíaca y renal y la muerte. Los pacientes de edad avanzada y los pacientes con enfermedades crónicas subyacentes tienen un riesgo particularmente mayor de volverse casos graves y tener complicaciones.⁵ La necesidad de atención, incluidos los cuidados intensivos, y la probabilidad de muerte, es mucho mayor en COVID-19 que por influenza. Según estimaciones recientes, la tasa de letalidad de las personas con casos confirmados de COVID-

³ Neeltje van Doremalen et al., *Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared With SARS-CoV-1*, 382 NEW ENG. J. MED. 1962 (2020), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32182409/>.

⁴ *COVID-19 Pandemic Planning Scenarios*, CTR. FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (20 de mayo de 2020), <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/planning-scenarios.html>.

⁵ Fei Zhou et al., *Clinical Course and Risk Factors for Mortality of Adult Inpatients with COVID-19 in Wuhan, China*, 395 LANCET 1054 (2020), [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30566-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30566-3/fulltext).

19 es aproximadamente diez veces más alta que la de influenza estacional grave, incluso en países avanzados con sistemas de atención médica altamente eficaces. En aproximadamente el 3.4% de los casos se producen enfermedades graves, que a veces provocan la muerte.⁶ La tasa de complicaciones potencialmente mortales es mayor entre ancianos y otras personas en riesgo.

27. Una complicación común es la llamada neumonía intersticial, que puede afectar ambos pulmones y causar un colapso parcial o total de los alvéolos pulmonares (las pequeñas bolsas de aire en los pulmones), lo que dificulta o imposibilita que los pacientes respiren. Miles de pacientes han requerido del uso de respiradores, y la COVID-19 puede progresar de fiebre a neumonía potencialmente mortal.
28. En aproximadamente el 14% de los casos de COVID-19, la enfermedad puede ser muy grave⁷ y en el 5% se reportó enfermedad crítica con insuficiencia respiratoria, shock o disfunción multiorgánica. En un estudio de 2634 pacientes hospitalizados por COVID-19 en la ciudad de Nueva York, el epicentro de la pandemia de COVID en los Estados Unidos, durante marzo y abril de 2020, el 14% fueron tratados en la unidad de cuidados intensivos y 12% recibió ventilación mecánica. La mortalidad entre los que recibieron ventilación mecánica se estimó en 88%.
29. Las personas mayores de 65 años corren un mayor riesgo de desarrollar complicaciones más graves a causa de la COVID-19. Sin embargo, el CDC han eliminado recientemente el umbral de edad específico de la clasificación de adultos mayores y ahora advierten que el riesgo de padecer una enfermedad más grave aumenta constantemente a medida que envejece, y no sólo en las personas mayores de 65 años. Como han recomendado los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. y la OMS, ciertas afecciones médicas aumentan el riesgo de COVID-19 grave en personas de cualquier edad. Estas afecciones médicas incluyen: personas con enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, diabetes, trastornos sanguíneos, presión arterial alta, obesidad, enfermedad renal o hepática crónica, trastornos metabólicos hereditarios, retrasos en el desarrollo, personas inmunodeprimidas (como cáncer, VIH, enfermedades autoinmunes enfermedades), las que han sobrevivido a un accidente cerebrovascular y las que están embarazadas.⁸

⁶ *Supra* note 4.

⁷ Zunyou Wu & Jennifer McGoogan, *Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72,314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention*, JAMA (2020); see also Safiya Richardson et al., *Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area*, JAMA (2020); Laura Myers et al., *Characteristics of Hospitalized Adults With COVID-19 in an Integrated Health Care System in California*, JAMA (2020).

⁸ Ver Centers for Disease Control and Prevention, *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): People Who May Be at Higher Risk*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/specific-groups/high-risk-complications.html> (last accessed May 27, 2020).

30. No existe una vacuna contra la COVID-19 y no se espera que esté disponible hasta mediados de 2021. En estudios preliminares se ha reportado que el tratamiento antiviral con *Remdesivir* tiene efectos pequeños o modestos en el tiempo de recuperación y ningún efecto en la sobrevivencia de los pacientes. Por lo tanto, casi todos los pacientes que desarrollan una enfermedad grave, en particular aquellos que requieren ventilación mecánica, enfrentan una alta probabilidad de muerte. Un estudio publicado recientemente sobre el corticosteroide dexametasona sugiere que el fármaco puede reducir la mortalidad a los 28 días entre quienes reciben ventilación mecánica invasiva u oxígeno, pero no entre los pacientes que no reciben asistencia respiratoria. A excepción de la dexametasona, las únicas medidas eficaces conocidas para prevenir enfermedades graves o muertes resultantes de la COVID-19 son evitar que las personas se infecten con el virus. Además, las personas jóvenes y sanas pueden ser más susceptibles de lo que se pensaba originalmente. Los datos del CDC muestran que hasta una quinta parte de las personas infectadas de entre 20 y 44 años han sido hospitalizadas, incluido el 2% al 4% de ese grupo de edad que fue tratado en una unidad de cuidados intensivos.⁹
31. Al contrario de lo que muchas personas creen, la inmunidad a patógenos como el SARS-CoV-2 es un punto de controversia. Todavía no sabemos si las personas que se recuperan de la COVID-19 desarrollan inmunidad total y duradera, incluso inmediatamente después de la enfermedad. Al observar otros beta-coronavirus podemos inferir que existe un riesgo significativo de que la inmunidad disminuya sustancialmente con el tiempo. Los coronavirus que causan el resfriado común, por ejemplo, estimulan solo la inmunidad a corto plazo, y disminuye después de varios meses. Los anticuerpos contra el coronavirus relacionado (SARS-CoV) que causó la epidemia de SARS en 2002-2004 disminuyeron después de varios años. Los últimos datos sugieren que las respuestas de anticuerpos al SARS-CoV-2 son transitorias y no necesariamente aparecen en todos los pacientes infectados por el virus.
32. El número de personas infectadas sigue creciendo en todo el mundo. Al 19 de julio de 2020, había más de 14 millones de casos reportados y al menos 599 mil defunciones atribuidas a esta enfermedad.¹⁰ Es muy probable que estas cifras representen un subregistro importante del número real de casos debido a los problemas de acceso a los servicios médicos y a los desafíos de establecer pruebas generalizadas que se observan en todo el mundo.

⁹ Sharon Begley, *New Analysis Breaks Down Age-Group Risk for Coronavirus — and Shows Millennials Are Not Invincible*, (18 de marzo de 2020), <https://www.statnews.com/2020/03/18/coronavirus-new-age-analysis-of-risk-confirms-young-adults-not-invincible/>; Centers for Disease Control and Prevention, *Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) — United States, February 12–March 16, 2020* (Mar. 26, 2020), https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm?s_cid=mm6912e2_w/.

¹⁰ WHO Coronavirus Disease (COVID-19 Dashboard), World Health Org., <https://covid19.who.int/> (última visita el 7 de julio de 2020).

33. En México, el primer caso se informó el 28 de febrero de 2020.¹¹ Según la Agencia Nacional de Ciencia y Tecnología, al 9 de julio, México ya contaba con más de 268 mil casos confirmados y más de 32 mil muertes. Estos números colocan a México entre los 10 países con mayor número de casos y muertes.¹² El 8 de julio, el país reportó su mayor cifra de casos nuevos diarios (6 995), y una cifra diaria de 782 muertes, lo que lo convertía en el sexto país del mundo con más casos confirmados. La tasa de mortalidad diaria más alta fue el 3 de junio, cuando el país reportó 1.091 muertes.¹³ A nivel nacional, los casos continúan creciendo a una tasa del 2.7%.¹⁴ Debido a que México no cuenta con pruebas regulares, confiables y completas, es probable que la cantidad de personas infectadas con SARS-CoV-2 sea mucho mayor que la cantidad de casos diagnosticados documentados. En mayo, el New York Times encontró que el gobierno mexicano no informaba cientos, posiblemente miles, de muertes por coronavirus en la Ciudad de México, según datos oficiales y confidenciales.¹⁵ Según la plataforma de información sobre el número de pruebas de coronavirus de la Universidad John Hopkins, a partir del 26 de agosto, México está realizando un promedio de 4 pruebas por cada 100 mil personas por día.¹⁶ En julio, The Guardian informó que "las pruebas han sido poco frecuentes en México, incluso para las personas hospitalizadas que presentan síntomas de Covid-19, los médicos, enfermeras y paramédicos que las tratan"¹⁷ y refiriéndose al zar del coronavirus, Hugo López-Gatell, "se ha opuesto firmemente a las pruebas generalizadas, calificándolas de "una pérdida de tiempo, esfuerzo y recursos".¹⁸ El 21 de agosto, Michael Ryan, un alto funcionario de la OMS, afirmó que la escala de la pandemia en México estaba "poco reconocida y sub representada", y agregó que la mayoría de las personas no están siendo diagnosticadas o son diagnosticadas tardíamente, lo que ha provocado un mayor número de víctimas en las comunidades pobres e indígenas.¹⁹

¹¹ Wall Street Journal, *Mexico Confirms First Case of Coronavirus*, <https://www.wsj.com/articles/mexico-confirms-first-case-of-coronavirus-11582898181>, 28 de febrero de 2020 [último acceso el 8 de julio de 2020]

¹² Gobierno de México, *COVID-19 en México, Información General*, <https://coronavirus.gob.mx/datos/> [último acceso el 8 de julio de 2020]

¹³ The New York Times, *México Coronavirus Map and Case Count*, <https://www.nytimes.com/interactive/2020/world/americas/mexico-coronavirus-cases.html#cases> [último acceso el 9 de julio de 2020]

¹⁴ Telemundo, *En cifras: México marca con 6,995 casos un nuevo récord diario de contagios*, <https://www.telemundo20.com/noticias/mexico/coronavirus-en-mexico-casos-confirmados-sospechosos-estrategia-prevencion/1995026/>, 8 de julio de 2020 [último acceso el 9 de julio de 2020]

¹⁵ The New York Times, <https://www.nytimes.com/2020/05/08/world/americas/mexico-coronavirus-count.html>

¹⁶ John Hopkins University & Medicine, *Coronavirus Resource Center*, <https://coronavirus.jhu.edu/testing/international-comparison> [último acceso del 26 de agosto de 2020]

¹⁷ The Guardian, *Mexico Flying Blind as Lack of COVID-19 Testing Mystifies Experts*, 24 de julio de 2020, <https://www.theguardian.com/global-development/2020/jul/24/mexico-covid-19-testing-coronavirus> [último acceso el 26 de agosto de 2020]

¹⁸ MSN, *No más pruebas, 'es desperdicio de tiempo y recursos': López-Gatell*, 18 de mayo de 2020 <https://www.msn.com/es-mx/noticias/mexico/no-m%C3%A1s-pruebas-es-desperdicio-de-tiempo-y-recursos-%C3%B3pez-gatell/ar-BB14Hhzx> [último acceso el 26 de agosto de 2020]

¹⁹ UN News, *En México hacen falta más pruebas de COVID-19 y los pobres tienen doble riesgo de morir*, 21 de agosto de 2020, <https://news.un.org/es/story/2020/08/1479332>

34. En el estado de Morelos, al 9 de julio, la Secretaría de Salud reportó un total de 3337 casos de SARS-CoV-2 en todo el estado, sumando 732 muertes.²⁰ El estado permaneció bajo la alerta de semáforo rojo que indica un alto riesgo.²¹ La población del estado se estimó en 1,965,487 en 2017.²² El secretario de Salud de Morelos, Marcos Cantu Cuevas, afirmó en rueda de prensa de julio que se habían realizado 6657 pruebas en el estado, y el nuevo plan²³ para reabrir y reactivar la economía incluía un aumento de las pruebas.²⁴
35. Para todas las personas, incluso en países con economías avanzadas con sistemas de atención médica muy eficaces, la tasa de letalidad de la COVID-19 es aproximadamente diez veces más alta que la observada en la influenza estacional grave. En los grupos más vulnerables, las tasas de enfermedades graves (que requieren atención especializada u hospitalaria, incluidos cuidados intensivos) y muerte, son mucho más altas que las observadas en la infección por influenza. En las poblaciones de mayor riesgo, la tasa de letalidad es de aproximadamente un 15%. Para muchos casos graves que se recuperan de COVID-19, se espera que se requiera una recuperación prolongada, incluida la necesidad de una rehabilitación extensa debido a falta de condicionamiento profundo, pérdida de dedos, daño neurológico y pérdida de la capacidad respiratoria. Incluso entre las personas que no requieren hospitalización, se ha informado ampliamente como una enfermedad prolongada con síntomas debilitantes.
36. Según los datos recopilados por el CDC, la OMS y el *National Center for Biotechnology Information* sobre la velocidad a la que se ha propagado el SARS-CoV-2 desde que se conoció la primera infección a un ser humano en noviembre de 2019, el virus es el doble de contagioso que la influenza.²⁵ A diferencia de la influenza, no se conocen vacunas ni medicamentos antivirales para prevenir o tratar la infección por SARS-CoV-2.
37. El período de incubación estimado actual de COVID-19 es de entre 2 y 14 días, lo que significa que un paciente que comienza a mostrar síntomas hoy puede haber sido contagioso hasta dos semanas antes. El tiempo promedio desde la exposición hasta el inicio de los síntomas es de 4 a 5 días.

²⁰ Secretaría de Salud de Morelos, *Situación Actual del Coronavirus COVID-19 en Morelos*, <http://salud.morelos.gob.mx/pdf/situacion-actual-2020> 8 de julio de 2020 [último acceso el 9 de julio de 2020]

²¹ Secretaría de Salud de Morelos, *Situación Actual del Coronavirus COVID-19 en Morelos*, <http://salud.morelos.gob.mx/pdf/situacion-actual-2020> 8 de julio de 2020 [último acceso el 9 de julio de 2020]

²² Servicio de Salud de Morelos, Dirección de Planeación y Evaluación, Subdirección de Planeación y Desarrollo, *Diagnóstico en Salud Edición 2019, 1.1.1 Contexto Geográfico Estatal y Municipal*, [último acceso el 7 de julio de 2020]

²³ Gobiernos de Morelos, *Comunicado de Prensa: Ejes rectores del Plan Integral para la Reapertura y Reactivación Económica de Morelos*, <https://morelos.gob.mx/?q=prensa/nota/comunicado-de-prensa-ejes-rectores-del-plan-integral-para-la-reapertura-y-reactivacion> 8 de julio de 2020 [último acceso el 9 de julio de 2020]

²⁴ La Unión de Morelos, *Incrementarán número de pruebas de COVID-19*, <https://www.launion.com.mx/morelos/politica/noticias/163468-incrementaran-numero-de-pruebas-de-covid-19.html> 8 de julio de 2020 [último acceso el 9 de julio de 2020]

²⁵ Brian Resnick & Christina Animashaun, *Why Covid-19 Is Worse than the Flu, in One Chart*, Vox (18 de marzo de 2020), <https://www.vox.com/science-and-health/2020/3/18/21184992/coronavirus-covid-19-flu-comparison-chart>.

38. El curso temporal de la enfermedad una vez que aparecen los síntomas puede ser muy rápido. La condición de un paciente puede deteriorarse seriamente en tan solo cinco días (quizás antes) luego de la detección inicial de los síntomas. La tasa estimada actual de complicaciones potencialmente mortales es de aproximadamente el 20%, con una tasa de mortalidad por la enfermedad estimada entre el 1% y el 5%.
39. Está claro que, en la actualidad, el número de personas diagnosticadas refleja solo una parte de las que probablemente estén infectadas; muy pocas personas se han hecho la prueba y muchos portadores son asintomáticos, por lo que ni siquiera saben que deben hacerse la prueba. Como resultado, es probable que miles de personas vivan su día a día siendo portadoras de una enfermedad potencialmente mortal que se transmite fácilmente y que no lo sepan.
40. Debido a que no existe una vacuna ni tratamientos antivirales eficaces, las estrategias de prevención del coronavirus incluyen la contención y mitigación. La contención requiere identificar y aislar a las personas que están enfermas o que han tenido contacto con personas enfermas. También requiere el uso generalizado de equipos de protección personal, como máscaras o cubre bocas (barbijos).
41. Existe un amplio consenso entre los expertos médicos y de salud pública que evitar grandes aglomeraciones de personas y practicar distanciamiento social estricto es esencial para prevenir la transmisión del SARS-CoV-2. Este consenso es la base de las acciones de los gobiernos en todo el mundo, incluidas prohibiciones sin precedentes de reuniones de cualquier tamaño, órdenes estrictas de quedarse en casa y el cierre masivo de edificios y actividades, excepto los considerados como esenciales. Las escuelas, los tribunales, los deportes universitarios y profesionales, el teatro y otras actividades colectivas se han cancelado o cerrado como parte de esta estrategia de mitigación de riesgos a nivel mundial.
42. Como lo reconocen las guías del CDC, las únicas formas de limitar significativamente la propagación del SARS-CoV-2 son la autocuarentena, el distanciamiento social, el uso de máscaras y cubre bocas, el lavado frecuente de manos y la desinfección de superficies. La autocuarentena implica no interactuar físicamente con personas ajenas al hogar. El distanciamiento social o físico es mantener al menos seis pies de distancia entre las personas. Ambas intervenciones tienen como objetivo mantener a las personas infectadas (con o sin síntomas) lo suficientemente alejadas para que no transmitan el virus a otras personas. El lavado de manos frecuente y la desinfección regular de las superficies pueden ayudar a frenar la propagación a través de superficies contaminadas. Sin embargo, ninguno de estos pasos, por sí solo o en combinación, está garantizado para detener la transmisión.

43. La transmisión del SARS-CoV-2 es más probable que ocurra en cualquier lugar donde haya una proximidad cercana (menos de seis pies) entre individuos, particularmente en espacios interiores pequeños y mal ventilados. Debido a que la transmisión del virus puede ocurrir a través del contacto con superficies contaminadas, también existe el riesgo de propagación del virus en cualquier lugar donde las personas puedan tocar o contaminar superficies.
44. Una estrategia importante de mitigación de la infección es evitar las condiciones que conduzcan a la "transmisión en clústeres", en la que un solo individuo infectado transmite el coronavirus a un gran número de personas. Las transmisiones en clústeres ocurren cuando grandes grupos de personas se colocan en espacios cerrados y no pueden practicar los protocolos de distanciamiento físico y social adecuados, o cuando muchas personas tienen interacciones cercanas con un solo individuo infectado. Un solo evento de clúster puede provocar múltiples infecciones nuevas.
45. En los Estados Unidos, estos clústeres han sido particularmente perniciosos en las plantas empacadoras de carne, donde los trabajadores deben trabajar en líneas de procesamiento muy cerca físicamente de otros trabajadores. Los trabajadores sanos de las instalaciones de empacado de carne se han infectado con el coronavirus a tasas comparables a las de los brotes en hogares de ancianos y prisiones.²⁶ Otros ejemplos de transmisiones en clústeres incluyen prácticas de coro,²⁷ funerales, fiestas de cumpleaños²⁸ o ceremonias en iglesias²⁹.

EL CURSO ESPECÍFICO DE LA PANDEMIA EN PRISIONES

Las personas encarceladas corren riesgo de sufrir daños graves durante la pandemia de COVID-19

46. Las cárceles están diseñadas para maximizar el control de la población encarcelada, no para minimizar la transmisión de enfermedades o para brindar atención médica de manera eficiente. Estas instalaciones son entornos congregados cerrados, al igual que los cruceros,

²⁶ Michael Corkery, David Yaffe-Bellany & Derek Kravitz, *As Meatpacking Plants Reopen, Data About Worker Illness Remains Elusive*, N.Y. TIMES (25 de mayo de 2020), <https://www.nytimes.com/2020/05/25/business/coronavirus-meatpacking-plants-cases.html>.

²⁷ Lea Hammer et al., *High SARS-CoV-2 Attack Rate Following Exposure at a Choir Practice — Skagit County, Washington, Marzo 2020*, 69 MORBIDITY & MORTALITY WKLY. REP. 606 (2020), <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6919e6-H.pdf>.

²⁸ Shelby Bremer, *CDC Report Shows How a Funeral and Birthday Party ‘Super Spread’ COVID-19 in Chicago*, NBC CHI. (9 de abril de 2020), <https://www.nbcchicago.com/news/local/cdc-report-shows-how-a-funeral-and-birthday-party-super-spread-covid-19-in-chicago/2253006/>.

²⁹ Allison James et al., *High COVID-19 Attack Rate Among Attendees at Events at a Church — Arkansas, Marzo de 2020*, 69 MORBIDITY & MORTALITY WKLY. REP. 632 (2020), <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6920e2-H.pdf>.

donde hubo los brotes más grandes de COVID-19.³⁰

47. Las cárceles tienen un riesgo aún mayor de propagación de infecciones que otros entornos cerrados debido a las condiciones de hacinamiento, la proporción de personas vulnerables detenidas y, a menudo, los escasos recursos derivados para la atención médica. Las personas en las cárceles viven en lugares cerrados y no pueden lograr el "distanciamiento físico (social)" necesario para prevenir eficazmente la propagación del nuevo coronavirus. Los inodoros, lavabos y duchas se comparten, sin contar con la desinfección regular y repetida entre usos. La preparación y el servicio de alimentos son comunales, con pocas oportunidades de desinfección frecuente de las superficies. Los espacios están mal ventilados, lo que favorece la propagación de enfermedades a través de aerosoles y gotitas.
48. Muchas cárceles carecen de los suministros y el personal necesarios para realizar los procedimientos de limpieza, como la desinfección regular de las superficies con altos niveles de contacto, que son esenciales para prevenir la propagación viral. Las instalaciones a menudo no brindan oportunidades adecuadas para aplicar las medidas de higiene necesarias para las personas detenidas y que trabajan en estos entornos, como lavarse las manos con frecuencia o usar desinfectantes a base de alcohol cuando no se puede lavar las manos.
49. Las instalaciones médicas de las cárceles no están suficientemente equipadas y carecer de personal sanitario para hacer frente a brotes generalizados de enfermedades infecciosas. Para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas transmitidas por gotitas, las personas infectadas deben aislarse en salas especializadas de presión negativa. La mayoría de las cárceles y prisiones tienen pocas salas de presión negativa, si las hay, y muy probable que ya estén utilizadas por personas con otras afecciones respiratorias (incluida tuberculosis o influenza). Los recursos y las camas disponibles podrían agotarse rápidamente. A medida que se propaga un brote y a falta de equipo de protección, el personal médico puede contagiarse, enfermarse y no presentarse al trabajo. Debido a las limitaciones de los servicios médicos internos, las prisiones a menudo necesitan depender de instalaciones externas (hospitales, departamentos de emergencia) para brindar atención médica intensiva, dado que el nivel de atención que pueden brindar en las instalaciones suele ser relativamente limitado. Durante una epidemia, es posible que no sea posible depender de instalaciones externas, ya que las instalaciones externas probablemente estarán por encima de su capacidad de atención.
50. Como los sistemas de salud tienen una carga adicional al cuidar a las personas con COVID-19, es posible que las personas con afecciones crónicas subyacentes de salud física y mental no puedan recibir la atención que necesitan. Si no se brinda la atención médica adecuada para

³⁰ Ver, por ej., Jamie Ducharme, *Up to 80% of COVID-19 Infections Are Asymptomatic, a New Case Report Says*, Time (May 27, 2020), <https://time.com/5842669/coronavirus-asymptomatic-transmission/>.

sus afecciones de salud crónicas subyacentes, podría aumentar el riesgo de infección por SARS-CoV-2 y habría un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad relacionadas con la infección. Además, las condiciones de salud mental pueden verse agravadas por el estrés del encarcelamiento durante la pandemia de COVID-19, incluido el aislamiento y la falta de visitas.

51. A medida que un brote se propaga dentro de las cárceles, prisiones y comunidades, los oficiales correccionales y otro personal de seguridad pueden enfermarse y no presentarse a trabajar. El absentismo plantea un riesgo sustancial de seguridad tanto para las personas dentro de las instalaciones como para el público. Peor aún, si los proveedores y el personal son asintomáticos o presintomáticos y se presentan a trabajar, el riesgo de propagación del virus aumenta sustancialmente dentro y fuera de las prisiones.

52. Debido a las condiciones de hacinamiento y la escasez de recursos sanitarios y médicos, la transmisión de enfermedades infecciosas en las cárceles es increíblemente común y estos riesgos se magnifican para aquellas enfermedades, como COVID-19. Las experiencias de otras naciones que luchan contra los brotes de SARS-CoV-2 demuestran el riesgo particular que presenta su transmisión en entornos carcelarios. Por ejemplo, en las primeras etapas de la pandemia, las cárceles de China informaron más de 500 casos de COVID-19 diseminados en cuatro instalaciones, que afectaron tanto a los funcionarios penitenciarios como a las personas encarceladas.³¹ Asimismo, en Estados Unidos, el coronavirus se ha propagado rápidamente en varios entornos penitenciarios. Por ejemplo, la cárcel de Rikers Island en la ciudad de Nueva York pasó de un solo caso confirmado a 287 casos en poco más de dos semanas.³² De manera similar, en el condado de Cook, Illinois, el número de casos positivos en la cárcel del condado aumentó de 2 a 291 en solo dos semanas.³³ El brote en la Institución Correccional Marion (CI) en Ohio fue la fuente más grande de infecciones por coronavirus en los Estados Unidos.³⁴ Más del 80% de las personas encarceladas en Marion CI dieron positivo, en otras palabras, más de 2000 de los 2500 reclusos.³⁵ Ese condado estaba experimentando tasas de propagación comunitaria por encima del promedio fuera de la prisión.³⁶ Esta experiencia demuestra que una vez que el SARS-CoV-2 comienza a propagarse dentro de una prisión, es solo cuestión de tiempo para que el brote se propague

³¹ Evelyn Cheng & Huileng Tan, *China Says More than 500 Cases of the New Coronavirus Stemmed from Prisons*, CNBC (20 de febrero de 2020), <https://www.cnbc.com/2020/02/21/coronavirus-china-says-two-prisons-reported-nearly-250-cases.html>.

³² COVID-19 Infection Tracking in NYC Jails, The Legal Aid Society, disponible en <https://legallaidnyc.org/covid-19-infection-tracking-in-nyc-jails/>.

³³ Tyler Kendall, *"We're at war with no weapons": Coronavirus cases surge inside Chicago's Cook County jail*, CBS NEWS (5 de abril 2020), disponible en <https://www.cbsnews.com/news/chicago-cook-county-jail-coronavirus-life-inside-covid-19-cases/>.

³⁴ Rick Rojas & Michael Cooper, *Georgia, Tennessee and South Carolina Say Businesses Can Reopen Soon*, N.Y. TIMES (20 de abril de 2020), disponible en <https://www.nytimes.com/2020/04/20/us/coronavirus-us-hot-spots-reopening.html>.

³⁵ Sarah Volpenhein, *Marion prison coronavirus outbreak seeping into larger community*, MARION STAR (25 de abril de 2020), <https://www.marionstar.com/story/news/local/2020/04/25/marion-prison-ohio-coronavirus-outbreak-seeping-into-larger-community/3026133001/>.

³⁶ *Id.*

rápidamente y muchos de los que están adentro finalmente se infecten y la enfermedad se propague pronto a la comunidad.

53. COVID-19 amenaza el bienestar de las personas encarceladas, el personal penitenciario que se desplaza entre las prisiones y las comunidades externas, y los miembros de las comunidades externas. El personal, los visitantes, los contratistas y los proveedores que pasan de las comunidades a las prisiones pueden traer enfermedades infecciosas dentro y fuera de las instalaciones. Además, la rápida rotación de las poblaciones carcelarias significa que las personas suelen rotar entre las instalaciones y las comunidades. Las personas a menudo necesitan ser transportadas hacia y desde las instalaciones para asistir a las audiencias judiciales y moverse entre las instalaciones. Las tensiones en los sistemas médicos de las instalaciones penitenciarias tienen implicaciones para los hospitales externos y los departamentos de emergencia de los que esas instalaciones ya dependen para los servicios de atención médica intensiva. La salud carcelaria es salud pública.
54. Debido al mayor riesgo de entornos de congregación, el curso de la pandemia en las prisiones probablemente difiera del curso de la pandemia en la comunidad en general. Al igual que los hogares de ancianos y las plantas empacadoras de carne, las prisiones son instituciones amplificadores que crean “eventos de superdifusión” (ESD) para el SARS-CoV-2. Esto las hace particularmente peligrosas para acelerar la propagación de la enfermedad tanto dentro de la instalación como en la comunidad en general. De hecho, se han documentado nuevos brotes en varias comunidades de todo el mundo donde se encuentran estos amplificadores institucionales.
55. Hay dos formas principales en las que el curso de la pandemia en las cárceles será específico en su papel como amplificadores institucionales (ESD): (1) en ausencia de reducciones significativas y sostenidas de la población de las prisiones, es probable que estas instituciones aumenten el riesgo de nuevos brotes de SARS-CoV-2 en las comunidades en general; y (2) nuevos brotes serán más peligrosos para las personas en las prisiones que si no estuvieran detenidas, lo que a su vez aumenta el riesgo para la comunidad en general.

Las prisiones pueden servir como reservorios de COVID-19 y pueden aumentar el riesgo de brotes futuros

56. Debido a que es imposible que las cárceles estén desconectadas de las comunidades que las rodean, la persistencia del SARS-CoV-2 en estas instalaciones representará un riesgo continuo para el público. El riesgo de que el SARS-CoV-2 persista en estas instalaciones carcelarias solo disminuirá en la medida en que la población en estas instalaciones se reduzca y permanezca reducida, algo que es particularmente cierto cuando se trata de personas con alto riesgo de contraer el SARS-CoV-2. Muchos departamentos penitenciarios han intentado

combatir el COVID-19 a través de otros tipos de medidas (por ejemplo, control de infecciones, distanciamiento físico (“social”) limitado). Sin embargo, los brotes continuos y crecientes en estas instalaciones muestran la dificultad de contener el SARS-CoV-2 en estos entornos. Solo se puede necesitar un eslabón débil para socavar los esfuerzos de toda la sociedad para combatir el virus. Las cárceles amenazan con desempeñar un papel similar. Por tanto, desde el punto de vista de la salud pública de la sociedad en su conjunto, es fundamental que se tomen las medidas necesarias para reducir al máximo el riesgo que plantean estas instalaciones.³⁷ Debido a las pruebas insuficientes y al retraso en la obtención y notificación de los resultados de las pruebas, el descubrimiento de nuevos casos en las cárceles también puede retrasarse.

Las cárceles pueden acelerar la propagación del SARS-CoV-2 y las personas en estas instalaciones tendrán un riesgo significativamente mayor de contraer COVID-19 severo.

57. Las cárceles son polvorines para la propagación de enfermedades infecciosas. Una vez que el SARS-CoV-2 se introduce en tales instalaciones, puede propagarse rápidamente tanto dentro como fuera de ellas. Esto probablemente también demandará importantes recursos de los hospitales cercanos. Debido a la circulación inevitable entre las cárceles y la comunidad externa, tanto en términos de nuevos arrestos como de personal y proveedores que van y vienen, existe un alto riesgo de que, una vez que se introduzca el SARS-CoV-2 en estas instalaciones, un brote dentro de una instalación sirva entonces como trampolín para una mayor difusión a la comunidad externa. Además, la transferencia de personas entre instalaciones también aumentará el riesgo de transmisión entre instalaciones, lo que significa que el SARS-CoV-2 podría introducirse en una cárcel en una comunidad que tenga tasas más bajas de propagación comunitaria.³⁸ Esto es particularmente preocupante dados los informes de personas que propagan el virus mientras están asintomáticas.

58. Incluso si una cárcel pudiera eliminar con éxito un brote de SARS-CoV-2, el aumento de la población de esa instalación, en particular al regresar a personas con alto riesgo de infección y enfermedad grave, presenta riesgos sustanciales tanto para esas personas como para la sociedad en general. Una vez más, para cuando una instalación se dé cuenta de que hay nuevos casos, es posible que sea demasiado tarde y el brote sea inevitable.

³⁷ Hillary Leung, *Singapore Was a Coronavirus Success Story—Until an Outbreak Showed How Vulnerable Workers Can Fall Through the Cracks*, Time (29 de abril de 2020), <https://time.com/5825261/singapore-coronavirus-migrant-workers-inequality/> (“‘If we forget marginalized communities, if we forget the poor, the homeless, the incarcerated... we are going to continue to see outbreaks,’ says Gavin Yamey, Associate Director for Policy at the Duke Global Health Institute. ‘This will continue to fuel our epidemic.’”).

³⁸ Ver, ej., Dianne Solis, *Virus began spreading in Texas detention center as positive immigrants were quickly transferred in from Northeast*, Dallas Morning News (27 de abril de 2020), <https://www.dallasnews.com/news/public-health/2020/04/27/virus-began-spreading-in-texas-detention-center-as-positive-immigrants-were-quickly-transferred-in-from-northeast/> (describing how transfer of around 20 individuals from detention in one facility likely triggered rapid spread of COVID-19 in another facility).

Llevará más tiempo combatir la pandemia de COVID-19 en las cárceles

59. Debido a que el verdadero distanciamiento físico (“social”) es mucho más difícil en entornos de congregación como las prisiones, incluso si el mundo exterior tiene cada vez más éxito en reducir la propagación del SARS-CoV-2, es probable que las prisiones se queden rezagadas. Por ejemplo, la tasa de infección entre los presos y el personal del sistema penitenciario de la ciudad de Nueva York al 3 de julio de 2020 era aproximadamente del 11%, mientras que en la ciudad de Nueva York en su conjunto la tasa era del 2.26%.³⁹ El Dr. Anthony S. Fauci, asesor médico en jefe del grupo de trabajo COVID-19 del presidente de EE. UU., declaró recientemente que "espera que aumenten los casos en entornos cerrados como hogares de ancianos, prisiones y fábricas".⁴⁰ Como tal, incluso si la situación mejora significativamente en las comunidades circundantes, esto no significa que el nivel de riesgo haya caído a niveles similares dentro de las cárceles; por el contrario, el riesgo seguirá siendo considerablemente mayor en estas instalaciones congregadas, ya que las condiciones allí ofrecen el entorno perfecto para la propagación del virus.

CONDICIONES DE LAS PRISIONES EN EL ESTADO DE MORELOS, MÉXICO

60. Las cárceles mexicanas han sido descritas por grupos de derechos humanos como “un epicentro potencial para la rápida propagación de la COVID-19, tanto dentro como fuera de los centros de detención”.⁴¹ Varias cárceles del país ya han reportado casos y muertes por COVID-19. Al 14 de julio, la Comisión Nacional de Derechos Humanos reportó 1739 casos confirmados en cárceles, 394 casos sospechosos y 164 muertes (una en Morelos).⁴² Sin embargo, organizaciones de derechos humanos y organizaciones de la sociedad civil afirman que las cifras oficiales no se corresponden con el alcance real del virus en las prisiones.⁴³ Según Asistencia Legal por los Derechos Humanos, AC (“Asilegal”), al 14 de julio de 2020 había 2305 casos confirmados y 197 muertes en cárceles de todo el país. De los casos confirmados, 1997 eran presos y 308 eran miembros del personal. De las muertes, 167 eran reclusos y 30 eran miembros del personal.⁴⁴ Al 18 de junio, la tasa de contagio a nivel nacional en las cárceles se estima en 8.5 nuevos casos por día.⁴⁵ Debido a que muchas personas infectadas pueden ser asintomáticas o presintomáticas, y debido a que México no cuenta con pruebas regulares, confiables y completas, es probable que la cantidad de

³⁹ <https://legallaidnyc.org/covid-19-infection-tracking-in-nyc-jails/>

⁴⁰ <https://www.nytimes.com/2020/05/11/health/coronavirus-second-wave-infections.html>

⁴¹ Human Rights Watch, *Covid-19: The Risk in Mexican Prisons*, <https://www.hrw.org/news/2020/06/04/covid-19-risk-mexican-prisons> 4 de junio de 2020 [last accessed July 7 2020]

⁴² Comisión Nacional de Derechos Humanos, <https://twitter.com/CNDH/status/1279929302214205440> 5 de julio de 2020

⁴³ Brookings, *Mexico's prisons, COVID-19, and the amnesty law*, 22 de mayo de 2020, <https://www.brookings.edu/blog/order-from-chaos/2020/05/26/mexicos-prisons-covid-19-and-the-amnesty-law/>

⁴⁴ Asilegal, *Mapa Penitenciario COVID-19*, <https://asilegal.org.mx/mapa-penitenciario-covid-19/>

⁴⁵ Asilegal, *Mapa Penitenciario COVID-19*, <https://asilegal.org.mx/mapa-penitenciario-covid-19/>

personas infectadas con SARS-CoV-2 sea mucho mayor que la cantidad de casos diagnosticados y documentados.

61. Entre el 5.1 y el 10% de la población en las cárceles mexicanas es especialmente vulnerable al virus debido a la edad o condiciones médicas subyacentes.⁴⁶ A nivel nacional, al 6 de julio, un total de 3685 (menos del 2% de la población carcelaria total) habían sido liberados, con la mayoría de las liberaciones (2583) en el Estado de México (y ninguna de ellas del Estado de Morelos). Estas liberaciones se otorgaron principalmente a personas mayores y personas con comorbilidades, con algunas liberaciones otorgadas a mujeres embarazadas y mujeres con hijos.⁴⁷
62. Existen 8 centros de detención en el estado de Morelos, seis son municipales: (1) Centro Estatal de Reinserción Social Morelos en (CERESO) Atlacholoaya (“CERESO Atlacholoaya”); (2) Centro Femenil de Reinserción Social (CEFERESO) Atlacholoaya (“CEFERESO Atlacholoaya”); (3) Cárcel de Reinserción Social en Cuautla (“Cuautla Prison”); (4) Cárcel Distrital de Jojutla (“Jojutla Prison”); (5) Cárcel Distrital de Jonacatepec. (“Jonacatepec Prison”); (6) Centro de Ejecución de Medidas Privativas de Libertad para Adolescentes en Alpuyeca (“CEMPLA”).
63. Según el mapa de Asilegal, al 14 de julio de 2020 al menos tres presos y dos miembros del personal habían muerto durante la pandemia en el CERESO Atlacholoaya.⁴⁸ Las cifras oficiales de personas infectadas con COVID-19 en estas seis prisiones no están disponibles actualmente. Sin embargo, el 22 de mayo, Gilberto Barba Ocampo, director general de Reintegración Social del Estado de Morelos, confirmó que hasta el momento cinco presos habían fallecido por “enfermedades respiratorias”, la mayoría de ellos mayores de 60 años, aunque aún estaba por determinar si las muertes estaban relacionadas con la COVID-19. También agregó que 18 presos habían sido aislados por problemas respiratorios.⁴⁹
64. Según la información disponible, ya hay deficiencias sistémicas en estas cárceles regionales (del estado). Estos incluyen superpoblación, atención médica inadecuada y dificultades para acceder al agua y productos de higiene personal. La población carcelaria en México supera

⁴⁶ Sociedad de Criminología Latinoamericana, *Los Efectos del Coronavirus en las Cárceles de Latinoamérica*, <https://criminologialatam.wordpress.com/2020/06/12/efectos-del-covid-19-carceles-de-latino-america> 12 de junio de 2020, p. 62 [último acceso el 9 de julio de 2020]

⁴⁷ Sociedad de Criminología Latinoamericana, *Los Efectos del Coronavirus en las Cárceles de Latinoamérica*, 12 de junio de 2020, p. 63 [último acceso el 9 de julio de 2020]

Principalmente a través de diversas disposiciones de la legislación nacional sobre ejecución de sentencias ([Ley Nacional de Ejecución Penal](#))

⁴⁸ Asilegal, *Mapa Penitenciario COVID-19*, <https://asilegal.org.mx/mapa-penitenciario-covid-19/>

⁴⁹ El Universal, *Reportan dos muertes por Covid en penales de Morelos*, 22 May 2020 <https://www.eluniversal.com.mx/estados/reportan-dos-muertes-por-covid-en-penales-de-morelos>

las 201,065 personas.⁵⁰ La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) ha subrayado recientemente las deficiencias sistémicas del sistema penitenciario, en particular el hacinamiento.⁵¹ Las cifras del último censo de población penitenciaria estiman que el 45.6% de las personas privadas de su libertad comparten celda con más de cinco personas.⁵² Estas cifras también muestran que solo el 40% de las personas encarceladas a nivel nacional recibieron suministros de higiene personal, de las cuales solo el 7.6% de estas fueron encarceladas en instalaciones federales y regionales (del estado).⁵³ Además, el 22.4% de la población penitenciaria nacional no recibió atención médica.⁵⁴ El Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria de 2019 informa condiciones deficientes de higiene, materiales y equipos en el 63% de las prisiones federales, así como deficiencias en los servicios de salud en el 33% de estos centros de detención.⁵⁵ El Diagnóstico Nacional 2019 también identificó deficiencias en la atención a mujeres con menores en CEFERESO Atlacholaya.⁵⁶

65. El Informe Especial sobre COVID-19 publicado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos el 1 de julio de 2020 establece que la población carcelaria en Morelos es de 3,456 personas a pesar de tener una capacidad para solo 2,047. Así, las instalaciones superan en un 68.8% su capacidad total.⁵⁷ En términos de hacinamiento, según el Diagnóstico 2019, la cárcel de Cuautla era la instalación más sobrepoblada, con una capacidad de 218 y una población de 495 (127% más que su capacidad total), el CERESO Atlacholaya tenía una capacidad de 2,019 y una población de 2,337 (15% más que su capacidad), y la cárcel de Jotutla tenía un capacidad de 132 y una población de 338 (156% más que su capacidad).⁵⁸ Según la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la población penitenciaria de Morelos perteneciente a grupos vulnerables se distribuye de la siguiente manera: 77 indígenas, 28 tienen discapacidad mental, 197 son ancianos y 503 son discapacitados o tienen otras patologías, y hay 18 extranjeros.⁵⁹

⁵⁰ Cuaderno mensual de información estadística penitenciaria nacional. *Prevención y readaptación social. México. 2019* https://forojuridico.mx/situacion-del-sistema-penitenciario-mexicano-2/#_ftn3 [último acceso el 8 de julio de 2020]

⁵¹ Comisión Nacional de Derechos Humanos en México, *Informe Especial COVID-19 en Centros Penitenciarios*, <https://www.cndh.org.mx/documento/informe-especial-covid-19-en-centros-penitenciarios> p. 2

⁵² Comisión Nacional de Derechos Humanos en México, *Informe Especial COVID-19 en Centros Penitenciarios*, <https://www.cndh.org.mx/documento/informe-especial-covid-19-en-centros-penitenciarios> p. 2

⁵³ Comisión Nacional de Derechos Humanos en México, *Informe Especial COVID-19 en Centros Penitenciarios*, <https://www.cndh.org.mx/documento/informe-especial-covid-19-en-centros-penitenciarios> p. 2

⁵⁴ Comisión Nacional de Derechos Humanos en México, *Informe Especial COVID-19 en Centros Penitenciarios*, <https://www.cndh.org.mx/documento/informe-especial-covid-19-en-centros-penitenciarios> p. 2

⁵⁵ Comisión Nacional de Derechos Humanos, Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2019, https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/DNSP/DNSP_2019.pdf, p. 8

⁵⁶ Comisión Nacional de Derechos Humanos, Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2019, https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/DNSP/DNSP_2019.pdf, p. 271

⁵⁷ Comisión Nacional de Derechos Humanos en México, *Informe Especial COVID-19 en Centros Penitenciarios*, <https://www.cndh.org.mx/documento/informe-especial-covid-19-en-centros-penitenciarios> p. 41

⁵⁸ Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2019*, https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/DNSP/DNSP_2019.pdf, p. 270.

⁵⁹ Comisión Nacional de Derechos Humanos en México, *Informe Especial COVID-19 en Centros Penitenciarios*, <https://www.cndh.org.mx/documento/informe-especial-covid-19-en-centros-penitenciarios> p. 41

66. En 2019, el Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria⁶⁰ evaluó los centros penitenciarios del Estado de Morelos con relación a los siguientes rubros: I) Garantías de la integridad personal de los presos; II) Garantías de reclusión digna; III) Condiciones de gobernanza; IV) Reintegración social; y V) Reclusos con necesidades especiales. El rubro I incluye atención médica y el II incluye el estado y la higiene de las instalaciones y la alimentación que los reclusos reciben. El Diagnóstico Nacional de Morelos 2019 identificó deficiencias en hacinamiento, atención médica, prevención de incidentes violentos y en las condiciones materiales e higiene. También concluyó que existe “falta o deficiencia de condiciones materiales e de higiene” en las áreas médicas, cocinas y comedores. Otros aspectos destacados incluyen deficiencias en la atención a mujeres con niños, embarazadas y ancianos.⁶¹ El Diagnóstico Nacional utiliza un sistema de puntuación para los rubros que otorga colores verde, amarillo o rojo a las cárceles de acuerdo con los criterios de cada rubro. Solo la Cárcel de Jonacatepec recibió una calificación de color verde en el rubro I, garantías de integridad personal. Las cuatro instalaciones restantes (CERESO Atlacholaya, CEFERESO Atlacholaya, la Cárcel de Cuautla y la Cárcel de Jojutla) recibieron calificación de color rojo en el rubro II, garantías de reclusión digna. La cárcel de Cuautla y la cárcel de Jojutla recibieron calificación roja en el rubro I, que incluye atención médica. La valoración en el Diagnóstico resultó en un puntaje total de 5.97 para la Cárcel de Cuautla, 5.98 para CERESO Atlacholaya, 6.04 para la Cárcel de Jojutla y 7.32 para CEFERESO Atlacholaya, de un puntaje máximo de 10. A nivel federal, la valoración del rubro II, garantías de reclusión digna, recibió calificación de color rojo, mientras que los otros cuatro recibieron una calificación de color amarillo.

EVALUACIÓN DE CENTROS POR RUBRO

CENTROS	I	II	III	IV	V
1) CENTRO FEMENIL DE REINSERCIÓN SOCIAL EN ATLACHOLOAYA					
2) CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL CUAUTLA					
3) CENTRO DISTRITAL JOJUTLA					
4) CENTRO ESTATAL DE REINSERCIÓN SOCIAL MORELOS EN ATLACHOLOAYA					
5) CENTRO DISTRITAL JONACATEPEC					

Fuente: Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2019*, p. 270

⁶⁰ Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2019*, https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/DNSP/DNSP_2019.pdf

⁶¹ Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2019*, https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/DNSP/DNSP_2019.pdf, p. 271.

67. Más recientemente, en enero de 2020, un informe de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Morelos identificó problemas urgentes de sobrepoblación, atención médica deficiente, falta de personal, falta de actividades laborales y clara desigualdad entre los presos en los cinco centros de detención del estado y en las instalaciones juveniles (CEMPLA). Otros problemas reportados incluyeron suicidios, homicidios, muertes por enfermedades, casos confirmados de VIH y motines. Estos problemas estructurales están muy extendidos a nivel nacional, donde⁶² el 21% de los presos comparte la celda con seis a diez personas, y el 13% la comparte con más de quince personas. Estas condiciones impiden la implementación de las medidas de distanciamiento físico. El acceso al agua y a higiene personal también es un problema, ya que 12 de cada 100 reclusos carecen de un espacio para lavarse y 30 de cada 100 carecen de acceso a agua limpia y medicamentos.

68. Además, las malas condiciones materiales de las cárceles, junto con el hacinamiento, han provocado motines. En el estado de Morelos, un motín a principios de julio en Atlacholoaya, debido a disputas sobre el control de la prisión, dejó cuatro muertos y varios heridos.⁶³ A nivel nacional, se han reportado alrededor de 12 motines en 9 estados.⁶⁴ Según la Sociedad Latinoamericana de Criminología, es probable que tales disturbios y conflictos aumenten debido al aumento previsible de contagios y muertes (causados por la falta de atención médica, condiciones materiales estructurales y hacinamiento), así como debido a las continuas restricciones a las visitas familiares que son las que proporcionan a los internos medicamentos, alimentos y productos de higiene personal.⁶⁵

LA MITIGACIÓN DE RIESGOS COMO ÚNICA ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA EN LAS PRISIONES

69. La evidencia muestra que la disminución de la población carcelaria es una prioridad urgente para mitigar los riesgos en las cárceles, particularmente cuando se trata de personas con mayor riesgo de COVID-19 grave.

70. Hasta ahora, los altos grados de distanciamiento físico ("social") han demostrado ser una de

⁶² El Sol de Cuernavaca, *Morelos con Deficiencias en el Sistema Penitenciario: CDHEM*, <https://www.elsoldecuernavaca.com.mx/policiaca/morelos-con-deficiencias-en-el-sistema-penitenciario-cdhem-4760736.html> 28 de enero de 2020 [último acceso el 7 de julio de 2020]

⁶³ Noticias en la Mira, *Riña en penal de Atlacholoaya deja 4 muertos*, <https://noticiasenlamira.com/estados/al-menos-2-muertos-por-rina-en-penal-de-atlacholoaya-morelos/> 1 de julio de 2020 [último acceso el 9 de julio de 2020]

⁶⁴ Sociedad de Criminología Latinoamericana, *Los Efectos del Coronavirus en las Cárceles de Latinoamérica*, <https://criminologialatam.wordpress.com/2020/06/12/efectos-del-covid-19-carceles-de-latino-america/> 12 de junio de 2020, p. 63 [último acceso el 9 de julio de 2020]

⁶⁵ Sociedad de Criminología Latinoamericana, *Los Efectos del Coronavirus en las Cárceles de Latinoamérica*, <https://criminologialatam.wordpress.com/2020/06/12/efectos-del-covid-19-carceles-de-latino-america/> 12 de junio de 2020, p. 63 [último acceso el 9 de julio de 2020]

las estrategias de mayor impacto para reducir la propagación del SARS-CoV-2. Hasta que se descubra una vacuna para prevenir la transmisión o fármacos antivirales eficaces, que puedan prolongar la supervivencia y salvar vidas, la situación no va a cambiar. Por lo tanto, la única estrategia viable de salud pública disponible es la mitigación de riesgos. Un estudio reciente de un equipo de las universidades de Stanford y Yale en un centro de detención de EE. UU.⁶⁶ muestra un efecto de reducción de brotes de infección muy grande gracias a la liberación masiva de reclusos. La combinación de liberación masiva, trasladar a los reclusos a celdas individuales y realizar pruebas en individuos asintomáticos tuvo el mayor impacto. Dadas las condiciones en las cárceles mexicanas y las capacidades de prueba en general, es poco probable que se pueda lograr celdas individuales o aumentar las pruebas para mitigar brotes. Por tanto, la liberación sigue siendo la única opción práctica y viable.

71. En nuestra opinión, desde una perspectiva epidemiológica, las cárceles del estado de Morelos y las de todo el país deben tomar de inmediato las medidas necesarias para proporcionar la liberación de cualquier persona encarcelada que pueda ser liberada de manera segura. Estos pasos son necesarios para la seguridad de las personas encarceladas, así como para la comunidad en general, ya que México pasa por un momento de rápida propagación del SARS-CoV-2.
72. La liberación de personas encarceladas tiene una serie de efectos positivos en la salud pública y la seguridad pública: (i) permite un mayor distanciamiento físico (“social”), lo que reduce la posibilidad de propagación si se introduce el virus; (ii) permite facilitar la provisión de medidas preventivas como el suministro de jabón para lavarse las manos, de productos de limpieza para superficies, lavabos y duchas, etc.; y (iii) ayuda a evitar sobrecargar el trabajo del personal penitenciario o de detención para que puedan continuar garantizando la seguridad de los reclusos. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, reconociendo los graves riesgos para la salud pública que plantean las prisiones y los centros de detención, ha instado a los gobiernos a liberar a los reclusos y detenidos con el objetivo de proteger su seguridad y como parte de los esfuerzos que se están llevando a cabo para sofocar la propagación del virus.⁶⁷
73. Liberar a los reclusos de edad avanzada, los reclusos con afecciones médicas subyacentes o con discapacidades, las mujeres embarazadas y las que corren un mayor riesgo de contraer, enfermarse gravemente y/o morir a causa de la COVID-19 debido a su discapacidad o cualquier problema médico es especialmente urgente. Por definición, estas personas corren

⁶⁶ Malloy, G., Puglisi, L, et al. (2020) *The effectiveness of interventions to reduce COVID-19 transmission in a large urban jail* <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.16.20133280v1.full.pdf>

⁶⁷ Michelle Bachelet, *UN High Commissioner for Refugees, Urgent Action Needed to Prevent COVID-19 “Rampaging Through Places of Detention”* (25 de marzo de 2020), <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25745&LangID=E>.

un mayor riesgo si permanecen encarceladas.

74. Para reducir estos riesgos, es necesario reducir la población carcelaria, en particular las personas con mayor riesgo de infección y enfermedad grave. Para mitigar los principales riesgos identificados anteriormente, será crucial no solo proteger a la población liberando a quienes ya están en prisión, sino también evitar el aumento de la población carcelaria, especialmente cuando se trata de personas con alto riesgo de infección y de COVID-19 grave. Desde una perspectiva de salud pública, mantener a estas personas fuera de las cárceles mientras el riesgo de COVID-19 permanece presente reducirá el peligro para ellos, sus familias, el personal de las instalaciones y la comunidad en general. A la inversa, si las personas de alto riesgo son devueltas a cárceles y prisiones prematuramente, los peligros de todo lo anterior aumentarán. Debido a que estos peligros incluyen desencadenar o acelerar más brotes, para cuando esto suceda, será demasiado tarde para reparar el daño mediante la liberación de personas.
75. Debido a que las alternativas a la detención, como el arresto domiciliario (por delitos graves) o la presentación semanal, la presentación de pasaportes a las autoridades o la prohibición de salir de un área geográfica específica son significativamente menos costosas, mantener el distanciamiento físico ("social") durante la liberación reduce la tensión en los centros de detención y permite dirigir recursos hacia donde más se necesitan. Cuando se trata de decisiones sobre la detención, los estudios encuentran que es considerablemente más rentable dar soluciones alternativas a la detención.⁶⁸ Esto es aún más importante durante una pandemia, ya que los costos de prevención y atención médica asociados con la detención probablemente se dispararán. La liberación y el distanciamiento físico ("social") son los remedios más eficaces para controlar la propagación del SARS-CoV-2 en las prisiones. Además, las administraciones penitenciarias deben adoptar múltiples medidas, como la limpieza y desinfección constantes de todas las áreas y superficies comunes; exigir el uso de mascarillas, el suministro regular de mascarillas, guantes y EPP a todas las personas encarceladas, al personal y a los funcionarios de las prisiones; la creación de suficientes salas de presión negativa para el aislamiento médico de todos los casos confirmados o sospechosos; hacer pruebas de PCR periódicas a todas las personas detenidas y al personal, llevar a cabo el rastreo de contactos y aumentar el número y las horas del personal médico. Como tal, el uso de alternativas a la detención reducirá la tensión en las instalaciones y agencias, aumentando su capacidad para dirigir recursos a quienes permanecen reclusos. Esto tendrá tanto beneficios individuales para los reclusos como beneficios de salud pública más amplios, ya que cuanto más seguras sean estas instalaciones y las personas dentro de ellas, menor será el riesgo para el personal y las comunidades circundantes.

⁶⁸ Ver Congressional Research Service, *Immigration: Alternatives to Detention (ATD) Programs*, at 13 (8 de julio de 2019), <https://fas.org/sgp/crs/homsec/R45804.pdf>.

Para quienes permanecerán en prisión, es necesario tomar medidas preventivas para identificar y tratar a las personas infectadas y prevenir la propagación del virus en las cárceles.

76. Para los reclusos que no son liberados, es esencial tomar medidas que tienen al menos alguna posibilidad de ralentizar la rápida propagación del SARS-CoV-2 dentro del entorno penitenciario. Estos presentan el mínimo del mínimo con respecto a tales medidas, que necesariamente deben incluir al menos:

- a. *Procedimientos intensificados de limpieza y desinfección, incluso en aquellas instalaciones donde aún no se han identificado casos de SARS-CoV-2.* Las superficies y los objetos que se tocan con frecuencia deben limpiarse y desinfectarse varias veces al día, especialmente en las áreas comunes. Dichas “superficies pueden incluir objetos o superficies que normalmente no se limpian a diario (por ejemplo, pomos de puertas, interruptores de luz, manijas de lavamanos, encimeras, inodoros, manijas de inodoros, equipo de recreación, quioscos y teléfonos)”.⁶⁹ Además de las rutinas de limpieza regulares, el personal penitenciario también debe "limpiar y desinfectar a fondo todas las áreas donde un caso confirmado o un caso presunto de COVID-19 haya estado presente".⁷⁰ Las autoridades penitenciarias deben asegurarse de que los lugares y objetos, como equipos de jardín, muebles, tanques de almacenamiento y camionetas de transporte, se limpien y desinfecten varias veces al día con desinfectantes eficaces contra el coronavirus.
- b. *Suministro de limpieza y personal adecuado.* Las instalaciones deben asegurar suministros adecuados para apoyar las prácticas intensificadas de limpieza y desinfección.⁷¹
- c. *Suministro gratuito de jabón y otros materiales para el lavado de manos a las personas encarceladas, suficiente para permitir el lavado de manos frecuente.* Se debe proporcionar jabón líquido siempre que sea posible, y si se debe usar jabón en barra, las autoridades penitenciarias deben "asegurarse de que no irrite la piel y, por lo tanto, desaliente el lavado frecuente de manos".⁷² Las instalaciones también deben proporcionar a los reclusos agua corriente y máquinas para secar las manos o toallas de papel desechables para lavarse las manos; pañuelos desechables y recipientes para

⁶⁹ CDC, *Guidance for Correctional & Detention Facilities*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/correction-detention/guidance-correctional-detention.html> (acceso el 28 de mayo de 2020).

⁷⁰ *Id.*

⁷¹ *Id.*

⁷² *Id.*

la basura que no haya necesidad de tocar; y desinfectante a base de alcohol con "al menos un 60% de alcohol cuando esté permitido según las restricciones de seguridad".⁷³ Las prisiones deben implementar un protocolo para todo el establecimiento y capacitar eficazmente a los residentes y al personal para que lo utilicen, de manera que un residente que se quede sin jabón pueda obtenerlo más rápidamente.

- d. *Distanciamiento físico ("social")*. Las instalaciones penitenciarias deben implementar "estrategias de distanciamiento social para aumentar el espacio físico entre las personas encarceladas o detenidas independientemente de la presencia de síntomas".⁷⁴ Las medidas prescritas para la implementación del distanciamiento físico ("social") incluyen la imposición de un mayor espacio entre las personas en las celdas de detención y otros espacios comunes, como comedores, áreas recreativas, áreas de admisión y espera y salas de examen médico.⁷⁵ En cuanto a las celdas, los administradores penitenciarios deben reasignar las unidades para proporcionar más espacio entre las personas.⁷⁶
- e. *Equipo de Protección Individual (EPI)*. Existe una creciente evidencia de que el uso de mascarillas es una de las estrategias más efectivas para prevenir la propagación del virus. A partir del 5 de junio, la Organización Mundial de la Salud recomienda que el público en general use mascarillas o cubrebocas hechas de al menos tres capas de tela "en el transporte público, en tiendas o en otros entornos confinados o abarrotados".⁷⁷ También recomienda que las personas mayores de 60 años, o con condiciones preexistentes, usen máscaras médicas en áreas donde haya transmisión comunitaria del coronavirus y el distanciamiento físico sea imposible, y que todos los trabajadores en entornos clínicos deben usar máscaras médicas en áreas con transmisión generalizada.⁷⁸ Las instalaciones colectivas, como las prisiones, cumplen las condiciones de un entorno confinado o hacinado. Por lo tanto, los reclusos deben tener acceso a máscaras de tela como se describe anteriormente. Debido al potencial de transmisión generalizada en las cárceles y la dificultad de distanciamiento físico, es posible que también deba considerarse el uso de máscaras médicas, que son más efectivas que las de tela.

⁷³ *Id.*

⁷⁴ *Id.*

⁷⁵ *Id.*

⁷⁶ *Id.*

⁷⁷ WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19, WHO (5 de junio de 2020), <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--5-june-2020>.

⁷⁸ CDC, *Guidance for Correctional & Detention Facilities*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/correction-detention/guidance-correctional-detention.html> (acceso el 28 de mayo de 2020).

- f. *Diseminación de información actualizada y promoción de la salud sobre COVID-19.* Las autoridades penitenciarias deben “comunicarse de forma clara y frecuente con las personas encarceladas o detenidas sobre los cambios en su horario diario y cómo pueden contribuir a la reducción del riesgo [COVID-19]”.⁷⁹ Deben “proporcionar información actualizada sobre la COVID-19 a las personas encarceladas o detenidas de forma regular” de fuentes científicas acreditadas y en un lenguaje sencillo para que incluso aquellos con menos oportunidades educativas puedan comprender los riesgos de la COVID-19.⁸⁰ Las autoridades deben colocar letreros en toda la instalación penitenciaria que (1) identifiquen los síntomas de COVID-19, (2) proporcionen instrucciones sobre la higiene de las manos y (3) indiquen a las personas encarceladas que informen los síntomas al personal; también deben asegurarse de que “la señalización sea comprensible para las personas con bajo nivel de alfabetización [...]”⁸¹ Por último, las autoridades deben “comunicar información verbalmente [COVID-19] de forma regular [...]”⁸² y “considerar que el personal de atención médica realice rondas de manera regular para responder preguntas sobre COVID-19”.⁸³
- g. *Un medio confiable por el cual las personas encarceladas reportan síntomas de coronavirus y son atendidas el mismo día por el personal médico, incluso si no hay guardias o hay poco personal de guardia en sus sectores de detención.* “Tan pronto como una persona desarrolle síntomas de COVID-19, [...] debe ser *inmediatamente* puesta en aislamiento médico [...]”⁸⁴ La acción inmediata disminuye la posibilidad de que una persona con el virus lo transmita a otras personas de la unidad. Para que ocurra una acción inmediata, debe existir un medio para que los residentes informen al personal que tomará una acción inmediata. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el aislamiento médico NO es lo mismo que el confinamiento solitario y que en ninguna circunstancia se debe poner en confinamiento solitario a quienes requieran aislamiento médico.
- h. *Controles de temperatura.* Las autoridades penitenciarias deben implementar controles diarios de temperatura en las unidades donde se hayan identificado casos de COVID-19, especialmente si existe la preocupación de que las personas en reclusión no notifiquen al personal sobre los síntomas.⁸⁵ Sin embargo, muchas personas infectadas pueden ser asintomáticas o presintomáticas. Además, muchas personas con

⁷⁹ *Id.*

⁸⁰ *Id.*

⁸¹ *Id.* Corine S. Meppelink et al., *Should we be afraid of simple messages? The effects of text difficulty and illustrations in people with low or high health literacy*, 30 Health Communication 1181 (2015).

⁸² CDC, *Guidance for Correctional & Detention Facilities*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/correction-detention/guidance-correctional-detention.html> (acceso el 28 de mayo de 2020).

⁸³ *Id.*

⁸⁴ *Id.* (párrafo de énfasis añadido).

⁸⁵ *Id.*

infección por coronavirus no tienen fiebre ni muestran los síntomas que la gente en general asocia con la enfermedad, como tos o fiebre. Otros son completamente asintomáticos o aún no han desarrollado síntomas, pero pueden contagiar. Ninguno de estos grupos sería identificado mediante procedimientos de detección comunes, como controles de temperatura. El único remedio es instituir pruebas generalizadas de individuos asintomáticos y aislar a aquellos identificados como portadores asintomáticos.

- i. *Notificación de infracciones.* Las políticas escritas eficaces no significan nada si no se hacen cumplir. Las instalaciones deben proporcionar un mecanismo anónimo para que las personas encarceladas informen sobre la implementación ineficaz de las políticas, incluso si el personal viola el protocolo, de modo que se puedan tomar las medidas correctivas adecuadas.
- j. *Aislamiento médico separado del confinamiento solitario.* El confinamiento solitario y la cuarentena no brindan protección de aislamiento médico y no deben usarse como alternativa.⁸⁶ Además, el uso del confinamiento solitario puede exacerbar enormemente las condiciones de salud mental, poniendo aún más a los presos en riesgo.⁸⁷

CONCLUSIÓN

77. En nuestra opinión profesional, desde una perspectiva médica y de Salud Pública, la detención de personas aumentará significativamente los riesgos de infección por SARS-CoV-2 para ellos, para otros en la instalación, para el personal y para las comunidades circundantes. Las cárceles se encienden por los fuegos de las epidemias. Son el lugar perfecto para que los brotes se afiancen, despeguen y se propaguen. Lo hemos visto con tuberculosis, sarampión y otras infecciones en el contexto de las cárceles de todo el mundo, ahora lo estamos viendo con el SARS-CoV-2.
78. Por lo tanto, desde una perspectiva de salud pública, opinamos firmemente que la población de las cárceles del estado de Morelos y de todo México debe reducirse drásticamente lo antes posible siguiendo un plan organizado y factible. Reducir el tamaño de la población en las cárceles es la intervención de mayor impacto e importancia, crucial para reducir el nivel de riesgo tanto para quienes se encuentran dentro de esas instalaciones como para la comunidad

⁸⁶ Ver David Cloud, et al., *The Ethical Use of Medical Isolation – Not Solitary Confinement – to Reduce COVID-19 Transmission in Correctional Settings*, Amend (9 de abril de 2020), https://amend.us/wp-content/uploads/2020/04/Medical-Isolation-vs-Solitary_Amend.pdf.

⁸⁷ Keramet Reiter et al., *Psychological Distress in Solitary Confinement: Symptoms, Severity, and Prevalence in the United States, 2017-2018*, Am. Pub. Health Ass. (22 de enero de 2020), disponible en <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2019.305375>.

en general. Un único eslabón débil en la cadena puede provocar el aumento de las infecciones por SARS-CoV-2 y casos posteriores de COVID-19 en la comunidad en general. Por lo tanto, para detener la epidemia de SARS-CoV-2, debe detenerse en las cárceles. Un componente necesario de esto es reducir la población de estas instalaciones y mantenerla pequeña.

79. Esto es especialmente importante (de hecho, una cuestión de vida o muerte inminente) para las personas con afecciones preexistentes, incluidas las que padecen enfermedades pulmonares o que tienen los pulmones debilitados debido a tabaquismo o asma, enfermedades cardíacas, obesidad, hipertensión, diabetes o prediabetes, trastornos sanguíneos, hígado crónico, o enfermedad renal, trastornos metabólicos hereditarios, retrasos en el desarrollo, personas inmunodeprimidas (por cáncer, VIH, enfermedades autoinmunes o medicamentos inmunosupresores), personas que han sobrevivido a accidentes cerebrovasculares y mujeres embarazadas) o que tienen más de 60 años. Esta lista es meramente ilustrativa y no exhaustiva.
80. No obstante, dadas las condiciones en estas instalaciones y la infecciosidad del SARS-CoV-2, *todo el mundo* en esas instalaciones está ahora mismo en grave riesgo de contraer el SARS-CoV-2 y por lo tanto en riesgo de tener una enfermedad grave y fallecer. Ahora es cuestión de horas, no de días, para que se tomen medidas decisivas para salvar vidas. En el lapso de semanas, un caso en una instalación puede multiplicarse rápidamente a muchos casos. Con las condiciones actuales, es seguro que seguirá la propagación total debido a medidas de prevención y control de infecciones de escasos recursos, implementadas mínimamente o no implementadas.
81. En nuestra opinión, desde el punto de vista epidemiológico, de salud pública y médico, la Corte debe tomar de inmediato las medidas necesarias para disponer la liberación de los reclusos, en ausencia de circunstancias extraordinarias, que no representen un riesgo para la población. Para cuando la administración de una prisión se dé cuenta de que hay nuevos casos de COVID-19, es probable que ya sea demasiado tarde para prevenir un brote total en las instalaciones y para evitar que se propague a la comunidad en general. Por esta razón, es crucial pecar de cauteloso al determinar si se debe realmente detener a alguien.
82. Las condiciones relacionadas con el SARS-CoV-2 y la COVID-19 están cambiando rápidamente y pueden cambiar, probablemente para peor, entre el momento en que realizamos este Informe y el momento en que este asunto se presenta ante la Corte.

28 de septiembre de 2020
Aguascalientes, México

Fernando Alarid-Escudero

28 de septiembre de 2020
Morelos, México

Héctor Gómez-Dantés

28 de septiembre de 2020
New Haven, Connecticut,
Estados Unidos

Gregg Gonsalves

28 de septiembre de 2020
New York, New York/Ann Arbor,
Michigan, Estados Unidos

Michele Heisler

28 de septiembre de 2020
Washington, DC, Estados Unidos

Ranit Mishori