



Expedientes:

- A.CDHDF/II/121/IZTP/09/P1638
- B.CDHUO/II/121/GAM/09/P3178
- C.CDHDF/II/121/GAM/09/P6753
- D.CDHDF/II/122/XOCH/11/P0621
- E.CDHDF/II/121/IZTP/11/P1168
- F.CDHDF/II/121/CUAUH/11/P2451
- G.CDHUN/II/121/IZTP/11/P5041
- H.CDHDF/II/121/IZTP/11/P5115
- I.CDHDF/II/121/IZTP/11/P7441
- J.CDHDF/II/121/IZTP/11/P7510
- K.CDHDF/II/121/GAM/12/P0192
- L.CDHUN/II/121/XOCH/12/P0306
- M.CDHDF/II/121/GAM/12/P2094
- N.CDHDF/II/121/GAM/12/P2210
- O.CDHDF/II/121/GAM/12/P2507
- P.CDHDF/II/121/XOCH/12/P3501
- Q.CDHDF/II/121/GAM/12/P3978
- R.CDHDF/II/122/XOCH/13/P1603
- S.CDHUO/II/121/IZTP/13/P4798
- T.CDHDF/II/121/IZTP/13/P7399

Caso

Violación al derecho a la salud y al derecho a la integridad personal de personas privadas de la libertad en centros de reclusión del Distrito Federal.

Personas peticionarias:

Personas privadas de la libertad en centros de reclusión del Distrito Federal y familiares.

Personas agraviadas:

Personas privadas de la libertad en diversos Reclusorios del Distrito Federal.

Autoridad responsable:

Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Derechos humanos violados:

Recomendación 16 /2014

I. Derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en conexidad con el derecho a la vida.

II. Derecho a la integridad personal, en particular a no ser sometido a tratos inhumanos, crueles y degradantes en el ámbito de la salud.

Autoridad Responsable:

En la Ciudad de México, Distrito Federal, a los 16 días del mes de diciembre de 2014, visto el estado que guardan los expedientes de queja citados al rubro, y una vez concluida la investigación de los hechos motivo de los mismos, la Segunda Visitaduría General de esta Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal [en adelante CDHDF o Comisión] formuló el proyecto que, aprobado por la suscrita con fundamento en los artículos 5, 17 fracciones I y IV, 22 Fracciones IX y XVI, 24 fracciones II y IV, 46, 47, 48, 51 y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal así como los artículos 82, 119, 120, 136, 137, 138, 139, 140, 141 y 142 de su Reglamento Interno, constituye la Recomendación **16/2014** dirigida a la siguiente autoridad:

Doctor Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 15 fracción VII, 29 fracciones I, II, III, IV, V, VIII y IX de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, 24 fracciones I,III,V,VII,VIII,X,XI,XV,XVI y XVII de la Ley de Salud del Distrito Federal.

Confidencialidad de datos personales de víctimas, personas agraviadas y peticionarias

De conformidad con los artículos 37, fracción II, 38, fracción I de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal; 5 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal, y atendiendo a la naturaleza del caso, en esta Recomendación prevalecerá el principio de máxima confidencialidad, previsto en el artículo 5 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, por lo que se omite mencionar el nombre de las personas agraviadas, identificándolas como personas peticionarias y agraviadas **A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S y T,**

Desarrollo de la Recomendación

En cumplimiento con lo establecido en el artículo 139 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, se procede al desarrollo de los rubros que a continuación se detallan:

I. Relatoria de hechos

I.1. Antecedentes

Durante los años 2009, 2011, 2012 y 2013 se iniciaron en esta Comisión los expedientes de queja citados, en los cuales se presumió la violación al derecho a la salud, a la vida y a la integridad personal de personas privadas de la libertad en los Reclusorios del Distrito Federal.

Los hechos de las quejas se dan en el contexto de la especial sujeción de las personas privadas de la libertad respecto a la obligación del Estado de garantizar el goce de sus derechos. Se pone de manifiesto una gama de circunstancias que en lo fundamental inciden en la afectación del derecho a la protección de la salud, derivado de una atención médica deficiente, ya sea por un inadecuado diagnóstico y seguimiento o falta de atención médica oportuna o por la falta de insumos, equipo médico adecuado y personal en las Unidades Médicas de los Reclusorios Preventivos Varoniles, Norte, Oriente, Sur y Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial del Distrito Federal, además de los siguientes hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal [en adelante "Secretaría de Salud" o "SSDF"]: Hospital General Xoco, Hospital General "Enrique Cabrera", Hospital General "Gregorio Salas", Hospital General Ticomán, Hospital General Balbuena y Hospital General Iztapalapa.

En 18 de los 20 casos que se presentan en la presente Recomendación, se tuvo como desenlace la muerte de las personas.

I.2. Hechos que dieron origen a las quejas

I.2.1. Caso A. Expediente CDHDF/III/121/IZTP/09/P1638

El 10 de marzo de 2009, se inició el expediente de queja CDHDF/III/121/IZTP/09/P1638 con motivo de la comparecencia de la peticionaria **A** quien manifestó que su esposo, agraviado **A**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

El agraviado **A**, padecía *diabetes mellitus* desde hacía 35 años y antes de su ingreso al centro carcelario contaba con un tratamiento a base de hipoglucemiantes e insulina, para mantener el control sobre su padecimiento.

En el mes de octubre de 2003, ingresó al Centro de Reclusión, reportó a personal adscrito a la Unidad Médica su enfermedad. A partir de este momento, acudió de forma regular al servicio médico –casi de forma diaria–, para que llevaran el control y seguimiento de su padecimiento, sin embargo, la *diabetes mellitus* no fue controlada, presentó alteraciones en su salud, en particular, el 29 de julio de 2008, en consulta médica se advirtió por parte del médico tratante que tenía una herida en el dedo del pie izquierdo, lo que revelaba que era necesario su traslado a la especialidad de medicina interna o endocrinología, pero se decidió que debía continuar con manejo en esa Unidad, debido a

esto, la pequeña herida en el dedo, se complicó y evolucionó en una úlcera en la planta de dicho pie de color violácea y necrosis en tercer dedo, por lo que fue hasta este momento, que lo trasladaron al Hospital General Xoco, lugar donde el 11 de noviembre de 2008 le fue amputada la pierna izquierda, situación que pudo prevenirse si hubiera existido atención y seguimiento médico oportuno al estado del agraviado **A**.

Elagraviado **A** obtuvo su libertad y por su estado de salud no puede trabajar.

1.2.2. Caso B. Expediente CDHUO/II/121/GAM/09/P3178

El 18 de mayo de 2009, se inició el expediente de queja CDHUO/II/121/GAM/09/P3178 con motivo de la llamada telefónica formulada por la peticionaria **B**, quien manifestó que su esposo, agraviado **B**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

El agraviado **B** padecía *diabetes mellitus tipo II* e hipertensión arterial, recibía atención en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, pero en este lugar no se llevaba un control sobre la glucemia, esto es, un seguimiento en el control y tratamiento de la *diabetes mellitus*, lo que provocó que su salud se complicara a partir de estos padecimientos.

A partir del 17 de mayo de 2009, la salud del agraviado **B** se deterioró, caminaba y respiraba con dificultad, además de tener dolor en los riñones. Solicitó atención desde esta fecha, pero se la negaron en el área médica.

El 21 de mayo de 2009, el agraviado **B** acudió de nueva cuenta al área médica, se le valoró, se reportó con edema y abdomen inflamado. A partir de ese momento debía ser trasladado a una institución médica con mayor capacidad de resolución para ser estudiado y atendido de forma minuciosa, pero ello no se realizó hasta dos días después.

El 23 de mayo de 2009 fue trasladado de urgencia al Hospital General de Ticomán con un diagnóstico de edema generalizado secundario a probable insuficiencia renal crónica, en esta institución se reportó que su estado de salud era grave, que presentaba dificultad para respirar y otros padecimientos con 20 días con evolución. En dicho hospital se le atendió, pero falleció el 24 de mayo de 2009 con el diagnóstico de insuficiencia renal crónica en fase terminal, es decir, el agraviado **B** falleció de las complicaciones derivadas del descontrol de su padecimiento.

1.2.3. Caso C. Expediente CDHDF/II/121/GAM/09/P6753

El 26 de octubre de 2009, se inició el expediente de queja CDHDF/II/121/GAM/09/P6753 en el que la peticionaria **C** manifestó que su padre, agraviado **C**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

Desde el año 2002 el agraviado **C** padecía *diabetes mellitus*. Por el problema de salud crónico degenerativo que padecía, requería de atención médica constante y una alimentación adecuada al interior del centro carcelario; sin embargo, ésta no se le proporcionaba, el medicamento que requería en algunas ocasiones no lo había en la farmacia y la alimentación era deficiente.

Como parte del seguimiento médico, en los meses de julio y octubre de 2009, la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte practica diversos estudios de laboratorio y de orina, los cuales reportan alteraciones que suponían un descontrol en su padecimiento, lo que requería otros estudios más específicos o bien su referencia a otro nivel de atención médica, pero esto no se realizó.

A partir de esa fecha, el estado de salud del agraviado **C** se deterioró, presentando pérdida de peso, tos, expectoración amarillenta, dificultad respiratoria, entre otros padecimientos, fue valorado los días 4, 7, 8, 9 y 10 de diciembre de 2009. Por estos padecimientos, también era necesario que fuera referido a otra institución médica con mayor capacidad de resolución de manera urgente, para que fuera atendido de forma integral, es decir, respecto al descontrol de la *diabetes mellitus tipo II* y a la pérdida de peso, pero no ocurrió hasta el 14 de diciembre de ese año que fue referido a la Torre Médica Tepepan, donde solicitan que le practiquen diversos estudios de laboratorio y gabinete, siendo regresado al Reclusorio Preventivo Varonil Norte, donde no se le practicaron.

El 20 de diciembre de 2009 fue trasladado de urgencia al Hospital General Ticomán, donde se le diagnosticó neumonía de focos múltiples severa, síndrome de desgaste, desnutrición severa y *diabetes mellitus tipo II*. Las condiciones en las que el agraviado **B** ingresó a ese hospital imposibilitaron que su estado de salud se restableciera y falleció el 23 de diciembre de ese año a causa de dichos padecimientos, por la detección y seguimiento inoportuno de sus enfermedades.

I.2.4. Caso D. Expediente CDHDF/II/122/XOCH/11/P0621

El 30 de enero de 2011, se inició el expediente de queja CDHDF/II/122/XOCH/11/P0621 con motivo de la comparecencia de la peticionaria **D** en la que manifestó que su hijo, agraviado **D**, permanecía en el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial del Distrito Federal.

El agraviado **D** ingresó al mencionado centro desde el mes de junio de 2010, ya que se le declaró inimputable. Presentaba trastorno esquizofreniforme orgánico y epilepsia. Aunado a este trastorno presentaba daño neurológico/retraso mental.

El 15 de febrero de 2011, el agraviado **D** fue ingresado al Hospital General Xoco por presentar deshidratación moderada, con mal estado de higiene. Se integraron los diagnósticos de epilepsia descontrolada, probable infección en las vías urinarias, entre otros. En esta institución permanece hasta el 2 de marzo de ese año y se le da de alta por mejoría.

El 3 de marzo de 2011, fue referido al Hospital General Gregorio Salas, se integró el diagnóstico de fiebre de origen a determinar y urosepsis. A partir de esa fecha se determinó su manejo en esa institución hospitalaria y desde este lugar se le refirió a la especialidad de neurología en el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, el 15 de marzo de ese año. El 17 de marzo se le detecta neumonía. El 24 del mismo mes se indicó gastrostomía –intervención quirúrgica–, pero no fue posible por falta de tiempo quirúrgico y personal médico.

El 28 de marzo, el agraviado **D**, presenta paro cardiorespiratorio y fallece. El diagnóstico de fallecimiento es neumonía nosocomial.

La atención que se le proporcionó al agraviado en los Hospitales Generales Xoco y Gregorio Salas, no fue adecuada ni oportuna, pues en el primero de éstos no le hicieron los estudios necesarios para determinar el origen del deterioro neurológico y la infección en las vías urinarias y en el segundo no le practicaron los estudios de laboratorio y gabinete para descartar los padecimientos que presentaba, no se le realizó la gastrostomía que requería y no se le proporcionó el tratamiento adecuado para la neumonía que presentaba.

1.2.5. Caso E. Expediente CDHDF/III/121/IZTP/11/P1168

El 19 de febrero de 2011, se inició el expediente de queja CDHDF/III/121/IZTP/11/P1168 con motivo de la llamada telefónica formulada por el peticionario **E**, quien manifestó que el agraviado **E** fue trasladado del Hospital General Balbuena de la Secretaría de Salud del Distrito Federal al Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

El 20 diciembre de 2010 el agraviado **E** ingresó al Hospital General Balbuena por trauma penetrante de cráneo. El día 25 de diciembre requería estudios de laboratorio, radiológicos y tomográficos, sin embargo, el Hospital General Balbuena no contaba con dichos servicios y fue hasta el 3 de enero cuando se le realizó la tomografía, en la que se observaron fragmentos elevados de esquirlas óseas y metálicas alojadas en región occipital.

El paciente **E** fue dado de alta del Hospital General Balbuena el 28 de enero de 2011 y trasladado al Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, donde quedó hospitalizado en la unidad médica.

La unidad médica del centro de reclusión no contaba con condiciones adecuadas para el manejo de pacientes en situación neurológica severa, por lo que el día 18 de febrero de 2011 fue referido al Hospital General Balbuena, que lo contrarrefirió al considerar que presentaba infección de vías urinarias que podía ser manejada en la unidad del centro de reclusión, decidiendo ésta su referencia al Hospital General Xoco que en esa fecha no contaba con estudios de imagen y tomografía y al presentar infección de vías urinarias fue dado de alta ese mismo día.

El 20 y 24 de febrero de 2011 fue referido al Hospital General Balbuena, por presentar infección en vías urinarias y descartar neumonía. El 26 de febrero presentó estertores y aumento de leucocitos pero el hospital no contaba con radiografías. El 3 de marzo se da de alta al considerar que no había proceso infeccioso y que la infección urinaria ya estaba controlada.

En la unidad médica del centro de reclusión continuó con fiebre, datos de infección de vías urinarias y rudeza respiratoria hasta que el 11 de marzo presentó aumento de frecuencia cardiaca y dificultad para respirar por lo que fue referido al Hospital Balbuena, con síntomas de sepsis, infección de vías respiratorias bajas, infección de vías urinarias, desequilibrio hídrico, desequilibrio ácido base, desequilibrio electrolítico y secuelas de traumatismo craneo encefálico severo.

Al agraviado **E** no se le volvieron a realizar estudios de laboratorio o gabinete posteriores a su ingreso al Hospital General Balbuena, reportándose su fallecimiento el 17 de marzo de 2011.

I.2.6. Caso F. Expediente CDHDF/II/121/CUAUH/11/P2451

El 19 de abril de 2011, se inició el expediente de queja CDHDF/II/121/CUAUH/11/P2451 con motivo de la diligencia que personal de este Organismo realizó al interior del dormitorio 2 del Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

El agraviado **F**, recibía atención médica en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte desde el 13 de octubre de 2008, por presentar diversos padecimientos. A partir del 18 de noviembre de 2010 su estado de salud se deterioró, presentó debilidad, dolor muscular, tos, insuficiencia respiratoria y pérdida de peso. En esa fecha se le diagnosticó síndrome ansioso depresivo.

Posteriormente, el 9 de diciembre de ese año, fue valorado de nueva cuenta y se le diagnosticó bronquitis crónica agudizada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), trombocitopenia (disminución de plaquetas), aumento de triglicéridos, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y gastritis crónica, desde la detección de estos padecimientos el agraviado **F** requería un seguimiento puntual, estricto e integral para la atención de sus padecimientos, pero ello no se realizó, en particular, el agraviado **F** requería ser valorado por la especialidad de medicina interna, que le practicaran estudios de laboratorio y gabinete de forma oportuna, sin embargo, no se le realizaron.

En diversas ocasiones, este Organismo Protector de Derechos Humanos solicitó que el agraviado **F** fuera referido a diversos Hospitales para asegurar la adecuada atención, entre ellos, el Hospital General Ticomán, el Hospital Juárez de México, el Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto de Enfermedades Respiratorias; sin embargo, no fue trasladado de forma oportuna, situación que condicionó que no se contara con un diagnóstico certero y definitivo de su problema de salud, que llevara a establecer un adecuado protocolo médico de atención.

Finalmente, estas circunstancias incidieron para que el estado de salud se deteriorara y tres meses después, el 16 de julio de 2011, falleciera al interior de su estancia.

I.2.7. Caso G. Expediente CDHUN/II/121/IZTP/11/P5041.

El 17 de agosto de 2011, se inició el expediente de queja CDHUN/II/121/IZTP/11/P5041 con motivo de la llamada telefónica de la peticionaria **G** en la que manifestó que su familiar, agraviado **G**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

El agraviado **G**, desde el año 2009 presentaba problemas cardíacos y dificultades en vías respiratorias, lo que le ocasionaba desmayos e hinchazón en el cuerpo; por esos hechos había acudido en reiteradas ocasiones a la Unidad Médica del centro de reclusión, lugar en el que le otorgaban medicamentos para mitigar el dolor, sin brindar un diagnóstico y tratamiento.

El día 16 de agosto de 2011, el agraviado **G** mientras hablaba por teléfono presentó un desmayo provocado por una enfermedad vascular isquémica, enfermedad en la que existe disminución o ausencia de flujo sanguíneo en una zona determinada del cerebro. En ese momento fue canalizado al área médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, donde por su grave estado de salud y determinación del médico que lo recibió, se ordenó su traslado a los Hospitales Generales Balbuena y Rubén Leñero, pero en estos lugares señalaron que no contaban con espacio para recibirlo y material de diagnóstico, situación que condicionó su pronta atención.

Ante esta situación, se determinó dejarlo en el área de hospitalización de dicho servicio médico y fue hasta el 17 de ese mes y año que lo refirieron al Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", lugar en el que después de estar hospitalizado en terapia intensiva durante dos semanas, falleció el 4 de septiembre de 2011.

I.2.8. Caso H. Expediente CDHDF/III/121/IZTP/11/P5115

El Agraviado **H** ingresó al Reclusorio Preventivo Varonil Oriente el 31 de octubre de 2010 y el 2 de noviembre fue enviado al Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial, por presentar síndrome psicótico asociado a consumo de alcohol, sin que haya evidencia de que se haya dado seguimiento a este padecimiento.

El 4 de noviembre fue atendido en la unidad médica del centro de reclusión al no tener apertura ocular, presentar conversación confusa, tinte icterido y diversas lesiones, por lo que se decidió su traslado al Hospital General Xoco con diagnóstico de síndrome hiperosmolar, traumatismo craneoencefálico y multicontundido. Se le realizó TAC de cráneo que no reveló traumatismo craneoencefálico y fue ingresado posteriormente al servicio de Medicina Interna, con diagnóstico de

insuficiencia hepática, síndrome icterico y traumatismo craneoencefálico; una vez que le fueron realizados estudios de laboratorio y estado clínico se clasificó la insuficiencia hepática como Child C y encefalopatía hepática II-II, hipokalemia.

Fue dado de alta el 10 de noviembre de 2010 con diagnóstico de encefalopatía hepática grado II remitida, insuficiencia hepática Child C (clasificándola en el grado más alto de la escala ChildPugh), con indicaciones de administrar insulina NPH, omeprazol y lactulosa, sin que exista evidencia de que se siguieran las indicaciones.

El agraviado **H** continuó presentando mal estado general y en los días y meses siguientes fue trasladado a los Hospitales General Xoco, Enrique Cabrera, Balbuena, Iztapalapa y Ajusco Medio, sin que por ello se diera seguimiento a los padecimientos que presentaba (*diabetes mellitus tipo II*, insuficiencia hepática, descontrol de cuadro de glucemia, hipokalemia y síndrome de desgaste, entre otros agregados) ya que en dichos hospitales permaneció por el lapso de algunas horas, sin pasar del área de Urgencias.

Finalmente, el 21 de agosto de 2011 ingresó al Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, donde fue atendido por el servicio de urgencias y posteriormente hospitalizado en el área de medicina interna, donde se corroboró la gravedad de su estado de salud y se le encontró derrame pleural, secundario a probable neoplasia, y se inició manejo para estabilizarlo, sin embargo falleció el día 22 de agosto del mismo año.

1.2.9. Caso I. Expediente CDHDF/II/121/IZTP/11/P7441.

El 19 de diciembre de 2011, se inició el expediente de queja CDHDF/II/121/IZTP/11/P7441 con motivo de la denuncia formulada por la peticionaria I, quien señaló que su familiar, agraviado I, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

El agraviado I ingresó al centro mencionado el 9 de septiembre de 2009. Padecía *diabetes mellitus tipo II*. Después de ingresar al centro de reclusión su estado de salud se deterioró.

A partir del mes de marzo de 2011, fue valorado de forma recurrente por el área médica del centro de reclusión, quien desde esta fecha advirtió que presentaba datos clínicos de daño renal. Un mes después, continuaba presentando los mismos datos clínicos y debiéndolo referir a la especialidad de medicina interna o a nefrología para que se determinara si requería tratamiento de diálisis, no se hizo.

En los meses posteriores su estado de salud se deterioró, requiriendo terapia de sustitución renal, por lo que el 30 de septiembre de 2011 se ordenó referirlo al Hospital General de Iztapalapa, sin que se le brindara dicho tratamiento. Posteriormente, su padecimiento continuó evolucionando y fue

referido al Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”, en diversas ocasiones. En este lugar se le brindó atención por el daño renal que presentaba, sin embargo, no fue posible que su estado de salud se restableciera y el 23 de diciembre de 2011 falleció en dicha institución.

I.2.10. Caso J. Expediente CDHDF/III/121/IZTP/11/P7510

El 21 de diciembre de 2011, se inició el expediente de queja CDHDF/III/121/IZTP/11/P7510 con motivo de la denuncia formulada por la peticionaria **J**, quien señaló que su familiar, el agraviado **J** se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

El agraviado **J** permanecía privado de la libertad desde el 2 de agosto de 2001. Desde el 7 de diciembre de 2011 presentaba problemas gastrointestinales como dolor y ardor en el estómago, así como dolor en las piernas. Acudió en diversas ocasiones a la Unidad Médica del centro de reclusión, lugar en el que le diagnosticaron gastritis y únicamente le recetaban ranitidina y omeprazol para mitigar el dolor.

El 20 de diciembre de ese año su estado de salud era deplorable, el color de su piel era pálida, estaba deshidratado y tenía dificultades para caminar, por lo que dos compañeros de su Dormitorio, acompañaron al agraviado **Ja** a la Unidad Médica. Fue valorado en esta área y el 22 de diciembre fue referido al Hospital General “Ajusco Medio”, en malas condiciones generales, por lo que falleció en esta institución el 23 de ese mes a la 1:45 horas, es decir, 12 horas después de su traslado, omitiendo asegurar un adecuado diagnóstico y traslado oportuno.

I.2.11. Caso K. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/P0192

El 21 de diciembre de 2011, se inició el expediente de queja CDHDF/III/121/IZTP/11/P7510 con motivo de la denuncia formulada por la peticionaria **K**, quien señaló que su familiar, el agraviado **K** se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

El agraviado **K**, ingresó al centro de reclusión en mención el 2 de septiembre del año 2008. En el mes de diciembre de ese año presentó problemas médicos, consistentes en dolor abdominal con vómito, disnea y edema de miembros inferiores, por lo que se ordenó su referencia al Hospital General la Villa. En esta institución se le diagnosticó insuficiencia hepática, alcoholismo crónico e insuficiencia renal crónica, una vez que lo atendieron regresó a la Unidad Médica de dicho centro.

Desde esa fecha el estado de salud del agraviado **K** se deterioró, por lo que el 12 de enero de 2012 fue referido al Hospital General Balbuena donde permanece algunos días. El 15 de ese mes se le diagnosticó una falla cardíaca y el 31 de enero es dado de alta.

En el mes de febrero de 2012, la salud del agraviado no mejora y el 2 de marzo de 2012 fue referido de nueva cuenta al Hospital General Balbuena, lugar donde por la ausencia de equipo y especialidad médica, se decide referirlo al Instituto Nacional de Cardiología donde una vez valorado, se le detectaron diversos padecimientos cardiacos, los cuales fueron reportados como graves. Terminada la valoración, se decidió regresarlo al Hospital General Balbuena, pero su estado de salud se deteriora y el 5 de abril de 2012 fallece en esta institución.

I.2.12. Caso L. Expediente CDHUN/II/121/XOCH/12/P0306

El 18 de enero de 2012, se inició el expediente de queja CDHUN/II/121/GAM/12/P0306 con motivo de la comunicación formulada por la peticionaria **L**, en la que manifestó que su familiar, agraviado **L**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur, ubicado en el dormitorio 3-1-6.

El agraviado **L**, presentaba vómito y diarrea desde el mes de diciembre de 2011, derivado de una severa infección estomacal, por lo que en diversas ocasiones solicitó atención médica, pero únicamente le suministraban medicamentos para mitigar el dolor, sin que mejorara su estado de salud.

Derivado de la formulación de la queja en este Organismo, el 19 de enero de 2012, el agraviado **L** fue valorado en la Unidad Médica diagnosticándole infección de vías urinarias altas y prescribiéndole tratamiento a base de diversos antibióticos. Dado que no mostró mejoría en su estado de salud, el 31 de enero, fue valorado de nueva cuenta con un diagnóstico de probable síndrome anémico y de desgaste, por lo que se solicitó referencia para ser valorado en la Clínica Especializada Condesa.

Al día siguiente –1 de febrero de 2012–, el agraviado **L** fue trasladado a la Clínica Condesa; sin embargo, dada la gravedad de su estado de salud, al llegar a dicha Clínica se determinó trasladarlo de urgencia al Hospital “Belisario Domínguez”, falleciendo en el traslado a dicho nosocomio, con diagnóstico de muerte por VIH más moniliasis oral.

I.2.13. Caso M. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/P2094

El 4 de abril de 2012, se inició el expediente de queja CDHDF/III/121/GAM/12/P2094 con motivo de la llamada telefónica que realizó el peticionario y agraviado **M**, quien manifestó que se encuentra privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

El agraviado **M** ingresó al centro de reclusión señalado en el año 2009. Desde esta fecha presentó rechazo de material de osteosíntesis en la extremidad inferior izquierda, por lo cual había sido referido a diversos Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, pero en ninguno de ellos le han practicado la cirugía que requiere para retirarle dicho material.

El 27 de enero de 2012, el médico tratante en el Hospital General la Villa le indicó que era necesario realizarle nuevos estudios clínicos, entre ellos, biometría hemática, química sanguínea y placa de rayos "X", una vez contando con ellos se le reprogramaría la fecha de su intervención quirúrgica. No obstante lo anterior, el personal de la Unidad Médica del Reclusorio no llevó a cabo ninguna gestión que permitiera se le practicaran los estudios clínicos solicitados, lo cual condicionó que a mediados del mes de marzo de 2012 su padecimiento se agravara y comenzara a presentar severos dolores y fiebre, derivados de la fuerte infección que presentaba en la pierna izquierda.

Por lo anterior, acudía diariamente a la Unidad Médica, donde únicamente le realizaban curaciones a su lesión y le suministraban una inyección y una pastilla para el dolor; sin embargo, la falta de atención médica especializada condicionó que para el 21 de marzo del año en curso, ya no pudiera caminar ni valerse por sí mismo, dado el fuerte dolor que presentaba en la zona afectada; por ello existió la necesidad de trasladarlo en camilla a la Unidad Médica. Dicha situación se repitió en al menos cuatro ocasiones más hasta el 31 de marzo, fecha en la que su estado de salud se complicó y fue referido de urgencia al Hospital General la Villa, donde por la gravedad de su padecimiento y dada la severa infección que presentaba en todo el cuerpo (sepsis) existía la necesidad de amputarle la extremidad, pues su vida corría riesgo.

Finalmente, el 5 de abril de 2012 se realizó la desarticulación de su miembro pélvico izquierdo, lo cual se hubiera evitado con intervenciones médicas oportunas.

I.2.14. Caso N. Expediente CDHDF/II/121/GAM/12/P2210.

El 9 de abril de 2012, se inició el expediente de queja CDHDF/II/121/GAM/12/P2210 con motivo del escrito presentado por la peticionaria **N** ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos y remitido a este Organismo, por medio del cual informó que su hijo, agraviado **N**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

El agraviado **N** ingresó al Reclusorio Preventivo Varonil Norte en el año 2010 y se le instruyó un proceso de carácter federal. A partir del mes de diciembre de 2011 solicitó atención médica en dicho centro de reclusión, pues presentaba malestares en la zona lumbar –cintura–, pérdida de peso, tos y una protuberancia en el abdomen, síntomas que hacían necesario practicar diversos estudios y emitir un diagnóstico certero sobre su estado de salud.

Hasta el 7 de abril de 2012, personal de la Unidad Médica del centro, lo valoró de forma integral y ordenó la práctica de diversos estudios, pues sospecharon que probablemente padecía cáncer, siendo este diagnóstico tardío, ya que cuatro meses antes presentaba los mismos síntomas.

A raíz de la intervención de la CDHDF, el área médica realizó las acciones para referirlo a una institución de tercer nivel para integrar el diagnóstico médico del agraviado **N**. El 18 de abril de 2012 fue trasladado al Instituto Nacional de Cancerología, donde le practicaron diversos estudios y se reportó que presentaba tumoración en riñón izquierdo. Posteriormente, dicha institución confirmó el diagnóstico de cáncer renal izquierdo con metástasis pulmonares, no siendo candidato a ningún procedimiento para restablecer su estado de salud, únicamente recibió cuidados paliativos.

Finalmente, el 10 de julio de 2012 el agraviado **N** falleció con un diagnóstico de carcinoma renal en el interior del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, no contando con un diagnóstico oportuno que asegurara la adecuada atención.

I.2.15. Caso O. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/P2507

El 24 de abril de 2012, se inició el expediente de queja CDHDF/III/121/GAM/12/P2507 con motivo de la llamada telefónica que realizó el peticionario y agraviado **O**, quien manifestó que se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

El agraviado **O** ingresó al centro de reclusión el 27 de julio de 2011. En el mes de octubre de ese año, presentó edema en las extremidades inferiores, por lo que solicitó atención en el servicio médico del centro de reclusión, lugar donde únicamente le practicaron estudios clínicos y le indicaron que no tenía nada. No obstante, el padecimiento persistía y éste se extendió en todo el cuerpo, hecho por el que en dos ocasiones más le practicaron estudios clínicos; sin que se le informara sobre los resultados, lo cual condicionó que no recibiera atención médica adecuada para su padecimiento.

En los meses subsecuentes, su estado de salud no mejoró y el 10 de abril de 2012, fue trasladado de urgencia al Hospital General "Rubén Leñero", donde se confirmó que continuaba presentando edema de miembros pélvicos y región testicular, así como dificultad respiratoria; diagnosticándole probable insuficiencia renal crónica.

El seguimiento médico del agraviado **O** se realizó en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte y desde este lugar fue referido a diversas instituciones médicas durante el mes de abril, pero su salud continuaba deteriorándose.

El 28 de mayo de ese año, fue trasladado al Hospital General Balbuena con los diagnósticos de insuficiencia hepática, insuficiencia cardíaca descontrolada y dificultad respiratoria. En este lugar permaneció hospitalizado hasta el 12 de junio, fecha en la que falleció, diagnosticándose como causa de muerte, embolia séptica cerebral.

I.2.16. Caso P. Expediente CDHDF/III/121/XOCH/12/P3501

El 5 de junio de 2012, se inició el expediente CDHDF/II/121/XOCH/12/P3501 con motivo de la queja presentada vía telefónica por la peticionaria **P**, quien manifestó que su esposo, agraviado **P** se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur.

El agraviado **P** ingresó al Reclusorio Preventivo Varonil Sur el 23 de febrero de 2010. Desde antes de su ingreso padecía *diabetsmellitus* y ya permaneciendo privado de la libertad, en el mes de marzo de ese año sufrió una descompensación, por lo que tuvo que ser trasladado al Hospital General Xoco donde se le estabilizó. Sus diagnósticos de egreso fueron *diabetes mellitus* descontrolada, retinopatía diabética, dislipidemia e infección crónica por VHC (Virus de la hepatitis tipo C), esta institución indicó cita en 15 días en la especialidad de medicina interna.

A partir de este momento, se debió realizar un seguimiento puntual a los padecimientos que presentaba el agraviado **P**, pero esto no se realizó, en particular, con relación a la *diabetes mellitus* no hubo una adecuada atención, ya que desde la fecha en que presentó problemas en su salud – año 2010– no existieron controles glucemicos, estudios de laboratorio y valoraciones periódicas, es decir, un seguimiento adecuado y oportuno por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur.

Los problemas de salud del agraviado **P** se complicaron y el 6 de junio de 2012 fue trasladado de urgencia al Hospital General Xoco con diagnóstico de síndrome febril en estudio; neumonía atípica; insuficiencia respiratoria tipo I; *diabetes mellitus tipo I* y hepatitis C sin tratamiento; sin embargo, de acuerdo con la nota médica de dicho Hospital de fecha 7 de junio de 2012, el agraviado presentaba un diagnóstico de sepsis secundaria a neumonía nosocomial; síndrome consutivo; insuficiencia renal aguda; desequilibrio hidroelectrolítico; hepatitis C sin tratamiento; linfopenia; probable tuberculosis pulmonar; probable nemocistosis y probable VIH/Sida.

Pese a recibir atención médica, debido a las condiciones en que llegó al Hospital y a la falta de prevención en el tratamiento de la enfermedad que presentaba, el agraviado falleció el día 7 de junio de 2012.

I.2.17. Caso Q. Expediente CDHDF/II/121/GAM/12/P3978

El 26 de junio de 2012, se inició el expediente CDHDF/II/121/GAM/12/P3978 con motivo de la queja presentada por la peticionaria **Q**, quien manifestó que su hijo, agraviado **Q**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

El agraviado **Q**, ingresó al Reclusorio Preventivo Varonil Norte en el año 2010. En diciembre de ese año presentó síntomas respiratorios y datos inespecíficos (pérdida de peso, astenia y adimia). Fue valorado en la Unidad Médica de ese centro de reclusión, manejado con un diagnóstico inicial de infección de vías respiratorias y pérdida de peso en estudios.

En el mes de febrero de 2011, es valorado de nueva cuenta por dicha Unidad, donde se indicó la realización de diversos estudios de laboratorio para integrar un diagnóstico médico y determinar la ruta médica a seguir, dichos estudios fueron biometría hemática, química sanguínea, BAAR expectoración, reacciones febriles, reacciones serológicas, HIV cualitativo y radiografía de tórax, pero únicamente se le practicaron la biometría hemática y química sanguínea, sin que se realizaran los otros, es decir, no se agotó desde ese momento el protocolo de estudio indicado.

Un año después, el 20 de febrero de 2012, el agraviado **Q** es valorado de nueva cuenta por el servicio médico por presentar los mismos síntomas, se le diagnostica bronquitis crónica y se le prescribe tratamiento para ese padecimiento, sin que se considere la práctica de los estudios previamente ordenados.

No obstante lo anterior, el estado de salud del agraviado **Q** se deterioró y el 5 de julio de 2012, falleció en el Hospital General Rubén Leñero de tuberculosis pulmonar.

I.2.18. Caso R. Expediente CDHDF/III/122/XOCH/13/P1603

El 11 de marzo de 2013, se inició el expediente de queja CDHDF/III/122/XOCH/13/P1603 con motivo de la comparecencia que realizó el peticionario **R** a este Organismo, quien manifestó que su hermano, agraviado **R**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur, desde el año 2003.

El 5 de marzo de 2012, el agraviado **R** presentó un severo dolor en el estómago acompañado de vómito con sangre, por lo cual acudió a la Unidad Médica del centro de reclusión, donde fue valorado por un médico, quien lo atendió y le indicó que su padecimiento no era grave; dicho médico únicamente le extendió una receta para surtir en el exterior; sin embargo, el agraviado **R** continuó presentando dolor y vómito. Dado el cuadro clínico que presentaba, era necesario que desde ese momento se le refiriera a una institución que brindara la atención que requería.

Dos días después, el 7 de marzo de 2012, perdió el conocimiento al interior del Reclusorio, por lo que fue trasladado de urgencia al Hospital General Xoco, lugar en el cual fue atendido y le brindaron la atención médica que requería; sin embargo, éste falleció a causa de los padecimientos gástricos que presentó.

I.2.19. Caso S. Expediente CDHUO/III/121/IZTP/13/P4798

El 17 de julio de 2013, se inició el expediente de queja CDHUO/III/121/IZTP/13/P4798 con motivo de la llamada telefónica que realizó el agraviado y peticionario **S**, en la cual manifestó que se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

El agraviado **S** ingresó al Reclusorio Preventivo Varonil Oriente el 21 de mayo de 2006. En el mes de octubre de 2012 acudió al servicio médico de dicho centro de reclusión ya que presentaba diarrea, fiebre y pérdida de 12 kilogramos, es decir, tenía signos de síndrome de desgaste, lo que hacía suponer la necesidad de un manejo integral que permitiera un diagnóstico certero para posteriormente establecer un esquema de atención idóneo.

Posteriormente, en diciembre de 2012, mayo, junio, julio y agosto de 2013, el agraviado **S** acudió al servicio médico, ya que su estado de salud no mejoraba, fue referido a diversos hospitales, tales como el General Balbuena, Torre Médica Tepepan e Iztapalapa, en este último falleció el 12 de agosto de 2013 por un choque séptico, neumonía severa e infección de virus de inmunodeficiencia humana, padecimientos que no fueron valorados por las especialidades correspondientes de forma oportuna desde el primer momento que se tuvo conocimiento de la pérdida de peso.

I.2.20. Caso T. Expediente CDHDF/III/121/IZTP/13/P7399

El 3 de noviembre de 2013, se recibió en esta Comisión la comunicación vía telefónica de la peticionaria **T**, en la que manifestó que su esposo, agraviado **T** vivía con *diabetes mellitus* y se encontraba interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

El agraviado **T** ingresó al centro de reclusión en mención el 11 de enero de 2013. Desde antes de su ingreso tenía el padecimiento de diabetes y era controlado con medicamento –glibenclamida y metformina–.

Desde el 3 de noviembre de 2013, el agraviado **T** presentó un absceso anal que desprendía líquido de color amarillo y fétido. Fue tratado por la Unidad Médica del centro carcelario, pero dado que su estado de salud se deterioraba, este padecimiento también se complicó. Ante esta situación, fue referido al Hospital General Tláhuac, General Balbuena, Iztapalapa y Torre Médica Tepepan en diversos momentos, con la finalidad de que fuera atendido de forma integral, dado que el absceso anal se le infectaba era necesario practicarle una intervención quirúrgica.

Las complicaciones y el proceso infeccioso en el absceso anal que presentó el agraviado **T**, obedecieron al inadecuado control que se brindó a la *diabetes mellitus* por parte de la Unidad Médica del centro de reclusión.

El agraviado **T**, requería ser intervenido quirúrgicamente y atendido de forma integral en los hospitales a los que fue referido, pero la atención en los Hospitales General Iztapalapa, Balbuena y Torre Médica Tepepan, no fue oportuna, porque no abordaron el padecimiento de forma adecuada ni brindaron alternativas de solución, teniendo capacidad para hacerlo, es decir, no le practicaron la intervención quirúrgica que requería.

El estado de salud del agraviado se deterioró y falleció el 19 de noviembre de 2013 en el Hospital General Balbuena, estableciéndose como causas de la muerte choque séptico, acidosis metabólica, infección de tejidos blandos y *diabetes mellitus*.

II. Competencia de la CDHDF para la investigación de los hechos

Las instituciones Públicas de Derechos Humanos, como esta Comisión, son medios *cuasi jurisdiccionales*. Su competencia está determinada en el artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Así, este Organismo forma parte del conjunto institucional del Estado Mexicano de salvaguarda de los Derechos Humanos de las personas que habitan y transitan en la Ciudad de México.

En atención a lo dispuesto en el artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; en los artículos 2, 3 y 28 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; en el artículo 11 de su Reglamento Interno, así como en la resolución A/RES/48/134¹ relativa a los denominados *Principios de París*, es un organismo público autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propios que tiene por objeto la protección, defensa, vigilancia, promoción, estudio, educación y difusión de los derechos humanos establecidos en el orden jurídico mexicano y en los instrumentos internacionales de derechos humanos; así como el combatir toda forma de discriminación y exclusión, consecuencia de un acto de autoridad a cualquier persona o grupo social.

La CDHDF, bajo estricto respeto al principio de legalidad, como integrante del sistema *cuasi jurisdiccional* mexicano, es competente para conocer de quejas y denuncias e iniciar investigaciones de manera oficiosa por presuntas violaciones a los derechos humanos, cuando éstas fueren imputadas a cualquier autoridad o servidor público que desempeñe un empleo, cargo o comisión local en el Distrito Federal o en los órganos de seguridad ciudadana o de procuración e impartición de justicia cuya competencia se circunscriba al Distrito Federal.

En ese orden de ideas, la Comisión se declara competente para conocer y pronunciarse respecto de los hechos de la presente investigación:

En razón de la materia (*ratione materiae*), toda vez que en ejercicio de su facultad *cuasi jurisdiccional* recibió, registró e investigó las quejas materia de esta Recomendación, al considerar que los hechos investigados podrían constituir presuntas violaciones al derecho a la vida, salud e integridad

¹ Principios relativos al estatuto y funcionamiento de instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos que establece como responsabilidad de los organismos nacionales de protección de derechos humanos la promoción y defensa de los derechos de las personas, de acuerdo con el derecho internacional de la materia (Apartado A, punto 3, inciso b).

personal, reconocidos por la normatividad nacional y en los tratados internacionales sobre derechos humanos.

En razón de la persona (*ratione personae*), ya que los hechos investigados se atribuyeron a servidores públicos del Distrito Federal, adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

En razón del lugar (*ratione loci*), porque los hechos ocurrieron en el territorio del Distrito Federal.

En razón de tiempo (*ratione temporis*) en virtud de que los hechos sucedieron entre los años 2009 y 2013, periodo en el cual la Comisión ya tenía competencia para conocer de quejas sobre violaciones a derechos humanos y se encuentran dentro de la temporalidad en la que la CDHDF está facultada para conocer de los casos.

III. Hipótesis de investigación:

Una vez analizados los hechos que originaron el inicio de la queja en los expedientes citados al rubro y establecida la competencia de este Organismo para conocer de los mismos, de conformidad con los artículos 36,37,41,42 y 43 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, se inició el procedimiento de investigación en aras de recabar los elementos de prueba que permitan a este Organismo local concluir, si los hechos denunciados por las personas peticionarias y agraviadas constituyen o no violaciones a derechos humanos.

En este sentido se comprobaron las siguientes hipótesis de investigación:

a. Autoridades de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, adscritas a las Unidades Médicas de los Reclusorios Preventivos Varoniles Norte, Oriente, Sur y del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial, así como Hospitales del sistema de salud del Distrito Federal, cometieron actos de mala práctica médica por inadecuados diagnósticos y seguimientos médicos en perjuicio de 20 personas privadas de libertad, lo que vulneró el derecho a salud y el derecho a la vida.

b. Autoridades de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, adscritas a las Unidades Médicas de los Reclusorios Preventivos Varoniles Norte, Oriente, Sur y del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial, a Hospitales del sistema de salud del Distrito Federal, al no asegurar atención médica de forma inmediata a 20 personas privadas de la libertad, prolongaron el dolor y sufrimiento más allá del generado por el padecimiento, lo que transgredió el derecho a la integridad personal, en particular el derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes en el ámbito de la salud.

IV. Procedimiento de investigación

A efecto de documentar las hipótesis planteadas por este Organismo, se llevaron a cabo las siguientes acciones para documentar los casos:

- Entrevistas a actores implicados en el caso.

Entrevistas a peticionarias y a personas testigos de los hechos.

Entrevistas a servidores y servidoras públicas relacionadas con los hechos.
- Solicitudes a las autoridades.

Solicitudes de medidas precautorias a la Secretaría de Salud del Distrito Federal y a la Subsecretaría de Sistema Penitenciario.

Solicitudes de informes a servidores públicos involucrados en los hechos del caso.

Solicitudes de intervención, en algunos casos, a la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal para que en el ámbito de sus atribuciones intervinieran en los hechos.

Solicitud en vía de colaboración al Tribunal Superior de Justicia para la remisión de necropsias en algunos casos.
- Solicitud y obtención de opiniones médicas.

Solicitud y obtención de dictámenes y opiniones de personal médico de la CDHDF.
- Inspección en el lugar de los hechos.

Supervisión de condiciones en las que permanecían algunos agraviados al interior de las áreas médicas de los centros de reclusión.

V. Evidencias

Durante el proceso de investigación, esta Comisión recabó las evidencias que dan sustento a la presente Recomendación y que se encuentran detalladas en el Anexo que forma parte integrante de la misma.

VI. Derechos violados.

VI.1 Marco jurídico aplicable

El 10 de junio de 2011, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Reforma Constitucional en materia de derechos humanos. Los primeros tres párrafos, del artículo 1º Constitucional de manera textual señalan:

“[E]n los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia (....)”.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación (en adelante SCJN), sostuvo que a partir de la reforma constitucional en materia de derechos humanos, se reconoce un conjunto de derechos fundamentales cuyas fuentes son la Constitución y los tratados internacionales de los cuales el Estado Mexicano sea parte. De la interpretación literal y sistemática del contenido de las reformas constitucionales de 6 y 10 de junio de 2011, se desprende que las normas de derechos humanos, independientemente de su fuente, no se relacionan en términos jerárquicos [...]. Esta transformación se explica por la ampliación del catálogo de derechos humanos previsto dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (en adelante la Constitución o CPEUM), el cual evidentemente puede calificarse como parte del conjunto normativo que goza de esta supremacía constitucional. En este sentido, los derechos humanos, en su conjunto, constituyen el parámetro de control de regularidad constitucional, conforme al cual, debe analizarse la validez de las normas y actos que forman parte del orden jurídico mexicano.²

Igualmente, la SCJN determinó que los criterios jurisprudenciales de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante Corte IDH o Corte Interamericana), con independencia de que el Estado Mexicano haya sido parte en el litigio ante dicho tribunal, resultan vinculantes para jueces

²SCJN. Contradicción de tesis Núm. 293/2011. Engrose. Seguimiento de Asuntos Resueltos por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

nacionales al constituir una extensión de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, toda vez que en dichos criterios se determina el contenido de los derechos humanos establecidos en ese tratado. La fuerza vinculante de la jurisprudencia interamericana se desprende del propio mandato establecido en el artículo 1º constitucional, pues el principio *pro persona* obliga [...] a resolver cada caso atendiendo a la interpretación más favorable a la persona³.

Finalmente, señaló que para observar los derechos humanos contenidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte, se deberá acudir a los criterios del Poder Judicial de la Federación, así como a las sentencias de la Corte Interamericana, en aras de determinar cuál es más favorable y ofrezca mejor protección al derecho en cuestión.⁴

En el análisis de los casos que se someten a su conocimiento, la CDHDF incluye la jurisprudencia de los tribunales internacionales a los que México les reconoce competencia,⁵ así como las interpretaciones de los órganos creados por Tratados Internacionales de Derechos Humanos, la legislación nacional, el derecho comparado, así como las doctrinas de los publicistas de mayor competencia,⁶ dentro de los que se incluyen los principios y criterios establecidos por los procedimientos especiales de la Organización de las Naciones Unidas.

Por otro lado, el citado artículo 1º Constitucional establece que para interpretar las normas de derechos humanos se tendrán que emplear los principios de interpretación conforme y *pro persona*.

Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha señalado que “[...] todas las demás autoridades del país [diferentes al poder judicial] en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de aplicar las normas correspondientes haciendo la interpretación más favorable a la persona para lograr su protección más amplia [...]”⁷.

³*Idem*.

⁴ Es importante aclarar que la Suprema Corte de Justicia en sus tesis supra se refirió exclusivamente a los criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, por tratarse de un asunto vinculado a la misma: el cumplimiento de la Sentencia del Caso Rosendo Radilla Pacheco. Esta Comisión en el ejercicio de control de convencionalidad *ex officio* amplía su parámetro para incorporar todos los tratados de derechos humanos que crean mecanismos de supervisión y los demás tribunales internacionales a los que México les reconoce competencia contenciosa, a la luz del conjunto de las obligaciones internacionales generales del Estado mexicano.

⁵ El Estatuto de la Corte Internacional de Justicia del cual México es parte señala en su artículo 38 que las fuentes del derecho internacional, así como las fuentes auxiliares, son las siguientes: “a) las convenciones internacionales, sean generales o particulares, que establecen reglas expresamente reconocidas por los Estados [...]; b) la costumbre internacional como prueba de una práctica generalmente aceptada como derecho; c) los principios generales de derecho reconocidos por las naciones civilizadas; d) las decisiones judiciales y las doctrinas de los publicistas de mayor competencia de las distintas naciones, como medio auxiliar para la determinación de las reglas de derecho [...]”

⁶ SCJN. Tesis Núm. LXIX/2011. Novena Época. Instancia: pleno. Pasos a seguir en el control de constitucionalidad y convencionalidad *ex officio* en materia de derechos humanos. Varios 912/2010. 14 de julio de 2011.

⁷ SCJN. Tesis núm. LXX/2011. Novena época. Instancia: pleno. Sistema de control constitucional en el orden jurídico mexicano. Varios 912/2010. 14 de julio de 2011.

Expuesto lo anterior, a continuación se desarrollan los derechos que la CDHDF, considera vulnerados, así como el contexto en que se dieron tales violaciones.

VI.2 Derecho a la salud.

Siendo la salud una de las necesidades esenciales de todas las personas para vivir una vida digna, está reconocida como derecho humano en múltiples instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, incluyendo las declaraciones, pactos, observaciones generales de los comités de la Organización de las Naciones Unidas, así como los instrumentos y jurisprudencia del sistema interamericano de protección de los derechos humanos. Desde 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Constitución de la OMS reconocen ese derecho como un imperativo de la comunidad internacional.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) como el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –Protocolo de San Salvador–,⁸ consagran el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, ambos textos movilizan una concepción amplia de la salud, considerándola no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades en el individuo, sino también en perspectiva con el entorno en el que se desenvuelven las personas. Incluso el Protocolo de San Salvador reconoce a la salud como un bien público y la define como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

El derecho a la salud comprende un conjunto de libertades y derechos,⁹ en este sentido, encontramos que el reconocimiento de la salud en el derecho internacional de los derechos humanos transforma la obligación moral en el origen de las prácticas de salud pública, en un imperativo jurídico de los Estados¹⁰ los cuales, al firmar y ratificar los instrumentos vinculantes –los pactos o las convenciones internacionales– contraen la obligación de adoptar medidas de diversas índoles, en un plazo razonable, para lograr la progresiva realización de los derechos sin

⁸ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1960, entrada en vigor en 1976 y en México en 1981, artículo 12, párrafo 1; Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales – Protocolo de San Salvador-, aprobado el 17 de noviembre de 1988 en el décimo octavo periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, entrada en vigor en 1999 y en México en 1996, artículo 10, párrafo 1.

⁹ Observación General Núm. 14..., *op. cit.*, párrafo 8.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud, *Salud pública, innovación y derechos de propiedad intelectual. Informe de la Comisión de derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública*, OMS, Suiza, 2006, p. 9. Cabe señalar que la adopción del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales marca un paso fundamental hacia la justiciabilidad del derecho a la salud al nivel internacional. Al entrar en vigor, el Comité DESC podrá recibir y examinar comunicaciones de personas o grupos de personas que se hallen bajo la jurisdicción de un Estado Parte y que aleguen ser víctimas de una violación por ese Estado Parte de cualquiera de los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el PIDESC. Véase: Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (A/RES/63/117), adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 2008, artículos 1 y 2.

discriminación alguna y hasta el máximo uso de los recursos disponibles.¹¹ El PIDESC y el Protocolo de San Salvador precisan, a título de ejemplo, algunas de las medidas básicas a adoptarse en los Estados para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud:

- La creación de condiciones que aseguren a todas las personas, asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad;
- La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todas las personas bajo la jurisdicción del Estado, con especial atención en los grupos en situación riesgo y vulnerabilidad;
- La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud; y
- El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.¹²

Estas prescripciones orientadoras no se deben leer de manera restrictiva. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho internacional compromete legalmente a los Estados partes a respetar, proteger y cumplir –entendida como la obligación de facilitar, proporcionar y promover– el derecho a la salud. La obligación de respetar implica que el Estado no puede limitar el acceso a los bienes, servicios o programas de salud preventivos, curativos o paliativos ni contaminar o liberar en el medio ambiente sustancias nocivas para la salud.

Asimismo el Estado está obligado a proteger a las personas contra abusos de terceras personas –por ejemplo hospitales o clínicas privadas– en la realización del derecho a la salud. La obligación de cumplir es la más compleja en tanto implica que todo el aparato del Estado se organice, a través de la adopción y aplicación de medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, de tal forma que las personas tengan la posibilidad de acceder al derecho, con un especial énfasis en los grupos en situación de vulnerabilidad o discriminación.¹³

La Observación General núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (Comité DESC) que profundiza y precisa el contenido y responsabilidades

¹¹ Observación General Núm. 3 sobre la índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto) (E/1991/23), adoptada el 14 de diciembre de 1990 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales durante el 5º período de sesiones.

¹²Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, op. cit., artículo 12, párrafo 2; Protocolo de San Salvador, op. cit., artículo 10, párrafo 1.

¹³ Observación General Núm. 14..., op. cit., párrafo 33.

internacionales del Estado en materia de salud, hace referencia explícita a la obligación del Estado "de respetar el derecho a la salud", en particular determinó que los siguientes elementos son indispensables para dar cumplimiento a este derecho:

a) *Disponibilidad*. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

b) *Accesibilidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) *No discriminación*: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) *Accesibilidad física*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) *Accesibilidad económica (asequibilidad)*: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no

recaigan cargas desproporcionadas, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) *Acceso a la información*: Ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) *Aceptabilidad*. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) *Calidad*. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.¹⁴

Asimismo, la igualdad y la no discriminación, principios rectores consagrados en la mayoría de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, advierten que la situación jurídica de una persona –de la misma forma que su origen, sexo u orientación sexual–, no puede ser usada como pretexto para limitar su acceso a los derechos. En este sentido, la comunidad internacional reivindica que las personas en reclusión gozan de los mismos derechos reconocidos a toda persona en los instrumentos nacionales e internacionales sobre derechos humanos, en particular el derecho a la salud, con la excepción de aquellos derechos restringidos por la condición de privación de libertad.¹⁵

En este sentido, y en reiteradas ocasiones, la CDHDF ha señalado que el derecho a la salud es uno de los derechos fundamentales de las personas que debe cumplirse sin discriminación por condición jurídica alguna; este derecho debe garantizarse a la población penitenciaria en circunstancias de

¹⁴ONU, *Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), aprobada en el 22º periodo de sesiones, 11 de mayo de 2000, párrafo 12.

¹⁵ Principios básicos para el Tratamiento de los Reclusos. Adoptados y proclamados por la Asamblea General en su resolución 45/111, de 14 de diciembre de 1990. Principio 6. Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV), del 31 de julio de 1957, y 2076 (LXII), del 13 de mayo de 1977 Observaciones Preliminares, Reglas 24 y 25.

igualdad y con una atención digna y adecuada. Y más aún, frente a las personas privadas de la libertad, la obligación del Estado de cumplir el derecho a la salud se convierte en un imperativo jurídico irrenunciable dado que estas personas, por su condición de reclusión, están imposibilitadas para acceder a otros servicios médicos y a ejercer, por sí solas y con los medios a su disposición, su derecho a la salud.¹⁶

Paralelamente a estas prescripciones de alcance general, se han adoptado una serie de instrumentos específicos a nivel internacional y regional con la finalidad de precisar los derechos humanos en el ámbito penitenciario y proteger a las personas de cualquier abuso por parte de la autoridad, dichos documentos integran lo que Elías Carranza llama el "modelo penitenciario de derechos y obligaciones de las Naciones Unidas".¹⁷ Si bien en su mayoría no son instrumentos de carácter vinculante sino declarativo, reflejan el consenso de la comunidad internacional acerca de los principios básicos para la protección de los derechos humanos de las personas privadas de la libertad.

En particular se puede citar las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, cuyo primer borrador fue adoptado en 1934 por la Sociedad de las Naciones¹⁸ y posteriormente revisado y aprobado en 1957 en el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. En este texto se plasman las condiciones mínimas aceptadas por las Naciones Unidas respecto de la buena organización penitenciaria y de la práctica relativa al tratamiento de las personas en reclusión.¹⁹ Respecto a la salud se admite que "Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación".²⁰

Por su parte, en 1979, se promulga el Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, y la Asamblea General de Naciones Unidas encomienda a los Estados partes a que lo difundan y lo utilicen como principios orientadores en el marco de la legislación o las prácticas nacionales. Este conjunto de ocho artículos reafirma el principio de legalidad, el respeto de la dignidad humana y los derechos humanos, el uso proporcional de la fuerza, la confidencialidad, la

¹⁶ Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión Adoptado por la Asamblea General en su resolución 43/173, de 9 de diciembre de 1988. Principios 24, 25 y 26. Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011. Pág. 24.

¹⁷ Elías Carranza, "Cárcel y justicia penal: el modelo de derechos y deberes de las Naciones Unidas", en *Memorias, Seminario Sistemas Penitenciarios y Derechos Humanos*, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente, México, 2007, p. 22.

¹⁸ "Introducción a las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos", Portal Internet del Instituto de Investigaciones Jurídicas, <<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/16/pr/pr36.pdf>> (consultado el 19/07/2011).

¹⁹ Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos. Reglas 22.1 al 26.1, preámbulo.

²⁰ Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, *op. cit.*, artículo 22.

prohibición de la corrupción y de actos de tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, en la actuación de las y los servidores públicos responsables del cumplimiento de la ley. El artículo 6 los responsabiliza de la salud de las personas bajo su custodia, exigiéndoles una actuación inmediata cuando una o un interno requiere de atención médica.²¹ En el mismo sentido, se puede mencionar los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.²²

A finales de la década de los ochenta, la entonces Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas formula el Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión, en el que se incluye la protección de la salud de las personas detenidas o en reclusión, y se insiste en el principio de gratuidad de los servicios médicos.²³ Algunos años después en una resolución de 1990, la Asamblea General adopta los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos, en donde reitera la aplicación de forma imparcial en el ámbito penitenciario del principio de no discriminación y del conjunto de las declaraciones, pactos y demás instrumentos de las Naciones Unidas.²⁴

En el marco del sistema interamericano de protección de los derechos humanos, a través de varias de sus sentencias, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha insistido en que el Estado es el garante de los derechos de las personas privadas de la libertad y de la satisfacción de sus necesidades esenciales para el desarrollo de una vida digna,²⁵ siendo una de ellas su salud física y mental.

En 2008, la Comisión Interamericana adopta una resolución en la que se plasman Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. Los principios IX y X se refieren a la salud y señalan que las personas privadas de libertad, tienen derecho a ésta, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social.²⁶

²¹ Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, adoptado en la Resolución 34/169 de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, el 17 de diciembre de 1979, artículo 6.

²² Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, adoptados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su Resolución 37/194, del 18 de diciembre de 1982.

²³ Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión, adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su Resolución 43/173 del 9 de diciembre de 1988, principio 24.

²⁴ Principios básicos para el tratamiento de los reclusos, adoptados en la Resolución 45/111, de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su 68ª. Sesión plenaria, el 14 de diciembre de 1990, párrafo 5.

²⁵ Citado en: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Recomendación 20/2009*, p. 89 <www.cd hdf.org.mx> (consultado en julio de 2011).

²⁶ *Ibid.*, principio X.

De igual forma, la CIDH en su Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de la libertad, señala que:

Las personas privadas de libertad se encuentran en una posición de subordinación frente al Estado, del que dependen jurídicamente y de hecho para la satisfacción de todas sus necesidades. Por eso, al privar de libertad a una persona, el Estado adquiere un nivel especial de responsabilidad y se constituye en garante de sus derechos fundamentales, en particular de sus derechos a la vida y a la integridad personal, de donde se deriva su deber de salvaguardar la salud de los reclusos brindándoles, entre otras cosas, la asistencia médica requerida.²⁷

La provisión de atención médica adecuada es un requisito material mínimo e indispensable que debe ser cumplido por el Estado para garantizar un trato humano a las personas bajo su custodia. La pérdida de libertad no debe representar jamás la pérdida del derecho a la salud. Del mismo modo, tampoco es tolerable que el encarcelamiento agregue enfermedad y padecimientos físicos y mentales adicionales a la privación de libertad.²⁸

Este deber del Estado de proporcionar la atención médica adecuada e idónea a las personas bajo su custodia es aún mayor en aquellos casos en que las lesiones o la afectación en la salud de los reclusos es producto de la acción directa de las autoridades. Así como también, en aquellos casos de personas privadas de libertad que sufren enfermedades cuya falta de tratamiento puede ocasionar la muerte.²⁹

Asimismo, la realización del derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental de las personas privadas de la libertad constituye un mandato constitucional en México y en el Distrito Federal, el artículo 4, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, siendo que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. La Ley de Salud del Distrito Federal, en su artículo 2º designa al derecho a la salud bajo el término "protección a la salud", cuando señala que "los habitantes del Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquiera otro, tienen derecho a la protección a la salud.

El Reglamento de los centros de reclusión señala las bases y los elementos rectores a partir de los cuales se debe organizar y operar el modelo de atención a la salud en los centros de reclusión. Lo hace considerando aspectos importantes de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos. En primer lugar establece que "los servicios médicos de los centros de reclusión

²⁷ CIDH, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de la libertad*, Washington, 2011, párr. 525.

²⁸ CIDH, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de la libertad*, Washington, 2011, párr. 525.

²⁹ CIDH, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de la libertad*, Washington, 2011, párr. 530.

velarán por la salud física y mental de la población interna y salud pública de esa comunidad, así como por la higiene general dentro de la Institución”.³⁰ Respecto de la regulación de los servicios de atención médica, esta normatividad impone a la autoridad asegurar la disponibilidad permanente de servicios médicos-quirúrgicos generales, de psicología, de psiquiatría y de odontología así como el acceso a traslados a otra unidad médica u hospitales en caso de diagnóstico, tratamiento o urgencia. Las personas privadas de la libertad deben disponer de los medicamentos necesarios y acceder a dietas especiales por razón de salud en caso de requerirlas.³¹

Asimismo, el derecho a la vida es un derecho fundamental, inherente a la persona humana (no debe entenderse de manera restrictiva y la protección de este derecho exige que los Estados adopten medidas positivas). Su protección queda a cargo del Estado y su violación es irreversible pues implica la desaparición física del titular del derecho.

El derecho a la vida se encuentra reconocido por diferentes tratados internacionales, así la “Declaración Universal de Derechos Humanos”, la cual, en el artículo 3º establece: “Todo individuo **tiene derecho a la vida**, a la libertad y a la seguridad en su persona”. Además, los artículos 6.1,³² del “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos”.³³

En el ámbito interamericano, la “Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre”, y la “Convención Americana sobre Derechos Humanos” reconocen este derecho, al señalar que toda persona tiene derecho a que se respete su vida y a no ser privada de dicho derecho arbitrariamente.

Por su parte, en el orden jurídico mexicano el derecho a la vida se encuentra reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cuyas normas están encaminadas en reconocer la conservación y la protección de la vida humana, es decir, ninguna acción directa o indirecta encaminada a menoscabar este bien fundamental se encuentra legitimada.

El goce del derecho a la vida guarda una estrecha relación con el reconocimiento y protección del derecho a la salud, cuyo alcance se encuentra definido de manera coincidente en diversos instrumentos internacionales y en el orden jurídico nacional. Reconocer y asegurar el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social es un imperativo para los Estados, que en muchos supuestos no puede garantizarse, así, el binomio vida y salud guardan estrecha relación, pues si este último no se asegura en la praxis médica, puede traer consecuencias que atenten o afecten la vida. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha reiterado que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental cuyo goce pleno constituye una condición para el ejercicio de todos los derechos. A su vez, este derecho se

³⁰*Ibid.*, artículo 132.

³¹*Ibid.*, artículos 131, 136 y 137.

³² “Artículo 6. 1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana, Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.”

³³ “Artículo I. Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de la persona. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”

halla directa e inmediatamente vinculado con la atención de la salud humana. Por consiguiente, los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud, para lo cual se requiere de la formación de un orden normativo que respete y garantice efectivamente el ejercicio de sus derechos, y la supervisión eficaz y constante sobre la prestación de los servicios de los que dependen la vida y la integridad de las personas.³⁴

En este contexto, los casos que integran el presente instrumento Recomendatorio ponen de manifiesto el incumplimiento de las obligaciones contraídas por el Estado y la autoridad local en materia de salud.

Afectación al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad. Casos A, F, H, K y M.

Caso A. Expediente CDHDF/III/121/IZTP/09/P1638

El agraviado **A**, ingresó al Reclusorio Preventivo Varonil Oriente el 23 de octubre del año 2003. Permaneciendo en este centro carcelario, la Unidad Médica identificó que padecía *diabetes mellitus* tipo II. De acuerdo al carnet de citas³⁵ y al expediente clínico integrado en el área médica mencionada, se observa que éste acudía de forma periódica para asegurar un adecuado seguimiento a su padecimiento, así del 24 de diciembre de 2003 al 29 de julio de 2008, fecha en que su estado de salud se vio deteriorado, acudió con regularidad al servicio médico, donde le brindaban tratamiento para controlar el padecimiento.

No obstante que el agraviado **A** acudía de forma permanente y éste llevaba un control de sus citas y las fechas en las que acudía³⁶, demostrando su interés y voluntad para controlar su padecimiento y restablecer su estado de salud, de acuerdo al análisis realizado en la opinión emitida por personal médico de este Organismo, se advierte que la *diabetes mellitus* que padecía, durante el lapso referido estuvo descontrolada,³⁷ lo que provocó que su salud se deteriorara, al grado que el 29 de julio de 2008, el agraviado **A** acudió a la Unidad Médica donde se le observó herida en un dedo (ortejo) del pie izquierdo.

El médico que lo valoró confirma en la revisión médica³⁸, que presentaba *diabetes mellitus* descontrolada, le brindó tratamiento médico y le retiró la insulina, estableciendo el manejo del paciente desde ese servicio y no desde la especialidad correspondiente –endocrinología o medicina interna– donde debió referirlo para que se estabilizara y se asegurara un control sobre la *diabetes mellitus* y de ser el caso, en nota de contrarreferencia indicara el manejo médico a seguir.

³⁴ Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, Párrafo 121.

³⁵ Ver anexo evidencia 5.

³⁶ Ver anexo evidencia 4.

³⁷ Ver anexo evidencia 6.

³⁸ Ver anexo evidencia 2.

En este sentido y de acuerdo a la opinión médica citada, la *diabetes mellitus* persistió descontrolada, con dextrostix³⁹ que fueron de 213 a 340 mg%, la pequeña herida en orjejo (dedo) de pie izquierdo se complicó y continuó su historia natural de la enfermedad. Fue referido en diversas ocasiones a otras instituciones hospitalarias con el objeto de controlar el padecimiento, sin embargo ello no fue posible y el 11 de noviembre de 2008, en el Hospital General Xoco, le realizan amputación supracondílea femoral izquierda.

De lo anterior se desprende que la amputación de la extremidad derivó del inadecuado seguimiento y control médico llevado en el caso del agraviado **A**, por no cumplir con las bases y estándares de atención fijados en la Norma Oficial NOM-015-SSA2-1994⁴⁰ (para la prevención, tratamiento y control de la diabetes), aunado a la circunstancia de no recibir atención médica especializada al observar, por parte del personal médico, que su salud se deterioraba, es decir, de haber recibido una atención oportuna, posiblemente no se hubiera llegado al riesgo de la amputación.

Lo anterior evidencia la vulneración del derecho a la salud en perjuicio del agraviado **A**, por parte de personal de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, al no asegurar a su favor un seguimiento puntual de su padecimiento y evitar con ello un desenlace irreversible.

Caso F. Expediente CDHDF/III/121/CUAUH/11/P2451

El agraviado **F**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, presentó desde el 18 de noviembre de 2010 problemas de salud. Se le brindaba atención en la Unidad Médica de este centro carcelario donde se le diagnosticó bronquitis crónica agudizada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), trombocitopenia (disminución de plaquetas), hipertrigliceridemia (aumento de triglicéridos), enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y gastritis crónica.

Su estado de salud se deterioró de manera paulatina, presentando otros síntomas como pérdida de peso y tos recurrente. En los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio de 2011 su salud continuó deteriorándose, presentó pérdida de 23 kilogramos de peso, fue referido al Hospital General Ticomán, Hospital General Juárez de México y valorado por la especialidad de psiquiatría en la Unidad Médica del Reclusorio mencionado, sin embargo, falleció en su dormitorio el día 18 del mes de julio de 2011 por neumonía bilateral no traumática.⁴¹

Se tiene acreditado que el agraviado **F**, acudía de manera periódica a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, donde se le brindaba atención, sin embargo, ésta no fue acorde

³⁹Toma de muestra de glucemia.

⁴⁰ Ver anexo evidencia 6.

⁴¹ Ver anexo evidencia 51.

a los padecimientos que presentaba, ya que no se le diagnosticaron de forma oportuna ni se estableció un seguimiento médico asertivo, lo que vulneró en su perjuicio el derecho a la salud.

Lo anterior, de acuerdo a la opinión médica⁴² emitida por personal de este Organismo, la cual señala que la atención médica proporcionada al agraviado no fue adecuada, toda vez que, no se le realizaron los estudios de laboratorio y gabinete necesarios para establecer un diagnóstico adecuado, en consecuencia no se le ofreció el tratamiento que el paciente requería; no se observó un seguimiento médico apropiado ya que desde noviembre de 2010 se identificó disminución de las plaquetas y pérdida de peso; y en abril se mencionó que el examinado requería ser valorado por Medicina Interna y que requería estudios de laboratorio, hechos que no se hacen constar en el expediente de la Unidad Médica que hubieran sido realizados. Asimismo, el médico psiquiatra refirió que el paciente podría padecer de la tiroides o infección por el virus de inmunodeficiencia humana, sin embargo, tampoco se realizaron los estudios necesarios para descartar estos padecimientos. Por lo anterior, se considera que las referencias y traslados a diversos hospitales locales, no fueron oportunos.

De lo anterior, se advierte que habiendo ubicado los probables padecimientos del agraviado, personal de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte no realizó los estudios de laboratorio y de gabinete correspondientes para integrar un diagnóstico certero que permitiera brindar la atención acorde con sus padecimientos, situación que hizo nugatorio el derecho a la salud por no asegurar el máximo estándar de atención.

Caso H. Expediente CDHDF/III/121/IZTP/11/P5115

El agraviado **H**, quien se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, presentaba diversos padecimientos, cuando solicitaba atención por parte de los servicios médicos del reclusorio, éstos no le eran proporcionados. Su estado de salud se deterioró, por lo que fue referido a diversos hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y posteriormente falleció.

En el caso en análisis, se acreditó que existieron actos de mala práctica médica en perjuicio del agraviado **H**, al no asegurársele la atención y seguimiento médico oportuno lo que transgredió el derecho a la salud. La opinión médica emitida por la CDHDF⁴³, concluyó lo siguiente:

1. Por lo que respecta a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, hay una falta de seguimiento en referencia al padecimiento de diabetes mellitus, en los cuadros diarreicos que presentaba y en las causas que generaban la caquexia; la cual de haber tenido un seguimiento adecuado, se hubiera determinado la aparente presencia de la

⁴²Ver anexo evidencia 52.

⁴³Ver anexo evidencia 52.

alteración pulmonar. No se realizó un seguimiento adecuado de sus padecimientos y tratamientos que requería en cuanto a los padecimientos ya establecidos y una falta de seguimiento y diagnósticos oportunos del cuadro principalmente de caquexia.

Aunque, independientemente de este diagnóstico, que se pudiera haber hecho más oportunamente y hubiera dado la posibilidad de iniciar tratamiento para el mismo, el agraviado **H** tenía un pronóstico malo a corto o mediano plazo, consecuencia de la Insuficiencia Hepática grado C de Child Pugh, complicada con la diabetes mellitus.

2. En cuanto al Hospital General Xoco, al agraviado no se le brindó la atención que requería para mejorar su estado de salud; no se le brindó un diagnóstico adecuado y oportuno, ni tampoco integral para los padecimientos crónicos que presentaba.
3. En el Hospital General *Dr. Enrique Cabrera*, solo se le brindó atención en una sola ocasión, siendo aparentemente atendido en el servicio de Urgencias, con mejoría del cuadro por el cual había sido enviado; por lo que no se encuentra ningún nexo causal entre la atención médica proporcionada al agraviado y la muerte de éste.
4. Tanto en el Hospital General *Balbuena*, como en el Hospital General *Iztapalapa*, no se le brindó ninguna atención; lo que sí es de recalcar, es que el paciente por sus condiciones requería tratamiento médico para su estabilización, mismo que ni siquiera se consideró, independientemente de si requería o no algún especialista; requiriendo haya una mejor correlación entre las Unidades Hospitalarias, a fin de que se le pueda brindar a los pacientes una atención pronta y oportuna. En el caso que nos ocupa, por las condiciones clínicas que presentaba el paciente, requería hospitalización para mejorar su estado y dar solo calidad de vida en esos momentos; pero requería ser hospitalizado y brindarle las medidas que requería (apoyo vital) para su estado de salud.
5. En el Hospital General *Ajusco Medio*, solo le dieron algunas medidas, pero por su estado de salud, requería habersele brindado el ingreso hospitalario para estabilización. Por lo que en este Hospital se le negó la atención, la cual requería por su estado y que ya había confirmado el Hospital General de Iztapalapa que requería internamiento y confirmándose con su ingreso al Hospital de Especialidades *Dr. Belisario Domínguez*.
6. La atención médica proporcionada en el Hospital de Especialidades *Dr. Belisario Domínguez* al agraviado fue adecuada para su estado de salud; es más, es el único Hospital que lo hospitaliza debido a su gravedad y le dio al paciente mejores condiciones en el deceso.

Por no haber realizado un estudio confirmatorio, no se tiene el diagnóstico o la causa real del fallecimiento, pues como se comenta en la discusión, puede haber otras patologías que presenten macroscópicamente nódulos y que no tienen relación con el Cáncer. Si bien el Cáncer presenta característicamente este tipo de lesiones, no son la excepción y únicas de este y por ello, se requería el estudio histopatológico confirmatorio.

Por no tener diagnóstico final de la causa del deceso, no se puede determinar si existió o no mala atención médica o nexo causal de las atenciones en los diversos Hospitales, con la causa del fallecimiento." (sic)

Caso K. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/P0192

El agraviado **K** permanecía privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte. Desde el año 2008 recibía atención médica en la Unidad, por diversos padecimientos que presentaba. Su estado de salud se encontraba deteriorado, pues presentaba insuficiencia cardíaca. Derivado de las complicaciones que presentó a partir del mes de diciembre de 2011, fue referido a los Hospitales Generales la Villa y Balbuena, sin embargo falleció el 5 de abril de 2012 por insuficiencia cardíaca descompensada y neumonía adquirida en la comunidad.⁴⁴

Se tiene acreditado que en el caso en análisis, no existió un diagnóstico y seguimiento médico oportuno a favor del agraviado **K**, lo que provocó que no se garantizara a su favor el derecho a la salud. Lo anterior se sustenta en la opinión médica,⁴⁵ emitida por la CDHDF, que establece que:

- [...]en el expediente de la Unidad Médica solo se hace constar la atención médica proporcionada a partir del 31 de enero de 2012. Se contó también con la hoja de Control de Internos de la Subsecretaría del Sistema Penitenciario en la que se menciona que el paciente ingresó al Reclusorio Norte el 2 de septiembre de 2008, por lo anterior en este caso se establece que el expediente elaborado en dicha unidad médica es omiso y no cumple con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico en su numeral 6.2 Nota de evolución en la que se refiere que el médico deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. De dicho expediente clínico se extrajo que desde el 13 de diciembre se auscultó con aumento de la frecuencia cardíaca, con soplo holosistólico, con dificultad respiratoria, ortopnea, en estado de postración, con ingurgitación yugular grado III, con síndrome de retención hídrica, dedos en palillo de tambor; dichos signos y síntomas se refieren en la literatura médica⁴⁶ como característicos de la insuficiencia cardíaca por lo que debió descartarse dicho diagnóstico desde el 13 de diciembre⁴⁷. Aunado a lo anterior, del 31 de enero al 2 de marzo se mantuvo hospitalizado con los diagnósticos de insuficiencia hepática, renal y síndrome de retención hídrica por lo que no se le proporcionó la atención médica ni medicamentosa adecuadas para la insuficiencia cardíaca que padecía.

⁴⁴ Ver anexo evidencia 84.

⁴⁵ Ver anexo evidencia 87.

⁴⁶ Manual de Diagnóstico y Tratamiento de Insuficiencia Cardíaca Crónica, Área del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

⁴⁷ El paciente fue referido al Hospital General la Villa con los diagnósticos de dolor abdominal agudo, probable cólico vesicular, síndrome anémico, descartar síndrome urémico, probable insuficiencia renal crónica.

Por todo lo anterior, en este caso se establece que la atención médica proporcionada al interno paciente en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte no fue adecuada ni oportuna. Asimismo, el expediente clínico no incluye la atención médica proporcionada al paciente antes del 31 de enero por lo que no cumple con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico en su numeral 6.2.

- En lo que respecta a señalar si existió seguimiento médico apropiado en la atención de dicho padecimiento, como se menciona en el punto anterior, el expediente realizado en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte se encuentra incompleto. En el expediente clínico realizado en el Hospital General La Villa se observan dos hojas de referencia realizadas en dicha Unidad Médica el 13 y 26 de diciembre de 2011. Asimismo, en la nota inicial de Urgencias del mismo hospital se refiere que el interno paciente presentaba dolor abdominal de 2 meses de evolución con múltiples tratamientos sin ninguna mejoría, en el expediente de dicha Unidad se observa a partir del 31 de enero. Se contó también con oficio número 2-29198-13, firmado por la doctora Teresita de Jesús Pérez Alfaro, Encargada de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, en el que se menciona que se realizó búsqueda exhaustiva de documentación correspondiente al hoy occiso, antes del 31 de enero de 2012, sin encontrar documento alguno, que avale las atenciones previas a esta fecha. Al no contener las notas médicas de consulta externa u hospitalización, estudios de laboratorio y/o gabinete, hojas de referencia y contrarreferencia, médicamente no es posible dar seguimiento adecuado.

Por lo anterior, en este caso se concluye que no existió seguimiento médico apropiado por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte para atender adecuadamente los padecimientos del interno paciente.

- En cuanto a indicar si las referencias y traslados al Hospital General La Villa para atender su problema de salud fueron oportunos, como se menciona en el punto anterior, en el expediente no se hace constar la atención médica proporcionada previa a las hospitalizaciones (13 de diciembre de 2011) hasta que egresó de dicho hospital el 10 de enero de 2012 e ingresó a dicha Unidad Médica. Por lo anterior, al no conocer el inicio del padecimiento, la evolución, ni el cuadro clínico, ni el tratamiento proporcionado, previo a la hospitalización, no es posible determinar si las referencias al Hospital General La Villa fueron oportunas.

- En lo que respecta a especificar si las referencias y traslados al Hospital General Balbuena para atender su problema de salud fueron oportunos, el interno paciente fue referido a dicho hospital el 13 de enero de 2012, como se ha mencionado anteriormente, no se cuenta con información respecto al estado de salud y la atención médica proporcionada al paciente en ese momento. En la segunda y última hospitalización de fecha 2 de marzo de 2012; el paciente presentaba signos y síntomas característicos de insuficiencia cardíaca como ascitis, postración,

soplo holosistólico, taquicardia, ortopnea, estertores, ingurgitación yugular, hepatomegalia por lo que debió ser referido al Hospital General Balbuena con anterioridad para establecer el diagnóstico y el tratamiento el cual consiste en corregir la causa subyacente⁴⁸ o eliminar los síntomas (reducir el trabajo cardiaco, controlar la retención de líquido e incrementar la contractilidad del miocardio⁴⁹). Por lo que en este caso se considera que la referencia al Hospital General Balbuena el 2 de marzo de 2012 no fue oportuna.

En cuanto a referir si el inadecuado seguimiento o la falta de atención médica oportuna condicionaron el agravamiento en su padecimiento y en consecuencia su fallecimiento, es pertinente señalar que, si bien es cierto que se observó un retraso en el diagnóstico y tratamiento que se brindó al paciente para el padecimiento de cardiopatía congénita e insuficiencia cardiaca congestiva, también lo es que, de acuerdo a la literatura médica, el último padecimiento es progresivo y letal. En ausencia de una causa subyacente corregible, el pronóstico de los pacientes con esta enfermedad es malo, con mortalidad a cinco años de 50%. La mayoría de estas muertes se deben al desarrollo de insuficiencia refractaria, aunque gran cantidad de pacientes mueren de manera súbita, por arritmia ventricular. No se ha comprobado que las arritmias letales puedan prevenirse con antiarrítmicos. En consecuencia en este caso es posible que el retraso en el diagnóstico y atención médica y medicamentosa haya condicionado el agravamiento del paciente, sin embargo, por ser un padecimiento progresivo y letal no es posible determinar si dicho agravamiento haya provocado su fallecimiento.

- En lo que se refiere a advertir si la atención médica brindada al interno paciente en Hospital General La Villa fue oportuna y correcta en el seguimiento a la atención de su padecimiento, del expediente clínico se obtuvo que el paciente fue referido en dos ocasiones la primera el 13 de diciembre de 2011, en dicho hospital se auscultó soplo holosistólico, anemia, aumento de enzimas hepáticas, insuficiencia renal, alcoholismo crónico⁵⁰ y fue dado de alta el 20 de diciembre con los diagnósticos de Insuficiencia hepática Child B. Alcoholismo crónico; insuficiencia renal crónica Kdoqui III⁵¹ secundaria a síndrome hepatorenal tipo 2. El 26 de diciembre de 2011 fue ingresado nuevamente, se observó dificultad respiratoria, cuello con ingurgitación yugular grado III⁵², con edema blando no doloroso en escroto que se extiende hasta extremidades inferiores, con abatimiento extremo, con puntos rojos en la piel, dedos de las manos "en palillo de tambor". Se integran los diagnósticos de retención hídrica, insuficiencia

⁴⁸ Probablemente por medio de la corrección quirúrgica de la aorta bivalva.

⁴⁹ Tintinalli, Judith; Kelen, Gabor. *Medicina de Urgencias*, 6ª edición, Edit. McGrawHill, México 2006, pág. 427.

⁵⁰ En la historia clínica del paciente se refiere que el paciente dejó de consumir bebidas alcohólicas desde 2008, fecha en que ingresó al Centro de Reclusión.

⁵¹ Clasificación para evaluar el estadio de la función renal, en este caso se hace constar en el expediente que el paciente presentaba depuración de creatinina de 46 ml/min, por lo que se ubica en ese punto.

⁵² Refleja un aumento de la presión del circuito derecho que puede ser debido a una insuficiencia cardiaca izquierda y/o derecha, lesiones que obstruyan el flujo sanguíneo como tumores mediastinales o pulmonares (síndrome de vena cava superior) o por trombosis de esta vena.

renal crónica, síndrome urémico, insuficiencia hepática, neumonitis urémica. El paciente fue dado de alta voluntaria el 10 de enero de 2012.

Al respecto la literatura médica^{53,54} refiere que entre los síntomas y datos físicos comunes de insuficiencia cardiaca se encuentran: fatiga, dificultad para respirar, ortopnea, edema periférico, taquicardia, estertores pulmonares, ingurgitación yugular, hepatomegalia, dedos en palillo de tambor. En este caso no se consideraron estos signos y síntomas en conjunto ni por separado, ni se solicitaron estudios de laboratorio y gabinete para descartar la insuficiencia cardiaca y la cardiopatía congénita que el paciente presentaba. Asimismo, se refiere alcoholismo crónico como única causa de la insuficiencia hepática, aun cuando el interno paciente refirió haber suspendido la ingesta de bebidas alcohólicas desde 2008, fecha en que ingresó al Centro de Reclusión y sin presentar sintomatología previa.

Por todo lo anterior, se advirtió que la atención médica y medicamentosa que proporcionó el Hospital General La Villa al interno paciente no fue oportuna ni correcta.

- En lo que respecta a señalar si la atención médica brindada al interno paciente en el Hospital General Balbuena fue oportuna y correcta en el seguimiento a la atención de su padecimiento, del análisis de los expedientes clínicos se desprende que el paciente fue hospitalizado en dos ocasiones: la primera, el 12 de ene, fecha en que ingresó con el diagnóstico de insuficiencia renal crónica e insuficiencia hepática, síndrome hepatorenal tipo 2 y probable derrame pleural. El 15 de enero se menciona que el paciente presenta falla cardiaca, que no fue posible conseguir la radiografía de tórax, y que el paciente es candidato a estudio con ecocardiograma. Sin practicarle dicho estudio fue dado de alta el 31 de enero con los diagnósticos de neumonía en control, descartar tuberculosis pulmonar micosis pulmonar, insuficiencia hepática Child C⁵⁵ y desnutrición moderada. Se administra tratamiento para tuberculosis pulmonar.

La segunda hospitalización fue el 2 de marzo, a su ingreso se observa en mal estado general, con tinte icterico de piel y tegumentos, cuello con ingurgitación yugular bilateral, ruidos cardiacos con soplo grado II en foco pulmonar y mitral, campos pulmonares con estertores crepitantes en pulmón derecho y abolición de ruidos en ambas caras pulmonares con matidez a la palpación de ambas bases pulmonares, abdomen globoso, depresible, extremidades superiores hipotróficas, inferiores con edema +++, además de ingurgitación yugular III, por lo que se solicita ecocardiograma.

⁵³Tintinalli, Judith; Kelen, Gabor. *Medicina de Urgencias*, 6ª edición, Edit. McGraw Hill, México 2006, págs. 426-427

⁵⁴Manual de Diagnóstico y Tratamiento de Insuficiencia Cardíaca Crónica, Área del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

⁵⁵ La clasificación modificada Child-Pugh de severidad de enfermedad hepática se realiza de acuerdo al grado de ascitis, las concentraciones plasmáticas de bilirrubina y albúmina, el tiempo de protrombina, y el grado de encefalopatía.

El 23 de marzo fue referido al Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", en donde le fue practicado ecocardiograma con el que se integran los diagnósticos de cardiopatía congénita, aorta bivalva, doble lesión aórtica con predominio de insuficiencia, la cual es grave, estenosis moderada, estenosis tricuspídea grave. II. Insuficiencia cardíaca crónica sintomática compensada, disfunción diastólica grado III, hipertensión arterial pulmonar severa, insuficiencia hepática crónica estadio Child C. Además se le indicó digoxina tratamiento para la insuficiencia cardíaca y no le fue administrada desde el 31 de marzo porque no hubo en el Hospital, al igual se menciona que no hay albúmina y que no se le administró la furosemida de la forma indicada⁵⁶. Se observó el reporte de ultrasonido de fecha 28 de marzo en el que refiere acumulación de líquido en la cavidad pleural (derrame pleural bilateral), sin embargo, en las notas médicas no se hace referencia a este hallazgo ni se ofrece el tratamiento necesario para disminuir la dificultad respiratoria. El certificado de defunción refiere como causa del fallecimiento neumonía adquirida en la comunidad, en el expediente no se hace constar que se realizaran estudios de laboratorio y gabinete (radiografía de tórax, cultivos) que confirmaran ese diagnóstico.

En conclusión a este planteamiento, se observó un retraso en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la insuficiencia cardíaca y cardiopatía congénita que el agraviado padecía. Asimismo, se observó la carencia hospitalaria de servicios y medicamentos que el paciente requería como digoxina, vitamina K, albúmina. Además de la inadecuada administración del diurético (furosemide) por parte del personal de enfermería.

Caso M. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/P2094

El agraviado **M**, ingresó en el año 2005 al Reclusorio Preventivo Varonil Norte con fractura de tibia y peroné izquierdos ocasionada por atropellamiento, contando con material de osteosíntesis. El material de osteosíntesis fue rechazado por su organismo a tal grado de provocarle un proceso infeccioso, el cual no se previno a través de las referencias oportunas a otras instituciones médicas con mayor capacidad de resolución por parte de la Unidad Médica del citado reclusorio, teniendo como consecuencia que le amputaran la pierna.

En el caso que nos ocupa, se observa omisión de dar seguimiento oportuno al padecimiento que presentaba el agraviado **M** por parte del personal de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, quienes ante el diagnóstico que presentaba, no realizaron las acciones pertinentes a fin de referirlo a una institución hospitalaria que contara con los servicios de especialidad que requería, situación que derivó en un daño irreparable.

⁵⁶ Se observa en las notas de enfermería que los días 31 de marzo y 1 de abril se le administró una dosis al día; el 2 de abril ninguna, la hoja de indicaciones refiere que se debía administrar cada ocho horas.

Aunado a lo anterior, también se observaron malas prácticas por parte del personal del Hospital General La Villa, al no dar seguimiento adecuado al padecimiento y considerar el retiro del material de manera más temprana.

Lo anterior, se encuentra sustentado en la opinión médica⁵⁷ emitida por este Organismo, de la cual se desprende lo siguiente:

- La atención médica que se le proporcionó al interno agraviado **M** en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte para atender su padecimiento, no se considera que haya sido oportuna, lo cual se traduce en mala práctica médica. Se hace esta consideración, pues como se comenta en la discusión, desde el 2006 presentaba la fístula y nunca se gestionó su valoración por la especialidad de Ortopedia; ya que cuando se estaban realizando las valoraciones por el especialista (desde el 2010), no se realizaban las gestiones para la programación de sus interconsultas oportunamente, retrasando con ello el diagnóstico y tratamiento para la resolución del padecimiento.
- En la Unidad Médica, solo le brindaban tratamiento sintomático (analgésico y antibiótico), pero no era un tratamiento resolutivo; el cual, en el caso, eran las interconsultas y la valoración por Ortopedia.
- No se puede considerar que haya existido un seguimiento médico apropiado en la atención de dicho padecimiento; pues a pesar de que en las contrarreferencias se solicitaban nuevos estudios y citas, estos no se gestionaban a tiempo, provocando con ello el retraso de la atención médica.
- Las referencias y traslados al Hospital General La Villa para atender su problema de salud no fueron oportunos; la mayor evidencia es la interconsulta del mes de abril de 2011 y se hacen gestiones para su nueva interconsulta hasta octubre de ese mismo año; pudiendo considerarse repetitivo, pero esto conllevó a un retraso en la atención oportuna y retiro del material.
- El inadecuado seguimiento y/o la falta de atención médica oportuna condicionaron el agravamiento en su padecimiento y como consecuencia la amputación de su extremidad; pues al no haber hecho el retiro oportunamente, propició que la vía de entrada del proceso infeccioso continuara y con ello la infección tanto en hueso como en tejidos blandos y músculos avanzara; así como el hecho de que el antibiótico que se le brindaba no fuera 100% efectivo [...].

⁵⁷Ver anexo evidencia 103.

- La atención médica brindada al agraviado **M** [...] en el Hospital General La Villa, fue adecuada, pero solo en lo referente a la atención brindada en el internamiento del 29 de marzo de 2012, ya que llevaba el proceso infeccioso importante en hueso y tejidos blandos; aunque puede hacerse la consideración que debido al cuadro séptico que presentaba en la extremidad, requería el tratamiento de revisión de los tejidos y con ellos considerar la amputación y el nivel de la misma desde que ingreso, sin que se esperara el resultado del cultivo.

- No obstante lo anterior, no se considera que haya habido un seguimiento correcto, adecuado y oportuno en las interconsultas realizadas en este Hospital, lo cual se traduce en mala práctica médica; ya que en éstas no se realizaba una adecuada valoración del paciente, se hace la observación en la discusión que las notas no siguen lo especificado a la Norma Oficial Mexicana y ellos también hacen un retraso del tratamiento oportuno, al no haber considerado más prontamente el retiro del material, pasando más de un año desde su primera valoración y la fecha en que se programó la cirugía. Por lo que se evidencia un retraso en el tratamiento del padecimiento y por ende, una mejor resolución para la calidad de vida del paciente.

Afectación al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en conexión con el derecho a la vida. Casos B, C, D, E, G, I, J, L, N, O, P, Q, R, S, T.

Caso B. Expediente CDHUO/III/121/GAM/09/P3178

La peticionaria **B** informó a la CDHDF, el 18 de mayo de 2009, que el agraviado **B** permanecía privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, que su estado de salud se encontraba deteriorado, respiraba y caminaba con dificultad pues padecía *diabetes mellitus* y el servicio médico le negaba la atención médica.

El agraviado **B** ingresó al centro de reclusión mencionado desde el año 2007, antes de su ingreso ya presentaba este padecimiento. De las constancias médicas⁵⁸ no se tiene registro de que hubiera recibido atención o seguimiento médico, además, por el deterioro en su salud se advierte no se aseguró a su favor un control del padecimiento, consistente en control de glucosa. A la fecha en que la peticionario formuló queja en esta institución, la enfermedad del agraviado ya se encontraba en un estado avanzado.

Asimismo, se tiene acreditado, que derivado de las acciones promovidas por la CDHDF –medidas precautorias– enviadas al entonces Jefe de la Unidad Departamental de Servicios Médicos en Reclusorios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, fue valorado el 21 de mayo de 2009 en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, donde se le diagnosticó *diabetes mellitus*

⁵⁸Ver anexo evidencias 8,10 y 11.

*descompensada*⁵⁹, posterior a esta valoración, el 23 de mayo de ese mismo año, fue referido al Hospital General Ticomán⁶⁰, lugar donde fue atendido, sin embargo, falleció el 24 de mayo, es decir, un día después de haber sido referido.

De los hechos probados, de igual forma se acredita que en el caso del agraviado **B**, no se llevó un adecuado control y seguimiento de la *diabetes mellitus* que presentaba, lo que en un estadio avanzado, provocó que su estado de salud se deteriorara y posteriormente falleciera.

En este sentido, de la opinión médica emitida por personal de la CDHDF⁶¹, se desprende que la atención que se le brindó en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte no fue la adecuada, ya que no se le realizó el diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno para su padecimiento de *diabetes mellitus tipo II*, y dicho retraso derivó en el surgimiento de complicaciones, las cuales al no ser atendidas a tiempo, empeoraron el pronóstico y finalmente le ocasionaron la muerte, es decir, de haberse cumplido los estándares de atención fijados por la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, dicho descontrol no se hubiera generado y posiblemente se hubieran garantizado condiciones para la prolongación de la vida.

Caso C. Expediente CDHDF/III/121/GAM/09/P6753.

El agraviado **C**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte. Desde el año 2002,⁶² recibía atención médica para la *diabetes mellitus tipo II* que presentaba. De los hechos del caso, se desprenden dos situaciones que deben ser analizadas, por un lado, se observó un inadecuado manejo en el padecimiento de base, *diabetes mellitus tipo II*, cuyo abordaje no guarda relación directa con las causas de muerte y por otro, la neumonía no detectada.

Manejo de diabetes mellitus.

De las constancias médicas que se integran en el expediente clínico que formó la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, así como de la opinión médica emitida por personal de esta Comisión de Derechos Humanos, se tiene acreditado que desde el primer momento en que se brindó atención médica al agraviado **C** –año 2002– hasta diciembre del año 2009, fecha en la que su estado de salud se deterioró por otras causas, se llevó un control irregular de su padecimiento.

A partir del año 2002 y 2003, al agraviado **C** se le suministró un tratamiento farmacológico –dosis de glibenclamida– que no correspondía a la que requería para controlar su padecimiento, lo que de

⁵⁹Ver anexo evidencia 8.

⁶⁰Ver anexo evidencia 8.

⁶¹Ver anexo evidencia 12.

⁶² Ver anexo evidencia 13.

acuerdo a la opinión médica emitida por esta Comisión⁶³, puso en riesgo al paciente de padecer hipoglucemias y contribuyó a un mal manejo del padecimiento.

La autoridad sanitaria informa en diversas notas médicas,⁶⁴ que el agraviado **C** no siguió el tratamiento establecido, ya que no acudía a sus citas para valoración de la *diabetes mellitus*, sin embargo, se tiene acreditado del expediente clínico, que el tratamiento no se cumplía de manera adecuada por acciones atribuidas a la Unidad Médica del Reclusorio Norte y no al agraviado, como por ejemplo la falta de farmacia y falta de estudios de laboratorios. Cobra especial relevancia que, si el caso fue identificado por parte del área médica, como un caso que requería vigilancia estrecha, ésta no se haya realizado o en su defecto, que no se aprecia, de la revisión de las constancias que integran el aludido expediente, tendría que desprenderse el consentimiento informado en que se asentara la negativa del agraviado de recibir el tratamiento médico.

En los meses de julio y octubre de 2009, respectivamente, se le practicaron diversos estudios de laboratorio en los que se reportan alteraciones⁶⁵, las que implicaban realizar estudios de laboratorio más específicos y en su caso, envió para valoración a otro nivel de atención, para descartar insuficiencia renal, lo cual no se realizó.

Neumonía no detectada y posterior fallecimiento.

El 4 de diciembre de 2009, el agraviado **C**, acude de nueva cuenta a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte y reporta pérdida de peso con cinco meses de evolución, situación que no se documenta en las valoraciones del mes de julio y octubre de ese mismo año. En esa fecha es hospitalizado en la Unidad Médica, donde no se le informa un diagnóstico certero sobre su padecimiento, pero de acuerdo a la sintomatología reportada, presentaba datos de una neumonía adquirida en la comunidad (NAC), al respecto, con base en la opinión médica⁶⁶ emitida por personal de este Organismo, es posible inferir una serie de omisiones y acciones que coadyuvaron en el deterioro de su estado de salud:

- Aun cuando, el paciente presentaba sintomatología respiratoria y pérdida de peso importante, los cuales se consideran síntomas sugestivos de infección de vías respiratorias bajas, no fue referido a un hospital para su valoración sino hasta el 14 de diciembre, es decir, 10 días después, lapso en el cual, no obra ninguna constancia del diagnóstico en el expediente clínico, situación que pone de manifiesto la falta de medios de diagnóstico por parte de la Unidad Médica y la dilación para referir al paciente a una institución hospitalaria, considerando la carencia de los mismos.

⁶³Ver anexo evidencia 21.

⁶⁴Ver anexo evidencias 16 y 19.

⁶⁵Ver anexo evidencia 20.

⁶⁶Ver anexo evidencia 21.

- Personal de la Unidad Médica le indica tratamiento farmacológico –antibiótico– sin existir justificación médica en el expediente clínico, hecho que se encuentra estrechamente relacionado con la incapacidad material de dicho servicio para determinar un diagnóstico y en función del mismo, indicar el tratamiento adecuado.
- Posterior a ser referido a la Torre Médica Tepepan –14 de diciembre de 2012–, el paciente permaneció en la Unidad Médica del centro hasta el 20 de diciembre, fecha en la cual, presentó una urgencia médica, sin embargo, se negó a ser trasladado a un hospital, manifestando su deseo por escrito, hecho que no puede ser utilizado como argumento por parte del personal médico para no referirlo a un hospital, en virtud que, el consentimiento informado no aplica ante una urgencia que pueda poner en peligro la vida y/o integridad psicofísica del paciente.
- Relacionado con lo anterior, es importante señalar que, si bien es cierto que fue referido a instituciones hospitalarias externas, dichas referencias fueron dilatorias, situación que derivó en una serie de malas prácticas por parte del personal médico del centro de reclusión –incapacidad material para establecer un diagnóstico, al no tener determinado éste, prescripción de un medicamento inadecuado, ante la falta de medios de diagnóstico, dilación en la referencia a un hospital que contara con los aparatos, instrumentos y servicios de especialidad que requería y finalmente, ante la presencia de una urgencia médica, negativa de traslado a un hospital, con el argumento de que el paciente se negó a ser trasladado–.

Caso D. Expediente CDHDF/III/122/XOCH/11/P0621

Se tiene acreditado que el agraviado **D**, quien se encontraba privado de la libertad en el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial, presentó diversos padecimientos, en particular presentaba desnutrición, crisis convulsivas, trastorno psiquiátrico y deterioro neurológico/retraso mental⁶⁷ que impedía que pudiera deambular y valerse por sí mismo, no respondiendo a estimulación verbal, aunado a lo anterior, fue diagnosticado con infección en las vías urinarias.

A partir del 15 de febrero de 2011, su estado de salud se deteriora y es referido a diversos hospitales de la red de salud del Distrito Federal. En un primer momento es referido al Hospital General Xoco, donde se le diagnosticó epilepsia descontrolada, probable infección en las vías urinarias, desequilibrio hidroelectrolítico y desnutrición grado II⁶⁸, permaneció en este lugar hasta el 2 de marzo de ese año, se le regresa al Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial y el 3 de marzo, considerando que presentaba fiebre y mal estado de salud general, lo refieren al Hospital General Gregorio Salas, donde se determina que por su estado de salud requiere ser valorado por la especialidad de psiquiatría y neurología.

⁶⁷Ver anexo evidencia 22.

⁶⁸Ver anexo evidencia 25.

Fue referido al Hospital Belisario Domínguez, donde es valorado por la especialidad de neurología para posteriormente regresar al Hospital General Gregorio Salas, su estado de salud se deterioró hasta su fallecimiento el día 28 de marzo de 2011, fallece por un parocardiorrespiratorio de manera súbita realizando maniobras de reanimación básicas y avanzadas declarándose clínicamente muerto a las 2:40 horas, con diagnóstico de egreso: *neumonía nosocomial; trastorno esquizofreniforme orgánico secundario*.⁶⁹

Ahora bien, el caso en análisis planteaba una complejidad, dado el deterioro neurológico del agraviado, los padecimientos que presentaba se agudizaron, si bien la Unidad Médica del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial, lo refirió a las instituciones médicas con capacidad de resolución, de la opinión médica emitida por personal de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal⁷⁰ se advierte que la atención médica brindada al agraviado **D**, en las diferentes instituciones médicas donde permaneció, Hospital General Xoco y Gregorio Salas, no fue oportuna ya que no se realizaron los estudios necesarios para determinar el origen del deterioro neurológico y la infección de vías urinarias que presentaba, además, el paciente no fue valorado por médico psiquiatra y no se le proporcionó el tratamiento adecuado para la neumonía que presentaba, la cual con base en el protocolo de necropsia fue la causa de la muerte del agraviado, es decir, no se garantizó el máximo estándar de atención médica a su favor y como consecuencia no se aseguraron condiciones de vida digna, por las siguientes razones, de acuerdo a la citada opinión médica: ⁷¹

- Respecto al Hospital General Xoco, el paciente presentaba deterioro neurológico y no fue valorado por la especialidad de Neurología. En dicho hospital, fue diagnosticado con infección de vías urinarias, sin embargo, la literatura médica refiere que el estándar de oro para el diagnóstico de dicho padecimiento es el cultivo de orina con antibiograma para determinar el tratamiento antibiótico que requiere el paciente, en el caso que nos ocupa no se realizó dicho estudio.
- En cuanto a la atención médica proporcionada al agraviado **D** en el Hospital General Gregorio Salas el paciente presentó fiebre en diversas ocasiones a pesar de que se le estaba administrando tratamiento para contrarrestarla (metamizol), a su ingreso se diagnostica como fiebre de origen a determinar; [...] pero en el caso del paciente no se realizaron los estudios necesarios para determinar el origen de la fiebre y en consecuencia proporcionar el tratamiento médico y medicamentoso adecuado. Respecto a la infección de vías urinarias que presentaba, tampoco se hace constar en el expediente que se le haya practicado un cultivo para determinar el tratamiento antibiótico específico que requería. El 17 de marzo se determinó radiológicamente que el paciente presentaba foco neumónico, al respecto, la literatura médica⁷² refiere que la neumonía puede ser causada por virus, bacterias, hongos, por lo que deben realizarse cultivos de sangre y líquido

⁶⁹ Ver anexo evidencia 33

⁷⁰ Ver anexo evidencia 34.

⁷¹ Ver anexo evidencia 34.

⁷² Luna, et al. Neumonía intrahospitalaria . ArchBronconeumol. 2005;41(8):439-56

pleural, para determinar la etiología y proporcionar el tratamiento adecuado. En este caso, en el expediente no se hace constar que se hubieran realizado los estudios necesarios para determinar la etiología de la neumonía y proporcionar el tratamiento adecuado.

- Asimismo, desde el 24 de marzo se solicitó practicar gastrostomía ante la incapacidad del paciente para alimentarse, sin embargo, inicialmente se refiere que no hay tiempo quirúrgico y el médico anestesiólogo menciona que tiene otras cirugías pendientes y se sugiere solicitarla al día siguiente, en relación con ello, en el expediente no se vuelve a mencionar la necesidad de dicho procedimiento, por lo que éste no fue realizado. El día 25 de marzo se sospecha de tuberculosis pulmonar por lo que refiere en las notas médicas que se le practicarían estudios para confirmar el diagnóstico y que se le proporcionaría el tratamiento, en el expediente no se hace constar que se hubieran realizado estudios ni que se le hubiera proporcionado tratamiento antifímico.

Caso E. Expediente CDHDF/III/121/IZTP/11/P1168.

Se tiene acreditado que el agraviado **E**, presentaba una lesión cerebral⁷³ provocada por un disparo de arma de fuego⁷⁴ realizada por particulares. El 20 de diciembre de 2010 ingresó al Hospital General Balbuena donde permaneció hasta el 28 de enero de 2011, encontrándose hospitalizado en esta institución por más de un mes⁷⁵.

El 28 de enero de 2011 es dado de alta del hospital señalado y dada su situación jurídica ingresa al Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. Permanece en el servicio médico de este lugar, desde donde se ordenan, en diferentes momentos, las referencias a otras instituciones hospitalarias de la red de salud local, ya que su estado de salud se encontraba deteriorado, así, es trasladado en los meses de enero, febrero y marzo de 2011 al Hospital General Xoco y al Hospital General Balbuena, en este último fallece el 17 de marzo de 2011 por neumonía nosocomial, sangrado de tubo digestivo alto y por daño neurológico⁷⁶, incluso, el 11 de marzo de ese año, personal de la CDHDF dio constancia que el agraviado **E**, quien en ese momento se encontraba en el servicio médico del reclusorio mencionado, no estaba consciente, presentaba mirada perdida, tenía colocada sonda y pañal, no respondía al llamado ni a la estimulación, presentaba úlceras por la falta de movilidad y se tenía que utilizar la sujeción gentil.⁷⁷

Ahora bien, este Organismo advierte que la lesión y daño que presentaba el agraviado **E** era grave y el pronóstico para la evolución era reservado, no pudiendo establecerse un nexo de causalidad entre su fallecimiento y la praxis médica, sin embargo, considera que en diferentes momentos existieron

⁷³Fase de secuelas de traumatismo craneoencefálico secundario a herida por proyectil de arma de fuego + fractura occipital en control + hemorragia subaracnoidea remitida + neumonía nosocomial resuelta.

⁷⁴Ver anexo evidencia 35.

⁷⁵Ver anexo evidencia 40.

⁷⁶Ver anexo evidencia 41.

⁷⁷Ver anexo evidencia 35.

acciones y omisiones que no garantizaron la adecuada atención bajo el máximo estándar por parte de las instituciones que le brindaron atención y con ello se aceleró la complicación de sus padecimientos.

La opinión emitida por personal médico de la CDHDF⁷⁸ establece que por parte del personal médico que lo atendió, existieron omisiones por lo siguiente:

- En lo que hace al personal de la Unidad Médica del Centro; se señala que el 28 de enero de 2011, presentaba fiebre, sin embargo, no se solicitaron estudios de laboratorio y/o gabinete para establecer un diagnóstico. Durante la última hospitalización en dicha unidad, del 3 al 11 de marzo de 2011, no se hacen constar las notas médicas del 6 y 7 de marzo de ese año, el paciente continuó con fiebre y datos de infección de vías urinarias, además, no fue referido oportunamente ya que presentaba datos clínicos de neumonía e infección de vías urinarias además de sangrado de tubo digestivo alto desde el día 9 y fue referido hasta el día 11 de marzo, debiendo ser referido desde la primera fecha referida. A su ingreso al Hospital Gregorio Salas se confirmó el deterioro en su estado de salud, ya que se observó con infección generalizada y desequilibrio hídrico y electrolítico.⁷⁹
- En lo que respecta al Hospital General Balbuena el agraviado **E**, desde su ingreso, el día 20 de diciembre de 2010⁸⁰ requería ser hospitalizado en el área de Terapia Intensiva, sin embargo, no se contó con disponibilidad en el servicio de ese hospital ni en otros de la red como Hospital de Especialidades de la Ciudad de México ni el Hospital General Xoco. En las notas médicas se hace constar que en cierto periodo de hospitalización del agraviado **E** no se contó con estudios de laboratorio, así como de radiología y tomografía desde el 25 de diciembre hasta el 3 de enero, fecha en que le fue practicada la tomografía.

El 28 de enero de 2011, fecha en que fue dado de alta el paciente, presentaba disminución de la ventilación en campos pulmonares a nivel basal y fiebre por lo que no debió haber sido dado de alta. Asimismo, se observó resultado de cultivo de secreción (no se menciona tipo) y de orina en donde se reporta desarrollo de *Candida Albicans* (de fecha 30 de diciembre y 1 de marzo, respectivamente). En el expediente no se hace constar que se le hubiera proporcionado tratamiento para dicha infección.

Asimismo, el 24 de febrero el agraviado fue ingresado nuevamente, a su ingreso se menciona que presenta aumento de leucocitos, fiebre y a la auscultación con ruidos anormales en campos pulmonares por lo que se sugiere descartar neumonía sin embargo no se hace constar que se hubieran tomado los estudios de laboratorio y gabinete (radiografía de tórax o cultivo de secreciones) para descartar proceso infeccioso a nivel pulmonar o iniciar con tratamiento antibiótico

⁷⁸Ver anexo evidencia 41.

⁷⁹Ver anexo evidencia 41.

⁸⁰Ver anexo evidencia 41.

empírico. Lo anterior, tomando en cuenta además que por las condiciones de postración, intubación prolongada, dificultades para la deglución, hospitalizaciones, aumentaban el riesgo de que el paciente presentara proceso neumónico.

De igual manera, se menciona que presenta infección de vías urinarias, sin embargo, tampoco se hace constar que se hubiera realizado algún cultivo para determinar el agente causal. También presentó sangrado de tubo digestivo alto y no se le practicó estudio endoscópico para integrar algún diagnóstico y proporcionar el tratamiento adecuado.

Durante su último ingreso a dicho hospital, el 11 de marzo, se determinó que el paciente presentaba sepsis (infección generalizada) [...] para lo cual se debió haber hospitalizado en el área de terapia intensiva.

Caso G. Expediente CDHUN/III/121/IZTP/11/P5041

El agraviado **G**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. De los hechos probados se tiene que acudía de manera periódica a la Unidad Médica de dicho centro con la finalidad de recibir atención, pues presentaba dolores recurrentes de cabeza. El 16 de agosto de 2011, mientras hablaba por teléfono se desmayó, presentando un evento vascular y personal de la Unidad Médica intentó referirlo a algunos hospitales de la red de salud local, sin embargo, fue rechazado en diversas ocasiones, sin que existiera justificación a dichas negativas, cuando fue aceptado en uno de estas instituciones, su estado de salud ya estaba deteriorado y falleció el 4 de septiembre de 2011.

De la opinión emitida por personal médico de este Organismo se tiene acreditado que la negativa de aceptación oportuna por parte de los Hospitales General Balbuena, Rubén Leñero y de Especialidades Belisario Domínguez, contribuyó con el deterioro del pronóstico del agraviado **G**, disminuyó las probabilidades de sobrevivencia.

En particular, la citada opinión médica⁸¹ destaca que la enfermedad vascular isquémica cerebral es una patología en donde existe una disminución o ausencia de flujo sanguíneo en un territorio determinado del cerebro, lo que va a traer como resultado una serie de síntomas específicos, los cuales dependerán del área cerebral afectada. Por la historia súbita (estaba hablando por teléfono y sólo se cayó) nos habla de un inicio súbito con sintomatología neurológica.

La Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente decide referir al paciente. Sin embargo, se encuentra en las notas médicas del expediente que la referencia fue hecha, pero los Hospitales Balbuena, Rubén Leñero y Belisario Domínguez no aceptaron al paciente, argumentando falta de espacio o falta de equipo para diagnóstico. Lo anterior impidió brindarle atención médica adecuada y

⁸¹Ver anexo evidencia 59.

oportuna al paciente ya que, según las notas de Referencia de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, desde las 19:05 horas del día 16 de agosto de 2011 hasta las 03:50 horas del día 17 de agosto de 2011 permaneció en dicho servicio en espera de ser referido.

En relación con lo anterior, es importante mencionar que el tratamiento oportuno otorga un mejor pronóstico en los pacientes, sobre todo antes de las 3 horas de iniciada la sintomatología, máximo hasta 6 horas después de iniciada la sintomatología. Sin embargo, en este caso el tratamiento se brindó 24 horas después de haber presentado el evento isquémico, debido a la falta de espacio físico, así como de instrumentos diagnósticos; lo que derivó en un retraso de la atención médica que sumado al resto de patologías que de forma concomitante presentó o ya presentaba el paciente ocasionaron las complicaciones y finalmente la muerte del paciente.

Cabe mencionar que de acuerdo a la evolución clínica del agraviado durante su ingreso al Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, éste ya debió de presentar alteraciones a nivel cardíaco o hemodinámico sugestivas de alteración cardíaca. Por lo que es probable que dichas alteraciones hayan estado compensadas y descompensarse al momento que el paciente presentó el evento isquémico cerebral.

Caso I. Expediente CDHDF/III/121/IZTP/11/P7441

El agraviado I, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, presentaba complicaciones de salud por la *diabetes mellitus tipo II*, la cual no fue controlada por parte de la Unidad Médica de dicho Centro de Reclusión, por lo que su estado de salud se deterioró a tal grado de presentar insuficiencia renal y posteriormente falleció –23 de diciembre de 2011–.

Analizadas las constancias que integran el caso, se tiene acreditado que existieron una gama de factores que influyeron en el deterioro de la salud del agraviado I y que siendo previsibles, no fueron observadas por los servicios médicos del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. La opinión emitida por personal médico de esta Comisión de Derechos Humanos proporciona elementos suficientes para establecer actos de mala práctica médica consistentes en el inadecuado seguimiento para la atención de las complicaciones médicas derivadas de la diabetes que presentaba el agraviado, así, la citada opinión analiza lo siguiente⁸²:

- Atención médica en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente:

En este rubro es necesario mencionar que, cuando el paciente acudió a la Consulta Externa de la unidad entre marzo y abril de 2011 presentaba datos clínicos de daño renal, es decir la hinchazón de la cara y los miembros inferiores. Posteriormente se

⁸²Ver anexo evidencia 73.

realizaron unos estudios donde se confirmó daño renal (creatinina, urea y las grasas en sangre elevadas, además la presencia de proteínas en orina).

La conducta de la UMRPVO en ese momento fue expectante, dieron tratamiento médico y el paciente mejoró su estado clínico. Sin embargo en ese momento el paciente requería atención médica especializada por parte de un médico internista o un nefrólogo, quienes habrían valorado si requería tratamiento con diálisis. Por lo que una omisión importante en este rubro fue la falta de valoración por parte de un especialista.

Posteriormente se menciona que el paciente en el periodo de agosto a septiembre de 2011, dejó de tomar su medicamento, por lo que cuando acudió el 27 de septiembre de 2011 a la Unidad Médica, éste ya tenía una descompensación clínica que requirió valoración hospitalaria de nueva cuenta en la UMRPVO, donde no se le brindó terapia de sustitución renal.

De nueva cuenta en la UMRPVO solicitaron en múltiples ocasiones interconsultas con médicos especialistas del Hospital General Iztapalapa (del 4 al 17 de octubre de 2011, sustentando en las hojas de indicaciones médicas fojas 20 a 41 de las copias del expediente), obteniendo la interconsulta para nefrología el 25 de octubre de 2011, donde la nefróloga mencionó que no requería tratamiento con hemodiálisis, sin que eso descartara que requiriera tratamiento de sustitución renal. Su estado de salud se deterioró por lo que volvieron a solicitar a dicho hospital una valoración, fue hospitalizado, se le brindó diálisis, la cual no fue del todo funcional y lo volvieron a referir a la UMRPVO. La unidad solicitó de nueva cuenta la valoración por internistas hasta que el Hospital General de Especialidades Dr. Belisario Domínguez lo atendió, sin embargo falleció.

Por lo que existió una omisión por no haber recibido la interconsulta por parte de especialistas médicos del 4 al 17 de octubre de 2011, mismas interconsultas que fueron solicitadas por los médicos tratantes del agraviado I en la UMRPVO. Cabe mencionar que la falta de interconsulta por parte de médicos especialistas, si pudo provocar un deterioro en la salud del paciente ya que esto influyó para no recibir un tratamiento oportuno.

- Atención médica en el Hospital General Iztapalapa:

De lo mencionado, nos enfocaremos en la atención del Hospital General Iztapalapa, Unidad Médica que hospitalizó al paciente del 30 de septiembre al 1 de octubre de 2011 y del 6 al 23 de noviembre de 2011.

[...] en la primera hospitalización existió omisión por parte de los médicos del Servicio de Urgencias, los cuales diagnosticaron insuficiencia renal crónica estadio 5. Como lo menciona la literatura médica, este diagnóstico es indicativo de la terapia de sustitución renal con diálisis (hemodiálisis no diálisis peritoneal) o con un trasplante renal, por lo que debieron de haber solicitado dicho tratamiento o en su defecto se debió de haber interconsultado a un médico internista o a un nefrólogo. Sin embargo, durante la estancia hospitalaria no existen constancias de que se haya realizado alguna interconsulta o la propia realización de la terapia sustitutiva de la función renal.

En cuanto a la segunda hospitalización, se le colocó un catéter para dializarlo, se prescribieron 30 recambios; sin embargo, el catéter tuvo problemas y solo le pudieron realizar 11 recambios, por lo que le cambiaron de nueva cuenta el catéter; sin embargo, el líquido de diálisis comenzó a tornarse sanguíneo por lo que ya no realizaron más diálisis. Se menciona en el expediente que se le ofreció la colocación de un catéter blando para diálisis continua pero en el expediente clínico se reportó que el paciente no aceptó.

Con tal tratamiento mencionado, las cifras de creatinina y urea disminuyeron considerablemente tras haber estado muy elevadas. Al momento de darlo de alta, el 23 de noviembre de 2011, solo se tenían los laboratorios del 17 de noviembre de 2011, donde se mostraba que los niveles de creatinina habían aumentado de nueva cuenta.

Por lo que [...] existió una omisión por parte del servicio tratante, toda vez que, se dio de alta al paciente, sin haberle realizado estudios de laboratorio del 22 ó 23 de noviembre de 2011, lo cual pudo haber cambiado la ruta terapéutica o en su defecto revalorar el alta del paciente.

En cuanto a la atención médica del Hospital General Iztapalapa, se pueden documentar dos omisiones (la primera consiste en no haber referido a interconsulta al paciente con un médico internista o iniciado la diálisis peritoneal el 30 de septiembre de 2011 y la segunda haber dado de alta al paciente el 23 de noviembre de 2011, sin sus datos de laboratorios actualizados) además un hecho adjudicable al paciente que fue el no aceptar la colocación de un catéter blando para la realización de la diálisis, por lo que se considera que estos tres factores influyeron en conjunto para que su estado de salud se deteriorara.

[...]

Por lo que se puede inferir, más no aseverar, la muerte del paciente se pudo haber producido por la confluencia de varios factores o circunstancias (no haber recibido

interconsultas a tiempo, complicaciones propias de la enfermedad, haberse dado de alta anterior a realizar estudios de laboratorio y la negativa del paciente a colocar un catéter blando) en su conjunto.

Caso J. Expediente CDHDF/III/121/IZTP/11/P7510.

El agraviado **J** se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. El día 7 de diciembre de 2011 acudió a la Unidad Médica del citado Reclusorio, lugar donde lo valoraron y determinaron que presentaba gastritis. El 20 y 22 de ese mes y año acudió de nueva cuenta, manifestando dolor intenso en el estómago, en esta última fecha, se determina trasladarlo al Hospital Ajusco Medio por una probable neuroinfección⁸³.

El agraviado **J** ingresó a esa institución hospitalaria y un día después falleció –23 de diciembre de 2011–, determinando como origen del fallecimiento un choque séptico y neumonía bilateral de 3 días de evolución.

En este sentido, es pertinente señalar que no se aseguró una adecuada atención médica al agraviado **J**, situación que se corrobora con la opinión médica realizada por este Organismo, en la que se tiene acreditado que el inadecuado diagnóstico y tratamiento indicado para su padecimiento, además de la tardía referencia a una institución médica con capacidad de resolución, fueron determinantes para que su estado de salud se deteriorara y en consecuencia, se presentara el fallecimiento.

Al respecto, se destaca que de acuerdo a la citada opinión médica⁸⁴ cuando el agraviado **J** acudió a dicha Unidad Médica el 20 de diciembre a las 21:03 horas con dolor abdominal, el diagnóstico emitido fue gastritis probablemente erosiva, a descartar ulcera péptica y faringitis, padecimientos para los cuales se le indicó analgésico (butilhioscina) entre otros medicamentos y fue enviado a su dormitorio.

El 22 de diciembre acudió nuevamente a la Unidad Médica por continuar con síntomas, motivo por el cual, se solicita interconsulta a hospital por probable neuroinfección, siendo referido al Hospital General Ajusco Medio, donde fallece un día después, con diagnóstico de choque séptico de 24 horas de evolución, neumonía bilateral de tres días de evolución e insuficiencia renal aguda de dos días de evolución.

En el caso que nos ocupa, el paciente no fue referido a hospital de segundo o tercer nivel para ser atendido dos días previos a su fallecimiento, aun cuando estaba diagnosticado con probable úlcera

⁸³Ver anexo evidencia 76.

⁸⁴Ver anexo evidencia 92.

péptica la cual podría estar perforada y conllevar a una peritonitis y choque séptico, situaciones que conculcaron su derecho a la salud y a la vida.

Caso L. Expediente CDHUN/III/121/XOCH/12/P0306

El agraviado L, quien se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur, acudió el 12 de diciembre de 2011 al servicio médico de dicho Reclusorio. Presentaba evacuaciones diarreicas, cansancio y debilidad. Al valorarlo lo diagnosticaron con un cuadro de faringitis y síndrome diarreico, prescribiéndole antibiótico.

Catorce días después acudió de nueva cuenta a dicho servicio por presentar los mismos síntomas, integrándose el diagnóstico de síndrome anémico y de desgaste⁸⁵, sin embargo, no se inicia el protocolo de estudio correspondiente.

Dado que la salud del agraviado no se reestablecía, la CDHDF solicitó a través de medidas precautorias que lo valoraran, lo que ocurrió el 19 de enero de 2012. Posteriormente, es valorado el 31 de enero de ese año, dado que la Clínica Condesa realizó llamada telefónica para que fuera valorado y referido a esa institución médica, ya que la esposa del agraviado L había acudido a hacerse las pruebas de detección de VIH,⁸⁶ es decir, por esta comunicación telefónica, el servicio médico del Reclusorio Preventivo Varonil Sur determinó valorarlo de nueva cuenta y solo así se pudieron percatar de la gravedad de su estado de salud.

El día 1 de febrero de 2012, es valorado en la Clínica Condesa y se determina que clínicamente presentaba neumonía con disnea de pequeños esfuerzos, estertores subcrepitantes generalizados y candida oral pseudo membranosa, le realizan la prueba rápida de ELISA considerando los padecimientos y las condiciones en las que se encontraba, siendo positiva esta prueba⁸⁷. En esta institución se decide trasladarlo al Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, sin embargo esto no fue posible, ya que por su delicado estado de salud falleció, reportándose en el protocolo de necropsia⁸⁸ que falleció por neumonía bilateral no traumática en un sujeto con tuberculosis pulmonar.

El caso en análisis pone de manifiesto la falta de seguimiento y acciones específicas para determinar un diagnóstico certero a favor del agraviado L que detectara que el paciente vivía con VIH. La falta de atención ante los síntomas y la nula mejoría que éste presentaba, demuestra la falta de cuidado por parte del personal de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, quienes lejos de reconducir la atención médica y preservar su salud, actuaron posterior a la

⁸⁵Ver anexo evidencia 92.

⁸⁶Ver anexo evidencia 94.

⁸⁷Ver anexo evidencia 94.

⁸⁸Ver anexo evidencia 91.

intervención de una institución ajena a los servicios de salud en reclusorios, acción que resultó tardía e inoportuna, pues el agraviado falleció.

En virtud de lo anterior, es posible referir que el personal médico del Reclusorio Preventivo Varonil Sur al no diagnosticar de forma oportuna el padecimiento del agraviado L—en la Unidad Médica del Centro y/o realizando las acciones necesarias para referirlo a un hospital con la capacidad de atención—y en consecuencia no garantizar un tratamiento adecuado y oportuno, vulneraron en su perjuicio el derecho a la salud.

Lo anterior se señala, ya que de acuerdo a la opinión médica emitida por personal de este Organismo⁸⁹, ante la presencia del síndrome de desgaste, el personal de la UMRPVS tenía que haberlo estudiado de manera urgente y adecuada, pues la presencia de este síndrome puede ser indicativa de enfermedades importantes y que requieran diagnóstico con prontitud y otorgar el tratamiento [...], por ello, el dictamen concluye:

1. La atención médica brindada al interno paciente en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur para la atención de su padecimiento no fue adecuada y oportuna; requería haber realizado el diagnóstico y la causa que estaba provocando el síndrome de desgaste que señalaban.
2. Se puede decir que existió retraso y/o deficiencia en la atención y valoración del paciente respecto a su problema; pues como ya se comentó, si consideraban en síndrome de desgaste, requería que realizaran el diagnóstico del padecimiento que generaba esta alteración.
3. La referencia y traslado a la Clínica Especializada Condesa no fueron oportunos, pues esta, de acuerdo a la documentación, se realizó por que la propia Clínica Condesa lo solicitó, pero no porque de la UMRPVS se hayan realizado las gestiones.
4. Si bien la atención deficiente que recibió el interno paciente no incidió ni decisiva para su fallecimiento, pues ya presentaba enfermedades oportunistas derivadas de la infección; pero es posible que si se le hubiera brindado una atención oportuna, pudiera haber brindado la oportunidad de recibir atención y que se viera si presentaba una mejoría en su evolución.
5. El resultado de la Necropsia del interno paciente, corresponde con el diagnóstico que se obtuvo de las pruebas realizadas en la Clínica Condesa (infección por VIH) y las causas del fallecimiento que se señalan como tal, son consideradas complicaciones o enfermedades oportunistas que se presentan en los pacientes con esta infección.

⁸⁹Ver anexo evidencia 94.

Caso N. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/P2210.

En el caso en análisis, la peticionaria **N** informó a este Organismo que su hijo, agraviado **N**, presentaba diversos padecimientos, tales como una protuberancia en el abdomen, pérdida de peso, entre otros, y la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte no le brindaba atención médica adecuada y su salud se deterioraba de forma paulatina.

Considerando las manifestaciones hechas por la peticionaria, a partir de la interposición de la queja, esta Comisión solicitó medidas precautorias a favor del agraviado **N** para que le brindaran la atención médica que correspondiera, se determinara el diagnóstico médico y se normara el tratamiento a seguir, programándose para el día 11 de abril de 2012 en el Hospital General Balbuena, la realización de un estudio, sin embargo, no se lo practicaron porque la petición no estaba bien requisitada,⁹⁰ es decir, salió de Reclusorio de forma innecesaria para que se le practicara un estudio y con ello integrar un diagnóstico, pero esto no pudo efectuarse.

El 11 de abril de 2012, personal médico de este Organismo valoró al agraviado **N** y previa consulta del expediente clínico advirtió que presentaba una *tumoración abdominal a determinar naturaleza benigna o maligna* y era necesario que fuera atendido por el Instituto Nacional de Cancerología⁹¹.

Ante la gravedad del caso, ese mismo día se solicitó a la Encargada del Servicio Médico del Reclusorio Norte que se realizaran las acciones correspondientes para referirlo a la institución mencionada para asegurar la adecuada atención médica del agraviado, pero esta funcionaria únicamente informó que el área médica de esa institución estaba realizando las acciones necesarias para brindar atención al agraviado **N**⁹², sin que se puntualizara que iba trasladarlo o se aseguraría la atención en otra institución de tercer nivel.

La peticionaria **N** ante la negativa en un primer momento y el retraso en las acciones efectivas para asegurar un adecuado diagnóstico al agraviado **N**, adquirió un seguro facultativo a favor de su hijo en el Instituto Mexicano del Seguro Social y realizó los trámites para que lo recibieran, logrando que a partir del 18 de abril de 2012 le realizaran en la Clínica 27 de esa entidad nacional diversos estudios⁹³.

El 8 y 11 de mayo de 2012, fue valorado en Hospital General de Zona No. 27 Tlatelolco del Instituto Mexicano del Seguro Social.⁹⁴

⁹⁰ Ver anexo evidencia 106.

⁹¹ Ver anexo evidencia 107.

⁹² Ver anexo evidencia 107.

⁹³ Ver anexo evidencia 113.

⁹⁴ Ver anexo evidencia 109.

Paralelo a lo anterior e intervención de la CDHDF, el 17 de mayo de 2012, fue referido de igual forma al Instituto Nacional de Cancerología donde se le diagnosticó *cáncer renal izquierdo con metástasis pulmonares*. En esta institución se determinó que considerando el tipo de tumor, la extensión del mismo, entre otros rubros, no era candidato a tratamiento quirúrgico u otro tratamiento oncológico, por lo que se brindó tratamiento sintomático por el área de cuidados paliativos⁹⁵.

Posteriormente, el 10 de julio de 2012, el agraviado falleció mientras permanecía en su estancia⁹⁶, en el interior del Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

No puede ni debe pasar inadvertido que, por lo menos desde el mes de diciembre de 2011, enero y febrero de 2012⁹⁷ el agraviado fue valorado por la Unidad Médica sin que se pudieran realizar acciones concretas para integrar un diagnóstico que permitiera definir una ruta clínica tendente a tratar sus padecimientos, es decir, la inacción de los servicios médicos demuestran la falta de seguimiento médico a favor del agraviado, teniéndose acreditado, que se hicieron acciones efectivas para asegurar la atención médica al agraviado **N**, por intervención de la CDHDF y la mamá de ésta, hasta el mes de abril de 2012.

Si bien el padecimiento que presentó el agraviado **N** era irreversible, con mal pronóstico para la vida y la función y que su detección temprana no hubiera garantizado el restablecimiento de su salud o un resultado diferente al obtenido, en el caso en análisis se acreditan acciones y omisiones que vulneraron en su perjuicio el derecho a la salud y se impidió que contara con diagnóstico oportuno y con ella recibiera atención médica de forma inmediata.

Lo señalado, se encuentra apoyado con la opinión médica emitida por este Organismo⁹⁸ establece que el agraviado manifestó principalmente dolor localizado en la zona lumbar (cintura). [...] refirió pérdida de 10 kg de peso y aunque no puede ser posible determinarlo debido a que no hay notas médicas en el expediente clínico, muy probablemente también existió tos persistente, puesto que en las recetas médicas se consignó el diagnóstico de bronquitis y/o cuadros bronquiales; elementos importantes que de alguna manera pudieron contribuir a orientar el diagnóstico de carcinoma renal de forma oportuna e incluso también pudieron hacer pensar a los médicos en la posibilidad de metástasis pulmonares. Sin embargo, como la atención que recibió no fue sistematizada, el diagnóstico se concluyó de forma tardía.

La citada opinión también señala, que las referencias y traslados a hospitales externos para atender el problema de salud del paciente, no fueron oportunos puesto que existió retraso en el diagnóstico clínico; esta situación motivó a que el seguimiento médico posteriormente brindado en los hospitales

⁹⁵ Ver anexo evidencia 111.

⁹⁶ Ver anexo evidencia 113.

⁹⁷ Ver anexo evidencia 113.

⁹⁸ Ver anexo evidencia 115.

externos no se le pudiera otorgar y no se beneficiara de las modalidades terapéuticas, por lo que se agravó su padecimiento y por lo tanto se precipitó su fallecimiento, ofreciendo sólo como alternativa terapéutica la terapia paliativa.

Caso O. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/P2507

El agraviado O, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte. Desde el mes de diciembre de 2011, acudía al servicio médico pues presentaba problemas médicos, en particular, aumento de volumen en ambas piernas, enrojecimiento y dolor intermitente,⁹⁹ con posterioridad su estado de salud se deterioró, por lo que tuvo que ser referido a diversas instituciones médicas, pero su salud no se pudo restablecer y falleció el 12 de junio de 2012.

El caso en análisis pone de manifiesto una serie de circunstancias que no aseguraron el adecuado diagnóstico y tratamiento médico a favor del agraviado O. En particular, la opinión médica emitida por personal de la CDHDF proporciona elementos suficientes para establecer que existieron actos y omisiones que se traducen en mala práctica médica y que vulneraron el derecho a la salud y que, condicionaron a su vez la afectación de la vida del agraviado. Así, la citada opinión médica establece lo siguiente¹⁰⁰:

- Con relación a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte:

Del expediente clínico se extrajo que al paciente-interno se le practicó biometría hemática desde el 7 de octubre de 2011 la cual se reportó anormal (disminución de hemoglobina, hematocrito, plaquetas) fue valorado médicamente el 4 de noviembre de 2011, sin que se le haya dado seguimiento y/o estudiado para establecer las causas de dichos valores. Asimismo el agraviado O refirió el 19 de marzo de 2012 que su padecimiento presentaba un año de evolución.

Es pertinente señalar que, que el edema puede constituir una urgencia médica. El agraviado O acudió los días 4, 6 y 10 de abril de 2012, el último día fue referido al Hospital General Rubén Leñero y fue contrarreferido por no ser una urgencia y a su vez la Unidad Médica no hace constar la atención médica proporcionada en esa ocasión. El 17 de abril de 2012 el paciente acudió nuevamente, se integra el diagnóstico de retención hídrica, se indican diuréticos y analgésicos; le fueron practicados estudios de laboratorio en dichos estudios se observa disminución de eritrocitos, hemoglobina, hematocrito y plaquetas, tampoco se le solicitaron estudios para establecer un diagnóstico adecuado por lo que el tratamiento solo fue sintomático (disminuir la retención hídrica) sin identificar el origen de la misma.

⁹⁹ Ver anexo evidencia 117.

¹⁰⁰ Ver anexo evidencia 123.

El 24 de abril de 2012 fue referido al Hospital General Balbuena; del cual fue egresado el 3 de mayo con los diagnósticos de Insuficiencia hepática Child B, Insuficiencia cardíaca CF-II NYHA, síndrome de hipertensión portal. El 7 de mayo de 2012 acude nuevamente y refiere que no se cuenta con furosemide. El 16 de mayo de 2012 fue valorado y se integra el diagnóstico de retención hídrica. El 28 de mayo fue referido nuevamente al Hospital General Balbuena por presentar dificultad respiratoria.

A su ingreso a dicho Hospital se observa con soplo sistólico en foco mitral, crecimiento del hígado e ingurgitación yugular. Dichos signos no fueron identificados en la Unidad Médica ya que no se reportan al egresar del reclusorio y al ser signos que presentan una evolución prolongada.

En el expediente de la Unidad Médica del RPVN se observaron formatos de atención médica "triage de Urgencias" en el que se reportan los signos vitales, antecedentes personales, y la evaluación de urgencia inmediata, calificada o no calificada. Dichas notas no incluyen la evolución del cuadro clínico, la exploración física, ni el tratamiento otorgado.

Por todo lo anterior, se establece que la atención médica proporcionada no fue adecuada al no realizar un diagnóstico oportuno y en consecuencia no ofrecer el tratamiento que requería por la insuficiencia cardíaca y endocarditis probablemente infecciosa que padecía. Asimismo, no existió un seguimiento médico apropiado para atender los padecimientos del agraviado **O**.

- Con relación a la atención médica en los Hospitales General Balbuena.

En lo que respecta a la atención médica proporcionada al agraviado **O** en el Hospital General Balbuena, fue tratado del 25 de abril al 3 de mayo de 2012 y fue diagnosticado con insuficiencia hepática e insuficiencia cardíaca, se solicitó un ultrasonido de hígado y vías biliares, así como un ecocardiograma, sin embargo, en el expediente no se hace constar que éstos se hayan realizado por lo que no se estableció el diagnóstico de endocarditis probablemente bacteriana que presentaba y en consecuencia no se le ofreció el tratamiento antibiótico que requería.

Se indicó tratamiento para los síntomas con cita abierta a Urgencias y control en su centro de salud.

Por lo anterior, se establece que la atención médica que le fue proporcionada no fue adecuada ni oportuna, en virtud que no se realizaron los estudios señalados y en consecuencia, no se determinó el diagnóstico y tratamiento adecuado para éste.

Caso P. Expediente CDHDF/III/121/XOCH/12/P3501

El agraviado **P**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur. Acudía de forma recurrente al servicio médico pues presentaba *diabetes mellitus* desde el año 2008¹⁰¹.

¹⁰¹Ver anexo evidencia 131.

Desde marzo del año 2010, su padecimiento se descompensó, a partir de ese año fue trasladado a diversos hospitales, en particular al Hospital General Xoco y Torre Médica Tepepan.¹⁰²

Se tiene acreditado que en el mes de marzo de 2012, fue valorado por la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, ya que presentaba de nueva cuenta descontrol en su padecimiento. Fue referido a diversos hospitales donde se le diagnóstica *diabetes mellitus* descontrolada, Retinopatía Diabética, Dislipidemia e infección crónica por virus de la Hepatitis Tipo C.¹⁰³ Su estado de salud se deterioró y falleció el día 7 de junio de 2012 en el Hospital General Xoco con diagnóstico de neumonía atípica.

El caso en análisis, pone de manifiesto la falta de acciones médicas a favor de una persona que vive con diabetes mellitus, lo que no permitió asegurar un adecuado control y seguimiento médico a favor del agraviado **P** en términos de lo dispuesto por la Norma Oficial *Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus*, lo que provocó que su estado de salud se deteriorara y sobreviniera su muerte.

Existen acciones y omisiones concretas en el caso en análisis que demuestran que se hizo nugatorio el derecho a la salud del agraviado, por un lado, existe el reconocimiento expreso de la autoridad sanitaria al señalar que el agraviado **P** era atendido desde el año 2010¹⁰⁴ y que en el año 2012 su salud se deterioró por el mismo padecimiento. Si bien se reconoce que respecto al descontrol médico que presentó en el año 2010 éste remitió, es a partir de este momento que existía la obligación de la autoridad sanitaria de reforzar el acceso a los servicios médicos a su favor, es decir, debieron asegurarse, a través de un control estricto, las acciones correspondientes para asegurar el máximo estándar de atención o en su caso, evitar la progresión del padecimiento.

Llama la atención que habiéndose tenido conocimiento del padecimiento del agraviado y del abordaje integral que debe realizarse, los servicios médicos no lo hayan realizado en términos de lo enunciado por la norma señalada. De igual forma, debe destacarse que aún cuando el servicio médico informó, en nota del 3 de septiembre de 2010,¹⁰⁵ que el agraviado **P** fue llamado en diversas ocasiones y no acudió el llamado, no existe evidencia, a través de un mecanismo que genere certeza, entre el que se destaca un oficio, memorándum o cualquier otro medio, que esto fuera realizado.

En este sentido, la opinión médica emitida por esta Comisión¹⁰⁶ determinó que no existió un adecuado seguimiento médico a su favor, lo que vulneró el derecho a la salud y condicionó a su vez, que el agraviado **P** perdiera la vida.

¹⁰² Ver anexo evidencia 130.

¹⁰³ Ver anexo evidencia 130.

¹⁰⁴ Ver anexo evidencia 131.

¹⁰⁵ Ver anexo evidencia 130.

¹⁰⁶ Ver anexo evidencia 131.

La citada opinión médica destaca que en relación al padecimiento de *diabetes mellitus* no hubo una adecuada atención y seguimiento médico a favor del agraviado **P**, ya que a pesar de que era evidente que [el agraviado] se encontraba en descontrol metabólico y aparte contaba con complicaciones secundarias a ésta (retinopatía), no se especifican controles glucémicos previos, sintomatología y exploración física en consultas ni estudios de laboratorio de chequeos, y a pesar de que se menciona en una nota que el paciente tenía poco apego al tratamiento, ya no se refiere ningún seguimiento desde esa fecha (es decir, desde septiembre de 2010) hasta febrero de 2012, donde es referido por un Trastorno Depresivo Mayor, lo cual debería haber sido un cuadro de alerta ya que esto pudo haber ocasionado todavía menos interés por parte del paciente en relación a su padecimiento, por lo tanto se tendría que haber manejado de forma integral (lo cual no se menciona que se realice), posterior a esto no se da un seguimiento y atención adecuados.

En cuanto al padecimiento relacionado al cuadro de Neumonía, la atención para este padecimiento pudo haber sido oportuna en cuanto a tiempo, ya que se contaba con diagnóstico por parte de hospital y se continuó seguimiento en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, sin embargo, también se podría afirmar que no hubo un seguimiento adecuado posterior al egreso por parte de dicha institución, ya que no se cuenta con alguna nota posterior de control, y sí, en cambio, persistían ciertos síntomas sugestivos ya mencionados.

Es importante señalar que el paciente al ser referido por última ocasión al Hospital de Xoco no se menciona en la hoja de referencia el diagnóstico de Neumonía, el cual se integra hasta el ingreso a Hospital con diagnóstico de Neumonía Atípica¹⁰⁷. Todas las afectaciones anteriores, evidencian que los padecimientos sufridos por el agraviado **P**, así como la falta de seguimiento en el tratamiento, fueron determinantes para el desmejoramiento de su salud y posterior fallecimiento.

Caso Q. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/P3978

¹⁰⁷ Síndrome de Neumonía Atípica: En la evaluación de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad a menudo es útil considerar por separado un grupo de pacientes cuya enfermedad se caracteriza por la eliminación mínima de esputo, que no revela una etiología microbiana predominante en los extendidos de rutina. (...) El inicio clínico de la enfermedad por lo general es subagudo, con un cuadro radiológico que consiste en infiltrados en placas o un patrón intersticial y luego una consolidación lobular. La fiebre y la leucocitosis periférica son menos frecuentes o intensas que en las neumonías bacterianas comunes. Por conveniencia, este grupo se ha designado neumonía atípica.

Las características epidemiológicas y clínicas de ciertos tipos de neumonías atípicas pueden proporcionar la base para sospechar estas causas antes de que estén disponibles los resultados de las pruebas de laboratorio específicas. En los adultos, la neumonía por M. Neumonía, en contraste con la neumonía bacteriana, a menudo empieza en forma insidiosa, con malestar general, fiebre e intenso dolor de cabeza. El dolor de garganta es frecuente, pero la coriza es mínima o inexistente. Durante los días siguientes aparece tos improductiva que es el sello distintivo de esta enfermedad. Las erupciones cutáneas (eritema multiforme) y la miringitis bullosa, aunque casi siempre son de aparición tardía en el curso de la enfermedad, constituyen hallazgos poco frecuentes; sin embargo, cuando se presentan sugieren el diagnóstico. Manual de Enfermedades Pulmonares, Alfred P. Fischman 3° edición, Editorial Mc Graw Hill.

El agraviado **Q**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte. El 22 de junio de 2012, fue trasladado al Hospital General Rubén Leñero, ya que presentaba tos, pérdida de peso y dificultad para respirar, sin embargo, permaneciendo en esta institución falleció con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar diseminada en diversos órganos¹⁰⁸, la cual no fue diagnosticada de forma oportuna por parte de los servicios médicos en el centro de reclusión mencionado.

De los hechos probados se tiene que el agraviado **Q**, desde el mes de febrero de 2011, fecha que acudió al servicio médico del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, fue diagnosticado de forma inicial por personal de dicho servicio, con una infección en vías respiratorias y pérdida de peso en estudio. Considerando que presentaba síntomas respiratorios y datos inespecíficos (pérdida de peso, astenia y adinamia), se ordenó la práctica de diversos estudios para integrar un diagnóstico médico. Los estudios ordenados fueron de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, BAAR expectoración, reacciones febriles, reacciones serológicas, HIV cualitativo) y RX tórax, es decir, desde este momento se ordenó la práctica de acciones médicas tendentes a diagnosticar probable tuberculosis, sin embargo, únicamente se realizaron estudios de biometría hemática y química sanguínea, no así el resto.

Un año después, febrero de 2012, el agraviado **Q** acude de nuevo al servicio médico ¹⁰⁹ donde es valorado y se le diagnostica de *Bronquitis Crónica/Descartar Neuropatía y pérdida de peso*, ordenándose la práctica de diversos estudios, pero no se ordenaron los estudios relacionados con la detección de la tuberculosis.

El 5 de marzo de 2012, el agraviado **Q** acude a consulta en el turno nocturno se reporta que continua con sintomatología respiratoria, caracterizada por dolor en tórax diagnosticándose osteocondritis y se le receta paracetamol.

Posteriormente, a partir del mes de junio de 2012, el estado de salud del agraviado se deteriora, por lo que es ingresado a la Unidad Médica del Reclusorio mencionado y referido en diversas ocasiones al Hospital General Rubén Leñero, donde fallece el 5 de julio de ese año.

Ahora bien, en el caso en estudio se tiene plenamente acreditado que existió un seguimiento inoportuno en perjuicio del agraviado **Q**, ya que desde febrero del año 2011 presentó, de acuerdo a valoraciones realizadas en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, problemas respiratorios y derivado de los síntomas que presentó, esa Unidad ordenó la práctica de estudios de BAAR¹¹⁰, los cuales no le fueron practicados de manera oportuna, lo que condicionó que su estado

¹⁰⁸Ver anexo evidencia 135.

¹⁰⁹ Ver anexo evidencia 136.

¹¹⁰Prueba para detectar tuberculosis.

de salud se deteriorara hasta su fallecimiento, omisión que es atribuible a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

Llama la atención que autoridades de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, reconociendo a través del informe médico¹¹¹ que remitieron a este Organismo, que, debiendo realizar las acciones para diagnosticar de forma oportuna el o los padecimientos(tuberculosis) del agraviado a través de las pruebas correspondientes, no las realizaron por más de un año. No puede soslayarse que hasta que el estado de salud del agraviado se encontraba en riesgo se adoptaron medidas para restablecer su estado de salud, pero resultaron poco efectivas, dado el avance de su padecimiento. En este sentido, dichas autoridades transgredieron en perjuicio del agraviado el derecho a la salud.

Asimismo, se tiene acreditado que la causa de muerte del agraviado fue una tuberculosis pulmonar que se diseminó hacia otros órganos¹¹². De la opinión emitida por personal de este Organismo se tiene que por los datos mencionados en el expediente de queja, dicho cuadro clínico inició en diciembre de 2010, donde presentó síntomas respiratorios y datos inespecíficos (pérdida de peso, astenia y adinamia), manejado con diagnóstico inicial de una infección en vías respiratorias y pérdida de peso en estudio, por lo que se indicó la realización de estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, BAAR expectoración, reacciones febriles, reacciones serológicas, HIV cualitativo) y RX tórax. Encontrándose documentado, que se realizaron sólo estudios de biometría hemática y química sanguínea, de los cuales las cifras de hemoglobina y hematocrito se encontraban por debajo de los parámetros de referencia así como una elevación en los valores de colesterol y ácido úrico, sin que se encontrara documentado el resultado del resto de los estudios indicados en la nota médica correspondiente a febrero de 2011.

Posterior a esto, no se tiene ningún registro documentado de alguna atención médica posterior hasta un año después de la primera (en febrero de 2012), donde el interno paciente acudió a consulta, diagnosticando cuadro de dorsalgia, lumbalgia y síndrome anémico, refiriendo en las diferentes notas que el agraviado **Q** presentaba cuadros de dolor lumbar, pérdida de peso, astenia y adinamia, indicando analgésicos y complemento alimenticio.

De igual forma, el interno paciente presentaba datos clínicos sugestivos de una enfermedad respiratoria desde la primera valoración médica documentada (febrero 2011), en la cual se indicaron estudios para iniciar protocolo por la pérdida de peso referida, esta indicación se encontraba justificada, ya que diversa literatura relacionada al tema (como la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud y la Guía de Referencia Rápida de Diagnóstico y Tratamiento de Casos Nuevos de Tuberculosis Pulmonar) los menciona como casos probables y por tanto, se sugiere realizar su búsqueda intencionada (casos que

¹¹¹ Ver anexo evidencia 136.

¹¹² Ver anexo evidencia 139.

cumplan con el criterio de tos persistente, productiva, además de síntomas como fiebre, pérdida de peso, astenia y adinamia).

Sin embargo, a pesar de que esta indicación se encontraba plenamente justificada, no se encontró documentado el resultado de pruebas específicas para diagnóstico de dicha enfermedad (tuberculosis), así como tampoco se encontró evidencia de que hubiera un seguimiento respecto al padecimiento respiratorio por parte del Servicio Médico del Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

Por lo señalado, se puede inferir que no se llevó a cabo un seguimiento médico apropiado por parte del servicio médico del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, ya que no se encontraron documentados resultados de estudios específicos solicitados en notas médicas (como resultado de BAAR), desconociendo por tanto, si no fueron realizados o si no se recabaron resultados, así como tampoco se encontró documentado algún seguimiento médico durante un año desde que el interno paciente fue valorado por primera ocasión.

Además de no asegurar un diagnóstico médico oportuno, una vez detectado, existió retraso en la referencia a una institución médica que pudiera asegurar la atención que requería y si bien, de acuerdo a las documentales aportadas por la autoridad,¹¹³ se encuentran documentadas dos referencias al centro hospitalario, una de ellas con fecha del 22 de junio de 2012 y la segunda con fecha del 03 de julio del mismo año, las cuales eran indicadas porque se trataba de dos situaciones de urgencias, de la multicitada opinión médica,¹¹⁴ ante el cuadro clínico previamente documentado que presentaba el interno paciente, el cual no remitía y llevaba más de un año de evolución, los médicos del Servicio Médico del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, al no contar con un diagnóstico de certeza, pudieron haberse apoyado en una opinión médica por especialista (Medicina Interna o Neumología), la cual no ocurrió, por tanto, en cuanto a la detección del diagnóstico se podría considerar que no hubo una referencia oportuna.

Caso R. Expediente CDHDF/III/122/XOCH/13/P1603

El agraviado **R**, permanecía privado de la libertad en Reclusorio Preventivo Varonil Sur y desde hacía 7 años manifestó que era portador de *diabetes mellitus tipo II*.¹¹⁵

El 5 de marzo de 2012, el agraviado acudió al servicio médico del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, porque presentaba vómito y dolor de estómago, ya que dos días antes comió betabel y al parecer, le había hecho daño. En este lugar, se integró el diagnóstico de infección en vías urinarias y se le dio tratamiento para este padecimiento y para la gastritis.¹¹⁶

¹¹³Ver anexo evidencias 136 y 138.

¹¹⁴Ver anexo evidencia 139.

¹¹⁵ Ver anexo evidencia 140.

¹¹⁶Ver anexo evidencia 140.

Los días 7 y 8 de marzo de ese año, acudió de nueva cuenta a dicho servicio porque presentaba vómito con sangre y dolor abdominal, en esta última fecha (8 de marzo) se ordena su referencia de urgencia al Hospital General de Xoco, donde se integró el diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto, acidosis metabólica severa y deshidratación severa¹¹⁷, su estado de salud se deterioró y ese mismo día falleció. La necropsia reporta que la causa de muerte es debida a neumonía aguda acompañada de edema pulmonar e infarto pulmonar, en un individuo que además cursaba con cirrosis micronodular, hepatitis crónica y nefritis crónica intersticial.¹¹⁸

En el caso en análisis se tiene acreditado que existieron acciones y omisiones que hicieron nugatorio el goce del derecho a la salud en perjuicio del agraviado. Los hechos probados demuestran dos situaciones que vulneraron el derecho antes invocado, una relacionada con el inadecuado seguimiento brindado al padecimiento de *diabetes mellitus tipo 2*, circunstancia que no guarda relación con los acontecimientos del 5 de marzo de 2012 y los posteriores días y la otra respecto al inoportuno diagnóstico respecto al dolor abdominal que reportó a partir del 7 de marzo de 2012 y por el que se le refirió de forma tardía al Hospital General de Xoco, así al no practicar, por parte de las autoridades de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, un diagnóstico oportuno y una valoración clínica minuciosa, se impidió que recibiera atención médica de forma oportuna.

En este contexto, de la opinión médica emitida por la CDHDF¹¹⁹ se tiene el siguiente análisis:

- En el expediente clínico se hace constar que el señor acudió a dar seguimiento a su padecimiento, la última valoración médica se llevó a cabo en agosto de 2010, se reporta una glicemia central de 257 mg/dL, se indica glibenclamida, metformina, dieta hipocalórica y cita en un mes. Se observan los resultados de la química sanguínea realizada el 15 de agosto de 2006 cuando le fue realizado el diagnóstico. La última nota médica que hace constar la atención médica ofrecida al [agraviado U] por la diabetes mellitus que padecía tiene fecha 16 de agosto de 2010. Al respecto la norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes refiere que las valoraciones médicas estarán enfocadas a prevenir y descartar complicaciones de esta enfermedad como nefropatía, pie diabético, neuropatías, dislipidemias, asimismo, que las consultas se llevarán a cabo de manera frecuente hasta tener un control metabólico del paciente y que por lo menos una vez al año se deberán llevar a cabo estudios de laboratorio. En el caso que nos ocupa desde 2006 fecha en que fue diagnosticado con diabetes no se hace constar en el expediente que se hubieran realizado estudios de laboratorio para valorar el control metabólico del paciente y descartar las complicaciones mencionadas. Por lo anterior, es posible establecer que la Unidad Médica del

¹¹⁷Ver anexo evidencia 142.

¹¹⁸Ver anexo evidencia 141.

¹¹⁹Ver anexo evidencia 144.

Reclusorio Preventivo Varonil Sur no proporcionó la atención médica y medicamentosa [...] por la diabetes mellitus que padecía.

- En lo que respecta al padecimiento gástrico, la literatura médica refiere¹²⁰ que el vómito puede aparecer en una gran variedad de situaciones clínicas como abdomen agudo, apendicitis, colecistitis, pancreatitis, peritonitis, obstrucción intestinal, dispepsia, úlcera gástrica, así como en infecciones del aparato digestivo, enfermedades metabólicas (cetoacidosis diabética, hipercalcemia, uremia); fármacos, entre muchas otras. Dada la gran diversidad de causas de náuseas y vómitos deber realizarse una evaluación ordenada y minuciosa teniendo como pilares la anamnesis, el examen físico y los exámenes complementarios tomando en cuenta además que el paciente había acudido por ser diabético y presentar dolor renal con probable infección de vías urinarias. Le fue indicado metoclopramida, medicamento utilizado para el tratamiento de las náuseas y el vómito. En el caso que nos ocupa se dio un diagnóstico que no es una enfermedad es un síntoma y se dio tratamiento para dicho síntoma sin realizar o solicitar estudios de laboratorio y/o gabinete para establecer un diagnóstico adecuado.

Ese mismo día se valoró nuevamente por presentar vómito que contenía sangre (hematemesis) por lo que se administran líquidos, omeprazol y ranitidina. Se menciona que no presenta evidencia del sangrado y se da de alta por remisión del cuadro. La literatura médica¹²¹ menciona que la hematemesis se debe a un sangrado proximal al ligamento de Treitz, o sea, proveniente del esófago, el estómago o el duodeno. Entre las causas de dicho sangrado se encuentran la enfermedad úlcero péptica, la gastritis erosiva, várices esofágicas y gástricas, síndrome de Mallory-Weiss entre otras causas. También se menciona que la hemorragia gastrointestinal es un problema frecuente en la práctica médica de urgencias y debe considerarse una entidad que pone en peligro la vida hasta no demostrarse lo contrario¹²². Como toda urgencia real la tríada anamnesis, examen físico y valoración diagnóstica con frecuencia deben aplicarse simultáneamente con reanimación y estabilización. El tratamiento primario consiste en medidas de reanimación, suele requerirse tratamiento definitivo de las vías respiratorias para prevenir la aspiración de sangre, iniciar reposición de volumen, instalar sonda nasogástrica. El tratamiento secundario es la endoscopia para identificar y tratar los sitios sangrantes.

Por todo lo anterior, en este caso es posible determinar que existió mala práctica médica durante la atención proporcionada por su padecimiento gástrico.

- Asimismo, acudió desde el 7 de marzo por presentar vómito con sangre sintomatología que, como se menciona en el punto anterior, debió ser considerado un riesgo para la vida y ser

¹²⁰ Argente, Horacio. Semiología Médica. 1ª edición, editorial Panamericana, México, 2006. Págs. 663.

¹²¹ Argente, Horacio. Semiología Médica. 1ª edición, editorial Panamericana, México, 2006. Pág. 662.

¹²² Tintinalli, Judith; Kelen, Gabor. Medicina de Urgencias, 6ª edición, Edit. Mc Graw Hill, México 2006, pág. 589.

referido a un hospital, lo cual fue llevado a cabo hasta el siguiente día. Fue ingresado al Hospital General Xoco con los siguientes diagnósticos de ingreso: sangrado de tubo digestivo alto, desequilibrio ácido base e hidroelectrolítico, acidosis metabólica severa con hiperlactatemia y deshidratación severa, por lo que se establece que la referencia no fue oportuna

Caso S. Expediente CDHUO/III/121/IZTP/13/P4798

El agraviado **S** permanecía privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. Expresó que su estado de salud se encontraba deteriorado a tal grado que no podía caminar, los pies los tenía hinchados, había presentado pérdida de peso, entre otros padecimientos. Acudía a la Unidad Médica de dicho centro, donde lo valoraban, pero con la atención brindada no mostraba mejoría, incluso le ordenaron la práctica de estudios médicos, pero éstos no se los realizaron de forma inmediata.

Posteriormente, el estado de salud del agraviado **S**, se deterioró y falleció por choque séptico, neumonía severa e infección por virus de VIH¹²³.

Se tiene acreditado que el agraviado **S** interpuso queja en este Organismo el 17 de julio de 2013 porque señaló que presentaba diversos padecimientos y en el servicio médico del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, no se le brindaba la atención correspondiente.¹²⁴ Ante estas manifestaciones, se solicitaron medidas precautorias a la autoridad sanitaria para que brindaran la atención médica a favor del agraviado.

A partir de la intervención de la CDHDF se hicieron acciones para brindar atención médica al agraviado **S**, fue referido a diversos Hospitales de la red de salud del Distrito Federal, en particular al Hospital General Balbuena (17 de julio) donde se le diagnosticó *anemia microcítica hipocrómica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, desequilibrio hidroelectrolítico descartado, diarrea crónica a descartar enfermedad por inmuno supresión, infección de vías urinarias*, también fue referido al Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez (27 de julio), en este lugar le realizaron un ultrasonido doppler y le diagnosticaron *insuficiencia venosa* y a la Torre Médica Tepepan(29 de julio) donde no fue valorado, porque no había médico internista.

Posteriormente, el estado de salud del agraviado se deterioró, por lo que el 5 de agosto de 2013, previa valoración en la Unidad Médica del centro carcelario, fue referido al Hospital General Iztapalapa, donde se le diagnóstica *choque séptico, neumonía severa, infección de virus de inmunodeficiencia humana* y 7 días después, el 12 de agosto de 2013, fallece con los diagnósticos

¹²³ Ver anexo evidencia 149.

¹²⁴ Ver anexo. Evidencia 145.

de choque séptico de 24 horas de evolución, neumonía severa de 45 días e infección por virus de inmunodeficiencia humana de dos meses.¹²⁵

Ahora bien, es necesario puntualizar que si bien a partir de la fecha de intervención de este Organismo se promovieron algunas acciones para brindar atención médica a favor del agraviado **S**, no puede omitirse que los síntomas que posteriormente agravaron el estado de salud (inmunosupresión) del agraviado, los presentó por los menos desde el mes de mayo de 2013, lo que obligaba a la autoridad realizar las acciones médicas correspondientes para diagnosticar su padecimiento y en función de ello instaurar tratamiento, es decir, estos datos consistentes en pérdida de peso, una probable enfermedad de transmisión sexual, gastroenteritis probablemente infecciosa, candidiasis oral, indicaban la necesidad de realizar una evaluación clínica completa para la búsqueda de dicho diagnóstico, incluyendo que le fuera practicada la prueba de Elisa desde ese momento, en términos de lo dispuesto por el numeral 4.3 de la Norma Oficial Mexicana para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, posteriormente fuera valorado por las especialidades correspondientes de forma oportuna, y que se diera un seguimiento médico apropiado, lo cual no se realizó, lo que provocó el retardo en el diagnóstico de infección por VIH y por tanto, un estado de inmunosupresión el cual aunado a un foco infeccioso provocó choque séptico, considerado como causa de muerte¹²⁶.

En el caso en análisis debe destacarse que el deterioro de la salud del agraviado **S**, no se presentó de forma espontánea ni en un lapso breve, sino que desde la primera consulta médica en la que se advirtieron los síntomas y/o probable enfermedad que reflejaban mal estado general de salud, se debieron hacer las pruebas correspondientes para que, con el diagnóstico certero se brindara el tratamiento correspondiente y se asegurara la máxima protección a su salud.

De lo señalado, se desprende que existió la vulneración del derecho a la salud del agraviado **S** al no contar con un diagnóstico y tratamiento oportuno, así, de la opinión emitida por personal de este Organismo, se advierte mala práctica médica, ya que la atención recibida por parte del servicio médico del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente se puede clasificar como deficiente [...] haciendo énfasis que esto ocasionó el retardo en el diagnóstico de infección por VIH y por tanto, provocó un estado de inmunosupresión el cual aunado a un foco infeccioso provocó choque séptico¹²⁷, es decir, el diagnóstico inoportuno condicionó la muerte del agraviado **S**.

Caso T. Expediente CDHDF/II/121/IZTP/13/P7399

El agraviado **T**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. Vivía con *diabetes mellitus tipo 2*, además presentaba un absceso "perianal" el cual se le infectó. Acudió de manera recurrente al servicio médico para que le brindaran la atención, sin embargo, no lo atendieron de forma oportuna por lo que su estado de salud se deterioró, aun cuando fue referido a

¹²⁵ Ver anexo evidencia 152.

¹²⁶ Ver anexo evidencia 153.

¹²⁷ Ver anexo evidencia 152.

diversos hospitales de la Secretaría de Salud local, no se le brindó la atención que requería, lo que favoreció su agravamiento y posterior fallecimiento, el cual ocurrió el 19 de noviembre de 2013¹²⁸.

De los hechos probados se tiene el agraviado era padecía diabetes mellitus tipo 2 desde hacía más de 15 años. A su ingreso al mencionado centro carcelario, no existió un adecuado manejo médico a su favor. Esta aseveración se formula por dos circunstancias, la primera se centra en aquellas omisiones por parte del área médica en las que no se aseguró el máximo estándar de atención médica en términos de los supuestos que prevé la Norma Oficial Mexicana Nom-015-SSA2-2010, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus, partiendo de la especial sujeción de las personas privadas de la libertad respecto al estado y de su imposibilidad de acudir a otros servicios de salud como primera opción, es decir, considerando que el agraviado T tenía el padecimiento mencionado y que a su ingreso al reclusorio se le debió practicar una valoración médica integral en términos de lo dispuesto en el Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, las acciones integrales para su atención se debieron abordar desde este momento.

Por otro lado, la ausencia de seguimiento contribuyó al deterioro de la salud del agraviado, así, a partir del mes de noviembre de 2013, se presentaron una gama de acciones que no aseguraron a su favor la protección del derecho a la salud, de acuerdo a la opinión médica emitida por personal de este Organismo se tiene que además de lo anterior, confluyeron diversas causas para no asegurar un adecuado diagnóstico y seguimiento médico a favor del agraviado. La citada opinión médica destaca lo siguiente:

- Atención médica brindada en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente:

[...] el expediente [clínico] no contiene notas médicas previas al 3 de noviembre de 2013, lo anterior, con base en el resumen médico de fecha 28 de noviembre de 2013, en el que se refiere que se envió al paciente al Hospital General de Iztapalapa el 17 de octubre de 2013 por diabetes descontrolada. También se observan resultados de laboratorio de fecha 1° de noviembre de 2013. Al respecto la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en su numeral 8.1.5.2, la prevención secundaria estará encaminada a pacientes ya confirmados con diabetes mellitus y cuyos objetivos son evitar la aparición de complicaciones agudas, y evitar o retrasar las complicaciones crónicas. Así como establecer las acciones para cumplir los objetivos propuestos se fundamentan en el control metabólico óptimo y permanente de la enfermedad. Aunado a lo anterior, en la nota médica de fecha 3 de noviembre de 2013 se refiere que no cuentan con glucómetro por lo que no se podía establecer la glucosa del paciente. En el caso que nos ocupa no se observa ninguna nota médica respecto a la evolución y tratamiento ofrecido ni se hace constar que se establecieran medidas para lograr un control metabólico óptimo de la enfermedad. Dicho expediente no cumple con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en sus numerales 5. 1 y 6.2.

¹²⁸ Ver anexo evidencia 159.

Por todo lo anterior, se establece que no se proporcionó una atención médica adecuada por la diabetes mellitus que el paciente padecía.

- Asimismo, los estudios de laboratorio de fecha 1° de noviembre de 2013 reportan aumento importante de leucocitos¹²⁹ y plaquetas, así como anemia, sin embargo, no se hace constar que se le haya dado seguimiento ni que se haya establecido un diagnóstico.

- En lo que respecta al absceso anal, la literatura médica¹³⁰ refiere que la enfermedad de Fournier es una infección necrotizante localizada en los tejidos blandos específicamente en este caso en la región perineal, que produce una muerte tisular, de progresión muy rápida, hasta 1,5 cm/hora, que se propaga a través de las fascias regionales y que se acompaña en todos los casos de una sepsis por lo que se debe realizar un buen tratamiento quirúrgico de manera precoz, asimismo, que bajo ninguna circunstancia se debe dejar tratamiento antibiótico en espera de regresión o aparición de fluctuación. En este caso no se hace constar el tratamiento ofrecido antes del 3 de noviembre de 2013, se hospitalizó y se indicó el tratamiento antibiótico adecuado, sin embargo, se refirió hasta el siguiente día porque no se contaba con glucómetro.

En cuanto a señalar si existió un seguimiento médico apropiado en la atención de dicho padecimiento, en el expediente clínico de la Unidad Médica no se hace constar la atención proporcionada en octubre de 2013, fecha en que fue referido por descontrol de la diabetes, asimismo, no se da seguimiento a los estudios de laboratorio de fecha 1 de noviembre de 2013 los cuales se reportaron anormales (entre ellos glucosa muy alta, 502 mg/dl). Por lo anterior, con base en la bibliografía médica, el paciente debió haber sido valorado integralmente para establecer un diagnóstico y ofrecer un tratamiento adecuado. Tomando en cuenta que el aumento de leucocitos suele presentarse en casos de infecciones agudas y con base en la nota médica de fecha 4 de noviembre de 2013, en la misma unidad médica, se menciona que el paciente inició con el absceso 15 días antes.

[...] la referencia y traslado al Hospital General Iztapalapa para atender su problema de salud fueron oportunos, considerando el resultado de laboratorio de fecha 1° de noviembre de 2013, y la nota médica de fecha 4 de noviembre de 2013, en donde se refiere que el absceso inició quince días antes. Asimismo, fue hospitalizado el día 3 de noviembre de 2013 y referido hasta el siguiente día, tomando en cuenta que es un padecimiento que evoluciona rápidamente y era necesario tratamiento quirúrgico urgente, se concluye que la referencia al Hospital General de Iztapalapa no fue oportuna.

¹²⁹Los leucocitos son las unidades móviles del sistema protector del organismo. Se forman en parte en la médula ósea y en parte en el tejido linfático, son transportados en la sangre de forma específica a áreas de infección e inflamación intensas, proporcionando así una rápida y potente defensa frente a cualquier agente infeccioso que pudiera estar presente.

¹³⁰ GuntherBocic A , et al. Enfermedad de Fournier. Tratamiento , Rev. Chilena de Cirugía. Vol 62 - No 6, Diciembre 2010; pág. 635-638

- Atención médica en hospitales de la red de salud del Distrito Federal.

En el Hospital General Iztapalapa se hace constar que el paciente fue referido el 4 de noviembre de 2013, y se contrarrefiere al Hospital General Torre Médica Tepepan para ser valorado por el Servicio de Proctología, al respecto, la literatura médica¹³¹ refiere que el síndrome de Fournier puede ser diagnosticado y tratado indistintamente por los servicios de Cirugía General, Coloproctología y Urología. Cabe mencionar que el Hospital General Torre Médica Tepepan no cuenta con el servicio de Proctología. Por lo anterior, se establece que la atención médica no fue adecuada ya que el Hospital General de Iztapalapa sí cuenta con el servicio de Cirugía General por lo que debió ofrecer el tratamiento quirúrgico que requería el paciente.

En el Hospital General Torre Médica Tepepan [el agraviado T] requería tratamiento quirúrgico urgente por tratarse de un padecimiento de necrosis tisular que progresa rápidamente. Desde su ingreso, el 5 de noviembre de 2013 se hace constar que el paciente requería el desbridamiento quirúrgico, sin embargo, por distintos factores como falta de valoración por Medicina Interna, falta de banco de sangre ni terapia intensiva, falta de personal en área de quirófanos ni anestesiología, no se realizó dicho procedimiento. Asimismo, de la valoración de Medicina Interna se sugiere que el paciente sea tratado por el servicio de Nutrición, sin embargo, en el expediente no se hace constar que ésta se haya solicitado o llevado a cabo. Aunado a lo anterior, el tratamiento antibiótico ofrecido a base de ceftriaxona y metronidazol no se apega a lo que establece la literatura médica¹³² que menciona que además se debe administrar amikacina. Tampoco se realizaron cultivos de una zona representativa de infección ni hemocultivos tal como lo establece la Guía de Referencia Rápida sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la fascitisnecrosante o también llamada enfermedad o síndrome de Fournier. Tampoco se realizaron estudios de gabinete como radiografía y/o tomografía computada para establecer la extensión de la lesión.

No se observaron las notas ni indicaciones médicas correspondientes al 16 de noviembre de 2013, ni indicaciones médicas de los días 15, 16 y 17 de noviembre de 2013 por lo que no cumple con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en sus numerales 5.1 y 8.3.

Por lo anterior, se establece que la atención médica proporcionada por el Hospital General Torre Médica Tepepan no fue oportuna ni correcta.

¹³¹ Raúl Guzmán Mederos, Gangrena de Fournier. Nuestra experiencia. Especialidad: Urología- Coloproctología, Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina Departamento de Cirugía.

¹³² Navarro-Vera Juan Abel, Gangrena de Fournier, Revista de evidencia e investigación clínica, |Volumen 3 | Número 1 | Enero-Marzo 2010

En lo que respecta a la atención médica proporcionada por el Hospital General Balbuena, el paciente ingresó el 17 de noviembre de 2013, fue valorado por el servicio de Cirugía General a las 15 horas, se plantea la necesidad de desbridamiento quirúrgico y colostomía derivativa, sin embargo, ese día no pudo realizarse por encontrarse un paciente en sala, el 18 de noviembre de 2013 tampoco se intervino por existir otras urgencias.

El día 19 de noviembre de 2013 a las 2:30 horas al paciente se le practica el lavado quirúrgico. Se había planeado además la colostomía derivativa y en la nota no se hace constar el motivo por el cual ésta no se realizó. En el expediente clínico no se observó la nota de fallecimiento y/o de egreso del médico tratante. Por lo anterior, el expediente clínico no cumple con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico en sus numerales 5.1 y 8.9.11

Todas las afectaciones anteriores, particularmente el inadecuado seguimiento y la falta de atención médica por la *diabetes mellitus*, la anemia; así como la falta de tratamiento antibiótico, quirúrgico y oportuno del absceso anal que presentó el agraviado T, derivaron en el desmejoramiento de su salud y condicionaron en forma determinante que éste falleciera.

VI.3 Derecho a la integridad personal, en particular a no ser sometido a tratos inhumanos, crueles y degradantes en el ámbito de la salud.

El Derecho Internacional de los Derechos Humanos establece la obligación de que toda persona privada de la libertad "será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano"¹³³, de conformidad con esta obligación, las personas en estado de reclusión gozan de las mismas garantías que prohíben ser sujetos de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes o cualquier acto que atente en contra de su integridad personal, toda vez que, el Estado y en particular el personal encargado de las cárceles tienen la obligación de custodia y protección de los reclusos, en especial de la observancia del derecho a la integridad personal¹³⁴, partiendo del estado de especial vulnerabilidad¹³⁵ y subordinación en el que se encuentran las personas al interior de los centros de reclusión.

En este sentido, el Comité contra la Tortura de Naciones Unidas estableció:

21. La protección de ciertas personas o poblaciones minoritarias o marginadas que corren mayor peligro de ser torturadas forma parte de la obligación de impedir la tortura y los malos tratos. Los Estados Partes deben velar por que, en el marco de las

¹³³Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 10; Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier detención o prisión op cit., nota 46, principio 1

¹³⁴CoIDH, Caso Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú, Sentencia de 25 de noviembre de 2006, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160 para 273.

¹³⁵ Observación general no 21 "Trato humano de las personas privadas de la libertad, Comité de Derechos Humanos, 44 período de sesiones, 10 de abril de 1992.

obligaciones que han contraído en virtud de la Convención, sus leyes se apliquen en la práctica a todas las personas, cualesquiera que sean su raza, color, grupo étnico, edad, creencia o adscripción religiosa, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, género, orientación sexual, identidad transexual, discapacidad mental o de otro tipo, estado de salud, situación económica o pertenencia a una comunidad indígena, razón por la que la persona se encuentra privada de libertad, en particular las personas acusadas de delitos políticos o actos terroristas, los solicitantes de asilo, los refugiados u otras personas que se encuentran bajo protección internacional, o cualquier otra condición o factor distintivo adverso. Por lo tanto, los Estados Partes deben garantizar la protección de los miembros de los grupos que corren mayor peligro de ser torturados, enjuiciando y castigando cabalmente todos los actos de violencia y maltrato cometidos contra esas personas y velando por la aplicación de otras medidas positivas de prevención y protección, entre otras, las anteriormente descritas.¹³⁶

Por su parte, del Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez (en adelante "el Relator Especial sobre Tortura), advierte que:

El Comité contra la Tortura interpreta que las obligaciones de los Estados de prevenir la* tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes (malos tratos) son indivisibles e interdependientes y están relacionadas entre sí porque "las condiciones que dan lugar a malos tratos suelen facilitar la tortura". Ha establecido que "los Estados Partes deben prohibir, impedir y castigar los actos de tortura y los malos tratos en todas las situaciones de privación o de limitación de libertad, por ejemplo, en las cárceles, los hospitales, las escuelas, las instituciones que atienden a niños, personas de edad, enfermos mentales o personas con discapacidades, así como durante el servicio militar y en otras instituciones y situaciones en que la pasividad del Estado propicia y aumenta el riesgo de daños causados por particulares".¹³⁷

De hecho, la obligación del Estado de prohibir la tortura se aplica no solo a funcionarios públicos, como por ejemplo los encargados de hacer cumplir la ley, sino que también puede aplicarse a los médicos, los profesionales de la salud y los trabajadores sociales, incluidos los que trabajan en hospitales privados, y en otras instituciones y centros de detención (A/63/175, párr. 51). Como destacó el Comité contra la Tortura, la prohibición de la tortura debe hacerse cumplir en todo tipo de instituciones y los

¹³⁶ CT, *Observación General No. 2*, párr. 21.

¹³⁷ ONU, *Informe del Relator Especial sobre la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 01 febrero de 2013, párr.23.

Estados deben ejercer la debida diligencia para impedir, investigar, enjuiciar y castigar las infracciones cometidas por sujetos privados o agentes no estatales.¹³⁸

Los pacientes en los centros de atención de la salud dependen de los profesionales sanitarios que les prestan servicios. En palabras del anterior Relator Especial: "La tortura, por ser la violación más grave del derecho humano a la integridad y la dignidad de la persona, presupone una 'situación de impotencia', en que la víctima está bajo el control absoluto de otra persona"¹⁴. Una de esas situaciones, además de la privación de libertad en cárceles u otros lugares, es la privación de la capacidad jurídica, que acaece cuando una persona se ve despojada de su capacidad para tomar decisiones y esta se asigna a terceros (A/63/175, párr. 50).¹³⁹

En general, denegar el tratamiento del dolor es un acto de omisión y no de comisión, y se debe más a la negligencia y a las malas políticas del Gobierno que a la intención de infligir sufrimiento. Sin embargo, no todos los casos en que una persona sufre dolor intenso pero no tiene acceso al tratamiento adecuado constituirán tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Ello solo sucederá cuando el sufrimiento sea grave y cumpla los requisitos mínimos aplicables en cuanto a la prohibición de la tortura y los malos tratos; cuando el Estado tenga, o deba tener, conocimiento del sufrimiento, incluso cuando no se ofrezca un tratamiento adecuado; y cuando el Gobierno no haya adoptado todas las medidas razonables para proteger la integridad física y mental de las personas.¹⁴⁰

Por su parte, la Corte Europea ha establecido que debido a las necesidades propias de la privación de libertad, la salud y el bienestar de los reclusos deben ser debidamente asegurados mediante, entre otras cosas, la provisión de atención médica necesaria. Por lo que, dependiendo de las circunstancias concretas del caso, la falta de atención médica adecuada puede llegar a constituir una forma de tratamiento violatorio al derecho a la integridad personal¹⁴¹.

En otras oportunidades esta Comisión se ha pronunciado respecto el deber de custodia de las autoridades penitenciarias las hace responsables de que las personas privadas de la libertad cumplan su reclusión con dignidad y de forma segura, toda vez que el deber de protección y el deber de custodia cubren con un aspecto fundamental de la vida en reclusión: el principio de prevención,

¹³⁸ ONU, *Informe del Relator Especial sobre la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 01 febrero de 2013, párr.24.

¹³⁹ ONU, *Informe del Relator Especial sobre la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 01 febrero de 2013, párr. 31.

¹⁴⁰ ONU, *Informe del Relator Especial sobre la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 01 febrero de 2013, párr. 54.

¹⁴¹ European Court of Human Rights, *Case of Keenan v. the United Kingdom*, (Application no. 27229/95), Judgment of April 3, 2001, Third Section, para. 111; European Court of Human Rights, *Case of ofllhanm v. Turkey*, (Application no. 22277/93), Judgment of June 27, 2000, Grand Chamber, para. 87.

que implica que la autoridad penitenciaria debe hacer todo lo que sus atribuciones le exigen para evitar que la privación de la libertad exponga a las y los internos a otros riesgos.

En este sentido, el artículo 5 de la Convención Americana señala el derecho de "[T]oda persona a que se respete su integridad física, psíquica y moral", no siendo sujeto el goce de este derecho a las restricciones propias de las condiciones de privación de la libertad. Este derecho, como todos los derechos humanos, no sólo implica que el Estado debe respetarlo (obligación negativa), sino que, además, requiere que el Estado adopte todas las medidas apropiadas para garantizarlo (obligación positiva)¹⁴².

Respecto a la obligación positiva, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado que "los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable, y en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él." Esta protección activa de los derechos por parte del Estado no sólo involucra a sus legisladores, sino a toda institución estatal y a quienes deben resguardar la seguridad, sean éstas sus fuerzas de policía o sus fuerzas armadas.

El Estado tiene el deber positivo de proteger la integridad física de toda persona privada de la libertad, el cual abarca la adopción de las acciones necesarias para mantener un estándar adecuado de salud. La falta de un adecuado tratamiento médico en tal situación debe ser calificada de tratamiento inhumano, asimismo, se ha señalado que la falta de atención médica adecuada podría considerarse en sí misma violatoria de los artículos 5.1 y 5.2 de la Convención Americana, dependiendo de las circunstancias concretas del caso en particular, el tipo de dolencia que padece, el lapso sin atención y sus efectos acumulativos.

En lo concerniente a los tratos crueles e inhumanos la Cr IDH, inspirada en criterios vertidos por la Corte Europea amplió la esfera de protección del derecho a la integridad personal, puntualizó:

"Así, la Corte Europea ha tomado en cuenta factores tales como la falta de asistencia médica de emergencia y especializada pertinente, deterioro excesivo de la salud física y mental de la persona privada de la libertad y exposición a dolor severo o prolongado a consecuencia de la falta de atención médica oportuna y diligente, las condiciones excesivas de seguridad a las que se ha sometido a la persona a pesar de su evidente estado de salud grave y sin existir fundamentos o evidencias que las hicieran necesarias,

¹⁴²Cfr. Corte IDH. Caso Instituto de Reeducción del Menor vs. Paraguay, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112, párr. 158; CoIDH, Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri vs. Perú, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de julio de 2004. Serie C No. 110, supra nota 88, párr. 129; CoIDH, Caso 19 Comerciantes vs. Colombia, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2004. Serie C No. 109 párr. 153; CoIDH, Caso Myrna Mack Chang vs. Guatemala, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2003. Serie C No. 101 163, párr. 153.

entre otros, para valorar si se ha dado un tratamiento inhumano o degradante a la persona privada de la libertad.

Al respecto, el Tribunal observa que en el presente caso la negligencia médica de las autoridades estatales ante el tipo de lesión que sufrió el señor Vera Vera, es decir, una herida de bala, ocasionó un doloroso deterioro en su estado físico durante el transcurso de diez días, que culminó con su muerte, resultados que pudieron haberse evitado con tratamiento médico adecuado y oportuno (supra párr. 75). Asimismo, por su estado de salud y por su privación de libertad, era evidente que el señor Vera Vera no hubiera podido valerse por sí mismo para que fuera atendido de manera oportuna ya que ello era una obligación de las autoridades que estaban a cargo de su custodia.

Para la Corte, estos hechos configuran tratos inhumanos y degradantes en el sentido del artículo 5.2 de la Convención Americana en detrimento del señor Vera Vera.¹⁴³

Si bien es cierto, la comisión de tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes requieren por una parte el "actus reus" o conducta típica y el "mens rea" o motivo fundado en castigo, humillación u obtención de información, Corte Interamericana de Derechos Humanos considera en su jurisprudencia que una modalidad por omisión de trato cruel e inhumano incompatible con el art. 5.2 de la Convención surge al combinarse la falta de atención médica oportuna o negligente con el estado de salud grave de una persona privada de libertad, ya que su condición de privado de libertad aunado a su grave estado de salud le impiden valerse por sí misma para obtener atención médica.

En este sentido, el sufrimiento y el dolor innecesario, provocado por la negativa, retardo y ausencia de condiciones que aseguren la atención médica de los pacientes, así como la atención médica deficiente de un detenido¹⁴⁴ constituyen una violación al derecho a la integridad personal por cuanto a materializar tratos, crueles, inhumanos y degradantes, al respecto, el citado tribunal interamericano ha sostenido que la falta de atención médica adecuada "podría considerarse en sí misma violatoria del artículo 5.1 y 5.2 [...] dependiendo de las circunstancias concretas de la persona en particular, el tipo de dolencia que padece, el lapso transcurrido sin atención y sus efectos acumulativos"¹⁴⁵.

De igual forma, ese Tribunal sostuvo que si una persona, como se observa en los casos planteados, ha sido examinada por médicos pero nunca recibió tratamiento médico a pesar de que en esas revisiones se verificó que requería tratamiento –heridas y traumatismos–, y esa falta de tratamiento

¹⁴³ Caso Vera Vera y otra Vs Ecuador. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia del 19 de mayo del 2011. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Párr 77 y 79

¹⁴⁴ Corte IDH. Caso Cantoral Benavides Vs. Perú. Fondo. Sentencia de 18 de agosto de 2000. Serie C No. 69. Párrs 85 y 106.

¹⁴⁵ Corte IDH. Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs. Venezuela. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de JULIO de 2006. Serie C No. 150. Párr.103

médico adecuado y oportuno en el centro penitenciario tuvo consecuencias desfavorables para el estado de salud del interno(a) se vulneraba el derecho a la integridad personal¹⁴⁶.

También señaló que se vulneraba el derecho señalado, ya que si a pesar de sufrir diversos padecimientos físicos, recibió atención médica inadecuada lo cual, no se satisfacían los requisitos materiales mínimos de un tratamiento digno¹⁴⁷, como se observa en los casos planteados.

En consecuencia, teniendo como punto de partida las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos del Estado Mexicano y el carácter vinculante de la jurisprudencia de la Cr IDH que ha establecido la Suprema Corte de Justicia de la Nación, es de interés de la CDHDF adoptar el más alto estándar internacional en lo que respecta a tratos crueles e inhumanos hacia las personas privadas de libertad en correspondencia con el principio *Pro Persona* establecido en el artículo 1 de la Constitución Federal.

Asimismo, no pasa inadvertido que respecto a grupos de personas en particular o personas privadas de la libertad en centros de reclusión que tengan un padecimiento, el Relator Especial sobre la Tortura, señaló que en numerosos informes se han documentado los malos tratos o la denegación de tratamiento a personas que viven con el VIH/SIDA por parte de los proveedores de servicios de salud. Al respecto, se menciona que al parecer éstas personas no son aceptadas en los hospitales, se les da el alta médica en forma arbitraria, se les niega el acceso a los servicios médicos a menos que consientan en ser esterilizadas, y reciben una atención de baja calidad que deshumaniza y daña su ya frágil condición de salud.¹⁴⁸

En el mismo sentido, el Informe señala que las personas privadas de libertad que viven con VIH/SIDA y con tuberculosis u otras enfermedades desatendidas, como las cutáneas, constituyen uno de los grupos más estigmatizados de la población que se encuentra privada de su libertad. Lo anterior, es derivado del miedo y el prejuicio hacia estas enfermedades que los coloca en una posición de riesgo para ser sometidos a aislamiento social, violencia y otros abusos a sus derechos humanos, tanto por parte de otros reclusos, como del personal penitenciario. Finalmente, sobre este tema, la CIDH reitera la obligación de los Estados para adoptar medidas especiales que satisfagan las necesidades particulares de salud de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos de alto riesgo como las personas portadoras del VIH/SIDA¹⁴⁹

¹⁴⁶Corte IDH. Caso Tibi Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de septiembre de 2004. Serie C No. 114. Párrs 153 y 157.

¹⁴⁷Corte IDH. Caso De la Cruz Flores Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de noviembre de 2004. Serie C No. 115. Pár. 131

¹⁴⁸ ONU, *Informe del Relator Especial sobre la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 01 febrero de 2013, párr. 71.

¹⁴⁹ CIDH, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de la libertad*, Washington, 2011, párr. 566.

Tratos inhumanos, crueles y degradantes en el ámbito de la salud en perjuicio de los casos los casos A, M, N, O, P, R, S y T.

Caso A. Expediente CDHDF/III/121/IZTP/09/P1638

El agraviado **A** según se mencionó, acudía de forma permanente a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente para que le brindaran atención y así controlar su padecimiento, sin embargo, aun cuando mostró interés para que se le garantizara la atención médica, esto no ocurrió, lo que provocó que su salud se deteriorara al grado de que la herida que presentaba en un dedo del pie izquierdo se le infectara y el 11 de noviembre de 2009, le amputaran la pierna izquierda en el Hospital General Xoco.

Ahora bien, en reiteradas ocasiones, previo a la amputación de la pierna, requería medicamento para mitigar el dolor que surgía con motivo de la herida, sin embargo, éste no le era proporcionado¹⁵⁰ o bien no lo había en el área médica. Asimismo, en diversas ocasiones se le suspendió el medicamento, aun cuando lo requería. Situación que ocasionó dolor y sufrimiento innecesario, incluso, mayor al que el propio padecimiento le generaba.

Caso M. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/P2094

El agraviado **M**, ingresó en el año 2005 al Reclusorio Preventivo Varonil Norte con fractura de tibia y peroné izquierdos, contando con material de osteosíntesis. El material de osteosíntesis fue rechazado por su organismo a tal grado de provocarle un proceso infeccioso y posteriormente generar que se le amputara la extremidad.

Aun cuando requería atención médica consistente en la valoración oportuna y el retiro del material de osteosíntesis por parte del área médica, esto no ocurrió, postergaron las cirugías para el retiro de material, lo que prolongaba el dolor, no se brindaba atención efectiva para contrarrestar el dolor y atender de fondo el padecimiento, situación que se extendió por más de dos años hasta que le amputaron la pierna, ocasionándole sufrimiento innecesario.

Caso N. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/P2210.

El agraviado **N**, privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, fue diagnosticado de cáncer en un estadio avanzado, es decir, desde el mes de diciembre de 2011, acudía al servicio médico pues presentaba problemas de salud.

La salud del agraviado se deterioraba paulatinamente presentando molestias y dolores recurrentes, sin que se le brindara un diagnóstico. En el mes de abril de 2012, se le confirmó el diagnóstico de

¹⁵⁰Ver anexo evidencia 4.

cáncer (carcinoma renal) en etapa terminal y únicamente se le podían proporcionar cuidados paliativos. Previo a la confirmación y posterior a la emisión del diagnóstico, el retraso en éste, la angustia generada por desconocerlo y la negativa de atención, constituye un trato cruel, inhumano y degradante, pues las acciones del personal de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, prolongaron de forma innecesaria su dolor y sufrimiento.

Caso O. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/P2507

El agraviado **O**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, tenía diversos padecimientos, aumento de volumen en ambas piernas, enrojecimiento y dolor recurrente. En diversas ocasiones solicitó atención al área médica, pero ésta se le negó, no se garantizó un adecuado diagnóstico y seguimiento médico a su favor, lo que provocó que posteriormente falleciera el 12 de junio de 2012; sin embargo, previo a su fallecimiento se provocaron dolores y sufrimientos innecesarios derivados del quehacer médico.

Caso P. Expediente CDHDF/III/121/XOCH/12/P3501

El agraviado **P**, privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur. Acudía de forma recurrente al servicio médico pues presentaba *diabetes mellitus*. A partir del mes de marzo de 2012, fue valorado por la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, ya que presentaba descontrol en su padecimiento, por esta situación fue referido a diversos hospitales donde se le diagnosticó *diabetes mellitus* descontrolada, Retinopatía Diabética, Dislipidemia e infección crónica por virus de la Hepatitis Tipo C. Su estado de salud se deterioró y falleció el día 7 de junio de 2012 en el Hospital General Xoco con diagnóstico de neumonía atípica.

Previo al fallecimiento del agraviado, se tiene acreditado que en el caso en análisis, no se adoptaron las medidas necesarias para asegurar un adecuado control y seguimiento médico a su favor, en particular, se generaron molestias y dolor innecesario por los efectos de sus padecimientos, los cuales no fueron atendidos de forma oportuna, incluso el cuadro de depresión que presentó el agraviado, así como el lapso durante el que presentó los padecimientos derivados de las actividades médicas, constituye un trato cruel, inhumano y degradante.

Caso R. Expediente CDHDF/III/122/XOCH/13/P1603

El agraviado **R**, permanecía privado de la libertad en Reclusorio Preventivo Varonil Sur, presentaba dolor renal por lo que acudía a los servicios médicos de este centro carcelario, donde se le integró el diagnóstico de infección en las vías urinarias.

Se tiene acreditado en el caso en análisis que existieron actos de mala práctica relacionada con el inadecuado seguimiento brindado al padecimiento de *diabetes mellitus tipo II* y la otra respecto al

inoportuno diagnóstico respecto al dolor abdominal que reportó a partir del 7 de marzo de 2012 y por el que se le refirió de forma tardía al Hospital General de Xoco.

Asimismo, de la evidencia analizada, se tiene acreditado que el agraviado **R**, presentó dolores, vomitaba sangre y no era atendido de forma oportuna en el área médica, situación que valorada con la mala atención médica que recibió, provocó dolor y sufrimiento innecesario, constituyendo con ello tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Caso S.Expediente CDHUO/III/121/IZTP/13/P4798

El agraviado **S** permanecía privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. No podía caminar y los pies los tenía hinchados, presentaba pérdida de peso, diarrea y vómito. Acudía a la Unidad Médica de dicho centro, donde lo valoraban, pero con la atención brindada no mostraba mejoría, incluso le ordenaron la práctica de estudios médicos, pero éstos no se realizaron de forma inmediata.

El estado de salud del agraviado se deterioró y falleció por choque séptico, neumonía severa e infección por virus de VIH. Se tiene acreditado que la negativa en la atención, así como la falta de atención médica adecuada, prolongó el malestar general del agraviado y con ello se generó dolor y sufrimiento innecesario.

Caso T.Expediente CDHDF/III/121/IZTP/13/P7399

El agraviado **T**, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. Vivía con *diabetes mellitus tipo II* y tenía un absceso anal el cual se le infectó. El 19 de noviembre de 2013, por complicaciones derivadas de su padecimiento, falleció.

De los hechos probados se acreditó que existió un inadecuado manejo médico en perjuicio del agraviado **T**, lo que vulneró el derecho a la salud. Asimismo, se acreditó que la falta de referencia oportuna a una institución médica con capacidad de resolución de los padecimientos y la postergación de las intervenciones quirúrgicas que requería para la atención del absceso anal, constituyen una violación al derecho a la integridad personal por constituir un trato cruel, inhumano y degradante.

VII. Posicionamiento de la Comisión frente a las violaciones de los derechos humanos.

El artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece a la salud como uno de los medios para lograr la reinserción social. El marco jurídico en el Distrito Federal no constituye una barrera para generar una política pública penitenciaria en materia de salud, pues éste recoge principios reconocidos en el *corpus iuris* de los derechos de las personas privadas de la

libertad. Este Organismo reconoce que los factores determinantes a la salud y la sobrepoblación carcelaria en el Distrito Federal merman el funcionamiento del sistema de salud en las prisiones, así, el principal reto en tanto se generan los mecanismos integrales para la despresurización de éstas radica en eficientar los servicios en condiciones adversas, partiendo del reconocimiento que este grupo de población únicamente pueden acceder a los servicios de salud a través de las Unidades Médicas, es decir, como regla, no cuentan con otras alternativas.

Los casos que integran este instrumento Recomendatorio dan cuenta del goce del derecho a la protección de la salud. Los 20 casos que se analizan abordan tres rubros fundamentales en el déficit del goce de este derecho que ha reportado este Organismo con mayor énfasis desde el año 2009 y a través del Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011.

En primer lugar, se reportan actos de mala práctica médica que se producen por inadecuados diagnósticos y seguimientos médicos, generados en gran medida por un protocolo de atención médica que al día de hoy es obsoleto. Al respecto, el Informe especial señala que la dimensión de accesibilidad de las personas privadas de libertad a los servicios de atención médica, se ve obstaculizada por diversos factores y actores, entre los que destaca personal técnico penitenciario y de seguridad al dificultar la salida de dormitorios –en especial de zonas segregadas– y acceso al área médica y el personal médico al negar la atención por insuficiencia de fichas y/o citas, falta de personal o por diagnósticos determinados sin valoración previa.

En el mismo sentido, la Recomendación 9/2013 reportó que la atención médica que reciben las personas en reclusión, en la práctica se inserta en un proceso a partir del cual las personas sufren una serie de limitaciones y obstáculos en los procesos de acceso y admisión a las unidades médicas, en la atención proporcionada en las mismas y en los procesos de referencia y contrarreferencia a hospitales especializados.

De igual manera, en el Informe especial y la citada recomendación, se señalan situaciones que prevalecen. Se enfatiza que el proceso de atención médica involucra a diversos actores, que a la fecha siguen sin generar una estrategia de articulación efectiva, tales como el personal de los centros carcelarios –directivos, elementos de seguridad y custodia–, personal médico del centro y de instituciones externas–hospitales locales y federales– cuya intervención se hace necesaria cuando la capacidad de respuesta por parte de los servicios médicos de la prisión son insuficientes para solventar el problema médico, sin embargo, este proceso es cuestionado a la luz de los criterios definidos en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, dado que los servicios que se brindan al interior de los centros no reúnen características de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

En segundo lugar, los casos exponen la falta de insumos, carencia y disponibilidad de personal, negativa de brindar los pocos servicios con los que se cuenta, obstaculización o negativa de brindar atención especializada, inexistencia de seguimiento médico, negativa de acceso a medicamentos, que en gran medida condicionan una adecuada atención. En este sentido, merece especial atención que la falta de insumos dentro de las Unidades Médicas va desde la ausencia de medicamentos hasta el material y/o equipo que se requiere para establecer un diagnóstico certero.

Diabetes mellitus y sus complicaciones

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no produce insulina o cuando el organismo no utiliza adecuadamente la que produce. Cuando este padecimiento no es controlado aumenta el azúcar en la sangre, que con el paso del tiempo causa grave daño a órganos y sistemas.¹⁵¹

La preocupación mundial por las alarmantes cifras de esta enfermedad que plantean el aumento del más del doble de casos entre 2005 y 2030, llevó a la Asamblea General de Naciones Unidas¹⁵² a incluir a la diabetes como una de las enfermedades no transmisibles analizadas en la reunión de alto nivel de septiembre de 2011, comprometiendo a la comunidad internacional a adoptar medidas para su prevención y control.¹⁵³

Actualmente hay en el mundo más de 347 millones de personas que padecen diabetes y solo en el año 2012 fallecieron 1.5 millones.¹⁵⁴

De acuerdo con datos del año 2011 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, de cada 100 mil personas que mueren, 70 fallecieron por diabetes, ubicando en el Distrito Federal una de las más altas tasas de mortalidad, así como los más altos porcentajes de diagnósticos positivos de diabetes (en población derechohabiente).¹⁵⁵

En la prevención, tratamiento y control de la diabetes debe aplicarse lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas creadas *ex profeso*, como son la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994¹⁵⁶ y la NOM-015-SSA2-2010¹⁵⁷, que por razón de temporalidad resultan vigentes y aplicables en los casos analizados en la presente Recomendación.

¹⁵¹ Organización Mundial de la Salud, Nota descriptiva No. 312, noviembre de 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/#>. Página consultada el 14 de diciembre de 2014.

¹⁵² ONU. Resolución A/66/L.1. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de enfermedades no transmisibles, 16 de septiembre de 2011.

¹⁵³ Organización Mundial de la Salud, Nota descriptiva No. 312, noviembre de 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/#>. Página consultada el 14 de diciembre de 2014.

¹⁵⁴ *Ibidem*.

¹⁵⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Diabetes", Aguascalientes, Ags., 14 de noviembre de 2013. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf>

¹⁵⁶ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el...

¹⁵⁷ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 23 de noviembre de 2010.

Conforme a los dispositivos antes citados, los cuales son de carácter obligatorio y observancia general, su propósito es establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, a fin de reducir su incidencia, evitar o retrasar las complicaciones y disminuir la mortalidad.

En relación con la prevención se señalan dos niveles: uno dirigido a la población general¹⁵⁸ y otro a la población identificada con factores de riesgo¹⁵⁹⁻¹⁶⁰.

La detección de pre diabetes y diabetes se debe realizar a partir de los 20 años de edad (o al inicio de la pubertad en caso de obesidad u otros factores de riesgo), a través de campañas generales, pruebas periódicas, en los servicios educativos públicos y en los pacientes que acuden a los servicios de salud, tanto públicos como privados.

El tratamiento que se siga tendrá como finalidad aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por la enfermedad o sus complicaciones.

Se indican como componentes del tratamiento la instauración del plan de manejo integral del paciente, el cual debe ser registrado en el expediente clínico¹⁶¹, al igual que los datos integrados a la historia clínica, para que estén disponibles durante las visitas posteriores.

El tratamiento a cargo del personal médico y el equipo de salud deberá incluir el establecimiento de metas, manejo no farmacológico, tratamiento farmacológico, educación del paciente, automonitoreo y vigilancia de complicaciones.

Las Normas Oficiales Mexicanas citadas precisan cuáles son las metas básicas del tratamiento, las características de las medidas que se adopten y su modificación.¹⁶²

Un ámbito importante de las Normas Oficiales es el de la vigilancia médica y prevención de complicaciones, en el que se establece que la frecuencia de las consultas dependerá del grado de cumplimiento de las metas, de la necesidad de ajustes al manejo indicado, así como de la evolución clínica del paciente.¹⁶³

En cada consulta se evaluará el control metabólico, el plan de alimentación y la actividad física; además, se indagará de forma intencionada sobre las complicaciones. En los casos de diabetes mellitus 2, al momento del diagnóstico se efectuará el examen de agudeza visual y retina, el cual se

¹⁵⁸ Que comprende el control de peso, la actividad física y la alimentación saludable, a fin de prevenir el padecimiento o retrasar su aparición.

¹⁵⁹ Son factores de riesgo: sobrepeso y obesidad, sedentarismo, familiares de primer grado con diabetes, antecedentes de diabetes gestacional, personas con hipertensión arterial, pacientes con enfermedades cardiovasculares, entre otros.

¹⁶⁰ En el caso de las personas que presentan factores de riesgo la prevención va encaminada a proveer información sobre su condición y otorgarles apoyo para realizar la modificación necesaria en su estilo de vida.

¹⁶¹ De conformidad con la NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, vigente al momento en que ocurrieron los hechos investigados.

¹⁶² Cabe precisar que la NOM-015-SSA2-2010 incluye la realización de estas acciones conforme a las Guías específicas.

¹⁶³ La NOM-015-SSA2-2010 señala que al inicio las consultas pueden ser cada 15 días o con la periodicidad que determine el médico, precisando que el manejo será multidisciplinario para que en conjunto con el paciente se logre el control metabólico.

mantendrá anualmente; en caso de que se detecten anomalías el paciente será referido con una o un oftalmólogo.

Asimismo se realizarán acciones para prevenir y/o controlar retinopatía, pie diabético, nefropatía, dislipidemias, hipertensión arterial e hipoglucemia.¹⁶⁴ En ambos instrumentos se indica que no son aceptables formas de tratamiento no descritos en la norma.

Es importante destacar los criterios previstos para que un paciente con diabetes sea referido a una institución de segundo nivel y/o con un especialista: si no se cumplen las metas del tratamiento integral de manera persistente, en caso de complicaciones graves y cuando el médico tratante de primer nivel así lo considere.

Como se desprende de lo señalado en este apartado, la diabetes es un problema de salud pública, que afecta la economía de la sociedad y la familiar, de manera directa e indirecta;¹⁶⁵ que puede fomentar relaciones de desigualdad y discriminación y que limitan el acceso al disfrute más alto del derecho a la salud.

Adicionalmente, enfermedades no transmisibles como la diabetes afectan principalmente a los grupos de población más desfavorecidos y excluidos, en situación de pobreza extrema y de especial vulnerabilidad, condición en que se encuentran las personas privadas de libertad.

En ningún otro ámbito como en el penitenciario es tan evidente la responsabilidad del Estado para determinar la política de atención y solución a este problema, los programas preventivos, las medidas de control y limitación del daño, dada la relación de especial sujeción que se establece respecto de las y los internos.

Las personas en reclusión están expuestas a factores de riesgo que surgen de la propia privación de libertad; esto es, se encuentran confinados a espacios reducidos (dormitorio, estancia) determinados por la autoridad penitenciaria, quien tiene la potestad de restringirlos aún más¹⁶⁶. Estas condiciones no solo limitan el acceso a los servicios de salud, que en la mayoría de los casos físicamente se encuentran alejados de las áreas de aislamiento, sino que podrían condicionar la inactividad, falta de ejercicio y vida sedentaria; asimismo, garantizar una alimentación adecuada, conforme a los requerimientos específicos de las personas que padecen diabetes y aquellas que presentan riesgo de padecerla, es un reto para el sistema penitenciario del Distrito Federal.

¹⁶⁴ Para la correcta aplicación de la NOM-015-SSA2-1994 se deben consultar: NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica; NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico; NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad y NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. En relación a la NOM-015-SSA2-2010 se deben consultar las tres primeras antes mencionadas, además de NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica; NOM-037-SSA2-2002, Para la prevención y control de las dislipidemias; NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación y NOM-086-SSA1-1994, Bienes y Servicios. Alimentos y bebidas no alcohólicas con modificaciones en su composición. Especificaciones nutrimentales.

¹⁶⁵ Para ahondar sobre el tema consultar el estudio: *Costos de la Diabetes en América Latina: Evidencias del Caso Mexicano*, visible en: <https://www.ispor.org/consortiums/LatinAmerica/documents/ViH/Costos-de-la-Diabetes-en-America-Latina.pdf>

¹⁶⁶ En los casos de áreas de castigo y protección, donde las internas o internos pueden permanecer por largos periodos.

Confluyen con lo expuesto otras limitantes y barreras que dificultan el acceso de las personas privadas de libertad a los servicios de salud y a la atención médica especializada, lo cual ha sido analizado por este Organismo en el Informe especial sobre el derecho a la salud, en el cual se establece lo siguiente:

Si bien la mayoría de los centros de reclusión cuentan con unidades médicas y personal médico, el acceso a los servicios de salud no es siempre garantizado por diversas razones. [...] en primer lugar, [e]l personal de seguridad y custodia en ocasiones, se constituye como un primer filtro que restringe el acceso físico de las y los internos a la unidad médica. Al no abrir las puertas de los dormitorios a tiempo o al impedir la salida de los dormitorios o el paso en las esclusas, los elementos de seguridad cometen una violación al derecho a la salud de las personas bajo su custodia, en su dimensión de accesibilidad. [...]

Otro punto de preocupación se refiere a la situación de la población segregada, sea en los módulos de máxima seguridad, en zona de castigo o en las áreas de protección, porque encuentran barreras físicas que impiden su movilidad a través de los centros. La posibilidad de acceso a los servicios médicos depende en gran medida de la valoración inicial, sin criterio médico objetivo, que el personal técnico o de seguridad hace respecto del estado de salud de las personas que solicitan atención médica, así como de la disponibilidad de los elementos de seguridad para acompañarlas a la unidad médica.

Otros padecimientos constituyen casos de salud pública, debido a su gravedad, incidencia o dificultad para su control. En el presente instrumento se analizan casos en los que las personas agraviadas presentaban síndrome de desgaste, debilidad extrema y baja de peso inexplicable.

Al detectar estos síntomas, se debió indagar la causa de la pérdida abrupta de peso y se debieron realizar las pruebas necesarias para confirmar o descartar infección por VIH, problemas de la tiroides e incluso actividad tumoral, sin embargo esto no ocurrió. En tres casos se sospechó VIH pero sólo en uno se realizó la prueba de ELISA y se descartó, en tanto que en otro se realizó detección tardía y el agraviado perdió la vida; el tercer agraviado también falleció pero nunca se le realizó la prueba, ni siquiera en la necropsia, incumpliendo así con lo establecido en la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana,¹⁶⁷ vigente en ese momento, ni como lo indica la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.¹⁶⁸

Se identifican en esta Recomendación fallas estructurales por carencia de infraestructura para garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de libertad pero también falta de capacitación y sensibilización en las personas que brindan los servicios de salud, los cuales están obligados a prestar con calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos y la dignidad de las personas, independientemente de su condición de reclusión.

¹⁶⁷ Diario Oficial de la Federación, 21 de junio de 2000.

¹⁶⁸ Diario Oficial de la Federación, 10 de noviembre de 2010.

Una constante en los casos que conforman este Instrumento es la falta de cumplimiento a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, vigente en la época en la que ocurrieron la mayoría de los hechos investigados, toda vez que el expediente clínico es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, donde se registra la intervención del personal de salud, de conformidad con las disposiciones sanitarias y las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes.

Sin embargo, el personal médico que intervino en la atención de las personas agraviadas omitió su obligación de registrar los antecedentes de los pacientes, su historia clínica y el seguimiento a los padecimientos que presentaban, obstaculizando con ello su derecho a la salud.

Por todo lo anterior, es imperativo visibilizar esta problemática y convocar a la Secretaría de Salud del Distrito Federal para que en coordinación con otras autoridades involucradas lleve a cabo acciones de envergadura orientadas a modificar prácticas que limitan y vulneran los derechos humanos de las personas privadas de libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal.

Por lo anterior, es pertinente señalar que aun cuando, de manera particular, el déficit en la protección del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad se evidenció en el Informe especial, refiriendo que éste obedece a los determinantes de la salud, sobrepoblación, hacinamiento, procedimiento, ausencia de articulación entre los actores involucrados, carencia de insumos y personal, a tres años de su emisión, se observan pocos avances en la materia, la presente Recomendación da cuenta de las situaciones que persisten y los obstáculos que aun imposibilitan el goce efectivo del derecho a la salud.

VIII. Obligación de reparar a las víctimas de violaciones de derechos humanos

El derecho a la reparación es un principio general del derecho internacional, según el cual toda violación de una obligación internacional, que haya producido un daño, comporta el deber de repararlo adecuadamente¹⁶⁹. En concordancia con este principio, el artículo 1 constitucional señala lo siguiente:

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y **reparar las violaciones a los derechos humanos**, en los términos que establezca la ley. (Énfasis añadido).

¹⁶⁹Corte IDH, caso de la Masacre de la Rochela vs Colombia, Sentencia del 11 de mayo del 2007, párrafo 226.

Lo anterior, en armonía con lo señalado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, al aplicar el principio establecido en el artículo 63.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que a la letra señala:

Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada.

De esta forma, en cualquier Estado democrático de derecho, toda persona debe tener la seguridad de que, en caso de sufrir una violación a sus derechos humanos, gozará de la posibilidad de reclamar que el responsable de esa afectación, asuma sus consecuencias. En este sentido, el Estado como garante de esos derechos, debe asumir la obligación de resarcir los daños que sus agentes provoquen a alguna persona. Al respecto, la SCJN, ha manifestado que:

Las víctimas de violaciones a los derechos humanos o sus familiares, tienen derecho a la reparación adecuada del daño sufrido, la cual debe concretarse a través de medidas individuales tendientes a restituir, indemnizar y rehabilitar a la víctima, así como de medidas de satisfacción de alcance general y garantías de no repetición, mediante los procedimientos previstos legalmente para esos efectos, lo cual no es una concesión graciosa, sino el cumplimiento de una obligación jurídica. Lo anterior deriva tanto del régimen previsto constitucionalmente como de los instrumentos internacionales ratificados por México y de los criterios de organismos internacionales, los cuales se manifiestan claramente en el sentido de que es un derecho efectivo de las personas agraviadas a nivel fundamental obtener una reparación proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido.¹⁷⁰ (Énfasis añadido)

Este deber de reparar a cargo del Estado, está previsto en los Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional. Al respecto, de acuerdo con los citados Principios:

Una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional

¹⁷⁰SCJN. Novena Época, Registro: 163164, Instancia: Pleno, Fuente: *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Tomo XXXIII, Enero de 2011, Materia: Constitucional, Tesis: P./ LXVII/2010), página 28.

humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido. Conforme a su derecho interno y a sus obligaciones jurídicas internacionales, los Estados concederán reparación a las víctimas por las acciones u omisiones que puedan atribuirse al Estado y constituyan violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario [...]. (Énfasis añadido)

En virtud de lo anterior, las víctimas o personas agraviadas tienen derecho a que éste adopte medidas de reparación de los daños causados, sancione a los culpables y ejecute medidas que garanticen la no repetición de los hechos que motivaron la violación. Según la Corte Interamericana la obligación de reparar,

Refleja una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre la responsabilidad de los Estado. De esta manera, al producirse un hecho ilícito imputable a un Estado, surge de inmediato la responsabilidad internacional de éste por la violación de la norma internacional de que se trata, con el consecuente deber de reparación y de hacer cesar las consecuencias de la violación.¹⁷¹

El mismo Tribunal, ha establecido en su jurisprudencia lo siguiente respecto al alcance y contenido de las reparaciones:

Las reparaciones, como el término lo indica, consisten en las medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas. Su naturaleza [...] depende del daño ocasionado [...].¹⁷²

La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional requiere, siempre que sea posible, la plena restitución (*restitutio in integrum*), la cual consiste en el restablecimiento de la situación anterior a la violación. De no ser esto posible, cabe al tribunal internacional determinar una serie de medidas para que, además de garantizar el respeto de los derechos conculcados, se reparen las consecuencias que produjeron las infracciones [...].¹⁷³

¹⁷¹Corte IDH, Caso Acevedo Jaramillo y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de Febrero de 20006. Serie C. No. 144, párrafo 295.

¹⁷²Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay, Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125, párrafo 193.

¹⁷³*Ibidem*, párrafo 182.

Además del artículo 1°, de la CPEUM, la obligación de reparar se encuentra prevista en el artículo 113, párrafo segundo, de dicho ordenamiento, que determina la responsabilidad objetiva y directa del Estado cuando se produzcan daños a los particulares:

La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.

Asimismo, la reparación del daño, se encuentra prevista en otras disposiciones del derecho nacional, tales como: la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado y la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. A nivel local, la referida obligación encuentra fundamento en el artículo 1927, del Código Civil para el Distrito Federal; 17, fracción IV, del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, así como en la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Distrito Federal, y los Lineamientos para el pago de indemnización económica derivada de las Recomendaciones o Conciliaciones de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal o la Comisión de los Derechos Humanos.

Específicamente, la Ley de la CDHDF, en su artículo 46, establece:

En el proyecto de Recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y, si procede para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado.

La promulgación de la Ley General de Víctimas, el 9 de enero de 2013, reconoce de manera expresa el derecho de las víctimas de ser reparadas de manera integral, recogiendo los estándares internacionales.

Por lo anterior, este Organismo considera procedente la reparación del daño ocasionado en los términos siguientes:

Modalidades de la reparación del daño.

Indemnización

La indemnización es reconocida como una medida compensatoria y se refiere a los perjuicios materiales sufridos, entre ellos, el daño emergente, el lucro cesante e incluye también, el daño moral sufrido por las víctimas.¹⁷⁴Ésta debe concederse de forma apropiada y proporcional a la

¹⁷⁴Cfr. Caso *Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*. Op. Cit., párrafo. 38

gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos.

De acuerdo a la Corte IDH, en el caso del daño moral, la indemnización deberá incluir:

"[...] tanto los sufrimientos y las aficciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, como el menoscabo de valores muy significativos para las personas y otras perturbaciones que no son susceptibles de valoración pecuniaria. Es una característica común a las distintas expresiones del daño moral el que, no siendo posible asignárseles un precio equivalente monetario, solo puedan, para los fines de la reparación integral a las víctimas, ser objeto de compensación, y ello de dos maneras. En primer lugar, mediante el pago de una suma de dinero o la entrega de bienes o servicios apreciables en dinero, que el Tribunal determine en aplicación razonable del arbitrio judicial y en términos de equidad. Y en segundo lugar, mediante la realización de actos u obras de alcance o repercusión públicos, que tengan efectos como la recuperación de la memoria de las víctimas, el restablecimiento de su dignidad, la consolación de sus deudos o la transmisión de un mensaje de reprobación oficial a las violaciones de los derechos humanos de que se trata y de compromiso con los esfuerzos tendientes a que no vuelvan a ocurrir. La tasación del monto que se debe pagar por concepto de daño moral debe hacerse con criterios de "equidad y basándose en una apreciación prudente, dado que no es susceptible de tasación precisa"¹⁷⁵.

A su vez, su monto depende del nexo causal con los hechos del caso bajo análisis,¹⁷⁶ las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.¹⁷⁷ Es importante mencionar que la indemnización no puede implicar ni un empobrecimiento ni un enriquecimiento para la víctima o sus sucesores.¹⁷⁸

Por lo que se refiere a este punto, es oportuno mencionar que en los Lineamientos para el pago de la indemnización económica derivada de las Recomendaciones o Conciliaciones de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal o la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, aceptadas o suscritas por las Autoridades del Gobierno de la Ciudad de México a las que se encuentren dirigidas, se contempla que se formará un Grupo de Trabajo integrado por la Secretaría

¹⁷⁵ Corte IDH, Caso Villagrán Morales y otros (caso de los "Niños de la Calle"). Sentencia de Reparaciones de 26 de mayo de 2001. Serie C número 77, párrafo 84.

¹⁷⁶ Corte IDH. caso *Comunidad Indígena Yakyye Axa Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 17 de junio de 2005, serie C, No 125.

¹⁷⁷ Corte IDH. Caso *Ticona Estrada y otros Vs. Bolivia*. Fondo, Reparaciones y Costas, 27 de noviembre de 2008, Serie C, No. 191, párrafo 134; Caso de la *Masacre de las dos Erres Vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, 24 de noviembre de 2009, Serie C, No 211.

¹⁷⁸ Corte IDH. Caso *Castillo Páez Vs. Perú*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998. Serie C, No. 43, párrafo 53.

de Gobierno, la Contraloría General, la Secretaría de Finanzas y las autoridades responsables de las medidas de reparación, en donde se debe establecer un procedimiento ágil, transparente y expedito para que las víctimas puedan expresar sus pretensiones y reclamar las indemnizaciones a que tengan derecho. En las sesiones que se realicen del Grupo de Trabajo, este Organismo puede acudir para observar se garantice el proceso para el pago de indemnización económica. Asimismo, el grupo de trabajo se ceñirá a los siguientes parámetros a fin de cuantificar el monto de la indemnización:¹⁷⁹

Elementos para indemnizar.

Con relación a los derechos por cuya violación se requiera una indemnización relativa al daño inmaterial, se considerarán los siguientes elementos para el cálculo correspondiente:

1. Derechos violados
2. Temporalidad
3. Impacto Biopsicosocial
4. Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad

En suma, en el caso de las personas agraviadas, la indemnización deberá atender los criterios de reparación establecidos en los Lineamientos para el pago de la indemnización económica derivada de las Recomendaciones o Conciliaciones de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal o la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Satisfacción.

La satisfacción debe incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguiente: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad; c) una declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima; d) una disculpa pública; y e) la aplicación de sanciones jurídicas o administrativas a los responsables de las violaciones.

En relación con lo anterior, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido:

Respecto a la continuación del proceso para la investigación de los hechos y la sanción de las personas responsables, esa es una obligación que corresponde al

¹⁷⁹ Publicados el 23 de septiembre de 2014, en la Gaceta Oficial del Distrito Federal Décima Séptima época. Número 1949, págs. 5 a 8.

Estado siempre que haya ocurrido una violación de los derechos humanos y esa obligación debe ser cumplida seriamente y no como una mera formalidad.¹⁸⁰

Dentro de las medidas de satisfacción es necesario que la Secretaría de Salud del Distrito Federal instruya por escrito a los servidores públicos adscritos a la Dirección General de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios que cumplan el servicio público que tienen encomendado conforme a los principios previstos en las normas que rigen su función.

Medidas de no repetición

Las medidas de no repetición contienen el compromiso del Estado de adoptar acciones eficaces para evitar que se puedan volver a presentar violaciones de derechos humanos, como las evidenciadas en el presente Instrumento. A continuación se señalan las acciones que deberán realizarse para garantizar la no repetición de las violaciones a derechos humanos probadas en tres rubros identificados en la presente:

- Diseñar una estrategia de atención para la prevención y control de las personas con diabetes mellitus, misma que se desarrollará en coordinación con la Subsecretaría de Sistema Penitenciario.

La atención y los servicios brindados tendrán el carácter de prioritarios, bajo el esquema de atención establecido por la Secretaría de Salud, teniendo como elementos de ejecución la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

La atención se brindará con un enfoque integral, para lo cual deberá contar con una plantilla multidisciplinaria de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, nutriólogos y psicólogos), enfoque que garantizará la atención satisfactoria de los usuarios o pacientes.

Dicho programa funcionará teniendo como ejes las siguientes acciones: prevención en sus tres niveles, detección, diagnóstico y tratamiento, control y seguimiento.

Estas acciones se establecerán y ejercerán de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus; Norma Oficial Mexicana NOM-043-SA2-2005, servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria y la Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes en el Distrito Federal.

¹⁸⁰Corte IDH. *Caso El Amparo*, Reparaciones (Artículo 63.1 Convención Americana sobre Derechos Humanos), Sentencia de 14 de septiembre de 1996, Serie C No. 28, párrafos 53 a 55 y 61.

El establecimiento del programa para la Atención, Prevención y Control de la Diabetes, se llevará a cabo a través de la realización de los tamizajes correspondientes a la totalidad de la población penitenciaria, incluyendo las áreas de ingreso, lo cual tendrá como finalidad, la búsqueda activa de personas con ese padecimiento y por ende determinar la prevalencia de la misma en esa población cautiva.

El programa contará con sus procedimientos de medición y monitoreo de pacientes diagnosticados, sustentado en un enfoque de satisfacción de necesidades de los usuarios, la individualidad y confidencialidad en la atención de los casos y el seguimiento de los mismos, estableciéndose las metas del tratamiento para cada paciente.

- Empezar acciones permanentes en todos los centros de reclusión del Distrito Federal para la detección y atención de casos de tuberculosis.
- Diseñar un protocolo de atención integral para personas que presenten síndrome de desgaste, articulando a las diferentes instituciones médicas de la Secretaría de Salud para asegurar la atención.

Finalmente, este Organismo espera que la autoridad responsable a quien se dirige esta Recomendación, considere el reconocimiento de los hechos, a la luz del compromiso que cada instancia ha asumido con el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal y su Ley.

Por lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1° y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2° primer párrafo, 5°, 6°, 17 fracción IV, 22 fracción IX, 24 IV, 45, 46, 47, 48, y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, así como en los artículos 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142 y 144 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal,

X. Recomendación

Al Secretario de Salud del Distrito Federal:

Primero. Dentro de un plazo máximo de un año, contado a partir de la aceptación de la Recomendación, repare integralmente a las víctimas y/o familiares de los casos **A, C, J, L, M, Q, S** y **T**, por concepto de daño material e inmaterial ocasionado por las violaciones a sus derechos humanos, considerando la situación específica de cada caso.

Para dicha reparación se deben tener en cuenta las características de las víctimas, las violaciones que sufrieron y las consecuencias físicas y emocionales de las mismas.

Asimismo, se inscriba a sus familias a programas de apoyo social, como son las ayudas de despensa, así como becas que apoyen la educación de las y los descendientes de éstos, hasta que puedan culminar con una carrera profesional o hayan aprendido un oficio. Asimismo, se apoye a los familiares con el equivalente a los gastos de marcha erogados en los funerales de las víctimas.

Segundo. En los casos de los agraviados **A y M**, en un plazo máximo de 15 días hábiles, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se garantice la prestación de la atención médica necesaria y gratuita, por parte de esa institución –en el caso del agraviado **M**, se deberá considerar su condición de persona privada de libertad.

Tercero. Asimismo, en un plazo no mayor a 60 días naturales, se realicen las gestiones correspondientes para proporcionar a los agraviados **A y M** prótesis adecuadas a sus necesidades y el seguimiento médico inherente a su utilización.

Cuarto. En un plazo de 15 días hábiles, contado a partir de la aceptación de la Recomendación, ofrezca la valoración y, en su caso, el tratamiento psicológico correspondiente, a las víctimas y familiares de quienes fallecieron que así lo requieran, y en un plazo de 30 días hábiles contados a partir de dicha valoración, se realicen las gestiones necesarias para que quienes lo decidan, inicien su tratamiento en la institución pública o privada de su elección y se garantice que puedan continuarlo hasta su total restablecimiento o hasta que las víctimas decidan concluirlo.

Quinto. En un plazo no mayor a 6 meses, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, en coordinación con la Subsecretaría de Sistema Penitenciario se diseñe una estrategia integral de atención, para la prevención y control de la diabetes de acuerdo a las directrices fijadas en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus.


Sexto. En un plazo no mayor a 3 meses, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se instruya a todo el personal de las unidades médicas de los centros de reclusión del Distrito Federal, para el uso, manejo y actualización del expediente clínico, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012.

Séptimo. En un plazo no mayor a 15 días hábiles, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se diseñe y ponga en marcha un programa permanente de detección y atención de Tuberculosis y VIH de acuerdo a las Normas Oficiales correspondientes y a las directrices establecidas en los estándares internacionales.

Octavo. En un plazo no mayor a 6 meses, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, en coordinación con la Dirección Ejecutiva por los Derechos Humanos de la CDHDF se diseñe y ponga en marcha un programa permanente de capacitación para los profesionales de la salud que brindan sus servicios en las Unidades Médicas de los centros de reclusión del Distrito Federal, teniendo como contenido mínimo derecho a la salud, no discriminación, atención de grupos vulnerables, responsabilidad de los servidores públicos, derechos de las y los médicos, entre otros.

Por otra parte, de conformidad con los artículos 48 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, y 140 y 142 de su Reglamento Interno, le comunico que dispone de un plazo de 15 días hábiles contados a partir del día siguiente al que se notifique esta Recomendación, para responder si la acepta o no; en el entendido que de no aceptarla, su respuesta se podrá hacer del conocimiento de la opinión pública. En caso de que se acepte la misma, se le notifica que dispondrá de un plazo de 10 días hábiles, contados a partir del vencimiento del término del que disponía para responder sobre la aceptación, a fin de enviar las pruebas de su cumplimiento a la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de este Organismo.

Así lo determina y firma:



**Dra. Perla Gómez Gallardo,
Presidenta de la Comisión de Derechos
Humanos del Distrito Federal**

- C.c.p. Dr. Miguel Ángel Mancera Espinosa, Jefe de Gobierno del Distrito Federal.
- C.c.p. Dip. Cipactli Dinorah Pizano Osorio, Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos de la ALDF.
- C.c.p. Dip. Olivia Garza de los Santos, Presidenta de la Comisión Especial de Reclusorios de la ALDF.
- C.c.p. Lic. Antonio Hazael Ruiz Ortega, Subsecretario de Sistema Penitenciario del Distrito Federal.

On the 1st of June 1864, I received from your
kind letter of the 27th inst. in relation to the
matter of the application for a license to
sell and dispense with the medicinal
preparations of the late Dr. J. C. Smith.

I have the honor to acknowledge the receipt
of your letter of the 27th inst. in relation
to the matter of the application for a
license to sell and dispense with the
medicinal preparations of the late Dr. J. C. Smith.

I have the honor to acknowledge the receipt
of your letter of the 27th inst. in relation
to the matter of the application for a
license to sell and dispense with the
medicinal preparations of the late Dr. J. C. Smith.

I have the honor to acknowledge the receipt
of your letter of the 27th inst. in relation
to the matter of the application for a
license to sell and dispense with the
medicinal preparations of the late Dr. J. C. Smith.