

Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México



Omisión de garantizar el más alto nivel de salud a personas privadas de libertad en centros de reclusión de la Ciudad de México

Recomendación 11/2021

Expedientes: CDHDF/II/121/IZTP/14/P3544 y otros ¹

Autoridad responsable

Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Víctimas Directas:

Víctima directa 1

Víctima directa 2

¹ CDHDF/II/121/GAM/16/P0934,
CDHDF/II/121/IZTP/17/P2028,
CDHDF/II/121/IZTP/17/P7571,
CDHDF/II/121/GAM/18/P4229,
CDHCM/III/122/XOCH/20/P6665.

CDHDF/II/121/XOCH/16/P5640,
CDHDF/II/121/IZTP/17/P2028,
CDHDF/II/121/MHGO/17/P8269,
CDHDF/II/121/GAM/18/P6006,

CDHDF/II/121/IZTP/17/P0890,
CDHDF/II/121/GAM/17/P3975,
CDHUO/II/121/IZTP/18/P1232,
CDHDF/II/121/XOCH/18/P6694,

Mujer Víctima directa 3

Víctima directa 4

Víctima directa 5

Víctima directa 6

Víctima directa 7

Víctima directa 8

Víctima directa 9

Víctima directa 10

Víctima directa 11

Víctima directa 12

Víctima directa 13

Víctima directa 14

Víctimas Indirectas

Mujer Víctima Indirecta 1

Mujer Víctima Indirecta 2

Mujer Adulta Mayor Víctima Indirecta 3

Mujer Adulta Víctima Indirecta 4

Víctima Indirecta 5

Mujer Adulta Mayor Víctima Indirecta 6

Mujer Adulta Víctima Indirecta 7

Mujer Adulta Víctima Indirecta 8

Mujer Adulta Víctima Indirecta 9

Mujer Adulta Víctima Indirecta 10



Mujer Adulta Mayor Víctima Indirecta 11

Mujer Adulta Mayor Víctima Indirecta 12

Mujer Adulta Mayor Víctima Indirecta 13

Mujer Adulta Mayor Víctima Indirecta 14

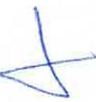
Mujer Adolescente Víctima Indirecta 15

Joven Adolescente Víctima Indirecta 16

Mujer Adulta Víctima Indirecta 17

Víctima Indirecta 18

Mujer Adulta Víctima Indirecta 19



Índice de Derechos Humanos violados

1. Derecho a la salud en el contexto de privación de libertad e incumplimiento del deber de garante

1.1 Deficiencias del personal adscrito a unidades médicas en centros de reclusión en el cumplimiento de los objetivos propios del primer nivel de atención médica

1.2 Deficiencias en el cumplimiento de los objetivos propios del segundo nivel de atención médica por parte de personal adscrito a instituciones de la red hospitalaria de la Ciudad de México

1.3 Deficiencias y omisiones en el sistema de referencia y contrarreferencia que ocasionó retraso en la atención médica y agravamiento de la condición de salud de las víctimas directas.

1.4 Deficiencias y mala práctica en la atención médica por inobservancia de las normas oficiales y las guías prácticas.

2. Derecho a la vida

2.1 Omisión de garantizar el derecho a la salud que dio como resultado la violación al derecho a la vida.

GLOSARIO. –

Accesibilidad ²

Que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas sin discriminación alguna.

Aceptabilidad ³

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.

Actividades de atención paliativa ⁴

Incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del usuario, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo multidisciplinario.

Adherencia ⁵

Las adherencias son definidas como uniones patológicas entre superficies peritoneales formadas durante defectos en su superficie.

2 Aplicación del pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales, Observación General 14, el derecho al disfrute más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones 2000).

3 Aplicación del pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales, Observación General 14, el derecho al disfrute más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones 2000).

4 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículo 8, fracción IV.

5 HJL y cols. Adherencias peritoneales posquirúrgicas E. Artículo de revisión. p 36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2004/ju041f.pdf>

Alta voluntaria ⁶

Terminación de la prestación del servicio a solicitud del usuario o persona responsable de él, sin haber concluido el tratamiento, bajo su propio riesgo.

Ametropía ⁷

Se conoce como ametropía cualquier defecto ocular que ocasione un enfoque inadecuado de la imagen sobre la retina, causando por lo tanto una disminución de la agudeza visual. Las principales ametropías son la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo.

Amputación ⁸

Extirpación de un miembro (brazo o pierna) u otra parte del cuerpo mediante cirugía como consecuencia de una lesión o enfermedad.

Analgésico ⁹

Los analgésicos o antiálgicos son aquellos medicamentos capaces de suprimir o aliviar la sensación dolorosa.

Anasarca ¹⁰

Edema generalizado que se caracteriza por una excesiva colección líquida en el espacio extravascular (intersticial). Hay extravasación en los lechos vasculares de la parte líquida

6 Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Glosario de términos de las variables contenidas en las quejas terminadas en laudos. Apartado Complementario a glosario de términos de las variables contenidas en las quejas terminadas en laudos. P. 10 Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/A5_Glosario_terminos.pdf

7 Instituto Quirúrgico de Oftalmología. ICQO. Ametropía. Disponible en: <https://icqo.org/tratamientos/oftalmopediatria/ametropia/>

8 Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer del NCI. Amputación. Disponible en: <https://app.bibquru.com/p/45e68e81-40de-4623-a0b1-ebf5fb9e6c1b>

9 Divins M-J. Analgésicos. Farm prof. 2015;29:17-21. P 18. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-analgésicos-X0213932415442083>

10 Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico en línea. Anasarca. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/anasarca>

de la sangre, y es típico en el abdomen (ascitis) y en el tórax (derrame pleural, derrame pulmonar o derrame pericárdico).

Anemia ¹¹

La anemia es una afección en la que el número de glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina dentro de estos es menor de lo normal. Esto se manifiesta por síntomas como fatiga, debilidad, mareos y dificultad para respirar, entre otros. La concentración óptima de hemoglobina necesaria para satisfacer las necesidades fisiológicas varía según la edad, el sexo, la elevación sobre el nivel del mar, el tabaquismo y el embarazo.

Ascitis ¹²

La ascitis es la acumulación de líquido en el abdomen, concretamente dentro de la cavidad peritoneal. En 3 de cada 4 casos es secundaria a la cirrosis hepática. La ascitis también puede ser producida por enfermedades renales, cardíacas, pancreáticas, tumores o infecciones como la tuberculosis.

Atención médica ¹³

Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, e incluye acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas.

Atención médica de primer nivel ¹⁴

11 Organización Mundial de la Salud. Anemia. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1

12 Valer P, Ruiz del Árbol L. Ascitis. Rev Esp Enferm Dig. 2004;96: 667-667. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082004000900010

13 Ley de Salud del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 17 de septiembre de 2009.

14 Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el jueves 7 de julio de 2011, artículo 2, fracción IV.

Acciones y servicios enfocados a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica y el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y, en su caso, rehabilitación.

Atención médica de segundo nivel ¹⁵

Brindará apoyo al nivel anterior ofreciendo intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas: medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, psiquiatría, cirugía general; así como de las subespecialidades en neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología, u otras según el perfil epidemiológico de la población.

Atención médica de tercer nivel ¹⁶

Proveerá servicios ambulatorios y de internamiento en todas las demás sub-especialidades, como son: gastroenterología, endocrinología, alergología, urología, bascular periférico, hematología, nefrología. Infectología, neurología y fisiatría; además de intervenciones más complejas en las especialidades y subespecialidades incluidas en el nivel anterior. Asimismo, brindará servicios de apoyo, diagnóstico, terapéutico, que requieren de alta tecnología y grado de especialización.

Baciloscopia ¹⁷

15 Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el jueves 7 de julio de 2011, artículo 2, fracción V.

16 Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el jueves 7 de julio de 2011, artículo 2, fracción VI.

17 NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis. Primera Sección 43. P 4. Secretaría de Salud, 2013. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-006-SSA2-2013.pdf>

Técnica de laboratorio que mediante la tinción de Ziehl Neelsen, preferentemente, permite observar en un frotis bacilos ácido alcohol resistentes puede ser para detección, diagnóstico o control.

Biometría hemática ¹⁸

La biometría hemática, o citometría hemática como también se le conoce, es el examen de laboratorio de mayor utilidad y más frecuentemente solicitado por el clínico. Esto es debido a que en un solo estudio se analizan tres líneas celulares completamente diferentes: eritroide, leucocitaria y plaquetaria.

Bitácora de tensión arterial ¹⁹

Son registros de presión tomados en casa que ayudan al médico a tomar medidas terapéuticas apropiadas, por lo que es de utilidad acudir al médico con estos registros, (bitácora con fecha y hora) de preferencia por escrito.

Calidad ²⁰

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.

Catéter de Tenkhoff ²¹

18 López-Santiago N. La biometría hemática. Acta pediátr Méx. 2016;37: 246. P 246. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000400246

19 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Hipertensión Arterial Sistémica. Información para pacientes. Disponible en: https://www.epsnutricion.com.mx/dctos/Hipertension_artterial_sistemica.pdf

20 Aplicación del pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales, Observación General 14, el derecho al disfrute más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22ª período de sesiones 2000).

21 Espejo JLM. CATÉTERES PERITONEALES. TIPOS DE CATÉTERES. PROTOCOLO DE IMPLANTACIÓN DE CATÉTERES PERITONEALES DEL GRUPO DE D.P. DE ANDALUCÍA. P. 4. Disponible en: <https://www.revistaseden.org/files/TEMA%205.%20CATETERES%20PERITONEALES.pdf>

El catéter de Tenckhoff, es una prótesis similar a un tubo redondo, comúnmente de silicona. Consta de 3 segmentos bien definidos, una porción intraperitoneal con perforaciones para facilitar el paso del líquido de diálisis del exterior a la cavidad peritoneal y viceversa. La siguiente porción es intraparietal, tiene uno o dos manguitos ó cuff de Dacron, estos provocan una respuesta inflamatoria que progresa, permitiendo el crecimiento del tejido fibroso y de granulación en un mes aproximadamente, favoreciendo la fijación del catéter. La porción que se observa a partir del orificio de salida que es la que podemos ver una vez colocado el catéter, es la porción externa, donde se pone un conector para colocar el prolongador, apropiado al sistema que se va a utilizar.

Cefalea ²²

La cefalea es una sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal, parte alta del cuello o nuca y mitad superior de la cara, variable en cuanto a intensidad, frecuencia y duración. De elevada prevalencia, tiene como consecuencia un importante deterioro de la calidad de vida del paciente.

Celulitis ²³

La celulitis es una alteración del tejido celular subcutáneo que se acompaña de cambios en la microcirculación del tejido conjuntivo, dando lugar a modificaciones morfológicas, histoquímicas y bioquímicas del tejido.

Centro penitenciario ²⁴

22 Bóveda E, Díez B, Fernández M, Fernández P, Hidalgo E, Salinas E. Cefaleas. Farm prof. 2003;17: 46-55. P. 48. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-cefaleas-13042398>

23 Benaiges A. Concepto, clasificación y tratamiento de la celulitis. Offarm. 2003;22: 78-88. P. 78. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-concepto-clasificacion-tratamiento-celulitis-13047748>

24 Secretaría de Seguridad. Subsecretaría de Control Penitenciario. Disponible en: https://sseguridad.edomex.gob.mx/subsecretaria_control_penitenciario

Son instituciones encargadas de albergar, custodiar y asistir a aquellas personas puestas a disposición por la autoridad judicial, ya sea por reclusión preventiva, tratándose de procesos penales o prisión punitiva de sentenciados para el cumplimiento de las penas, a través de la ejecución impuesta en las sentencias judiciales, y cuyo propósito es la reinserción social del individuo privado de su libertad, atendiendo en todo momento los principios de defensa, seguridad jurídica, legalidad, vida digna y ética social, con respeto absoluto a sus derechos fundamentales.

Choque séptico ²⁵

Es la manifestación más grave de una infección. Esta se produce como consecuencia de una respuesta inflamatoria sistémica severa que lleva a un colapso cardiovascular y/o microcirculatorio, y a hipoperfusión tisular.

Contacto ²⁶

Se refiere a la persona que convive o ha convivido con un enfermo de tuberculosis bacilífero de manera intra o extra domiciliaria y que tiene la posibilidad de contraer la infección.

Contrarreferencia ²⁷

El procedimiento médico-administrativo mediante el cual, una vez proporcionada la atención médica especializada o los servicios de auxiliares de diagnóstico y/o tratamiento motivo de

25 Alejandro BC, Ronald PM, Glenn HP. Manejo del paciente en shock séptico. Rev médica Clínica Las Condes. 2011;22: 293-301. P 293. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-paciente-shock-septico-S0716864011704291>

26 NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis. Primera Sección 44. P 5. Secretaría de Salud, 2013. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-006-SSA2-2013.pdf>

27 Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Capítulo V De la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. Sección Única. Artículo 110. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/Combo/R-169.pdf>

la referencia, las unidades médicas de segundo y tercer nivel regresan al paciente a la unidad que lo refirió, con el fin de que en ésta se realice el control o seguimiento necesarios.

Cuidados Paliativos ²⁸

Al cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Deberes reforzados ²⁹

El Estado es garante de los derechos humanos de quienes están bajo su jurisdicción, determinado por la intensidad y calidad del bien garantizado. Existe la responsabilidad de los actos y conducta de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Frente a personas privadas de libertad el Estado es garante a través de deberes y responsabilidades.

Dehiscencias ³⁰

Es la separación posoperatoria de la incisión quirúrgica que involucra todos los planos anatómicos previamente suturados de una herida, la cual ocurre generalmente de forma espontánea.

Derecho a la salud ³¹

La salud es un derecho humano reconocido por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y es uno de los servicios fundamentales en el sistema penitenciario, que

28 NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de diciembre de 2014.

29 Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). "Informe sobre los Derechos Humanos de las personas privada de libertad en las Américas", 2011.

30 Manual Clínico para la Estandarización del cuidado y tratamiento en pacientes con Heridas Agudas y Crónicas, 2019. P 23. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Manual_Clinico_Heridas.pdf

31 Ley Nacional de Ejecución Penal. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de junio de 2016, Artículo 74.

tiene el propósito de garantizar la integridad física y psicológica de las personas privadas de su libertad, como medio para proteger, promover y restaurar su salud. Se entiende al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Derrame Pleural ³²

Es la acumulación anormal de líquido en el espacio pleural (líquido de más de 50 ml) que constituye un problema frecuente entre diversas enfermedades pulmonares y extrapulmonares.

Derrame pleural bilateral ³³

Es la acumulación anormal de líquido en el espacio pleural que constituye un problema frecuente entre diversas enfermedades pulmonares y extrapulmonares. Los criterios más aceptados para su identificación son: presencia de líquido de más de 50 ml, borramiento de los senos costodiafragmáticos y cardiofrénico de 1 cm en la radiografía posteroanterior de tórax.

Desbridamiento ³⁴

Procedimiento quirúrgico referido a heridas con tejidos necrosados o infectados, en los que, tras la incisión, se realiza la extracción de los restos tisulares en estos tejidos, hasta encontrar las paredes inflamatorias del área patológica.

Descontrol hipertensivo ³⁵

32 Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural .México: Secretaría de Salud, 2009. P 8. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

33 Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural, México, Secretaría de Salud: 2009. P. 8. Disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/eyr/IMSS-243-09.pdf>

34 Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. Desbridamiento. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/desbridamiento>

35 Navarro RJ y cols. Urgencias hipertensivas. Rev Mex Cardiol 2005; 16: 29-33. P 30. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2005/h051e.pdf>

Es la elevación sostenida de las presiones arteriales diastólicas, sistólicas o ambas, con manifestaciones menores de daño agudo a órgano(s) blanco, atribuible al descontrol hipertensivo, o por la presencia de indicadores clínicos de riesgo. El control de la presión arterial debe realizarse en un tiempo no mayor a doce horas.

Diabetes Mellitus ³⁶

El término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.

Diagnóstico ³⁷

Identificación de la existencia o no, de una enfermedad fundándose en los síntomas y signos clínicos, para determinar un padecimiento o condición clínica, auxiliándose para ello, en caso necesario, de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Diagnóstico temprano ³⁸

A la sensibilización (por parte del público o de los profesionales de la salud) de los primeros signos y síntomas del cáncer para facilitar el diagnóstico antes de que avance la enfermedad. Esto permite una terapia más eficaz y sencilla: el concepto de diagnóstico temprano en ocasiones se denomina "down-staging" (o descenso de la extensión clínica del tumor).

36 Guías de Práctica Clínica. Diabetes Mellitus. Disponible en: <https://guidelines.international/gpc/diabetes-mellitus>

37 Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Glosario de términos de las variables contenidas en las quejas terminadas en laudos. Apartado Complementario a glosario de términos de las variables contenidas en las quejas terminadas en laudos. P. 16 Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/A5_Glosario_terminos.pdf

38 Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata), publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de diciembre de 2017.

Diálisis ³⁹

La diálisis es un procedimiento que sustituye en parte la función de los riñones, y permite la supervivencia de pacientes con insuficiencia renal. La misma se indica cuando la Filtración Glomerular es menor o igual a $15 \text{ ml/min/1.73m}^2$.

Diálisis en Agudo ⁴⁰

La diálisis es un procedimiento que sustituye en parte la función de los riñones, y permite la supervivencia de pacientes con insuficiencia renal. La misma se indica cuando la Filtración Glomerular es menor o igual a $15 \text{ ml/min/1.73m}^2$, con la diferencia de que, en este caso, los pacientes que van a comenzar con diálisis tienen Urea $> 200 \text{ mg/dl}$ ó creatinina sérica $> 10 \text{ mg/dl}$. Uremia sintomática. Hiperkalemia $> 6 \text{ mEq/L}$.

Disponibilidad ⁴¹

Contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Las características precisas de los establecimientos, bienes y servicios dependerán 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.

39 Intervenciones de Enfermería en el manejo ambulatorio del adulto con terapia sustitutiva de la función renal-diálisis peritoneal- México Secretaría de Salud; 2013. P 9. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-642-13/ER.pdf>

40 Intervenciones de Enfermería en el manejo ambulatorio del adulto con terapia sustitutiva de la función renal-diálisis peritoneal- México Secretaría de Salud; 2013. P 9. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-642-13/ER.pdf>

41 Aplicación del pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales, Observación General 14, el derecho al disfrute más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22ª período de sesiones 2000).

Diurético ⁴²

Son fármacos que incrementan la diuresis y consiguen este efecto mediante el incremento en la excreción de sodio y un anión acompañante, por lo general cloro, luego entonces, reducen el volumen extracelular al reducir el contenido de NaCl del cuerpo.

Drogorresistencia ⁴³

Surge cuando las bacterias, los virus, los hongos y los parásitos cambian a lo largo del tiempo y dejan de responder a los medicamentos, lo que hace más difícil el tratamiento de las infecciones e incrementa el riesgo de propagación de enfermedades, de aparición de formas graves de enfermedades y de muerte.

Edema ⁴⁴

Se refiere a la presencia de un exceso de líquido en los tejidos corporales. (En la mayoría de los casos el edema aparece sobre todo en el compartimiento de líquido extracelular, pero puede afectar también al líquido intracelular.)

Endocarditis ⁴⁵

La endocarditis es la infección de las válvulas del corazón y de cualquier material protésico alojado en su interior (prótesis valvulares, marcapasos, desfibriladores implantables y otros catéteres).

Endocrinología ⁴⁶

42 Medicina Interna de México. Vol. 34. Nieto Editores; 2018. Fármacos diuréticos: alteraciones metabólicas y cardiovasculares en el adulto mayor. P 567. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000400008 aaaaa

43 Organización Mundial de la Salud. Resistencia a los antimicrobianos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>

44 Hall JE, Guyton AC, Bartolomé Bonet Serra. Guyton & Hall Compendio de fisiología médica. Barcelona: Elsevier; 2012. P 296.

45 Vilacosta I. Qué es la endocarditis. Libro de la salud cardiovascular. P. 487. Disponible en: https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap55.pdf

46 Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer del NCI. Endocrinología. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/endocrinologia>

Rama de la medicina que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de trastornos del sistema endocrino, que incluye las glándulas y órganos que elaboran hormonas.

Enfermedad Renal Crónica ⁴⁷

Se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrinometabólicas.

Escala de Dagradi ⁴⁸

Para el diagnóstico de la presencia de varices esofágicas es necesaria la realización de una endoscopia digestiva, que consiste en la introducción de un endoscopio, aparato provisto de un sistema para la visión del interior del aparato digestivo. La endoscopia permite reconocer no sólo la presencia de varices, sino su tamaño y el grosor de su pared. La escala de Dagradi se encuentra dentro de las escalas existentes para la clasificación endoscópica de várices esofágicas. Grado I: Trayectos rectos, rosados poco ingurgitados. Grado II: Trayectos tortuosos, rosados e ingurgitados. Grado III: Trayectos violáceos, rectos, ingurgitados. Grado IV: Trayectos violáceos, tortuosos, ingurgitados en racimos. Grado V: Presencia de Manchas hematoquísticas "Várice sobre Várice".

Esplenomegalia ⁴⁹

47 Tratado de Geriatria para residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2007. P. 637. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2062_III.pdf

48 Bañares R, Ripoll C. Varices esofágicas. Rev Esp Enferm Dig. 2004;96: 876-876. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082004001200009 y Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas. Clasificaciones Endoscópicas. Disponible en: <https://www.amegendoscopia.org.mx/index.php/40-informacion-medica/clasificaciones-endoscopicas?start=4>

49 Vargas Viveros P, Hurtado Monroy R, Villalobos Alva JÁ. Esplenomegalia. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex. 2013;56: 37-45. P. 37. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000600005

Se define como el incremento del tamaño de bazo mayor a sus dimensiones normales, (en el adulto son $12 \times 7 \times 3.5$ cm) con un peso aproximado de 150 g y un volumen de 300 ml.

Estudio de contactos ⁵⁰

Acciones dirigidas para identificar personas infectadas o enfermos que conviven o han convivido con un enfermo de tuberculosis.

Evento Quirúrgico ⁵¹

Es el procedimiento médico quirúrgico realizado en un centro de salud, para posibilitar intervenir y restablecer a un paciente con una intervención quirúrgica, en las mejores condiciones físicas y psíquicas, así como con el menor riesgo posible para su vida, el cual consta de tres etapas: preoperatorio, transoperatorio (acto quirúrgico propiamente dicho) y postoperatorio.

Evolución tórpida ⁵²

Inflamación o proceso crónico que dura más de lo habitual, es decir, más de 4 a 6 semanas.

Expediente Clínico ⁵³

Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento la atención médica, ya sea público, social o privado, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso,

50 NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis. Primera Sección 44. P 5. Secretaría de Salud, 2013. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-006-SSA2-2013.pdf>

51 El acto quirúrgico. Procedimientos y Técnica. Mawil Publicaciones de Ecuador, 2021. P 180. Disponible en: <https://mawil.us/el-acto-quirurgico-procedimientos-y-tecnica/>

52 de la Calle del Moral F, Ladaría Ferrer A, Morey Molina A, Massot Sureda B, Serra Mas M, Ballesteros Fernández JA, et al. Neumonías de evolución torpida. Archivos de Bronconeumología. 1976 Jul 1;12: 123-5. P 123. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-neumonias-evolucion-torpida-articulo-S0300289615327290>

53 Norma Oficial Mexicana OM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. Publicada en el Diario oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787#:~:text=4.4%20Expediente%20cl%C3%ADnico%20al%20conjunto

constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Fármacos antihipertensivos ⁵⁴

Sustancias utilizadas para el tratamiento de la hipertensión arterial. Actúan sobre diversos mecanismos fisiopatológicos, situados en el sistema nervioso y en el cardiocirculatorio, e influyen sobre el funcionamiento renal y el equilibrio hidroelectrolítico. Pueden actuar también por vía enzimática. Reducen la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Feocromocitopenia (Feocromocitoma) ⁵⁵

Tumor de la glándula suprarrenal que provoca la liberación excesiva de las hormonas epinefrina y norepinefrina, las cuales regulan la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Menos del 10% de los feocromocitomas son malignos (cancerosos) y tienen el potencial de diseminarse a otras partes del cuerpo.

Fractura de cráneo ⁵⁶

La fractura de cráneo, también llamada traumatismo craneoencefálico, se define como el mecanismo lesional que da origen a las fuerzas que producen deformaciones y respuestas fisiológicas que causan una lesión anatómica o un cambio funcional en el organismo. En la gran mayoría de casos es ocasionada por la energía cinética, la cual dependiendo de la forma y velocidad del objeto que impacta, define el tipo de fractura.

54 Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. Fármacos antihipertensivos. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/farmacos-antihipertensivos>

55 Glosario del cáncer. Sociedad Española de Oncología Médica, 2007. P 40. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/glosario.pdf>

56 Ruiz, E, et al. Tema A2a Materiales: Tejido Óseo, "Modelado de fractura del cráneo bajo condiciones de impacto". MEMORIAS DEL XXIV CONGRESO INTERNACIONAL ANUAL DE LA SOMIM 19 al 21 DE SEPTIEMBRE DE 2018 CAMPECHE, CAMPECHE, MÉXICO. P. 43. Disponible en: http://somim.org.mx/memorias/memorias2018/articulos/A3_177.pdf

Fractura de órbita ⁵⁷

Una fractura orbitaria es la fractura de uno de los huesos que rodean el globo ocular (formando lo que se conoce como órbita o cuenca del ojo). Por lo general, este tipo de lesión se produce por un trauma causado por un golpe fuerte con un objeto romo.

Gastritis congestiva /crónica erosiva ⁵⁸

La gastropatía portal hipertensiva (antes llamada "gastropatía congestiva", debido a que el rasgo histológico predominante es la congestión y no la inflamación), es considerada en la actualidad como una enfermedad clínica y endoscópica con hallazgos histológicos más o menos característicos y con funcionamiento alterado de la mucosa gástrica; con capacidad de producir sangrado digestivo en el paciente con hipertensión portal.

Gastroenterología ⁵⁹

La Gastroenterología es la parte de la medicina que se ocupa de los órganos del sistema digestivo, además de la previsión, prescripción y el oportuno tratamiento de las enfermedades asociadas al aparato gastrointestinal.

GeneXpert ⁶⁰

El método Xpert MTB/RIF es una prueba de amplificación del ácido nucleico totalmente automatizada que emplea un cartucho para diagnosticar la tuberculosis y la resistencia a la rifampicina, apropiada para los países donde esta enfermedad es endémica.

57 American Academy Of Ophthalmology. Fractura Orbitaria. Disponible en: <https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/fractura-orbitaria>

58 Guillén Isern Dunia, Subirat Esquivel Ledis. Consideraciones actuales de la gastropatía hipertensiva portal. 2011; 15: 626-637. P 628, 629. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000300019&lng=es

59 Atlas de Anatomía. Gastroenterología. Disponible en: <https://atlasdeanatomia.com/humana/gastroenterologia/>

60 Organización Panamericana de la Salud. Preguntas frecuentes sobre el método Xpert MTB/RIF. P 2. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Preguntas_frecuentes_Xper_MTB-RIF_final.pdf

Hemodiálisis ⁶¹

La hemodiálisis es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suplente parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, así como regular el equilibrio ácido base y electrolitos.

Hemodinámicamente ⁶²

Coexistencia de una presión, un flujo, y una viscosidad sanguínea estables. Mayoritariamente se considera hemodinámicamente estable aquel paciente con valores normales de presión sanguínea y frecuencia cardíaca.

Hepatitis ⁶³

Enfermedad del hígado que causa inflamación. Los síntomas incluyen el agrandamiento del hígado, fiebre, náusea, vómito, dolor abdominal y orina oscura.

Hiperbaralgesia ⁶⁴

Dolor producido a una presión que no debería de experimentarse en condiciones fisiológicas.

Hipertensión arterial ⁶⁵

61 Intervenciones de enfermería en hemodiálisis en el paciente adulto en el tercer nivel de atención. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, D.F.2016, P. 10. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/ISSSTE-364-16/ER.pdf>

62 Braun Sharing Expertise. Estabilidad hemodinámica. Disponible en: <https://www.bbraun.es/es/productos-y-terapias/tratamiento-de-depuracion-extracorporea-de-la-sangre/plataformas-de-dialisis/estabilidad-hemodinamica.html>

63 Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer del NCI. Hepatitis. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/hepatitis>

64 Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer del NCI. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/hiperalgesia>

65 Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención Médica. Guía de Práctica Clínica. México, D.F. Disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/grr/IMSS-076-08.pdf>

La Hipertensión Arterial es un aumento de la resistencia vascular debido a vasoconstricción arteriolar e hipertrofia de la pared vascular que conduce a elevación de la presión arterial sistémica $\geq 140/90$ mm/Hg

Hipertensión arterial portal ⁶⁶

La hipertensión portal se define como el aumento en el gradiente de presión portosistémica en cualquier segmento del sistema venoso portal. Puede resultar de alteraciones prehepáticas (trombosis de la vena porta o la vena esplénica), alteraciones posthepáticas (síndrome de Budd-Chiari) o por causas intrahepáticas no-cirróticas (esquistosomiasis, síndrome de obstrucción sinusoidal), la cirrosis hepática la causa más común de hipertensión portal.

Historia Clínica ⁶⁷

Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Hospitalización ⁶⁸

Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

latrogenia ⁶⁹

66 Narváez-Rivera RM, Cortez-Hernández CA, González-González JA, Tamayo-de la Cuesta JL, Zamarripa-Dorsey F, Torre-Delgadillo A, et al. Consenso Mexicano de Hipertensión Portal. Rev Gastroenterol Mex. 2013;78: 92-113. P 93. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-consenso-mexicano-hipertension-portal-articulo-S0375090613000293>

67 Martínez Hernández, Juan, Historia clínica. Cuadernos de Bioética. 2006;XVII: 57-68. P 58 Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87505904>

68 Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Glosario de términos de las variables contenidas en las quejas terminadas en laudos. Apartado Complementario a glosario de términos de las variables contenidas en las quejas terminadas en laudos. P. 18 Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/A5_Glosario_terminos.pdf

69 García Garduza I. "A propósito de los vocablos latrogénico y latropatogénico. Una reflexión." Revista CONAMED, vol. 20, núm 3, julio-septiembre 2015, P. 131 - 136 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2015/con153f.pdf>

Daño inculpable en el cuerpo y la salud consecuente con una aplicación terapéutica, exento de responsabilidad profesional. Contrariamente a lo que se conoce de este término y que se lo ha divulgado erróneamente como sinónimo de culpa, la Iatrogenia es el daño que podemos producir en el cuerpo o la salud de una persona y que no se pudo evitar. Por lo tanto, es toda alteración o daño en el cuerpo o en la salud del enfermo, que ocasiona el médico en su ejercicio profesional al tratar de curar o mejorar a un paciente aplicando los métodos usuales indicados. Es el resultado nocivo que no deriva de la voluntad o culpa del médico en la producción del daño, sino por un hecho imprevisto, imprevisible, que escapa a toda posibilidad de ser evitado por los medios habituales o normales de cuidado individual o colectivo.

Incompetencia de esfínter ⁷⁰

Consiste en un esfínter esofágico inferior que tiene un tono basal bajo, lo que favorece el libre paso del contenido entre el estómago y el esófago.

Insuficiencia cardíaca ⁷¹

Se reconoce a la Insuficiencia cardíaca (IC) como un síndrome clínico complejo que resulta de cualquier anomalía que desde el punto de vista estructural, funcional o estructural y funcional altere la capacidad del corazón para llenarse o contraerse de forma adecuada y por ende afecte la generación de un gasto cardíaco suficiente para satisfacer las demandas metabólicas del organismo tanto en el reposo como en la actividad física.

Insuficiencia hepática ⁷²

Es una enfermedad asociada a falla hepática, se caracteriza por un proceso difuso de fibrosis y la conversión de la arquitectura normal del hígado en una estructura nodular

70 Serra Pueyo J. Puesta al día en reflujo Gastroesofágico. Gastroenterol Hepatol. 2014; 37(2) :73--82. P 74. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-puesta-al-dia-el-reflujo-S0210570513002781>

71 Facultad de Medicina UNAM. Seminario El Ejercicio Actual de la Medicina. Insuficiencia cardíaca. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2008/feb_01_ponencia.html

72 Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009. P 11. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/038GER.pdf>

anormal, que puede presentarse como la etapa final de diversas enfermedades hepáticas de diferentes causas.

Interconsulta ⁷³

El procedimiento que se realiza de manera interna en una misma Unidad Médica que permite la participación en una consulta de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al Paciente, a solicitud del Médico Tratante.

Mala Práctica Médica ⁷⁴

Toda infracción de parte del médico del deber propio de su profesión y más concretamente del deber de actuar con la diligencia objetivamente exigida por la naturaleza del acto médico que se ejecuta, según las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar. Se refiere a la responsabilidad profesional por los actos realizados sin seguimiento a la diligencia o el beneficio del paciente y se identifica frecuentemente a partir de uno o más errores injustificados, por lo que implica culpa y, por tanto, responsabilidad de parte del médico.

Material de osteosíntesis ⁷⁵

Implantes metálicos en contacto directo con el hueso (fijación interna) que permiten estabilizar fragmentos óseos respetando las reglas biológicas y biomecánicas. Tiene como

73 Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Título Primero. XXVIII. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo117711.html>

74 Fernández Cantón S. "El acto médico: Error y mala praxis" Boletín CONAMED-OPS. Marzo-Abril 2016. Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del Paciente. P 4. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin5/acto_medico.pdf

75 Miralles R. Centre de Cooperació al Desenvolupament, URV Solidaria) Cirugía Ortopédica y Traumatología en zonas de menor desarrollo. P 14. Disponible en: https://www.urv.cat/media/upload/arxius/URV_Solidaria/COT/Contenido/Tema_2/2.5_tecnicas_de_tratamiento_de_las_fracturas.pdf

objetivo lograr una estabilidad suficiente y duradera de los fragmentos óseos que permita la función de la extremidad lo más rápidamente posible.

Medicina Interna ⁷⁶

Rama de la medicina que se especializa en prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades de los adultos, sin usar procedimientos quirúrgicos.

Necrobiosis ⁷⁷

Muerte natural de las células. Es un proceso normal en todos los tejidos con capacidad de renovarse, es decir, se da en aquellos cuyas células mantienen la capacidad de multiplicarse.

Niveles de atención médica ⁷⁸

Manera en que se otorgan los servicios de salud.

Nota de defunción ⁷⁹

Documento por el cual el médico deja constancia de un hecho o hechos ciertos conocidos en razón de su cargo o profesión. Debe ser llenado de manera clara, concisa, con lenguaje ajustado de modo que su interpretación sea única. Con causas de muerte científicamente reconocidas.

76 Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer del NCI. Medicina Interna. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/medicina-interna>

77 Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. Necrobiosis. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/necrobiosis>

78 Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el jueves 7 de julio de 2011, artículo 17.

79 Berro Rovira G. Sobre la certificación de la defunción. Rev urug cardiol. 2012;27: 44-53. P 45. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202012000100008

Nota médica ⁸⁰

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente, de acuerdo con el estado clínico del paciente.

Oftalmología ⁸¹

Especialidad que se ocupa del cuidado médico y quirúrgico del ojo y sus anexos.

Ortopedia ⁸²

Investigación, preservación, restauración y desarrollo de la forma y función del sistema músculo-esquelético en cualquier edad, por medio de métodos médicos, quirúrgicos y físicos.

Paquetes globulares ⁸³

Componente obtenido tras la extracción de aproximadamente 200 ml de plasma de una unidad de sangre total después por centrifugación. Son el componente sanguíneo más frecuentemente usado para incrementar la masa de células rojas.

Paracentesis ⁸⁴

80 Norma Oficial Mexicana OM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. Publicada en el Diario oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

81 Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. Oftalmología. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/oftalmologia>

82 Cirugía : Il cirugía ortopédica y traumatología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima). Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Departamento Académico de Cirugía. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_ii/generalidades.htm

83 Parian Bazar Julio C. Transfusión innecesaria de paquete globular en el hospital nacional dos de mayo enero-febrero 2002. Trabajo de Investigación. P 11. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/bazan_pj/bazan_pj.pdf

84 Instituto Nacional del Cáncer. NIH. Diccionario del cáncer. Paracentesis. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/paracentesis>

Procedimiento en el que se coloca una aguja fina o un tubo en el abdomen para extraer líquido de la cavidad peritoneal (el espacio del interior del abdomen que contiene los intestinos, el estómago y el hígado).

Paraclínicos ⁸⁵

Permiten determinar un diagnóstico que contribuyen a la toma de decisiones y evaluación de resultados por parte del médico. Este tipo de exámenes ayudan a determinar el grado exacto de severidad de las enfermedades, descartando una sospecha clínica.

Parestesias ⁸⁶

Sensaciones anormales de tacto, como ardor o picadura, que se presentan sin estímulo exterior.

Paro cardiorrespiratorio ⁸⁷

Se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.

Perforación intestinal ⁸⁸

Una perforación intestinal es una ruptura a través de todas las capas del intestino delgado. Esta perforación puede ser una complicación donde se produce la liberación del contenido intestinal a la cavidad peritoneal produciendo peritonitis.

85 CARIS servicios de salud ocupacional. Exámenes de apoyo diagnóstico. Disponible en: <https://caris.com.co/examenes-paraclnicos/>

86 Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer del NCI. Parestesia. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/parestesia>

87 Nodal Leyva PE, López Héctor JG, de La Llera Domínguez G. Paro cardiorrespiratorio (PCR): Etiología. Diagnóstico. Tratamiento. Rev cuba cir. 2006; 45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000300019

88 Martínez Casas N. , Aragón Suárez D. Perforación Intestinal: Descripción de Caso de enfermería. Cuidados de enfermería. Ciber Revista IV, 2017; 54. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2017/pagina13.html>

Peritonitis ⁸⁹

Inflamación difusa, más o menos localizada, del peritoneo visceral y parietal por una infección o irritación de la cavidad peritoneal. Es una situación grave que, habitualmente, requiere cirugía urgente para tratar tanto la infección como su causa.

Pie de Charcot ⁹⁰

Neuroartropatía que conduce a una deformidad y, con frecuencia, a una degeneración progresiva de las articulaciones del pie. Se caracteriza por luxaciones, fracturas, inestabilidad y, en algunos casos, ulceraciones.

Pie Diabético ⁹¹

Alteración de las estructuras anatómicas y funcionales del pie; como consecuencia del daño que produce la hiperglicemia sostenida en los diferentes tejidos, que conlleva cambios neuropáticos y vasculares, y asociado a un factor desencadenante, dando lugar a úlceras de diverso grado en el pie.

Presbicia ⁹²

Dificultad para el enfoque correcto de los objetos en distancias cortas, que ocurre en sujetos mayores de 40 años. Es debida al esclerosamiento del cristalino, lo que dificulta su flexibilidad y, por tanto, su capacidad para adaptarse en el enfoque de distintas distancias.

89 Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. Peritonitis aguda. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/peritonitis-aguda>

90 F. Noriega, P. Villanueva y S.T. Hansen Jr. "Pie de Charcot: reconstrucción funcional y procedimientos de rescate". Rev Ortop Traumatol (Madr.). 2007;51:164-72. P 164. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-linkresolver-pie-charcot-reconstruccion-funcional-procedimientos-13100892>

91 Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del pie diabético. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2020. P 11. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-005-20/ER.pdf>

92 Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. Presbicia. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/presbicia>

Rectorragia ⁹³

Emisión por el ano de sangre de color rojo vivo o coágulos en variable cantidad, mezclada o no con heces. Es un signo de hemorragia digestiva baja, habitualmente originada en el ano, el recto o el sigma.

Red Hospitalaria ⁹⁴

Conjunto de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México y la Secretaría de Salud Federal que proporcionan servicios de atención médica, quirúrgica y hospitalaria.

Referencia ⁹⁵

Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Referencia y contrarreferencia ⁹⁶

Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción y regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

93 Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. Rectorragia. Disponible en: <https://www.cun.es/cun/diccionario-medico/terminos/rectorragia>

94 Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 4 de abril del 2008, artículo 2º, fracción IX.

95 Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Glosario de términos de las variables contenidas en las quejas terminadas en laudos. Apartado Complementario a glosario de términos de las variables contenidas en las quejas terminadas en laudos. P. 22 Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/A5_Glosario_terminos.pdf

96 Norma Oficial Mexicana OM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. Publicada en el Diario oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.

Relato Patográfico ⁹⁷

Concepto más amplio que trata de reflejar toda la historia médica de un paciente siguiendo una línea de tiempo basada en toda la historia médica de su vida.

Resumen médico (clínico) ⁹⁸

Documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá contener, como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

Retinopatía diabética proliferativa ⁹⁹

La retinopatía diabética es una microangiopatía crónica que produce dilataciones saculares en los capilares venosos cercanos a zonas de pobre perfusión, que conforman los primeros cambios oftalmoscópicos llamados microaneurismas, también existen cortocircuitos arterio-venosos, oclusiones microvasculares y neovascularización. Se presenta hasta en 40% de los pacientes con diabetes, es la principal causa de ceguera legal en población económicamente activa, se presenta en el 27% de los pacientes que tiene entre los 5 y 10 años de evolución, en el 71 a 90% de aquellos con más de 10 años y en el 95% después de 20 años; de estos entre el 30 y 50% desarrollan una etapa proliferativa.

Serología ¹⁰⁰

97 Universidad Barceló. Carrera de Médico Especialista en Medicina Legal. Guiusio Carlos F. Nuevo Concepto en Historia Clínica "Patobiografía o Historia de Salud." P 7. Disponible en: <http://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASHed77.dir/TFI%20Giuisio%20Carlos%20Fernando.pdf>

98 Norma Oficial Mexicana OM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. Publicada en el Diario oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.

99 Detección de Retinopatía Diabética en Primer Nivel de Atención. Guía de Referencia Rápida. México, 2014. P 4. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/735GRR.pdf>

100 Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. Diagnóstico serológico. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/diagnostico-serologico>

Se basa en la detección de antígenos o de anticuerpos específicos en un individuo, indicativo de la infección por un determinado microorganismo.

Servicios de atención médica ¹⁰¹

El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención, curación y cuidados paliativos de las enfermedades que afectan a usuarios, así como la rehabilitación de los mismos.

Síndrome ¹⁰²

Conjunto de síntomas que definen o caracterizan a una enfermedad o a una condición que se manifiesta en un sujeto y que puede tener o no causas conocidas.

Síndrome abdominal ¹⁰³

Síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente (generalmente de menos de 48 hrs de evolución) con repercusión del estado general.

Síndrome anémico ¹⁰⁴

Conjunto de signos y síntomas derivados del descenso de la masa eritrocitaria que provoca un transporte escaso de oxígeno.

Síndrome hidroelectrolítico ¹⁰⁵

101 Reglamento de la Ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención Médica, artículo 7, fracción V.

102 Organización Panamericana de la Salud. Foro Iberoamericano de discusiones sobre la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS) "Dr. Roberto A. Becker". Definición síndrome de Down (Enfermedad o condición)

Disponible en: <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/1140-definicion-sindrome-de-down-enfermedad-o-condicion>

103 Laparotomía y/o laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo no traumático en el adulto, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. P 8. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/509GER.pdf>

104 Terry-Leonard N, Mendoza-Hernández C, Meneses-Rodríguez Y. Evaluación el síndrome anémico en el adulto mayor. Medisur. 2019; 17:P 526. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4251>

105 Instituto Mexicano del Seguro Social. Trastornos Hidroelectrolíticos. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/trastornos-hidroelectroliticos>

Son alteraciones del contenido de agua o electrolitos en el cuerpo humano, cuando la cantidad de estas sustancias baja o aumenta.

TB multifarmacorresistente ¹⁰⁶

Al caso con tuberculosis confirmada, en el que se identifica que la cepa del complejo M. tuberculosis es resistente in vitro a isoniacida y rifampicina de forma simultánea.

Trauma abdominal ¹⁰⁷

Son los que se producen sobre el abdomen y la región pelviana, pudiendo ser cerrados, como los producidos por contusión o desaceleración y abiertos, cuando son producidos por agentes vulnerantes que penetren la pared abdominal, ya sean elementos perforocortantes, armas blancas, empalamientos o proyectiles de armas de fuego, de alta o baja velocidad, pudiendo producir lesiones de cualquiera de los órganos contenidos en esta cavidad.

Traumatismo craneoencefálico grave ¹⁰⁸

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía. Se clasifica de acuerdo a la afectación del nivel de conciencia cuantificada a través de la escala de coma de Glasgow en Leve (Glasgow 13-15), Moderado (Glasgow 9-12) y Grave (Glasgow \leq 8).

Ultrasonido ¹⁰⁹

106 NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis. Primera Sección 46. P 7. Secretaría de Salud, 2013. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-006-SSA2-2013.pdf>

107 Méndez Catasús R. Traumatismos del abdomen y pelvis. Rev cuba cir. 2006;45. P 1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000300016

108 Intervenciones de enfermería en la atención inicial de pacientes con traumatismo craneoencefálico grave en urgencias. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018, p. 9. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/604GER.pdf>

109 Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer del NCI. Ultrasonografía. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/ultrasonografia>

Procedimiento en el que se usan ondas de sonido de alta energía para observar los tejidos y órganos del cuerpo. Las ondas de sonido crean ecos que forman imágenes de los tejidos y órganos en una pantalla de computadora (ecograma).

Unidad hospitalaria ¹¹⁰

La unidad médica que tenga como finalidad la atención de pacientes que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. Pueden tratar también pacientes ambulatorios y efectuar actividades de formación y desarrollo de personal para la salud y de investigación.

Unidad Médica ¹¹¹

Establecimiento de salud (unidad médica, laboratorio, farmacia, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas) sea público o privado, donde se proporciona la atención médica a todo usuario del Sistema Nacional de Salud.

Unidad tratante ¹¹²

Establecimiento de primer nivel de atención para los derechohabientes en su área geográfica de influencia.

110 Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Sección Segunda De los Servicios de Hospitalización, Urgencias y Atención Médica Domiciliaria. Artículo 67, IX. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/Combo/R-169.pdf>

111 Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Glosario de términos de las variables contenidas en las quejas terminadas en laudos. Apartado Complementario a glosario de términos de las variables contenidas en las quejas terminadas en laudos. P. 5 Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/A5_Glosario_terminos.pdf

112 Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Glosario de términos de las variables contenidas en las quejas terminadas en laudos. Apartado Complementario a glosario de términos de las variables contenidas en las quejas terminadas en laudos. P. 24 Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/A5_Glosario_terminos.pdf

Usuario ¹¹³

Toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

Varices esofágicas ¹¹⁴

Las varices esofágicas son venas anormalmente dilatadas que se encuentran en la parte final del esófago, por las que circula parte de la sangre que en condiciones normales debería pasar a través del hígado. Su dilatación es consecuencia de la dificultad que el hígado enfermo ofrece al paso de la sangre.

113 Norma Oficial Mexicana OM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. Publicada en el Diario oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.

114 Bañares R., Ripoll C.. Varices esofágicas. Rev. esp. enferm. 2004 Dic; 96: 876-876. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082004001200009&lng=es

Proemio y autoridades responsables.

En la Ciudad de México, a los 01 días del mes de diciembre de 2021, una vez concluida la investigación de los hechos que motivaron el expediente de queja citado al rubro, la Segunda Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, elaboró el proyecto de Recomendación que fue aprobado por la suscrita, con fundamento en los artículos 1 y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (en adelante, CPEUM); 4, 46 apartado A y 48 de la Constitución Política de la Ciudad de México (CPCDMX); 2, 3, 5, 6, 17 fracciones I, II y IV, 22 fracciones IX y XVI, 24 fracción IV, 46, 47, 48, 49, 51 y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal¹¹⁵, o los artículos 3, 4, 5 fracciones II, III y IV de la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México; así como 82, 119, 120, 136 al 142 y 144 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal o 70, 113, 115, 120 fracción III del 124 al 129 del Reglamento interno de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, y que constituye la Recomendación 11/2021 dirigida a la siguiente autoridad¹¹⁶:

Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 16 fracción XV y artículo 40 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México; el artículo 7 fracción XV y el artículo 40 del Reglamento Interior del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México; 24 fracciones I, III, V, VII, VIII, X, XI, XV, XVI, XVII

¹¹⁵ El 12 de julio de 2019 fue publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México que establece en su artículo cuarto transitorio que: "Los procedimientos que se encuentren sustanciando ante la Comisión de Derechos Humanos con anterioridad a la entrada en vigor del presente Decreto, continuarán su trámite hasta su conclusión en los términos establecidos en la normatividad vigente al momento de su inicio y en los términos sobre la retroactividad previstos en el artículo 14 de la Constitución General."

¹¹⁶ De conformidad con el artículo DÉCIMO CUARTO transitorio del DECRETO por el que se declaran reformadas y derogadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de la reforma política de la Ciudad de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de enero de 2016; así como el ACUERDO TERCERO del ACUERDO POR EL QUE SE INSTRUYE A LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS QUE INTEGRAN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO A IMPLEMENTAR LAS ACCIONES NECESARIAS PARA INCORPORAR EN LA DOCUMENTACIÓN OFICIAL LA DENOMINACIÓN "CIUDAD DE MÉXICO", EN LUGAR DE DISTRITO FEDERAL, publicado en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 2 de febrero de 2016, todas las referencias que en este instrumento recomendatorio se hagan al Distrito Federal, deberán entenderse hechas a la Ciudad de México, atendiendo a la temporalidad de los hechos motivo de la presente Recomendación.

y XXII de la Ley de Salud del Distrito Federal y el artículo 11 fracciones I, II, III, X, XI, XIV de la Ley de Salud de la Ciudad de México.

Confidencialidad de los datos personales de las víctimas

De conformidad con los artículos 6°, apartado A, fracción II, y 16, párrafo segundo, de la CPEUM; artículo 7, inciso E, de la CPCDMX, 2, 3 fracciones VIII, IX, X, XXVIII y XXXIII, 6 y 7 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 68, 116 y 120 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 42 de la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus garantías de la Ciudad de México; 33 de la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México; 9 inciso 2 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México; 2, 6 fracciones XII, XXII y XXIII, 183, fracción I, 186 y 191 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México; y, 80 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal o 126 Fracción I del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, en la presente Recomendación se informó a las víctimas que sus datos permanecerán confidenciales, salvo solicitud expresa para que la información se publique.

I. Competencia de la Comisión para la investigación de los hechos

1. Los mecanismos ombudsperson como esta Comisión, son garantías cuasi jurisdiccionales. Su competencia está determinada en el artículo 102, apartado B, de la CPEUM. Así, este organismo público forma parte del conjunto institucional del Estado mexicano de promoción y protección de los derechos humanos de los habitantes de esta ciudad. A nivel local la Constitución Política de la Ciudad de México, en su numeral 46 y 48 establece la facultad de esta Comisión en la protección, promoción y garantía de los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano, esta Constitución y las leyes relativas.
2. Por lo que, con fundamento en el apartado B, del artículo 102, de la CPEUM; 3, 4, 6, 11, 46 y 48 de la CPCDMX; 2, 3 y 17 fracciones I, II y IV de la Ley de la

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal¹¹⁷, o los artículos 3, 5 fracciones II, III y IV de la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México; 11 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal¹¹⁸ o 28 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México; y de conformidad con la resolución A/RES/48/134, de 20 de diciembre de 1993, sobre los denominados Principios de París¹¹⁹, este Organismo tiene competencia:

3. En razón de la materia —*ratione materiae*—, al considerar que los hechos denunciados podrían constituir presuntas violaciones al derecho a la salud de 14 personas privadas de libertad y al derecho a la vida en 11 de estos casos.
4. En razón de la persona —*ratione personae*—, ya que los hechos denunciados se atribuyen a autoridades y personas servidoras públicas de la Ciudad de México, adscritos a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
5. En razón del lugar —*ratione loci*—, porque los hechos ocurren en el territorio de la Ciudad de México.
6. En razón de tiempo —*ratione temporis*—, en virtud de que los hechos materia de los expedientes de queja se suscitaron del año 2014 al año 2020, esto es, dentro del plazo señalado en el artículo 28 de la Ley de la CDHDF y el 53 de la Ley de la CDHCM y el artículo 99 del Reglamento Interno de la Comisión de

¹¹⁷ Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 1993; última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 18 de noviembre de 2015. En su artículo 2º se establece como objeto de la Comisión 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 combate a toda forma de discriminación y exclusión que sea consecuencia de un acto de autoridad hacia cualquier persona o grupo social. Por su parte, el artículo 3 dispone que el Organismo será "competente para conocer de quejas y denuncias 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 procuración o de impartición de justicia cuya competencia se circunscribe al Distrito Federal."

¹¹⁸ Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 1 de agosto de 2002; última reforma publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 18 de diciembre de 2018, artículo 11: "La Comisión conocerá de actos u omisiones de naturaleza administrativa que constituyan presuntas violaciones a derechos humanos, provenientes de cualquier autoridad o servidor(a) público(a) [del Distrito Federal]".

¹¹⁹ Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos (Principios de París), adoptados por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en su Resolución 48/134 del 20 de diciembre de 1993, apartado A, artículo 3º, inciso b, donde se 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.

Derechos Humanos de la Ciudad de México, tiempo en que este Organismo tiene competencia para iniciar la investigación que concluye con la emisión de la presente Recomendación, cuyas afectaciones derivadas de la violación a los derechos humanos continúan a la fecha.

I.1 Competencia respecto de las etapas de aceptación y seguimiento de la presente recomendación.

7. El artículo cuarto transitorio de la Ley Orgánica de la CDHCM, establece que “[l]os procedimientos que se encuentren sustanciando ante la Comisión de Derechos Humanos con anterioridad a la entrada en vigor del presente Decreto, continuarán su trámite hasta su conclusión en los términos establecidos en la normatividad vigente al momento de su inicio y en los términos sobre la retroactividad previstos en el artículo 14 de la Constitución General”.
8. Del enunciado legislativo que se acaba de transcribir se desprende claramente que para los efectos de determinar la ley procesal aplicable se deben seguir los parámetros constitucionales que establece el artículo 14 Constitucional, el cual señala, en lo pertinente, que “[a] ninguna ley se dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna”.
9. El Poder Judicial de la Federación ha interpretada dicha disposición constitucional y ha establecido algunos criterios que sirven como guía interpretativa para determinar el sentido y alcance del artículo cuarto transitorio de la Ley Orgánica de esta Comisión.
10. De un lado, en la tesis jurisprudencial VI.2º. J/140 un Tribunal Colegiado estableció un criterio relevante, cuyos rubro y texto se transcriben:

RETROACTIVIDAD DE LAS LEYES PROCESALES, NO EXISTE POR REGLA GENERAL. Una ley procesal está formada, entre otras cosas, por normas que otorgan facultades que dan la posibilidad jurídica a una persona de participar en cada una de las etapas que conforman el procedimiento y al estar regidas esas etapas por las disposiciones vigentes en la época en que van naciendo, no puede existir retroactividad mientras no se prive de alguna facultad con que ya se contaba; por tanto, **si antes de que se actualice una etapa del procedimiento el legislador modifica la tramitación de éste, suprime un recurso, amplía un término, modifica la valoración de las**

pruebas, etc., no existe retroactividad de la ley, ya que la serie de facultades que dan la posibilidad de participar en esa etapa, al no haberse actualizado ésta, no se ven afectadas.

11. De otro lado, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido, en idéntico sentido, la siguiente interpretación constitucional, bajo el rubro y texto que se transcriben a continuación:

SISTEMA PROCESAL PENAL ACUSATORIO. SU APLICACIÓN SOBRE ACTOS PROCESALES A PARTIR DE SU ENTRADA EN VIGOR, NO VIOLA EL ARTÍCULO 14 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido que en materia procesal no opera la aplicación retroactiva de la ley si se considera que la ley procesal está formada, entre otras, por normas que otorgan facultades jurídicas a una persona para participar en cada una de las etapas que conforman el procedimiento, y al estar éstas regidas por las disposiciones vigentes en la época en que van naciendo, no puede existir retroactividad mientras no se le prive de una facultad con la que contaba. Esto, porque es en la sustanciación de un juicio regido por la norma legal adjetiva donde tiene lugar la secuela de actos concatenados que constituyen el procedimiento, los que no se realizan ni se desarrollan en un solo instante, sino que se suceden en el tiempo, y es al diferente momento de realización de los actos procesales al que debe atenderse para determinar la ley adjetiva que debe regir el acto respectivo. **Por tanto, si antes de actualizarse una etapa del procedimiento el legislador modifica su tramitación, suprime un recurso, amplía un término, modifica la valoración de las pruebas o el procedimiento mismo, no existe retroactividad de la ley, ya que las facultades que dan la posibilidad de participar en cualquier etapa del procedimiento, al no haberse actualizado ésta, no se afectan.**

Además, tratándose de leyes procesales, existe el principio doctrinario de que las nuevas son aplicables a todos los hechos posteriores a su promulgación, pues rigen para el futuro y no para el pasado, por lo que la abrogación o derogación de la ley antigua es instantánea, y en lo sucesivo debe aplicarse la nueva. En consecuencia, la aplicación del ordenamiento legal que establece el nuevo sistema procesal penal acusatorio sobre actos procesales acontecidos a partir de su entrada en vigor, no viola el artículo 14 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

12. En este tenor, al realizar una interpretación sistemática, conforme a la Constitución General de la República, pro persona y pro *actione*, se tiene que

el artículo transitorio referido establece un criterio relativo a la ley procesal aplicable para la continuación y conclusión de los expedientes que se iniciaron en esta Comisión durante la vigencia de la ley de 1993 y su Reglamento; dicho criterio tiene dos elementos: por un lado la aplicabilidad de la Ley vigente al momento de iniciarse la queja y de otro, la remisión al estándar constitucional de no retroactividad, mismo que, según el criterio de la SCJN implica que, por regla general, no existe la retroactividad de las normas procesales.

13. Siendo de esta manera, en la actualidad la CDHCM cuenta con la concurrencia de dos normatividades procesales y la más reciente de ellas (la Ley Orgánica de 2019) regula un nuevo modelo de protección en el que se establecen etapas procesales diversas y mecanismos renovados de justicia restaurativa, así como la posibilidad de darle diversas salidas a los expedientes de queja, tales como las Recomendaciones generales y la remisión de los expedientes a las Comisiones de Víctimas; de ahí que resulte claro que la aplicabilidad de las reglas procesales de la ley de 1993 deberá entenderse direccionada para las etapas procesales (criterio de la Suprema Corte) cuya tramitación ya se encontraba en curso, en el marco de la Ley anterior y que no se habían agotado en su totalidad, mientras las etapas que se inicien en vigor de la nueva Ley deberán desahogarse y agotarse con la Ley de 2019.
14. Así, por ejemplo, en aquellos expedientes de queja en los que la investigación ya se encuentra en curso en el marco de la Ley de 1993 dicha investigación deberá de ser concluida a partir de los elementos establecidos en dicha Ley, pero, una vez concluida la investigación, si se considera que deben iniciarse las etapas procesales de integración, emisión, aceptación y seguimiento de una Recomendación, dichas nuevas etapas procesales deben realizarse bajo las lógicas de la nueva Ley, puesto que, siguiendo a nuestro máximo Tribunal Constitucional, *mutatis mutandis*, las etapas que forman el procedimiento de queja en esta Comisión están regidas "por las disposiciones vigentes en la época en que van naciendo. Por tanto, si antes de actualizarse una etapa del procedimiento el legislador modifica su tramitación, suprime un recurso, amplía un término, modifica la valoración de las pruebas **o el procedimiento mismo**,

no existe retroactividad de la ley, ya que las facultades que dan la posibilidad de participar en cualquier etapa del procedimiento, al no haberse actualizado ésta, no se afectan”.

15. Bajo este tenor, esta Comisión dará trámite a las etapas de aceptación y seguimiento de la presente Recomendación 11/2021, considerando que dichas etapas se inician en vigencia de la Ley Orgánica de 2019 y será este el marco adjetivo aplicable.

16. Es así que, de conformidad con los artículos 70 y 71 de la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, se hace saber a las autoridades a las que va dirigida esta Recomendación que disponen de un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente en que ésta se les notifique, para que manifiesten si la aceptan o no. En caso de que no contesten dentro del plazo señalado, se tendrá por aceptada. Las recomendaciones aceptadas implican el reconocimiento de la calidad de víctima en los términos de lo que establece la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas para la Ciudad de México, razón por la que esta Comisión remitirá el presente instrumento recomendatorio a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de la Ciudad de México, para los fines de la inscripción al registro de víctimas correspondiente.

17. En caso de que la acepten, los puntos recomendatorios deberán cumplirse en los plazos establecidos en la misma y remitir a la Comisión las pruebas de las acciones realizadas para su cumplimiento, las cuales deberán ser remitidas a la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de esta Comisión, que con fundamento en los artículos 129, 130, 131, 132 y 134 del Reglamento Interno de la CDHCM, es el área responsable de calificar las Recomendaciones de acuerdo a su aceptación y cumplimiento.

II. Procedimiento de investigación

18. Siguiendo lo establecido en la normatividad que rige la actuación de esta Comisión, una vez que se recibieron los expedientes de queja que integran la presente Recomendación, las personas visitadoras adjuntas a cargo de su

investigación se abocaron a su análisis para determinar las acciones iniciales, a saber:

- La formulación de medidas precautorias dirigidas a la Secretaría de Salud y/o a la Subsecretaría de Sistema Penitenciario, a efecto de que se realizaran acciones inmediatas tendientes a que las víctimas directas recibieran la atención médica, tratamiento y seguimiento por los padecimientos que presentaban y se evitara el deterioro de su estado de salud y la consumación de violaciones graves a sus derechos humanos.
- Reiteración de solicitudes de medidas precautorias, en los casos en que no se llevaron a cabo las acciones solicitadas y en aquellos en los que las medidas implementadas no resultaron eficaces o suficientes para la atención de las personas víctimas directas.
- Gestiones *in situ*, con las autoridades responsables de proveer los servicios de salud y de garantizar el acceso al derecho humano a la salud.
- Solicitudes de información, con la finalidad de conocer el caso en su contexto y contar con información precisa sobre las particularidades de la atención médica otorgada a las víctimas directas.

19. Por el estadio de las enfermedades al momento de la interposición de la queja y las consecuencias derivadas de omisiones y retraso en la prestación de los servicios de salud, las víctimas directas de 12 casos fallecieron durante la integración del expediente, por lo que la investigación se direccionó hacia establecer con precisión la existencia de mala práctica médica que pudiera configurar una violación grave a los derechos humanos.

20. De igual manera ocurrió en 2 casos en los que al momento de que se interpuso la queja la víctima directa ya había fallecido y, en ambos supuestos, se realizaron las siguientes acciones de investigación:

- Solicitudes de información a unidades médicas en centros de reclusión y a unidades hospitalarias que intervinieron en la atención de las víctimas directas, para obtener información particular sobre cada uno de los casos, así como la documentación relacionada, específicamente expedientes clínicos.

- Solicitudes de colaboración dirigidas al Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, a fin de obtener los Dictámenes de la necropsia realizada en cada uno de los casos.
 - Solicitudes de colaboración planteadas a la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, para contar con información afecta a la investigación sobre la muerte de las víctimas directas, en los casos en los que se inició averiguación previa o carpeta de investigación.
 - Solicitudes de colaboración a Institutos Nacionales de Salud que tuvieron alguna intervención en la atención médica de las víctimas directas.
21. Previa revisión y análisis de la información obtenida, se solicitó a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, la elaboración de dictámenes y opiniones médicas sobre el derecho a la salud de cada una de las víctimas, con la finalidad de contar con elementos técnicos pertinentes y suficientes para establecer el nexo causal entre una mala práctica médica y el deceso de las víctimas, para con ello contar con evidencia sólida para determinar la violación a derechos humanos.
22. También, el personal actuante estableció y mantuvo comunicación constante con las víctimas directas e indirectas, brindándoles información, orientación jurídica y acompañamiento cuando así lo requirieron.
23. Es de relevancia anotar que en dos casos las víctimas directas se encuentran con vida, por lo que este Organismo continúa verificando que reciban atención médica por sus padecimientos de base y por las secuelas que presentan derivadas de la violación de su derecho a la salud.
24. En total, para la investigación y documentación de los casos que integran este instrumento se realizaron más de 320 acciones, desglosadas de la siguiente manera:
- 60 solicitudes de medidas precautorias; 57 solicitudes de información; 20 solicitudes de colaboración y 14 solicitudes de dictamen médico, además de múltiples gestiones y diálogo con autoridades, personas peticionarias y víctimas directas e indirectas, actividades que constan en alrededor de 175 actas circunstanciadas.

25. Todo lo anterior permite a esta Comisión contar con los elementos de convicción que sustentan su determinación de tener por acreditada la violación de los derechos humanos de 14 víctimas directas y 19 víctimas indirectas.

III. Evidencias

26. Durante el proceso de investigación, la Comisión recabó las evidencias que dan sustento a la presente Recomendación y que se encuentran detalladas en los 14 anexos que forman parte integrante de la misma.

IV. Contexto¹²⁰

27. La presente recomendación documenta distintos casos de violaciones del derecho a la salud en un contexto penitenciario de la Ciudad de México. En el caso de las personas privadas de libertad, el derecho al más alto nivel de salud es una de las bases de la reinserción social. Por esta razón, este análisis de contexto resulta relevante para detectar las problemáticas que se dan en los centros penitenciarios de manera sistemática y que impactan en la garantía de este derecho.

28. La Segunda Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México ha recibido desde enero de 2006 al 31 de octubre de 2021, 13481 quejas por posibles violaciones al derecho a la salud en centros penitenciarios de la Ciudad de México. Las narraciones de estos expedientes de queja dan cuenta de más de 150 problemáticas distintas en las que puede verse afectado el derecho al nivel más alto de salud de las personas privadas de libertad.

29. De las problemáticas analizadas, se distingue como la principal el acceso a la atención médica en las unidades médicas de los centros penitenciarios. Este problema de acceso a la atención médica se manifiesta en dos aspectos: cuando el personal de seguridad y custodia no permite a las personas privadas de libertad llegar a las unidades médicas; el segundo aspecto se da cuando en

¹²⁰ Véase Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Recomendación 01/2018, párrafos 14-18, en los que se desarrolla con mayor amplitud la justificación del contexto.

las unidades médicas se niega el acceso a la atención médica. Estas dos problemáticas corresponden también a autoridades diferentes señaladas como responsables: cuando la falta de acceso es por personal de seguridad y custodia, la autoridad responsable es la penitenciaria; en el caso de que sea en la unidad médica que no recibe la atención médica, o ésta es deficiente, la autoridad responsable es el personal de salud.

30. Respecto de la falta de acceso a los servicios médicos atribuibles a personal de seguridad y custodia, es importante comentar que esta problemática es mayormente recurrente en los reclusorios preventivos dada la cantidad de población y la organización de la seguridad penitenciaria. Estas quejas normalmente señalan, la omisión, negativa o en algunos casos extorsión por parte del personal de seguridad y custodia para que las personas privadas de libertad en áreas de seguridad puedan acceder al área médica.
31. Por lo que toca al segundo aspecto de esta problemática, la falta de acceso a la atención médica por parte de personal médico tiene varias manifestaciones en lo particular: desde la repartición de turnos y fichas que siempre son insuficientes; la falta de personal en la unidad médica o una atención inadecuada y superficial.
32. En segundo lugar, después de la falta de atención, la siguiente problemática es la falta de medicamentos o en su caso la entrega de medicamentos diferentes a los que requiere el paciente. La insuficiente disponibilidad de medicamentos es también una constante en las narrativas sobre posibles violaciones a al derecho al nivel más alto de salud posible.
33. Otra problemática importante para ser considerada es el acceso a hospitales de segundo y tercer nivel de salud. Esta problemática también se ve atravesada por cuestiones desde cuestiones materiales o de personal (la falta de recursos como ambulancias, personal de seguridad y custodia o hasta gasolina para el transporte), el espacio en los hospitales de especialidades y hasta cuestiones de obligaciones legales o reglamentarias de los hospitales o instituciones nacionales, que no están obligados a recibir a personas privadas de libertad, no trasladan a los pacientes a hospitales fuera de los centros penitenciarios.

34. Es importante mencionar que, si bien la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México ha emitido desde su creación 26 recomendaciones en materia de derecho a la salud de personas privadas de libertad, la mayoría de los expedientes de queja se solucionan durante el trámite y se resuelven las problemáticas planteadas a partir de las solicitudes de medidas precautorias y colaboración de autoridades para solucionar las problemáticas pendientes.
35. Si bien es importante señalar las causas principales y las problemáticas para encontrar soluciones a las mismas y atender la posible violación al derecho a la salud. En los casos documentados en la presente recomendación, esas problemáticas en el caso particular no pudieron ser resueltas, generando en la mayor parte de los casos que se presentan en esta Recomendación la pérdida la vida de personas privadas de libertad.

V. Relatoría de hechos

Caso 1. Expediente: CDHDF/II/121/IZTP/14/P3544

Víctima directa: Víctima directa 1

Víctimas indirectas: Víctima indirecta 1 y víctima indirecta 2

36. La persona víctima directa 1, hombre adulto en la quinta década de la vida, originario y residente del entonces Distrito Federal, actual Ciudad de México, se encontraba privado de libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente (en adelante RPVO), de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario (en adelante SSP), dependiente en esa época de la Secretaría de Gobierno (en adelante SGDF) del entonces Distrito Federal (actual Ciudad de México) y ahora de la Secretaría de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México (en adelante SSCCDMX).
37. El 20 de noviembre de 2013 fue atendida en la unidad médica del RPVO (en adelante UMRPVO) dependiente de la Secretaría de Salud del entonces Distrito Federal (en adelante SEDESA) con antecedentes de diabetes mellitus de larga evolución y pie diabético, indicándosele tratamiento y la realización de laboratorios de control; sin embargo, a pesar de ser la primera vez que esa área

médica tenía contacto con el paciente, no le realizó una historia clínica completa.

38. Posteriormente, el 16 de febrero de 2014 la víctima directa 1 fue atendida en el servicio de Ortopedia del Hospital General Torre Médica Tepepan (en adelante HGTMT) dependiente de la entonces Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias (en adelante DGSMU), actual Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias de la SEDESA, estableciéndose el diagnóstico de pie diabético (el cual posteriormente se especificó como pie diabético Wagner III) así como la necesidad de interconsulta con los servicios de Medicina Interna para manejo integral y conjunto y valoración preoperatoria para aseo quirúrgico y desbridamiento y con Psicología, ante el riesgo elevado de complicaciones y probable amputación por necrobiosis. Además, derivado de los estudios de laboratorio realizados, se diagnosticó insuficiencia hepática CHILD B, sin que se le indicara, en ese momento y en ningún otro, tratamiento para esta patología.
39. El 23 de febrero de 2014, la víctima directa 1 fue atendida por el servicio de Oftalmología del HGTMT, estableciéndose diagnóstico de retinopatía diabética no proliferativa, ojos con ametropía y presbicia no corregidas, sin que se le haya proporcionado tratamiento, indicaciones, pronóstico ni valoraciones posteriores.
40. El tratamiento quirúrgico que requería la víctima directa 1 consistente en aseo quirúrgico y desbridamiento de herida de pie izquierdo se llevó a cabo el 28 de marzo de 2014 en el HGTMT y se le planteó a la víctima directa 1 tratamiento radical con amputación del pie, el cual no aceptó, por lo que el pie diabético evolucionó hacia artropatía de Charcot (pie de Charcot).
41. Después del evento quirúrgico la víctima directa 1 permaneció 102 días hospitalizado, hasta el 20 de mayo de 2014, fecha en que se le dio de alta por mejoría y a su regreso al RPVO, permaneció 89 días en el área de hospitalización de la UMRPVO. Durante ese periodo fue referido aproximadamente en seis ocasiones a los servicios de Ortopedia y Medicina del HGTMT y se le realizaron exámenes de laboratorio continuos, sin embargo, los resultados nunca fueron comentados en las valoraciones posteriores en el

segundo nivel ni tampoco en el seguimiento que se le proporcionó en la UMRPVO.

42. Fue hasta el 11 de septiembre de 2014 cuando la víctima directa 1 fue referida de urgencia al HGTMT que se estableció el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica avanzada, sin necesidad de diálisis en agudo, aunque próximamente lo iba a requerir, aunado a pie diabético izquierdo y celulitis en mano izquierda en tratamiento, proceso infeccioso que se encontró bien controlado, indicándose cita en dos meses a Medicina Interna para valoración de función renal, a la cual el paciente fue enviado el 5 de diciembre de 2014 al HGTMT, pero fue regresado sin evaluar el estado de la función renal, al no llevar bitácora de tensión arterial.
43. El 18 de diciembre de 2014 fue valorada la víctima directa 1 por el servicio de Ortopedia del HGTMT, donde se le realizó curación y se envió a la UMRPVO, con la indicación de que debía permanecer en reposo en esa área, por presentar sangrado y tejido desvitalizado en pie izquierdo, estancia que se prolongó hasta el 6 de febrero de 2015, es decir, 124 días. En dicho periodo acudió alrededor de 7 u 8 ocasiones al HGTMT para ser valorado por los especialistas en Ortopedia y Medicina Interna, al parecer únicamente para vigilancia del pie izquierdo, según se desprende del expediente clínico formado en la unidad hospitalaria de referencia.
44. De enero a septiembre de 2015 la víctima directa 1 se mantuvo en seguimiento por consulta externa de la UMRPVO, por descontrol hipertensivo, cefalea, cefalea migrañosa y edema, sin que se estableciera un adecuado manejo de los fármacos antihipertensivos, los cuales se le proporcionaban de manera deficiente, realizando cambios a diferentes grupos farmacológicos, lo cual no permite un adecuado apego ni una evaluación correcta de los resultados.
45. No obstante que 12 meses antes se había realizado el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica (en adelante IRC), sin embargo fue hasta el 30 de septiembre de 2015 que el paciente fue referido al HGTMT para descartar dicho padecimiento, siendo contrarreferido ya que no contaba con paraclínicos de envió.

46. La nueva referencia de la víctima directa 1 se realizó hasta el 4 de noviembre de 2015, fecha en la que fue enviado al Hospital General Tláhuac (en adelante HGTL), donde permaneció 7 días, con diagnóstico de diabetes mellitus de 20 años de evolución en autocontrol, hipertensión arterial de 2 años de diagnóstico y enfermedad renal crónica de un mes de diagnóstico en tratamiento con diurético de asa. Indicándose valoración por Nefrología que determinó que era candidato para colocación de catéter para diálisis ambulatoria, por lo que se decidió la colocación de catéter Tenckhoff en HGTMT, la cual no se realizó por respuesta al tratamiento con diurético de asa, siendo hasta abril de 2016 que se inicia diálisis peritoneal ambulatoria en el Hospital General Iztapalapa (en adelante HGI), recibiendo entre abril y junio de ese año 10 sesiones.
47. Debido a complicaciones con el catéter para diálisis peritoneal, la víctima directa 1 permaneció hospitalizada en el HGTMT del 16 de junio al 11 de julio de 2016 ya que fue necesario retirarlo y colocar acceso vascular para realización de hemodiálisis desde el 27 de junio. Asimismo, en el HGI también se le proporcionaron las sesiones de hemodiálisis, destacando que en la mayoría de las notas dicha unidad hospitalaria insiste en que el manejo médico corría a cargo de una institución diferente, siendo el HGTMT y la UMRPVO donde se proporcionaba dicha atención, la cual fue deficiente.
48. En agosto de 2016 se sospechó Endocarditis por persistir con secreción en catéter vascular, la cual se descartó, reiniciándose el 19 de septiembre las sesiones de hemodiálisis, persistiendo el paciente con datos de infección y elevación de la temperatura, sin que el HGI proporcionara otro tipo de manejo que no fuera el filtrado, por no ser la unidad tratante; limitándose el HGI a insistir en las notas médicas, en las que se señalaron malas condiciones generales como desnutrición y anemia, evidencia del pobre seguimiento de la atención médica de la víctima directa 1 como paciente.
49. Como consecuencia de dicha situación, la víctima directa 1 fue referida el 27 de septiembre de 2016 al HGTMT, integrándose el diagnóstico de derrame pleural bilateral, insuficiencia cardíaca y anemia, brindándosele tratamiento; no obstante, en la nota médica se indica: "el paciente está a cargo del servicio

médico de su reclusorio por lo que es prioridad realizar los estudios correspondientes e indicaciones del Nefrólogo, el paciente continuará en vigilancia por la consulta externa de esta unidad en caso de ameritarlo".

50. La condición de salud de la víctima directa 1 se fue deteriorando y el 20 de noviembre de 2016 fue llevado al área de urgencias de la UMRPVO por presentar dificultad respiratoria y haber intentado retirar el catéter de hemodiálisis, por lo que se realizó referencia al HGI; sin embargo, la nota médica para tal efecto fue deficiente al consignar diagnósticos inespecíficos que no evidenciaban el estado crítico real del paciente. En el mismo sentido, la nota inicial de recepción en Urgencias del HGI consigna que el paciente solicitó alta voluntaria a pesar de que su estado es crítico y se estableció el diagnóstico de edema agudo pulmonar e insuficiencia renal crónica en tratamiento de sustitución renal con hemodiálisis.

51. Después de esa fecha no existen notas médicas de alguna unidad hospitalaria o de la UMRPVO en el expediente clínico de la víctima directa 1, hasta la nota de defunción del 23 de noviembre de 2016, realizada por el HGI, donde se establece que la víctima directa 1 ingresó al área de reanimación ameritando manejo avanzado de la vía aérea, con retención de líquidos, desequilibrio ácido-base, requiriendo realización de diálisis en agudo y valoración por Medicina Interna o Nefrología, sin embargo presentó mala evolución y paro cardiorrespiratorio, sin recuperar circulación espontánea a pesar de las maniobras de reanimación avanzadas, teniendo como hora de defunción las 08:40 horas, estableciéndose como causas: acidosis metabólica secundaria a insuficiencia renal crónica y diabetes mellitus tipo 2.

52. Por todo lo anterior, según se desprende del Dictamen sobre presuntas violaciones al derecho a la salud sobre el caso de la víctima directa 1, elaborado por personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHCM concluyó que la atención médica brindada a la víctima directa 1 en la UMRPVO omitió el cumplimiento de los objetivos propios del primer nivel de atención, al no realizar una valoración integral, por no implementar medidas de prevención oportunas para las complicaciones propias y esperadas de la diabetes mellitus

de larga evolución y por no brindar un seguimiento médico adecuado; además, por realizar referencias sin sustento clínico o paraclínico.

53. De igual manera, la atención médica otorgada por el HGTMT incumplió con los objetivos establecidos para unidades de segundo nivel de atención, que son el control de daños y la limitación o retraso de la aparición de complicaciones, toda vez que no proporcionó al paciente atención multidisciplinaria, la integración del expediente clínico presentó severas omisiones y no identificó de manera oportuna los datos de deterioro del estado clínico de la víctima directa.

Afectaciones psicoemocionales a las víctimas indirectas 1 y 2

54. Las mujeres víctima indirecta 1 y víctima indirecta 2, sufren afectaciones emocionales ante la muerte de su hermano víctima directa 1.

55. De manera específica, ambas mujeres fueron apoyo constante para la víctima directa 1, tanto en lo afectivo como en lo material, ya que lo visitaban de manera constante, en la medida que su trabajo lo permitía y coadyuvaron para comprar insumos que no le eran proporcionados en el RPVO, como medicamento, pañales, una silla de ruedas y una andadera. Particularmente, la víctima indirecta 2 enfrentó los gastos económicos derivados de la enfermedad de su familiar, teniendo que alternar su trabajo como empleada del hogar con el cuidado de la víctima directa 1, bajo las condiciones impuestas por la situación de reclusión.

Caso 2. Expediente: CDHDF/II/121/GAM/16/P0934

Víctima directa: Víctima directa 2

Víctima indirecta: Víctima indirecta 3

56. La persona víctima directa 2, hombre adulto en la cuarta década de la vida, residente en el entonces Distrito Federal, actual Ciudad de México, se encontraba privado de libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte (en

- adelante RPVN), de la SSP, dependiente en esa época de la SGDF y actualmente de la SSCCDMX.
57. El 29 de enero de 2014 la víctima directa 2 acudió a la UMRPVN donde fue valorada médicamente, estableciéndose el diagnóstico de edema de miembros inferiores, indicándole tratamiento a base de diurético y analgésico, así como estudios de laboratorio.
58. El 10 de febrero de ese mismo año acudió nuevamente a la UMRPVN por presentar los ojos amarillos y edema de miembros inferiores, por lo que se solicitaron pruebas de funcionamiento hepático y biometría hemática completa. El 24 de febrero de 2014 fue nuevamente valorado por presentar dolor en hipocondrio derecho, aumento del tamaño del hígado, por lo que se estableció diagnóstico de enfermedad hepática.
59. El 3 de marzo de 2014 la víctima directa 2 fue referida al servicio de Medicina Interna del HGTMT, que solicitó ultrasonido de hígado, bazo, serología para VIH, Panel viral VHB, VHC y nueva cita con los resultados. El 21 de marzo de 2014 se realizó el ultrasonido de hígado que reportó parénquima de morfología normal; el 20 de mayo de 2014 fue referido a la Clínica Condesa resultando la prueba de VIH no reactiva y el 25 de junio de 2014 se realizó nuevo ultrasonido de hígado y vías biliares que reportó daño hepático con hipertensión portal y crecimiento del bazo.
60. El 10 de septiembre de 2014 la víctima directa 2 fue referida al HGTMT para valoración por el servicio de Medicina Interna pero no se enviaron los estudios de laboratorio solicitados previamente, únicamente se envió el ultrasonido de marzo de 2014 en donde se reportó hígado normal.
61. El 21 de octubre y el 22 de diciembre de 2014, así como el 9 de febrero y el 17 de marzo de 2015, la víctima directa 2 fue atendida en la UMRPVN indicándole en todas las ocasiones tratamiento farmacológico y en las dos primeras la realización de laboratorios de control, sin embargo, no se atendió ni dio seguimiento a la Hepatitis C y B que padecía y tenía y de la que se conocía su presencia desde el 20 de mayo de 2014.

62. La víctima directa 2 fue referida el 27 de mayo de 2015 al Hospital General La Villa (HGLV en adelante) donde le fue practicada endoscopia que reportó Várices esofágicas grado IV y gastritis congestiva; el 10 de septiembre de 2015 fue referida al HGTMT, ocasión en que el personal médico diagnóstico infección por virus de Hepatitis B, por lo que se indicó valoración por especialista en Gastroenterología, así como estudios de laboratorio y prueba de función hepática; de igual manera, el 12 de octubre de 2015 el paciente refirió padecer varices esofágicas, por lo que médicos del HGTMT indicaron exámenes de laboratorio, reporte de endoscopia y serología.
63. Debido a que la víctima directa 2 acudió a la UMRPVN por presentar vómito de contenido hemático, el 26 de enero de 2016 fue referido al HGLV, en donde la endoscopia reportó várices esofágicas grado IV, gastritis congestiva, así como hemoglobina de 7.4 por lo que se le transfundió concentrado eritrocitario. Debido a falta de espacio el paciente fue contrarreferido el 27 de enero de 2016 a su unidad en el centro de reclusión, con la sugerencia de envío al HGTMT, el cual no se llevó a cabo. La víctima directa 2 permanece en la UMRPVN y el 29 de enero de 2016 es referido al Hospital General Ticomán (HGT en adelante) donde se le proporcionó tratamiento medicamentoso y se solicitó interconsulta a Gastroenterología, pero esta no se llevó a cabo. Se le realizó paracentesis diagnóstica y endoscopia, que reportaron varices esofágicas grado I-II de la escala de Degradi, gastritis erosiva crónica e incompetencia del esfínter esofágico inferior, sin sangrado activo, indicándosele realización de panel viral VHB y VHC por protocolo de insuficiencia hepática. Fue dado de alta el 4 de febrero de 2016 con los diagnósticos de insuficiencia hepática Child Pugh C, peritonitis bacteriana espontánea remitida y sangrado de tubo digestivo alto remitido.
64. Fue hasta el 11 de febrero de 2016, fecha en que fue valorada la víctima directa 2 en la UMRPVN, y de acuerdo a lo que se hizo constar en la nota médica el diagnóstico que se le dio fue de Insuficiencia hepática Child Pugh B y hepatitis viral C.



65. Como parte del seguimiento a personas con enfermedades crónicas degenerativas, la víctima 2 fue atendida el 11 de abril de 2016 en la UMRPVN, ocasión en que se solicitó ultrasonido de hígado y vías biliares para enviarlo posteriormente a valoración por el servicio de Gastroenterología por la infección por virus de Hepatitis C, estudio que se practicó el 22 del mismo mes y año y reportó daño hepático crónico, ascitis y esplenomegalia.

66. A las 02:00 del 12 de junio de 2016, la víctima directa 2 ingresó al HGDRL por presentar el día anterior vómito de contenido hemático abundante. En la valoración se observó hemodinámicamente descompensado y se le proporcionó tratamiento médico y medicamentoso, se transfundieron tres paquetes globulares sin evolución favorable, realizando reanimación cardiopulmonar básica y avanzada sin obtener respuesta, declarando hora de defunción las 13:00 horas, con los diagnósticos de hemorragia de tracto digestivo alto, choque hipovolémico grado IV e insuficiencia hepática crónica.

67. Es de señalar que, en el caso de la víctima directa 2, desde el 3 de marzo de 2014 se sospechó patología hepática, incluso se le realizaron estudios para su diagnóstico, sin embargo, fue hasta febrero de 2016 que se indicó en las notas médicas de la UMRPVN que el paciente presentaba esa infección. Según se desprende de la opinión médica emitida por personal de la DSMP de la DGQAI de la CDHCM, no consta en el expediente clínico que fuera valorada por un médico especialista en Gastroenterología y tampoco que se le hayan realizado los estudios tendientes a determinar el genotipo y carga viral y en consecuencia tampoco le fue proporcionado al paciente el tratamiento antiviral para eliminar la infección, lo cual insidió en la progresión de la enfermedad y en su muerte, por lo que el personal adscrito a este Organismo concluyó que la atención médica y seguimiento realizado por parte de la UMRPVN no fue oportuna ni adecuada para atender la insuficiencia hepática crónica, la hepatitis C y las varices esofágicas que presentaba la víctima directa 2.

Afectaciones psicoemocionales a mujer adulta mayor víctima indirecta 3

68. La mujer adulta mayor víctima indirecta 3, sufre afectaciones emocionales ante la muerte de su hijo víctima directa 2. Durante la enfermedad su familiar dejó de

trabajar como artesano por lo que acudía a visitarlo cada semana, llevándole insumos para su manutención y para que pudiera alimentarse mejor. Esto se le complicaba porque tenía ingresos limitados por la venta de dulces y apenas le alcanzaba para el pasaje. Además, cuando falleció su hijo tuvo que conseguir un préstamo de emergencia para solventar los gastos funerarios. Derivado de esta deuda ya no pudo pagar la renta de su vivienda y tuvo que ir a vivir con una hermana.

Caso 3. Expediente: CDHDF/III/121/XOCH/16/P5640

Víctima directa: Mujer Víctima directa 3

69. La persona víctima directa 3, mujer adulta en la sexta década de la vida, originaria y residente de la Ciudad de México, se encuentra privada de libertad en el Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan (en adelante CEFERESO TEPEPAN), de la SSP, dependiente en esa época de la SGDF y actualmente de la SSCCDMX.
70. El 31 de agosto de 2016, la víctima directa 3 fue valorada por primera ocasión en el HGTMT, estableciéndose el diagnóstico de probable Feocromocitoma, probable rectorragia aguda, hipertensión arterial de difícil control, dislipidemia mixta y caries dental, indicándose tratamiento ya establecido, haciendo la precisión en la nota médica correspondiente que aún no se contaba con el expediente clínico ya que acababa de ser trasladada del Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla para poder continuar con el tratamiento médico ya establecido.
71. La víctima directa 3 fue valorada médicamente en el HGTMT el 18 de septiembre de 2016, haciéndose constar en la nota médica que se trataba de un caso difícil por la falta de correlación en la mayor parte de los datos referidos por la paciente y los datos clínicos objetivos.
72. En el resumen clínico de 5 de octubre de 2016 se refiere diagnóstico de Feocromocitoma 30 años atrás, con resección parcial del mismo y valoración por el servicio de Endocrinología del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez (HECMDBD en adelante), rectorragia de

- tres meses de evolución sin tratamiento en ese momento, siendo valorada por el servicio de Cirugía General por dicho padecimiento. El 10 de octubre de ese mismo año, fue valorada en la consulta externa del HGTMT, refiriendo calambres de dos días de evolución, con diagnóstico de Feocromocitoma, HAS de difícil manejo, sangrado de tubo digestivo bajo (STDB) y dislipidemia, indicándose tratamiento farmacológico con prednisona 50 mg 1-0-1, entre otros.
73. En valoraciones subsecuentes se continuó observando la falta de correspondencia entre los datos aportados por la paciente y los datos obtenidos de las valoraciones y estudios realizados, también se señaló la elevada dosis de medicamento antihipertensivo, incluso a niveles que podrían ser tóxicos, no obstante, se continuó otorgándole todos los medicamentos que tenía indicados, incluida la prednisona.
74. En la valoración realizada el 4 de diciembre de 2016, se recomendó a la paciente el retiro paulatino de la prednisona para evitar daño suprarrenal, registrándose en la nota médica que la paciente se había negado previamente a permanecer en hospitalización para monitoreo estricto de la presión arterial y había exigido su medicamento, el cual se le siguió otorgando, según se desprende del expediente clínico formado con motivo de la atención otorgada a la víctima directa 4 en el HGTMT.
75. Cabe señalar que la administración de prednisona inició el 10 de octubre de 2016, sin una justificación médica para tal prescripción, pues no se integró en la nota de esa fecha algún diagnóstico, encontrándose aparente asintomática en ese momento.
76. Al iniciar la administración de prednisona se les prescribieron 100 miligramos al día, dosis que se mantuvo en los meses de octubre y noviembre de 2016. Luego, el 4 de diciembre se indicó la reducción gradual de 12.5 mg cada semana, pero el 13 de diciembre de 2016 le volvieron a indicar 100 mg, cuando debería ir en reducción. En las notas médicas subsecuentes no se especifica cómo se le estaba administrando el medicamento ni la dosis diaria, hasta el 19 de febrero de 2017 cuando el especialista en medicina interna señaló en su nota "que no se debe administrar prednisona a la paciente".



77. No obstante, sin mediar causa o algún diagnóstico, el 13 de marzo de 2017 se le vuelve a proporcionar prednisona en dosis de 7.5 mg al día; sin embargo, en la nota de 14 de marzo de 2017 se indica que tenía manejo con prednisona hasta 300 mg, siendo el manejo en ese momento de 7.5. Es de señalar que en ninguna nota se encontraba prescrita esa dosis y aparentemente solo era el dicho de la víctima directa 3.
78. En la nota médica del 29 de marzo de 2017 se volvió a aumentar la dosis a 100 mg al día, aparentemente por recomendación de Nefrología sin nuevamente tener justificación para el aumento de las dosis. La dosis se volvió a modificar el 24 de abril de 2017, citando en la nota que el cardiólogo sugiere la disminución de la dosis a 125 mg, lo cual es contradictorio porque la víctima directa 3 tenía una dosis indicada de 100 mg, por lo que, en lugar de disminuir, se volvió a aumentar la dosis. Para el 22 de mayo de 2017 personal médico de HGTMT elaboró nota sin expediente clínico y dan dosis de 225 mg al día, aumentando nuevamente la dosis en 100 mg.
79. En la nota médica de 8 de junio de 2017, se indica que la víctima directa señaló que estaba tomando tabletas de 50 mg 1-1/2-4, haciendo un total de 425 mg diarios de prednisona, por lo que se decide hacer la reducción, dejando inicialmente 325 mg, con una disminución gradual de la misma, sin que haya revisión de las indicaciones anteriores, permitiendo que la paciente señalara la dosis de un medicamento tan delicado, con las posibles consecuencias de una sobre dosis o un retiro inadecuado.
80. Sin tomar en cuenta la especificación de la reducción por semana, los días 12, 19 y 23 de junio de 2017 se volvió a dejar prescrito 425 mg diarios y, en fechas consecutivas seguían manejando dosis parecidas del medicamento, disminuyendo hasta 312.5 mg y volviéndolo a aumentar a 412.5 mg.
81. Es hasta el 2 de octubre de 2017 que la víctima directa 3 fue referida al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán (INCMNSZ en adelante), al servicio de Endocrinología, cuando se hace la disminución de prednisona a 45 mg diarios con su respectiva reducción gradual semanal, hasta que llegara a 5 mg al día y la suspensión de la misma en tanto era una



administración exagerada sin causa establecida que condicionaba el incremento de la presión arterial de la víctima directa.

82. De nueva cuenta, la víctima directa 3 fue referida el 26 de octubre de 2017 al INCMNSZ, encontrándose en la receta integrada al expediente la anotación dudosa de prednisona de 50 mg, evidenciándose inconsistencias en el gramaje, por lo que se pidió una aclaración al INCMNSZ, corroborando que había prescrito tabletas de 5 mg, desconociéndose quién efectuó la alteración, por lo que para el 9 de noviembre de 2017 la víctima directa 3 ya estaba nuevamente con una dosis de 415 mg, prescrita por el hematólogo del HGTL, quien en su referencia hace constar que la paciente manifestó que estaba tomando 250 mg desde 10 días previos, pero esa no era la dosis establecida y nuevamente se desprende que su prescripción fue guiada por lo que la víctima directa 3 manifiesta y no por la consulta del expediente y su diagnóstico.

83. En la nota el médico hematólogo del HGTL prescribe 250 mg diarios repartidos en 5-1/2-3 tabletas, lo que hace una dosis de 425 mg, siendo contradictoria la indicación del médico especialista. Asimismo, en la nota médica de 21 de noviembre de 2019, el especialista en hematología de cita que la paciente se encontraba tomando 450 mg de prednisona, cuando en días previos habían puesto la dosis de 425 mg.

84. Las dosis de prednisona prescritas a la víctima directa 3, fluctúan de 400 a 300 mg diarios del 28 de noviembre al 27 de diciembre de 2017 y es hasta el 15 de enero de 2018 que hay una especificación de 45 mg, las cuales se fueron siguiendo en reducción hasta la última nota de 1 de octubre donde están señalados 10 mg diarios

85. En este sentido, el mal manejo sobre las dosis de prednisona y la mala reducción de la misma conllevó a que la mujer víctima directa 3 presentara Síndrome de Cushing secundario o iatrogénico, coadyuvando también en el agravamiento de la hipertensión arterial.

86. Todo lo anterior lleva a señalar que existió mala práctica por parte del HGTM en la atención del caso de la víctima directa 3, tal y como se desprende del

Dictamen sobre presuntas violaciones del derecho a la salud elaborado por personal de la DSMP de la CDHCM.

Caso 4. Expediente: CDHUN/II/121/GAM/16/P7018

Víctima directa: Víctima directa 4

Víctimas indirectas: Víctima indirecta 4 y Víctima indirecta 5

87. La víctima directa 4, hombre adulto joven en la tercera década de la vida, originario y residente del entonces Distrito Federal, actual Ciudad de México, se encontraba privado de libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte (en adelante RPVN), de la SSP, dependiente en esa época de la SGDF y actualmente de la SSCCDMX.
88. El 27 de octubre de 2016, acudió la víctima directa 4 a la UMRPVN por presentar desde 15 días antes tos productiva, amarilla y ocasionalmente verdosa, sin la presencia de sangre, astenia, adinamia, así como dolor ocasional en garganta, fecha en la que se tuvo la primera sospecha diagnóstica de tuberculosis, estableciéndose el diagnóstico de asma bronquial y probable tuberculosis a descartar.
89. La víctima directa 4 fue nuevamente valorado el 17 de noviembre de 2016 por consulta externa de la UMRPVN por referir pérdida de peso de origen desconocido, integrando diagnóstico de infección de vías respiratorias bajas a descartar probable tuberculosis pulmonar, por lo que se decide su envío al HGDRL donde permaneció hospitalizado hasta el 22 de noviembre de 2016. Durante su estancia en la institución se confirma el diagnóstico e inició el tratamiento.
90. El 22 de noviembre de 2016, casi un mes después del probable diagnóstico, la víctima directa 4 fue referida al HGTMT para control y seguimiento por el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en tratamiento, siendo dada de alta el 9 de diciembre de 2016 y enviada a la UMRPVN.
91. Aparentemente, desde esa fecha y hasta el 13 de febrero de 2017 el paciente permaneció hospitalizado en la UMRPVN, sin que sea posible establecer con certeza el tipo de atención que se le brindó, toda vez que en el expediente clínico

no se documentaron notas médicas previas al 13 de enero de 2017. En la nota médica de esa fecha se estableció que el paciente llevaba 35 días de estancia intrahospitalaria, con el diagnóstico de TB pulmonar en tratamiento en fase intensiva dosis 40, desnutrición calórica-proteica y anemia. Se documentaron algunas indicaciones médicas de los días 5 y 9 de enero de 2017 y notas de enfermería del 18 de enero al 19 de febrero de 2017 que dan cuenta de la atención de la víctima directa 4 en ese rubro.

92. De acuerdo con el expediente clínico la víctima directa 4 estuvo hospitalizada en la UMRPVN hasta el 13 de febrero de 2017, sin embargo en las hojas de enfermería consta que estuvo hospitalizado hasta el 19 de febrero de 2017 pero no hay nota médica al respecto y se observa que la última vez que se dio tratamiento medicamentoso en la fase de sostén para tuberculosis a la víctima directa 4 fue el 17 de febrero de 2017; a su vez, en las notas existentes de enfermería del 18 de enero al 19 de febrero de 2017 no se documenta el número de dosis de medicación antituberculosa en que se encontraba, ya que había iniciado la fase de sostén el 8 de febrero de 2017. Derivado de ello, no se encontró evidencia en el expediente clínico de que se haya dado seguimiento al paciente en la fase inicial y de sostén del tratamiento antituberculoso, ni de que se haya dado seguimiento de la administración y/o deglución del medicamento antifímico durante la totalidad del tratamiento ni de que se haya realizado la búsqueda de contactos entre las poblaciones vulnerables, como lo indica la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.

93. El 16 de marzo de 2017 la víctima directa 4 fue valorada en la UMRPVN documentando complicaciones en su estado de salud, por lo que es referido al HGT. Al encontrar datos sugestivos de abdomen agudo, el paciente es intervenido quirúrgicamente el 17 de marzo de 2017, encontrando perforación en diversas partes del intestino, así como datos sugerentes de tuberculosis intestinal.

94. El 24 de marzo de 2017 el HGT solicita que el paciente sea reintervenido por presentar evolución tórpida de la cirugía abdominal, procedimiento que se

realiza hasta el 26 de marzo de 2017 por falta de tiempo quirúrgico debido a la falta de personal de enfermería.

95. Durante este procedimiento quirúrgico se realiza lavado de cavidad abdominal, encontrando adherencias y dehiscencia de herida quirúrgica y presenta adecuada evolución, de acuerdo con las notas médicas, por lo que se da de alta el 28 de marzo de 2017 y el paciente regresa a la UMRPVN, que lo envía al HGTMT presentando evolución tórpida por lo que el 31 de marzo es referido al Hospital General Ticomán, donde el 2 de abril fue reintervenido de nueva cuenta y se le colocaron bolsa de Bogotá dejando el abdomen abierto. Víctima directa 4 continuó con evolución tórpida y el 5 de abril ingresó a quirófano para lavado de cavidad y liberación de adherencias; sin embargo, presentó acidosis metabólica que no responde a tratamiento por lo que falleció en esa misma fecha.

96. Derivado de lo anterior, de acuerdo con la opinión médica sobre el caso de la persona víctima directa 4, elaborada por personal adscrito a la DSMP de la DGQAI de la CDHCM, el personal de la UMRPVN incumplió con los requisitos mínimos exigibles al personal de salud para tomar decisiones relacionadas con la salud del paciente, toda vez que no se encontró documentada en el expediente clínico la administración constante y supervisada de los medicamentos antifímicos. En este mismo sentido, se incumplió con la *lex artis* respecto de la atención, tratamiento y seguimiento de la tuberculosis que padecía, lo que impidió establecer la efectividad del tratamiento antifímico suministrado durante la fase de sostén, con baciloscopias mensuales y al finalizar el tratamiento, tal y como lo señala la literatura médica y la normatividad aplicable.

Afectaciones psicoemocionales a las víctimas indirectas 4 y 5

97. Las víctimas indirectas 4 y 5 sufren afectaciones emocionales ante la muerte de su hijo víctima directa 4. Esto es así debido a que pese a su situación de reclusión, su hijo se dedicaba a la elaboración y venta de artesanías, con lo que los apoyaba económicamente, sin embargo, una vez que enfermó y debido a su larga estancia en un hospital, la víctima indirecta 5 acudía a verlo y tenía que

permanecer en el lugar por su gravedad, atento a cualquier requerimiento, por lo que fue despedido de su empleo donde se desempeñaba como obrero, por los diversos permisos que tuvo que solicitar.

98. Cuando falleció su hijo, las víctimas indirectas mujer 4 y víctima indirecta 5 carecían de recursos económicos para los gastos funerarios, por lo que con el apoyo de otro de sus hijos vendieron una televisión para enfrentar dicho gasto, por lo que su situación económica quedó más deteriorada.

99. El fallecimiento de la víctima directa 4 les ha afectado física y emocionalmente pues ambas víctimas indirectas han bajado de peso y resienten diversos problemas emocionales. Particularmente, la mujer víctima indirecta 4 refiere que en ocasiones no tiene ganas de hacer nada y ambas víctimas refieren tristeza, agotamiento y recuerdos constantes de las circunstancias en que se dio el fallecimiento de su familiar.

Caso 5. Expediente: CDHDF/II/121/IZTP/17/P0890

Víctima directa: Víctima directa 5

Víctimas indirectas: Víctima indirecta 6 y Víctima indirecta 7

100. La víctima directa 5, hombre adulto en la sexta década de la vida, residente de la Ciudad de México, se encontraba privado de libertad en el RPVO, de la SSP, dependiente en esa época de la SGDF y actualmente de la SSCCDMX.

101. De acuerdo con el expediente clínico formado en la UMRPVO, la víctima directa 5 fue atendida en cuatro ocasiones: la primera el 18 de febrero de 2012, cuando acudió por presentar edema en piernas de tres días de evolución y en la cual refirió padecer diabetes mellitus, integrándose el diagnóstico de diabetes mellitus II descontrolada, por descartar insuficiencia renal crónica, por lo que se indicó tratamiento farmacológico y la realización de exámenes de laboratorio. La segunda consulta ocurrió el 29 de mayo de 2015 (más de tres años después), cuando fue llamado por presentar cifras tensionales por arriba del parámetro normal en la Campaña Masiva de Salud 2015, anotándose que no tenía tratamiento para diabetes desde hacía cuatro años. Se le indicó tratamiento con enalapril, metformina y se envió a unidad médica para ser

derivado a Oftalmología, Medicina Interna Rayos X de tórax, Electrocardiograma, Química sanguínea y cita en un mes con médico tratante, sin que exista registro en el expediente clínico de que estas indicaciones se hayan llevado a cabo, por lo que se evidencia que no se le otorgó adecuada atención médica ni seguimiento oportuno por los padecimientos de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica que presentaba.

102. Posteriormente, el 1 de febrero de 2017 acudió a la UMRPVO por presentar sensación de mareo y de que "se iba de lado". En esa ocasión se le observó con aumento de frecuencia cardíaca (130 lpm) y no se registró la temperatura corporal (por lo que se ignora si presentaba fiebre, el cual es un dato importante en los casos de meningitis bacteriana), con impresión diagnóstica de diabetes mellitus, hipertensión arterial y vértigo. Se indicó tratamiento, se solicitaron estudios de laboratorio y se citó en un mes, pero esto no se realizó. Tampoco se interrogó a la víctima directa 5 de manera detallada y no se llevó a cabo una exploración física adecuada por el diagnóstico de vértigo como valoración de otoscopia, estado de conciencia, funciones mentales, exploración cerebelosa o descartar nistagmos o algún otro signo neurológico que orientara a identificar el tipo y causa del vértigo. No se investigó sobre el aumento de la frecuencia cardíaca que el paciente presentaba. no se valoró la glicemia capilar ni se le dio tratamiento por la diabetes y tampoco se realizaron los estudios de laboratorio que se mencionaron en la nota médica.

103. El 6 de febrero de 2017, alrededor de las 15:35 horas, la víctima directa 5 fue llevado por sus compañeros a la UMRPVO ya que presentaba complicaciones neurológicas, pues se le encontró somnoliento, bien hidratado, pupilas isocóricas con lenta respuesta a la luz, con diagnóstico probable de diabetes mellitus y permaneció en observación. Siendo las 16:20 horas fue revalorado y se observó con asimetría de las pupilas, disminución de los reflejos y fue hasta ese momento que fue referido al Hospital General Regional Iztapalapa (HGRI en adelante). Toda vez que la UMRPVO no realizó valoración, diagnóstico ni tratamiento adecuado, la referencia a la institución de segundo nivel no fue oportuna.

104. A su ingreso al HGRI, alrededor de las 21:30 horas, la víctima directa 5 se observó consciente, indiferente al medio, sin respuesta a estímulos verbales, con palidez generalizada de tegumentos, mucosa oral seca, pupilas midriáticas con pobre respuesta a estímulos, estableciendo diagnóstico de deshidratación moderada, probable hipoglucemia, descartar evento vascular cerebral transitorio. Ingresó a observación, se indicaron soluciones, oxígeno en puntas nasales, estudios de laboratorio y TAC de cráneo. Revalorado a las 23:55 no se indican signos vitales, se indica ciprofloxacino y no se mencionan resultados de laboratorio.

105. A las 12:15 horas del 7 de febrero de 2017 la víctima directa 5 fue revalorada médicamente y se anota que se solicitarán estudios de laboratorio, sin mencionar signos vitales; se indica que se realizó TAC de cráneo sin evidencia de evento cerebral vascular, solo con edema. A las 16:15 presentó datos de dificultad respiratoria y acidosis metabólica, proporcionándosele apoyo mecánico ventilatorio, solicitándole otros estudios, entre ellos estudio citológico y citoquímico de líquido cefalorraquídeo. Debido a que se sospechó neuroinfección, se inició tratamiento empírico antibiótico. Se diagnosticó sepsis de origen probablemente por Meningitis bacteriana, Neumonía adquirida en la comunidad, lesión renal aguda, desequilibrio ácido base a expensas de acidosis metabólica leve no compensada.

106. Siendo las 22:45 horas del 8 de febrero de 2017, la víctima directa 5 se reporta grave con pronóstico malo a corto plazo, presentando evolución tórpida por lo que falleció el 11 de febrero de 2017, a las 5:16 horas, con diagnósticos de Choque séptico, Meningitis bacteriana, Neumonía adquirida en la comunidad y Acidosis metabólica, de 4-5 días de evolución.

107. Durante su estancia en el HGI la víctima directa 5 no fue valorada por un médico especialista en neurología o en infectología y, aunque se indicó que sería hospitalizado en el área de medicina interna nunca ingresó ya que permaneció cinco días en el área de Urgencias hasta que falleció. Además, no fue valorado una vez por turno y se le indicó tratamiento antibiótico sin contar con diagnóstico de neuroinfección; asimismo se observó retraso de más de 19

horas en la valoración integral del paciente pues no se registraron las notas de evolución de signos vitales ni el resultado de los estudios de laboratorio, lo que tuvo como consecuencia que no se realizara el diagnóstico de meningitis bacteriana.

108. En virtud de lo anterior, en la opinión médica sobre el caso de la víctima directa 5, elaborada por personal de la DSMP de la CDHCM se concluyó que el retraso en la referencia de la víctima directa 5 y la falta de tratamiento de la diabetes por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, así como el retraso en la administración del antibiótico adecuado en el Hospital General Regional Iztapalapa contribuyeron a su fallecimiento.

Afectaciones psicoemocionales a las mujeres víctimas indirectas 6 y 7

109. Las mujeres víctimas indirectas 6 y 7, sufren afectaciones emocionales ante la muerte de la víctima directa 5.
110. La mujer víctima indirecta 6 es una persona adulta mayor de ochenta años de edad que permanece desde hace más de 10 años postrada en cama por un problema de columna. Mientras su hijo víctima directa 5 se encontraba privado de libertad elaboraba artesanías y con ello contribuía a la manutención de la familia, formada por su madre, su padre (fallecido) y su hermana. Cuando enfermó dejó de trabajar y pasó a depender de lo que pudiera llevarle su familia.
111. Desde que falleció su hijo, la mujer víctima indirecta 6 se encuentra triste y deprimida, lo que incide de manera negativa en su estado de salud, sin que haya recibido apoyo psicológico.
112. La mujer víctima indirecta 7, hermana de la víctima directa 5, se dedica exclusivamente a atender a la mujer víctima indirecta 6, por lo que dependía del apoyo que su hermano generaba con su trabajo de artesano. Presenta afectación emocional ya que mientras su hermano permaneció en el hospital se turnó con otro familiar para estar presente y fue testigo de cómo se fue deteriorando hasta que murió, lo que le generó inconformidad ya que no se brindó la atención que requería. No ha recibido ningún tipo de apoyo psicológico.

Caso 6. Expediente: CDHDF/II/121/IZTP/17/P2028

Víctima directa: Víctima directa 6

Víctima indirecta: Víctima indirecta 8

113. La víctima directa 6, hombre adulto en la sexta década de la vida, originaria y residente de la Ciudad de México, se encontraba privado de libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, de la SSP, dependiente en esa época de la SGDF y actualmente de la SSCCDMX.

114. El 21 de marzo de 2017, a las 08:00 fue llevado por sus compañeros a la UMRPVO por presentar vértigo de inicio súbito en las primeras horas de la madrugada, por lo que se le administró fármaco para el vértigo ya que hasta ese momento no presentaba deterioro neurológico franco, de acuerdo con la nota médica. En lugar de presentar mejoría, el estado de salud de la víctima directa 6 se fue deteriorando al presentar hipoacusia, por lo que a las 09:15 se documentó la necesidad de que fuera valorado en una institución médica de segundo nivel por probable evento vascular cerebral y a las 10:50 se elaboró la hoja de referencia, pero el paciente fue recibido en el HGTL hasta las 15:00 horas, es decir, alrededor de 10 horas después del inicio de su padecimiento.

115. No obstante, este nosocomio determinó contrarreferir a la víctima directa 6, por no contar con servicio de Tomografía ni espacio en la unidad, omitiendo el médico que elaboró la contrarreferencia realizar valoración clínica o neurológica al paciente, a pesar de que registró una frecuencia cardiaca de 49 latidos por minutos, cifra por debajo de la media normal para los pacientes de la edad, dato de alarma hemodinámica o neurológica, incumpliendo dicha nota de contrarreferencia los parámetros mínimos indispensables de acuerdo con la normativa médica, limitándose a mencionar el estudio requerido y la falta de espacio, lo cual no justifica la negativa de atención médica en un servicio de Urgencias.

116. La víctima directa 6 regresó a la UMRPVO donde a las 18:35 horas fue nuevamente valorado, anotando que no se conocían antecedentes de importancia y a las 23:55 horas se elabora hoja de referencia al Hospital General Balbuena (HGB en adelante).

117. A su ingreso al HGB, a las 02:10 horas del 22 de marzo de 2017, la víctima directa 6 presenta Glasgow de 7/15 por lo que se pasó al área de trauma/choque ya que presentaba daño cerebral establecido, requiriendo ventilación mecánica asistida (después de 13 horas aproximadamente de haber iniciado la sintomatología franca). Fuera de toda posibilidad de recuperación fue manejado con medidas de soporte y rehabilitación. El 2 de abril de 2017 se realiza traqueostomía temprana y se escala esquema antibiótico por persistencia de picos febriles; posteriormente fue revalorado por Neurocirugía corroborándose diagnóstico de evento vascular cerebral tipo isquémico en cerebelo izquierdo, así como fase de secuela neurológica, ordenándose su egreso por máximo beneficio, por lo que el 26 de mayo de 2017 fue referido al HGTMT para valoración y manejo, teniendo pendiente el cambio de cánula de traqueostomía de temporal a permanente.
118. Fue hasta el 13 de julio de 2017 que se realizó en el HGTMT el cambio de cánula, el cual demoró alrededor de 60 días, sin justificación aparente. Luego, el 28 de julio de 2017, fue valorado en el HECMDD, en el cual se encontró que la víctima 6 estaba en coma, con daño severo y extenso en tallo cerebral que no mejoraría en el futuro, alta mortalidad por las complicaciones por la postración, pronóstico malo.
119. La víctima directa 6 continuó en el HGTMT hasta que falleció por deterioro progresivo el 12 de agosto de 2017, presentando datos de sepsis, acidosis metabólica, choque séptico, polipnea y paro cardiorrespiratorio irreversible a maniobras de reanimación, estableciendo como diagnósticos de defunción: Acidosis metabólica severa de 8 horas; choque séptico 12 horas; Infección respiratoria inferior 3 días, encefalopatía anoxo-isquémica difusa 4 meses y medio y enfermedad vascular cerebral 5 meses.
120. En la atención médica que se proporcionó a la víctima directa 6 en la UMRPVO se identificaron deficiencias tales como que no se documentó una adecuada y completa exploración neurológica y no se gestionó de manera adecuada su traslado al segundo nivel de atención. Asimismo, en la nota médica realizada a manera de contrarreferencia, se anotaron las carencias de equipo y

espacio y no las condiciones en las que se encontraba el paciente. Por dichas deficiencias y omisiones se perdió la oportunidad de administrarle el tratamiento adecuado, por lo tanto, existe un nexo de causalidad entre las omisiones acreditadas y el fallecimiento de la víctima directa 6, las cuales se atribuyen a la UMRPVO y al HGTL, conclusión a la que arribó el dictamen de presuntas violaciones al derecho a la salud sobre el caso de la víctima directa 6, suscrito por personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHCM.

Afectaciones psicoemocionales a la víctima indirecta 8

121. La víctima indirecta 8, sufre afectaciones emocionales ante la muerte de la víctima directa 6, toda vez que durante la complicación del estado de salud de su hermano y la larga hospitalización, se ocupó junto con otro familiar, de comprar insumos médicos y materiales que se requerían para que se le continuara brindando atención médica. Cuando ocurrió el deceso de su hermano, se hizo cargo de los gastos funerarios, lo cual causó deterioro en su situación económica pues ella obtenía ingresos de la venta de artesanías que elaboraba la víctima directa 6. Presenta afectación emocional pues continuamente recuerda los hechos y la pérdida de su familiar, pero no ha tenido acceso a ayuda profesional.

Caso 7. Expediente: CDHDF/II/121/GAM/17/P3975

Víctima directa: Víctima directa 7

Víctima indirecta: Víctima indirecta 9

122. La víctima directa 7, hombre adulto en la cuarta década de la vida, originario y residente de la Ciudad de México, se encontraba privado de libertad en el RPVN, de la SSP, dependiente en esa época de la SGDF y actualmente de la SSCCDMX.

123. Contaba la víctima directa 7 con antecedentes de inicio aproximadamente a finales de 2013 o inicios de 2014 de terapia de sustitución renal en la modalidad de diálisis peritoneal en el HGTL. El primer registro de atención corresponde a septiembre de 2015, por parte del HGTL, en donde se refiere que al paciente

se le ha retirado catéter Tenckhoff debido a cavidad no útil, al parecer por peritonitis severa, sin que tampoco se pueda establecer con certeza el tiempo que se mantuvo esta modalidad de tratamiento, pues los expedientes clínicos relacionados con el caso se encontraron incompletos y en desorden.

124. En la misma tesitura, también en septiembre de 2015 la víctima directa 7 cursó con síndrome urémico, por lo que fue necesario realizar hemodiálisis de urgencia, con catéter temporal y se mantuvo la indicación de realizar tres sesiones semanales a partir de entonces, encontrándose notas intermitentes de envío a hemodiálisis hasta octubre de 2016 en el HGTL, pues al haber presentado disfunción de catéter se envía a la víctima directa 7 al Hospital Juárez de México (en adelante HJM), para ser valorada para realización de fístula arteriovenosa; no obstante, hasta diciembre de 2016 se inició el protocolo de valoración para colocación de fístula y la colocación como tal se concretó hasta el 31 de julio de 2017, es decir, 22 meses después de iniciar hemodiálisis.

125. Así también, se documentaron datos de diálisis inadecuada y descontrol tensional en múltiples ocasiones, lo que empeoró el pronóstico e impidió el adecuado seguimiento de otras complicaciones, incrementando el riesgo cardiovascular. Aunque por momentos se logró estabilizar a la víctima directa 7, la mayor parte del tiempo se mantuvo este círculo vicioso con deterioro sistémico, el cual continuó a pesar de que el 31 de julio de 2017 se le colocó fístula arteriovenosa en el HJM, que en esa ocasión lo encontró con vasos fibrosos y posterior al procedimiento se mantuvo con edema importante de brazo, formación de hematoma y datos de probable absceso, a pesar de haber recibido tratamiento antibiótico profiláctico.

126. El 27 de septiembre se colocó a la víctima directa 7 un tercer catéter temporal para la realización del procedimiento y se señaló la posibilidad de que quedara fuera de tratamiento al agotarse los accesos vasculares y no ser candidato a recolocación de catéter Tenckhoff. El 16 de octubre de 2017 fue necesario que se le colocara catéter a nivel femoral, procedimiento que se realizó en el HJM.

127. Las notas médicas acerca de si se proporcionó a la víctima directa 7 alguna sesión de hemodiálisis son inespecíficas, siendo hasta el 31 de octubre que los registros indican que el paciente fue llevado por sus compañeros a la UMRPVO, por presentar dificultad respiratoria y deterioro importante y, aunque se gestionó su traslado a un hospital de segundo nivel la víctima directa no lo aceptó. Finalmente, al día siguiente, 1 de noviembre de 2017, fue llevado de nueva cuenta a la UMRPVO por sus compañeros en estado grave, con dificultad respiratoria, por lo que encontrándose en espera de ser referido al HGTL presenta pérdida del estado de alerta, sin signos vitales, por lo que se realizan maniobras de reanimación cardiaca, RCP, entre otras y tras 15 minutos se declara fallecido a las 08:50 horas, estableciendo en la ampliación de necropsia que la víctima directa 7 falleció por congestión visceral generalizada que se debió a edema cerebral.

128. Según consta en el Dictamen de presuntas violaciones al derecho a la salud, elaborado por personal médico adscrito a la DSMP de la CDHCM, la atención médica proporcionada a la víctima directa 7 se observaron deficiencias en la integración del expediente clínico en a UMRPVN; además, se identificaron elementos de mala práctica médica, específicamente retraso o dilación en la instalación del acceso vascular permanente para la realización de hemodiálisis. Este retraso incrementó factores de riesgo para que el acceso vascular fallara una vez instalado y favoreció que se presentaran de manera anticipada complicaciones esperadas y no se agotó la obligación de medios terapéuticos disponibles para el nivel de atención, por lo que existe nexo causal entre el retraso en el tratamiento oportuno y el deterioro y fallecimiento de la víctima directa 7, omisión que se atribuye al HGTL.

Afectaciones psicoemocionales a la víctima indirecta 9

129. La mujer víctima indirecta 9, sufre afectaciones emocionales ante la muerte de su hijo víctima directa 7, las cuales se han mantenido en el tiempo. Durante la enfermedad de su hijo, la víctima indirecta 9 se mantuvo pendiente de su evolución y de los requerimientos de insumos médicos, los cuales aportó en la medida de sus posibilidades. Con el apoyo de familiares enfrentó los gastos

funerarios, sin embargo, su situación se deterioró porque en esas mismas fechas se quedó sin trabajo, permaneciendo así más de un año, pues emocionalmente se encontraba mal y no tenía fuerzas para nada. Actualmente cuenta con un empleo, pero continúa sufriendo porque considera que la muerte de su hijo fue injusta.

Caso 8. Expediente: CDHDF/III/121/IZTP/17/P7571

Víctima directa: Víctima directa 8

Víctimas indirectas: Víctima indirecta 10 y Víctima indirecta 11

130. La víctima directa 8, hombre adulto en la sexta década de la vida, originario y residente de la Ciudad de México, se encontraba privado de libertad en la Penitenciaría de la Ciudad de México (en adelante PCDMX) de la SSP, dependiente en esa época de la SGDF y actualmente de la SSCCDMX.
131. Se tiene como antecedente del caso -de acuerdo con el expediente clínico- que la víctima directa 8 inició su atención en la unidad médica de ese centro penitenciario (en adelante UMPCDMX) en el año 2004 por una lesión a nivel inguinal, aparente condiloma que le fue retirado, sin que se enviara al servicio de Patología ya que no obra dato al respecto en la correspondiente nota médica; en noviembre de 2005 solicitó atención médica refiriendo sintomatología de vías urinarias y se le brindó manejo antibiótico, sin brindar consulta de seguimiento; en 2006 la víctima solicitó consulta en dos ocasiones y desde entonces y hasta 2010 no existe registro de atención médica. En 2010 la víctima directa 8 acudió por dolor lumbar en la zona baja de la espalda y sintomatología sugerente de infección de vías respiratorias y/o rinitis, sin que exista evidencia en las notas médicas de que se le haya realizado interrogatorio ni exploración física adecuada, únicamente se le proporcionó manejo sintomático.
132. En 2012 la víctima directa 8 fue atendida por dolor lumbar pero no consta en las notas médicas que se haya realizado interrogatorio para descartar síntomas urinarios o investigar la semiología del dolor, ni exploración física dirigida a clasificar el tipo de dolor, o que se hubieran explicado datos de alarma al paciente, entre otros. En esa misma temporalidad se le estableció manejo

- antimicrobiano, el cual en su mayoría fue en dosis insuficientes y/o esquemas incompletos, sin que se hayan solicitado estudios para descartar la presencia de tuberculosis, afección común en personas privadas de libertad.
133. En los años siguientes continuaron las mismas deficiencias en la atención médica. En 2013 la víctima directa 8 continuó acudiendo a la UMPCDMX por lumbalgia, tos con expectoración, fiebre y odinofagia, situación que se mantuvo durante los años 2014 y 2015.
134. Es a partir del 23 de marzo de 2015 que, cuando acude a la UMPCDMX, por primera ocasión se refiere baja de peso de tres meses de evolución, aunado a sintomatología urinaria, lumbar y respiratoria, por lo que se solicitó realización de estudios de laboratorio que mostraron infección de vías respiratorias, descartando en ese momento presencia de diabetes mellitus, por lo que se le brindó manejo antimicrobiano, nuevamente en dosis insuficientes, por lo que el cuadro infeccioso no remitió.
135. Destaca que de 2015 a 2017 la víctima directa 8 recibió manejo con dieciséis antibióticos diferentes, en dosis insuficientes y esquemas incompletos, por lo que se aprecia un uso indiscriminado, irresponsable e injustificado de antibióticos, lo cual genera diversas complicaciones.
136. También, la víctima directa 8 acudió en diversas ocasiones a la UMPCDMX. El 21 de julio de 2016 refirió palpitations que se intensificaban al realizar actividad física, por lo que se solicitó valoración por el servicio de Cardiología. El 31 de enero de 2017 fue valorado en el HGTMT, por el servicio de Cardiología, con diagnóstico de bradicardia sinusal, sin manejo y con cita abierta a urgencias. En la mayoría de las consultas que tuvo la víctima directa 8, se solicitó la realización de radiografía de tórax, la cual nunca pudo ser realizada por falta de equipo o de insumos, lo cual refleja una deficiencia en el acceso a los servicios que no se corrigió durante aproximadamente un año, de acuerdo con las notas de contrarreferencia.
137. La víctima directa 8 también refirió a la UMPCDMX en octubre de 2016 la presencia de masa testicular y dolor, por lo que se le realizó ultrasonido que mostró datos sugestivos de orquiepididimitis y se le otorgó tratamiento, sin

embargo la sintomatología persistió y fue hasta el 2 de septiembre de 2017 que fue referido al servicio de Urología de la UMRPVS y, sin existir una valoración clínica objetiva se solicita nuevo ultrasonido para revalorar al paciente, quien para ese momento ya cursaba síndrome de desgaste, aunado a la sintomatología crónica: lumbalgia, odinofagia, fiebre, etcétera.

138. El 20 de octubre la víctima directa 8 fue valorada en la UMPCDMX por referir baja de peso acentuada desde cinco meses antes, de aproximadamente 30 kilos, así como poliuria y sed, evacuaciones diarreicas y dolor en testículo derecho, por lo que se solicita ultrasonido renal bilateral prioritario para descartar neoplasia renal derecha. El 24 de octubre de 2017 fue referido al servicio de Cardiología del HGTMT, anotándose en la contrarreferencia que no se contaba con servicio en el turno por lo que habría que reagendar.

139. El 14 de noviembre de 2017 fue valorado en la consulta externa de la UMPCM por presentar dolor abdominal tipo cólico y ardor abdominal al comer, de 15 días de evolución, evacuaciones líquidas en número de dos en 24 horas, fiebre de predominio nocturno, tos productiva con expectoración hialina. Pérdida de peso de más de 9 kg en dos meses, se nota adelgazado, se sospecha tumoración gástrica y por el tiempo de evolución se solicita baciloscopia, radiografía de tórax y abdomen y estudios de laboratorio. Se realizan referencias para Endoscopia y Medicina Interna.

140. El 15 de noviembre la víctima directa 8 acudió a cita de control al servicio de Cardiología del HGTMT, encontrándolo con palidez de tegumentos, mucosas ligeramente deshidratadas, con pérdida importante de peso. Se tomó electrocardiograma con bradicardia sinusal, sin otras alteraciones; no se toma RX por no funcionar equipo. Se solicita interconsulta a servicio de Medicina Interna por pérdida importante de peso.

141. La víctima directa 8 acudió el 22 de noviembre de 2017 a consulta externa de la UMPCDMX por referir dolor de garganta desde dos días antes, sensación de plenitud gástrica y pérdida de apetito, con impresión diagnóstica de faringitis, probable enfermedad ácido péptica, dispepsia y nefropatía en estudio.

142. El 24 de noviembre de 2017 la víctima directa 8 fue llevada por sus compañeros de dormitorio a la UMPCDMX por presentar debilidad y sudoración por la mañana, donde mencionó dolor abdominal del lado derecho, por lo que fue referido al servicio de Urgencias del HGRI. En ese lugar, a las 09:44 horas se indicó que la víctima directa 8 había iniciado con su padecimiento un mes antes aproximadamente, con pérdida ponderal de 30 kilos y en los últimos días evolucionada con malestar general, bradicardia, reporta dxt en su unidad de referencia de 45 mg, presenta dificultad para respirar. Se le encontraba polipneico, con apoyo de oxígeno suplementario por puntas nasales, caquéctico, con mucosa oral seca, campos pulmonares con rudeza respiratoria, ruidos cardiacos con bradicardia 42, abdomen en batea, peristalsis disminuida, extremidades hipotróficas, Dtx 245 mg. Cursa con probable diabetes de reciente diagnóstico, debutando con cetoacidosis diabética, se indica manejo, se solicitan paraclínicos y se le reporta muy grave.

143. A las 13:57 horas del 24 de noviembre de 2017 continuando en el HGRI y fue valorado nuevamente, en malas condiciones generales, a su ingreso con descontrol metabólico, con hiperglucemia, deshidratación grave por clínica, con diagnóstico de cetoacidosis diabética, anotándose paciente muy grave, potencialmente complicable. Siendo las 20:00 horas de la misma fecha, se encontraba despierto, quejumbroso, arrítmico, taquicárdico, con trabajo respiratorio, hipoventilado, mucosa oral seca, abdomen duro con dificultad para explorar megalias, hipotonía muscular, estableciendo diagnóstico de síndrome de desgaste, estudiar VIH/SIDA, estudiar neoplasia gástrica, infección de vías urinarias, insuficiencia renal aguda prerrenal, cetoacidosis diabética.

144. El 25 de noviembre de 2017, aproximadamente a las 09:50 horas, enfermería notifica que la víctima directa 8 no presentaba signos, por lo que fue valorado procediendo a manejo de la vía aérea, se da RCP por espacio de 20 minutos sin respuesta, por lo que se declaró fallecido por clínica, con los diagnósticos de Cetoacidosis diabética de 48 horas de evolución, Sepsis y Neumonía de 24 horas de evolución, Infección en vías urinarias de 7 días de evolución y diabetes mellitus de 30 días de evolución y se proporciona certificado de defunción.

145. De lo anterior se tiene que la atención médica proporcionada en el HGTMT fue deficiente ya que no contó con equipo de RX para realizar al paciente el estudio que requería. Asimismo, la atención médica brindada en la UMPCDMX a la víctima directa 8 fue inadecuada e inoportuna y su deterioro y posterior fallecimiento se relaciona de manera directa con las omisiones y deficiencias del personal de salud durante su atención, conclusión a la que se arriba en el dictamen de presuntas violaciones al derecho a la salud, elaborado por personal de la DSMP de la CDHCM.

Afectaciones psicoemocionales a las víctimas indirectas 10 y 11

146. Las víctimas indirectas 10 y 11, sufren afectaciones emocionales ante la muerte de la víctima directa 8.

147. La mujer víctima indirecta 10 conoció a su esposo cuando ambos se encontraban privados de libertad y contrajeron matrimonio. Cuando él enfermó formuló la queja ante este Organismo y trató por todos los medios a su alcance que recibiera atención médica, sin embargo, no fue posible y falleció, lo cual le generó sentimientos de impotencia. Superar la pérdida le ha sido difícil ya que considera injusto que no se haya otorgado a su familiar la atención médica que requería. Piensa que de haber recibido atención médica oportuna se habría evitado su muerte.

148. La mujer víctima indirecta 11, madre de la víctima directa 8, realizó esfuerzos para lograr que se le brindara atención médica, por lo que acudió a diversas instancias y realizó escritos para las autoridades, pero no pudo hacer más y su familiar falleció. Considera que su hijo víctima directa 8 era joven y de haber sido atendido oportunamente habría mejorado.

Caso 9. Expediente: CDHDF/II/121/MHGO/17/P8269

Víctima directa: Víctima directa 9

Víctima indirecta: Víctima indirecta 12

149. La víctima directa 9, hombre adulto en la quinta década de la vida, originario y residente de la Ciudad de México, se encontraba privado de libertad en el

RPVN de la SSP, dependiente en esa época de la SGDF y actualmente de la SSCCDMX.

150. El 22 de diciembre de 2015 acudió a la UMRPVN por presentar odinofagia, tos seca y fiebre no cuantificada, por lo que se estableció el diagnóstico de Faringoamigdalitis, infección en vías urinarias y micosis, otorgando tratamiento. El 8 de febrero de 2016 la víctima directa 9 se presenta otra vez por un cuadro similar, brindándosele nuevamente tratamiento a base de antibiótico.

151. Aunque en fechas posteriores la víctima directa 9 se presentó en la UMRPVN por otros padecimientos, fue hasta el 11 de agosto de 2017 que refirió nuevamente la presencia de odinofagia, malestar general, tos seca de 15 días de evolución y disuria a nivel cardiopulmonar sin compromiso, estableciéndose el diagnóstico de Faringoamigdalitis e infección de vías urinarias, prescribiendo amikacina y solicitando estudios de laboratorio con cita en un mes con resultados.

152. El 14 de noviembre de 2017, la víctima directa 9 acudió a la UMRPVN refiriendo la presencia de tos crónica de predominio nocturno, de tres semanas de evolución, con expectoración mucosa, incrementando en los últimos siete días, fiebre de predominio nocturno, dificultad para respirar al hacer pequeños esfuerzos y pérdida de peso en los últimos tres meses. A la exploración se le encontró con ruidos ventilatorios con marcada disminución media y basal, sin fenómenos agregados, con tiraje intercostal bajo, por lo que es referido al HGDRL.

153. A su ingreso a dicho nosocomio se describieron campos pulmonares limpios, con buena ventilación, considerando como diagnóstico descartar EPOC, por lo que se realizó placa de RX en la que se identificó patrón pulmonar de neumopatía intersticial difusa, con patrón de fibrosis pulmonar bilateral, por lo que se determinó su egreso del hospital con indicación de corroborar tos crónica por Neumología y realizar BAAR.

154. Diez días después de haber sido valorado en el HGDRL, el 25 de noviembre de 2017, la víctima directa 9 acudió a la UMRPVN refiriendo dificultad respiratoria de ocho días de evolución, con hipoventilación generalizada, sin

- agregados, principalmente a nivel basal izquierdo, motivo por el cual pasó a sala de observación con tratamiento con broncodilatador. Posteriormente se indica alta por mejoría, con tratamiento antibiótico y broncodilatador y se ordenó nuevamente la realización de BAAR para descartar tuberculosis pulmonar.
155. El 28 de noviembre de 2017, la víctima directa 9 acudió a la UMRPVN por referir nuevamente dificultad para respirar, fiebre no cuantificada, tos con expectoración verdosa de tres días de evolución, con saturación de oxígeno del 56%, a nivel pulmonar en hemitórax izquierdo con estertores bilaterales, sin sibilancias, vibraciones vocales aumentadas, movimientos de amplexión y amplexación aumentados y tiros intercostales, además de taquicardia, considerando los diagnósticos de dificultad respiratoria probablemente secundaria a Neumonía, por lo que es referida al HGDRL. Se identifica que apenas un día antes había iniciado tratamiento indicado desde el 25 de noviembre de 2017.
156. Durante la revisión de ingreso al HGDRL se le encuentra con movimientos respiratorios superficiales incrementados en frecuencia, ruidos respiratorios disminuidos de forma bilateral, con estertores gruesos crepitantes de predominio izquierdo, con riesgo alto de desarrollar Neumonía, con esputo purulento, empeorando la disnea, por lo que se decide manejo con antibiótico de manera empírica. Se observa en placa de RX patrón intersticial e imagen de consolidación pulmonar izquierda; presenta insuficiencia respiratoria tipo I, con altas probabilidades de requerir manejo avanzado de vías respiratorias.
157. Durante las primeras horas de estancia intrahospitalaria se consideran los diagnósticos de Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda moderada, lesión renal grado I, Neumonía adquirida en la comunidad, probable tuberculosis pulmonar, requiriendo manejo avanzado de vías aéreas con ventilación mecánica, con presencia a nivel pulmonar de estertores subcrepitantes infraescapulares del lado derecho y apicales izquierdos, con presencia de foco de infección a nivel pulmonar.
158. El 29 de noviembre de 2017 se decidió el ingreso de la víctima directa 9 al servicio de terapia intensiva recibéndolo con efectos de sedación a nivel de



cuello con cadenas ganglionares presentes, a nivel de tórax con presencia de estertores crepitantes bibasales de predominio derecho y disminución de los ruidos respiratorios, sibilancias en ambos hemitórax, observando en RX y TAC de tórax la presencia de lesiones cavernosas a nivel apical bilateral y atelectasias en pulmón derecho, considerando los diagnósticos de ingreso a ese servicio Neumonía asociada a cuidados de salud, Tuberculosis pulmonar, Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda leve, desnutrición severa, desequilibrio electrolítico y Choque séptico con punto de partida pulmonar.

159. Es hasta el 30 de noviembre de 2017 que se recibieron los resultados de BAAR positivos a Tuberculosis fue que se estableció este diagnóstico, por lo que hasta ese momento se inició el tratamiento antifímico a través de sonda y se indica la continuación de manejo antimicrobiano, con pronóstico incierto, con los diagnósticos de Tuberculosis pulmonar, choque séptico de partida pulmonar, hiperkalemia y acidosis metabólica.

160. El 4 de diciembre de 2017 se decidió tomar nueva muestra de baciloscopia, así como empezar a disminuir la sedación para iniciar el protocolo de retiro de ventilación.

161. El 6 de diciembre de 2017 se retiró la sedación, presentando apertura palpebral y movilidad de las extremidades, pasando a un nuevo modelo de ventilación; por la tarde la víctima directa 9 presentaba aumento de la mecánica respiratoria con presencia de estertores bibasales, además de taquipnea y taquicardia; durante la madrugada del 7 de diciembre, debido al aumento de la mecánica respiratoria y a la taquicardia, se volvió a manejar la ventilación mecánica.

162. A pesar del tratamiento, la víctima directa 9 continuó con mal pronóstico para la vida y la función; el 10 de diciembre de 2017 presentó abundantes secreciones purulentas, aumento de recuento leucocitario y aumento de parámetros de ventilación mecánica, considerándose muy grave al paciente, con pronóstico malo para la vida y la función a corto plazo. A las 03:40 horas del 11 de diciembre de 2017 presentó parada cardíaca, asistolia en el monitor, por lo que se le dieron maniobras de reanimación básicas y avanzadas por

aproximadamente 20 minutos, sin retorno de la circulación espontánea, declarando el fallecimiento de la víctima directa 9 aproximadamente a las 04:00 horas, con los diagnósticos de Sepsis de origen pulmonar, Tuberculosis pulmonar, Neumonía asociada a ventilación mecánica, Desequilibrio ácido base y Desnutrición proteico calórica.

163. Con base en el Dictamen sobre presuntas violaciones al derecho a la salud sobre el caso de víctima directa 9, elaborado por personal de la DSMP de la CDHCM, existió una deficiente atención médica de la víctima directa 9 en la UMRPVN por no considerar el cuadro y la probable etiología (Tuberculosis), por lo que su muerte fue consecuencia de dispraxis médica por parte del personal médico adscrito a dicha Unidad, por no considerar el diagnóstico de Tuberculosis en tiempo.

Afectaciones psicoemocionales a la víctima indirecta 12

164. La mujer víctima indirecta 12, sufre afectaciones emocionales ante la muerte de su hijo víctima directa 9. Mientras permaneció enfermo coadyuvó con algunos insumos que se le solicitaron y lo apoyó visitándolo y llevándole alimentos que consideraba podría fortalecer su estado de salud. Cuando se presentó el fallecimiento tuvo que hacer frente a los gastos funerarios, con el apoyo de algunos familiares.

165. Derivado de la pérdida de su hijo, además de los gastos generados, se vio afectada emocionalmente, sintió tristeza y pocos deseos de hacer las cosas, sin que haya recibido o buscado atención especializada.

Caso 10. Expediente: CDHUO/II/121/IZTP/18/P1232

Víctima directa: Víctima directa 10

Víctima indirecta: Víctima indirecta 13

166. La víctima directa 10, hombre adulto en la quinta década de la vida, originario y residente de la Ciudad de México, se encontraba privado de libertad en el RPVO de la SSP, dependiente entonces de la SGCDMX y actualmente de la SSCCDMX.

167. Tenía como antecedente la realización de laparotomía exploradora de abdomen en los años 2012 y 2015. El 6 de febrero de 2018 acudió a la UMRPVO por presentar dolor y distensión abdominal, náuseas y vómito, indicándosele tratamiento farmacológico. El 13 de febrero de 2018 acudió nuevamente a la UMRPVO por continuar con la misma sintomatología, a la que se agregó ausencia de evacuaciones; posteriormente, el 15 de febrero de 2018 se presentó nuevamente refiriendo la misma sintomatología, a la que se sumó eructos continuos, flatulencias y mareos, siendo hasta 10 días después de haber iniciado con los síntomas, que la víctima directa ingresó al área de observación de esa instancia médica como paciente, donde permaneció dos días y hasta el 17 de febrero de 2018 fue referido al HGRI, con el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal.

168. A su ingreso al servicio de Urgencias se estableció como probable diagnóstico oclusión intestinal, por lo que se le realizaron estudios de laboratorio y gabinete para corroborar diagnóstico y el 21 de febrero de 2018 se llevó a cabo intervención quirúrgica, donde se hallaron múltiples adherencias en la cavidad abdominal y estenosis de intestino delgado que requirió resección intestinal de 12 centímetros, por lo que la víctima presentó respuesta adecuada al tratamiento quirúrgico reportando dolor leve a moderado a nivel de sitio quirúrgico, con estabilidad hemodinámica y canalización de gases.

169. El 25 de febrero de 2018 a las 11:00 se anotó que la víctima directa 10 presentaba salida de aproximadamente 520 cc de material intestinal en 24 horas; 6 horas más tarde se detectó mediante radiografías la presencia de aire subdiafragmático, dilatación de asas intestinales y 300 cc de gasto en 24 horas en sonda nasogástrica. Para el 26 de febrero de 2018, a las 09:00, presentó fiebre, por lo que se estableció el diagnóstico de abdomen agudo probablemente secundario a dehiscencia de anastomosis, por lo que programó reintervención quirúrgica "en cuanto se disponga de tiempo quirúrgico", procedimiento que se llevó a cabo hasta las 21:00 horas, con hallazgo aproximado de 1500 cc de líquido intestinal en cavidad abdominal, oclusión intestinal secundaria a torsión de raíz de mesenterio, múltiples parches

isquémicos, a lo largo del intestino delgado, perforación y necrosis del sitio de anastomosis.

170. En la nota médica de las 22:30 horas del 26 de febrero de 2018 se indicó que se había proyectado laparotomía exploradora más probable ileostomía con diagnóstico de choque séptico más acidosis metabólica secundaria a perforación intestinal en zona de anastomosis. En tanto que la cirugía realizada fue laparotomía exploradora más lavado de cavidad, realización de ileostomía y colocación de bolsa de Bogotá, además de colocación de catéter venoso central, la víctima directa 10 fue reportada en estado grave con acidosis metabólica y choque séptico, por lo que se decidió su envío a la unidad de cuidados intensivos y el paciente presenta paro cardiorrespiratorio, iniciándose maniobras de reanimación sin lograr revertir el paro, estableciendo como hora de defunción las 23:10 del 26 de febrero de 2018.
171. Es de señalar que la atención médica brindada a la víctima directa 10 en la UMRPVO fue deficiente al no haber un seguimiento médico adecuado del dolor abdominal que presentó, tardando al menos 10 días en identificar datos clínicos de oclusión intestinal, lo que condicionó retraso en su traslado a una unidad de segundo nivel de atención, omitiendo así garantizar una atención médica oportuna y de calidad.
172. De igual manera, la atención médica brindada en el HGRI a la víctima directa 10 para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento fue deficiente, ya que tardó 48 horas en realizar un procedimiento quirúrgico en un paciente con abdomen agudo secundario a torsión de raíz de mesenterio, necrosis, perforación intestinal y sepsis abdominal, por lo que existe un nexo causal entre este retraso y su muerte.
173. Aunado a lo anterior, se observaron deficiencias en la integración del expediente clínico en la UMRPVO y en el HGRI, según se concluye en el dictamen sobre el caso de la víctima directa 10, elaborado por personal adscrito a la DSMP de la CDHCM.

Afectaciones psicoemocionales a la mujer víctima indirecta 13

174. La mujer víctima indirecta 13, sufre afectaciones emocionales ante la muerte de su hijo víctima directa 10.

175. Durante el periodo que estuvo enfermo su familiar, permaneció atenta a su situación, visitándolo de manera constante cada fin de semana, proveyéndole insumos para su alimentación. En el transcurso de su enfermedad se mantuvo pendiente, tanto en la UMRPV como en el hospital. Cuando su familiar falleció no contaba con recursos para el servicio funerario, por lo que tuvo que pedir prestado para sufragar el gasto. Desde el fallecimiento de su familiar siente afectada su salud emocional, sin que haya tenido algún tipo de apoyo.

Caso 11. Expediente: CDHDF/II/121/GAM/18/P4229

Víctima directa: Víctima directa 11

Víctimas indirectas: Víctima indirecta 14, Víctima indirecta 15 y Víctima indirecta 16

176. La víctima directa 11, hombre adulto en la cuarta década de la vida, originario y residente de la Ciudad de México, se encontraba privado de libertad en el RPVS de la SSP, dependiente de la SGCDMX y actualmente de la SSCCDMX.

177. El 25 de abril de 2018, alrededor de las 21:25 fue encontrado tirado en un pasillo, por lo que fue trasladado por la brigada del RPVS a la UMRPVS. Siendo las 22:40 horas se decidió su traslado al HGDRL de la DGSMU de la SEDESA), con diagnóstico de Deterioro Neurológico vs. Intoxicación a sustancias psicoactivas, de acuerdo con la hoja de referencia y contrarreferencia; no obstante, fue hasta las 00:00 horas que el traslado se materializó, según se desprende de la nota de defunción suscrita por personal de la UMRPVS.

178. Cuando la ambulancia que trasladaba a la víctima directa 11 llegó al HGDRL el servicio de Urgencias se encontraba saturado, situación que fue informada al personal de seguridad y custodia del RPVS encargado del traslado de la víctima, indicándole el personal del hospital que tendría que ser canalizado a otra unidad, por lo que emprendieron el regreso al RPVS, a donde ingresaron siendo las 01:35 horas, de acuerdo con el informe elaborado por el personal que participó en el mencionado traslado.

179. La víctima directa 11 fue llevada a la UMRPVS, encontrándolo a la inspección con espuma en la cavidad nasal y bucal y a la exploración física sin signos vitales, desconociéndose en ese momento la causa de su deceso, de acuerdo con lo asentado en la nota de defunción y fue posteriormente cuando se estableció que falleció de congestión visceral generalizada consecutivo a hemorragia cerebral no traumática, debido a un aneurisma intracraneal roto, en un sujeto con hipertrofia de fibras miocárdicas y edema pulmonar, conclusión establecida en el protocolo de necropsia y su ampliación, elaborada por el INCIFO.
180. De acuerdo con el dictamen elaborado por la DSMP de la CDHCM, en el caso de la víctima directa 11 la atención que se le proporcionó en la UMRPVS no fue adecuada por no establecer un diagnóstico presuntivo y no gestionar de manera idónea la referencia a un hospital con mayor nivel resolutivo, pues al sospechar deterioro neurológico el paciente debió ser canalizado a una institución que contara con los servicios de Neurocirugía o Neurología, servicios que no proporcionaba el Hospital General Dr. Rubén Leñero a donde fue referido; en tanto que si se sospechó de una intoxicación por sustancias lo adecuado sería su envío a un Centro Toxicológico, de manera que la valoración clínica del personal de la UMRPVS también fue deficiente.
181. En cuanto al HGDRL, aunque recibió a la víctima directa 11, no le brindó ningún tipo de atención médica, limitándose a informar al personal que lo trasladó que el servicio de Urgencias estaba saturado, faltando a lo establecido en las normas y protocolos y faltando a la *Lex Artis Médica Ad Hoc*.
182. El fallecimiento de la víctima directa 11 tuvo como causa hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurisma, teniendo como factor determinante las deficiencias en la atención médica, según se establece en el dictamen de presuntas violaciones al derecho a la salud sobre el caso, realizado por la DSMP de la CDHCM.

Afectaciones psicoemocionales a las víctimas indirectas 14, 15 y 16

183. Las víctimas indirectas 14, 15 y 16, sufren afectaciones emocionales ante la muerte de la víctima directa 11.

184. La mujer víctima indirecta 14, madre de la víctima directa 11, es una persona que vive con enfermedades crónico degenerativas. Cuando ocurrió el fallecimiento de su hijo no contaba con recursos para los gastos funerarios y tuvo que pedir un préstamo, además de que contó con el apoyo de sus vecinos ante su insolvencia económica.
185. Desde entonces se hizo cargo de su nieta adolescente víctima indirecta 15 y de su nieto también adolescente víctima indirecta 16, quienes tuvieron que reorganizar su vida ante la ausencia definitiva de su padre, quien proveía los recursos económicos para su manutención con su trabajo como artesano. Por la falta de recursos económicos la víctima indirecta 16 tuvo que ingresar a trabajar, en tanto que la mujer víctima indirecta 15 no ha podido retomar sus estudios.

Caso 12. Expediente: CDHDF/II/121/GAM/18/P6006

Víctima directa: Víctima directa 12

186. La víctima directa 12, hombre adulto en la quinta década de la vida, originario y residente de la Ciudad de México, privado de libertad en el RPVN de la SSP, dependiente en esa época de la SGDF y actualmente de la SSCCDMX.
187. Tenía antecedentes de vivir con Diabetes mellitus tipo 2 en control, Hipertensión arterial sistémica en control y pie diabético derecho (herida en pie derecho entre 4-5 dedos, con exposición tendinosa). En noviembre de 2016 fue tratado con lavados quirúrgicos, presentando evolución favorable y cicatrización por personal adscrito de la UMRPVN.
188. El 20 de octubre de 2017 acudió a la UMRPVN por presentar sensibilidad disminuida en primer orotejo izquierdo y lesiones superficiales con secreción serosa en base de primer articulación metatarso falángica y en borde de talón izquierdo, indicando como tratamiento captopril, metformina, complejo B, Pentoxifilina, ácido acetilsalicílico, gabapentina, dicloxacilina, estudios de laboratorio, estableciendo cita en un mes, la cual no se llevó a cabo.
189. Fue hasta el 29 de mayo de 2018 que la víctima directa 12 acudió a la UMRPVN por presentar úlcera en región plantar izquierda de 1.3 x 1 cm

- aproximadamente en base de articulación metatarsofalángica de 2º y 3er
ortejos, por lo que se le envió a clínica de heridas del Hospital General Dr.
Rubén Leñero para valoración y manejo con cita en un mes. El 29 de junio de
2018 acudió nuevamente a la UMRPVN y se indicó que ya estaba siendo
manejado en la clínica de heridas por lo que no se determinó dar algún
tratamiento o atención.
190. El 11 de julio de 2018, la víctima directa 12 es recibida en el área de
Urgencias de la UMRPVN, refiriendo la nota médica que presentaba úlcera en
pie izquierdo de tres meses de evolución, manejado en clínica de heridas del
HGDRL, encontrándose con dolor intenso en pie izquierdo, con secreción fétida
y aumento de volumen, con edema hasta tobillo, con eritema e hipertemia local,
con dolor intenso a la palpación, pulsos presentes, con úlcera a nivel de 2º y 3er
metatarsiano, con secreción seropurulenta, moderada, fétida, estableciendo
impresión diagnóstica de pie diabético izquierdo, diabetes mellitus e
hipertensión arterial sistémica, por lo que se indica hospitalización para
impregnación y se solicita cultivo de la secreción.
191. La víctima directa 12 se observó el 13 de julio de 2018 con edema en dorso
de pie izquierdo, hiperémico, con godete positivo, hipertérmico con crepitación,
úlcera en 4º y 5º ortejo, con salida de secreción muy fétida, pulsos periféricos
muy débiles, por lo que en esa misma fecha fue nuevamente referido al HGDRL.
192. A su ingreso a la institución médica de segundo nivel, se observó a la víctima
directa 12 con lesión en planta de pie izquierdo con lesión de 4º ortejo de pie
izquierdo con secreción fétida, por lo que se indicó metronidazol, ceftriaxona,
Doppler de miembro pélvico izquierdo, interconsulta a traumatología y
Ortopedia y Medicina Interna. El 14 de julio se solicita nuevamente Doppler de
miembro pélvico izquierdo, es espera de valoración por ortopedia.
193. El 15 de julio de 2018, la víctima directa 12 continuó en hospitalización y fue
valorada por el servicio de Ortopedia del HGDRL, asentándose que aún no se
contaba con radiografía de pierna y pie izquierdos, Doppler ni tiempos de
coagulación para completar protocolo. El 17 de julio de 2018 fue revalorado por
el mismo servicio y donde se describió contar con radiografía con presencia de



gas a nivel de 4º u 5º metatarsiano izquierdo y se solicitó valoración por anestesiología para solicitar tiempo quirúrgico.

194. El 19 de julio de 2018 fue practicada a la víctima directa 12 amputación transtibial de extremidad pélvica izquierda, permaneciendo hospitalizado hasta el 25 de julio de 2018 cuando se ordenó su alta, con indicación de cubrir con vendaje elástico y tratamiento con cefalexina, dabigatrán, pregabalina y paracetamol. A su ingreso a la UMRPVN se encontró con muñón de miembro pélvico izquierdo limpio y bien afrontado, sin hiperemia ni hipertemia, evolucionando satisfactoriamente por lo que el 18 de agosto de 2018 se ordenó su alta.

195. De las conclusiones de la opinión médica sobre el caso de la víctima directa 12, emitida por personal adscrito a la DSMP de la CDHCM, durante la atención médica otorgada a la víctima directa 12 en la UMRPVN se observaron deficiencias, toda vez que no fue referido a los servicios de Medicina Interna ni Angiología, como lo establece la literatura y normatividad médica, además de que no hubo un adecuado seguimiento y, los procedimientos de referencia y contrarreferencia no se ajustaron a la normatividad correspondiente, dado que no se encontraron integradas al expediente clínico las notas de contrarreferencia. En el mismo sentido, en algunas ocasiones las valoraciones médicas se realizaron sin contar con el expediente clínico, lo que tuvo como consecuencia que no se consideraran los antecedentes ni la evolución ni el manejo previo de la víctima directa 12.

196. Asimismo, la atención brindada a la víctima directa 12 en el HGDRL se observó deficiente porque no se apegó a la Guía de Práctica Clínica para el Manejo Integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención, toda vez que, mientras estuvo hospitalizado, a partir del 13 de julio de 2018, en ningún momento fue valorado por Medicina Interna, como estaba indicado y tampoco le fue realizado el ultrasonido Doppler de extremidades inferiores, no se realizó cultivo de herida y existió retraso en la toma de Rayos X de la extremidad, de tal suerte que fue intervenido seis días después de su ingreso, por presentar gas en la lesión desde su ingreso, lo que constituía una urgencia.

De manera adicional, también se observaron deficiencias en la integración del expediente clínico, dado que no se encontraron notas médicas, notas de evolución ni evidencia de que se hubieran realizado los estudios clínicos, de laboratorio y gabinete para establecer las características de la úlcera.

197. Derivado de la amputación transtibial izquierda que sufrió la víctima directa 12, presentó dificultad para conciliar el sueño, se sintió enojado y renuente a ir a su dormitorio para evitar las burlas de sus compañeros, lo que ameritó que recibiera atención por Psicología y Psiquiatría por cursar episodio depresivo.

Caso 13. Expediente: CDHDF/II/121/XOCH/18/P6694

Víctima directa: Víctima directa 13

Víctimas indirectas: Víctima indirecta 17 y Víctima indirecta 18

198. La víctima directa 13, hombre adulto en la sexta década de la vida, originario y residente de la Ciudad de México, se encontraba privado de libertad en el RPVS de la SSP, dependiente de la SGCDMX y actualmente de la SSCCDMX.

199. El 9 de agosto de 2018, la víctima directa 13 acudió al área de consulta externa de la UMRPVS por presentar dolor muscular, debilidad muscular y fatiga, así como lumbalgia, de tres semanas de evolución. A la exploración física se encontró con elevación de la presión arterial y fiebre, datos de infección de la faringe y dolor al percutir sobre la espalda baja del lado izquierdo del paciente, con diagnóstico de probable infección de vías urinarias y faringitis y se le otorgó tratamiento a base de antibiótico, antiséptico urinario y analgésico antipirético, además de control de temperatura por medios físicos.

200. El 10 de agosto nuevamente acudió a la Unidad y refirió dolor al tragar y tos productiva, además la víctima directa 13 mencionó que no estaba tomando fenazopiridina por inexistencia, por lo cual el médico tratante cambió el tratamiento a ambroxol (mucolítico) y dicloxacilina (antibiótico). En la primera nota de atención con la que cuenta esta Comisión se observó que se incluyó el registro de los signos vitales y la exploración física, no obstante, en la segunda

nota esto fue omitido, aun cuando esta información era necesaria para tener una adecuada valoración de la evolución del paciente.

201. Tres días después, el 13 de agosto de 2018, la víctima directa 13 acudió nuevamente a la UMRPVS, por presentar dificultad respiratoria, intolerancia a la vía oral y pérdida de peso, por lo que se realizó referencia al servicio de Urgencias del HGTL, a efecto de descartar proceso infeccioso pulmonar. A su ingreso a dicha unidad hospitalaria se le encontró delgado, pálido, parcialmente hidratado, con datos de dificultad respiratoria, taquicárdico, campos pulmonares murmullo vesicular disminuido a nivel de hemitórax izquierdo, con impresión diagnóstica de dificultad respiratoria a descartar proceso infeccioso pulmonar, con la anotación del personal del HGTL de no contar con rayos X, otorgándosele tratamiento.
202. El 14 de agosto de 2018 fue contrarreferido a la UMRPVS, estableciendo como diagnóstico de egreso infección en vías respiratorias altas, faringoamigdalitis, infección de vías urinarias en tratamiento, sin que exista evidencia de que la víctima directa 13 haya recibido valoración médica en dicha unidad posterior a su egreso del HGTL, lo que demostró omisión en su cuidado, principalmente para verificar el estado de salud en el que se encontraba en ese momento, contrariando lo establecido en el Manual de Referencia y Contrarreferencia de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
203. El 16 de agosto de 2018, la víctima directa 13 acudió de nueva cuenta a la UMRPVS por presentar dificultad respiratoria de pequeños esfuerzos de una semana de evolución que se exacerbó dos días previos, donde se le observó facie con cianosis peribucal y palidez de tegumentos, faringe hiperémica, precordio rítmico, taquicárdico, campos pulmonares con sibilancias y estertores bilaterales, saturación de O₂ 58%, por lo que se realizó su referencia al HECMDBD, para valoración y manejo y así poder descartar bronconeumonía. En dicho hospital fue valorado médicamente y se le inició tratamiento con base en antibiótico y broncodilatador, además de apoyo con oxígeno y se realizó referencia al HGTMT por falta de espacio físico. En consecuencia, la víctima directa 13 fue regresada al RPVS y no existe evidencia documental de que se

haya realizado valoración médica en la UMRPVS, posterior a su egreso del HECMDBD, constituyendo esto nuevamente una omisión de cuidado hacia el paciente, principalmente por la gravedad en que se encontraba en ese momento.

204. La víctima directa 13 fue valorada el 17 de agosto de 2018 en la UMRPVS, ocasión en que se le encontró pálida, diaforética, taquicárdica con datos sugerentes de dificultad respiratoria severa; refirió enfermedad diarreica crónica atendida en múltiples ocasiones con tratamiento farmacológico sin encontrar mejoría. Refirió vómitos en numerosas ocasiones, de características verde acuoso y de muy mal olor, por lo que se realiza referencia al HGDRL, al que ingresó alrededor de las 18:57 de la misma fecha, encontrándolo con proceso infeccioso pulmonar y con evacuaciones disminuidas de consistencia, pero sin criterios de choque en ese momento, únicamente con dificultad respiratoria leve, indicándose estudio radiográfico para corroborar proceso infeccioso pulmonar y valoración de ingreso a observación.

205. Encontrándose en el área de estudios radiográficos, la víctima directa 13 inició de manera súbita con dolor torácico y palidez, con posterior pérdida súbita del estado de alerta, por lo que ingresó de inmediato al área de reanimación, donde se le detectó sin presencia de pulso ni frecuencia cardíaca, iniciándose manejo con reanimación avanzada, sin que se haya logrado el restablecimiento de la circulación espontánea, por lo que se declaró como hora de fallecimiento las 19:30 horas, teniendo como diagnóstico infarto agudo al miocardio de 15 minutos de evolución y choque cardiogénico de 10 minutos de evolución, señalando que se daría aviso al Ministerio Público, lo cual de acuerdo con la evidencia con la que cuenta esta Comisión no se llevó a cabo, por lo que tampoco se realizó protocolo de necropsia, según se desprende del informe del INCIFO.

206. De acuerdo con el dictamen sobre presuntas violaciones del derecho a la salud de la víctima directa 13, emitido por personal médico adscrito a la DSMP de la CDHCM, en cada contrarreferencia personal de la UMRPVS debió revalorar médicamente a la víctima directa 13, como parte del manejo integral

de la atención médica, principalmente por haber acudido a un servicio de Urgencias, configurándose una omisión de cuidado. Por otra parte, al requerir la referencia de una unidad hospitalaria a otra unidad hospitalaria con mayor capacidad resolutive (en este caso espacio físico) el HECMDBD debió haber girado oficio de solicitud y viceversa. Al omitir este procedimiento señalado en el Manual de Referencia y Contrarreferencia de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México se provocó retraso en la atención médica de la víctima directa 13, incrementando el riesgo de muerte.

207. Siguiendo el dictamen mencionado, se observaron deficiencias e inconsistencias en la nota médica de las 00:00 del 14 de agosto de 2018, elaborada en el HGTL, la cual integra información contradictoria. Además, de dicha nota se desprenden datos que reflejan el estado de gravedad en el que se encontraba el paciente desde el punto de vista médico y que realmente no tenía las condiciones clínicas para ser egresado y trasladado a la UMRPVS y fue hasta el 16 de agosto de 2018, 67 horas después, que la víctima directa 13 fue referida al HECMDBD, siendo las 19:00 horas.

208. No obstante el estado general que presentaba la víctima directa 13, a su ingreso a las 00:38 horas del 17 de agosto, el HECMDBD la valoró y diagnosticó Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica exacerbada y Neumonía Adquirida en la Comunidad, estableció manejo inicial, realizando referencia al HGTMT, por falta de espacio físico, sin que se realizara el traslado interhospitalario, regresando el paciente al RPVS.

209. Luego, aproximadamente 13 horas después, siendo las 13:29 horas se realizó referencia al HGDRL, al cual arribó el paciente a las 18:57, esto sin que exista evidencia documental de que se hayan realizado los trámites previstos en el Manual de Referencia y Contrarreferencia, lo que condicionó retraso en la atención médica de la víctima directa 13, además de que no existe constancia de que el tratamiento indicado se haya llevado a cabo.

210. A pesar de tratarse de un caso médico legal, no existe registro del ingreso al INCIFO del cuerpo de la víctima directa 13 para llevar a cabo el protocolo de

necropsia, lo cual dio como consecuencia que no sea posible establecer con certeza la causa de la muerte.

Afectaciones psicoemocionales a las víctimas indirectas 17 y 18

211. Las víctimas indirectas 17 y 18, sufren afectaciones emocionales ante la muerte de la víctima directa 13.
212. La mujer víctima indirecta 17 se vio afectada por el fallecimiento de su hijo debido a que no recibió información u orientación sobre lo ocurrido y desconocía qué hacer o a quién acudir. No contaba con recursos económicos, ya que la víctima directa 13 era quien la apoyaba económicamente con el trabajo que realizaba como artesano y cargando bolsas en el centro de reclusión los días de visita.
213. Derivado del estado emocional en el que se encontró, durante varios meses consumió bebidas alcohólicas, hasta que buscó ayuda acudiendo a un Centro de Integración Juvenil donde recibió apoyo psicológico y psiquiátrico y actualmente se encuentra mejor, pero sin lograr resignarse ya que tenía la expectativa de que su hijo estaba próximo a obtener su libertad y habían hecho planes para su vida futura, los cuales ya no se concretaron.
214. La víctima indirecta 18 se vio afectada emocionalmente ya que la víctima directa era su hermano y se encontraba próximo a obtener su libertad. Le correspondió hacer frente a los gastos funerarios para realizar el sepelio de acuerdo con sus costumbres. Asimismo, ha estado presente como apoyo de la mujer víctima indirecta 17.

Caso 14. Expediente: CDHCM/II/122/XOCH/20/P6665

Víctima directa: Víctima directa 14

Víctima indirecta: Víctima indirecta 19

215. La víctima directa 14, persona adulta mayor en la séptima década de la vida, residente de la Ciudad de México, se encontraba privado de libertad en el RPVS de la SSP, dependiente en esa época de la SGCDMX y actualmente de la SSCCDMX.

216. Con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión inició su atención médica en la UMRPVS el 20 de febrero de 2019, con control mensual para los padecimientos crónicos que presentaba, continuando en los meses subsecuentes hasta el 14 de noviembre de 2019, fecha en la que refirió odinofagia, tos con expectoración verdosa y malestar general de una semana de evolución, estableciendo impresión diagnóstica de diabetes mellitus controlada, hipertensión arterial, insuficiencia venosa periférica, gonalgia izquierda, rinofaringitis y tiña pedís.
217. Posteriormente, el 9 de diciembre de 2019 acudió a la cita mensual de control, en la que refirió odinofagia, tos con expectoración verdosa y malestar general de una semana de evolución, estableciéndose impresión diagnóstica de diabetes mellitus controlada, hipertensión arterial, insuficiencia venosa periférica, gonalgia izquierda, rinofaringitis y tiña pedís.
218. El 16 de diciembre de 2019 acude a la UMRPVS por referir estreñimiento agudizado de tres días de evolución, tipo cólico intermitente que ocasiona dolor intenso con aumento importante de rigidez abdominal, peristalsis aumentada, por lo que se decide su referencia al Hospital General Ajusco Medio (en adelante HGAM) para valoración integral y descartar oclusión intestinal. Siendo las 23:09 horas, la víctima directa 14 fue valorada, ocasión en la que refirió dolor abdominal de tres días de evolución, tipo cólico intermitente, teniendo como antecedente estreñimiento crónico, por lo que se realiza RX de abdomen en donde solo se observa materia fecal en colon descendente, no dilatación de asas o niveles hidroaéreos, por lo que se decide alta del servicio con indicación de Psyllium plantago cada 12 horas.
219. La víctima directa 14 acudió el 2 de enero de 2020 nuevamente a cita de control mensual en la UMRPVS, en la que refirió odinofagia, tos con expectoración verdosa de una semana de evolución, estableciendo impresión diagnóstica de diabetes mellitus controlada, hipertensión arterial, insuficiencia venosa periférica, gonalgia izquierda, rinofaringitis y tiña pedís y plan de tratamiento con itraconazol cápsulas 100 mg vía oral cada 24 horas por 30 días. De igual manera, el 3 de marzo de 2020 acude a control mensual y refiere



pirosis, caída de su plano de sustentación en la misma fecha, ocasionándole excoriación en región plantar de pie derecho, con impresión diagnóstica de diabetes mellitus controlada, hipertensión arterial, insuficiencia venosa periférica, gonalgia izquierda, rinofaringitis y tiña pedis indicando tratamiento con itraconazol cápsulas 100 mg vía oral cada 24 horas por 30 días y el 14 de abril de 2020 acude también con igual resultado y mismo plan.

220. El 2 de mayo acudió nuevamente a consulta la víctima directa 14 refiriendo dolor en abdomen desde una hora previa a la consulta, posterior a la ingesta de alimento, por lo que después de la valoración, se diagnostica síndrome de colon irritable indicando plan de tratamiento con base en metoclopramida y naproxeno.

221. Posteriormente, el 27 de junio de 2020 acudió a consulta por presentar desde 15 días previos dolor en abdomen con distensión abdominal y sensación de masa en epigastrio, así como estreñimiento ocasional, por lo que es valorado integrando impresión diagnóstica de masa en epigastrio de comportamiento incierto, por lo que indica manejo con clonixinato de lisina y solicita ultrasonido abdominal.

222. En la cita de control mensual de 1 de julio de 2020 refirió dolor tipo cólico de leve intensidad, por lo que fue valorado y se tomó placa simple de abdomen, donde se apreció abundante materia fecal en su porción distal, estableciendo impresión diagnóstica de diabetes mellitus controlada, hipertensión arterial, insuficiencia venosa periférica, gonalgia izquierda, rinofaringitis, tiña pedis, indicando plan con itraconazol cápsula 100 mg vía oral cada 24 horas por 30 días.

223. El 14 de julio de 2020, la víctima directa 14 acudió al servicio de consulta externa de la UMRPVS y refirió dolor de intensidad leve a moderada a nivel de abdomen que incrementaba al sentarse y con la deambulación, así como distensión abdominal desde tres meses antes, encontrando a la exploración abdomen con dolor a la palpación superficial en epigastrio que se irradia a hipocondrio derecho, blando, depresible, con peristalsis presente, sin palpar hepatoesplenomegalia, sin datos de irritación peritoneal, estableciendo

impresión diagnóstica de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, metástasis hepáticas vs hepatocarcinoma de focos múltiples, ingresando a hospitalización.

224. El 12 de agosto de 2020, la víctima directa 14 durante su consulta de control mensual de nueva cuenta, refirió tener dolor tipo cólico de leve a moderada intensidad, sensación de plenitud, aerofagia y meteorismo sin otra sintomatología; a la exploración abdomen blando depresible, con dolor a la palpación media y profunda en marco cólico, por lo que el personal médico asentó que se palpaba tumoración de consistencia blanda, normoperistalsis, con descamación en espacios interdigitales de ambos pies, posterior a valoración se establece como impresión diagnóstica diabetes mellitus controlada, hipertensión arterial, insuficiencia venosa periférica, gonalgia izquierda, enfermedad ácido péptica, gastropatía de origen a determinar, tiña pedís, indicándose plan con itraconazol cápsula 100 mg vía oral cada 24 horas por 30 días, se solicita ultrasonido de abdomen con cita en 30 días o antes en caso necesario.

225. Se realizó el 11 de septiembre de 2020 ultrasonido abdominal en el HGTMT, de cuyos hallazgos se desprendió impresión diagnóstica de metástasis hepática vs hepatocarcinoma de focos múltiples. El 14 de septiembre de 2020, la víctima directa 14 ingresó al área de hospitalización de la UMRPVS, con impresión diagnóstica de metástasis hepáticas vs hepatocarcinoma de focos múltiples.

226. Es hasta el 17 de septiembre de 2020 que la víctima directa 14 fue referida por primera vez al servicio de Oncología del HJM, encontrándolo a la exploración con tegumentos ictéricos y pálidos, abdomen globoso a expensas de tumoración sólida dolorosa en hipocondrio derecho de aproximadamente 15 cm de diámetro y otro aumento de volumen en mesogastrio de 10 cm de diámetro aparentemente fijo a planos profundos, mate a la percusión, se ausculta peristalsis en las fosas iliacas, sobre tumoración únicamente latido transmitido, ingresando a piso.

227. El 18 de septiembre de 2020 se realizó la interconsulta al servicio de Nefrología del HJM que indicó que la víctima directa 14 se encontraba

actualmente con enfermedad renal crónica agudizada y emitió recomendaciones; además, de volver a ser enviada a interconsulta con el servicio de Endoscopia a quien solicitan ultrasonido de vía biliar extrahepática, así como GGT y fosfatasa alcalina y, posteriormente solicitar nueva interconsulta con resultados de estudios solicitados. En su primer día de hospitalización en el servicio de Oncología se reportó a la víctima directa 14 hemodinámicamente estable y se estableció ruta de atención.

228. La víctima directa 14 continuó hospitalizada en el HJM, siendo valorado por los servicios de Oncología y Cuidados Paliativos, indicándose el 23 de septiembre de 2020 que había presentado deterioro en su estado general, así como probable choque séptico secundario a estasis biliar provocada por tumor, continúa con antibióticos y medidas de reanimación. señalándole como "Paciente grave con mal pronóstico a corto plazo". A las 05:00 horas del 24 de septiembre de 2020 la víctima directa 14 presentó persistencia de hipotensión a pesar de que se le realizaron medidas de reanimación, por los que se presentaba al momento somnoliento e hipoactivo y a las 05:35 presentó asistolia que no revierte a pesar de maniobras de reanimación avanzadas, por lo que fue declarada como hora de muerte a las 05:40, con los diagnósticos de acidosis metabólica, sepsis abdominal y tumor hepático.

229. De acuerdo con el Dictamen de Presuntas Violaciones al Derecho a la Salud sobre el caso de la víctima directa 14 suscrito por personal médico de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, en la atención médica proporcionada a la víctima directa 14 en la UMRPVS se observaron omisiones y deficiencias que influyeron en el deterioro del estado clínico del paciente al no identificar de manera oportuna el padecimiento, lo cual permitió que el tumor avanzara invadiendo otros órganos y generando complicaciones como la enfermedad renal crónica agudizada por falta de vigilancia, lo que llevó a su fallecimiento, al no identificar de manera oportuna la masa abdominal o el aumento de bilirrubinas u otros indicadores de obstrucción de la vía biliar, lo que no permitió otorgar un manejo ni siquiera paliativo, de tal suerte que estas deficiencias se

relacionan directamente con las complicaciones y deterioro del estado de salud de la víctima directa 14 y su posterior fallecimiento.

Afectaciones psicoemocionales a la mujer víctima indirecta 19

230. La mujer víctima indirecta 19, sufre afectaciones emocionales ante la muerte de su hermano víctima directa 14.
231. Durante el tiempo que permaneció enfermo su familiar ella acudió de manera constante a la visita para llevarle alimentos y dinero para que pudiera alimentarse bien, ya que lo notaba sumamente deteriorado. Además, estuvo pendiente de los pagos de la atención que se le brindó en una institución médica tercer nivel y de llevar los insumos que se requerían para dicha atención. Cuando se presentó el fallecimiento, con el apoyo de sus hermanas, enfrentó los gastos funerarios.
232. Derivado de la pérdida ha presentado tristeza, llanto y enojo, ya que considera que no se le otorgó a su familiar de manera oportuna la atención médica que hubiera permitido que mejorara su estado de salud.

VI. Marco jurídico aplicable

233. El primer párrafo del artículo 1o. de la CPEUM establece que en nuestro país todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la propia Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano es parte, así como de las garantías necesarias para su protección. En ese sentido, la SCJN estableció que “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”¹²¹.
234. El segundo párrafo del artículo 1o. de la CPEUM establece que las normas relativas a los derechos humanos deberán interpretarse a partir de los principios

¹²¹ En este sentido ver, Tesis P./J. 20/2014 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Tomo I, abril 2014, p. 202.

de interpretación conforme y pro persona; a su vez, la SCJN ha entendido que el principio de supremacía constitucional implica que a la eficacia normativa directa de la Constitución se añade su eficacia como marco de referencia o criterio dominante en la interpretación de las restantes normas¹²². En sentido amplio, la interpretación conforme implica que todas las autoridades del Estado mexicano deben interpretar las leyes a la luz y conforme a los derechos humanos previstos en la constitución y tratados internacionales, mientras que en sentido estricto implica que cuando existan varias interpretaciones válidas, preferirá aquella que sea acorde a la norma constitucional y a los instrumentos internacionales¹²³. De otro lado, la SCJN ha entendido que el principio pro persona busca maximizar la vigencia y el respeto de los derechos humanos y permite “optar por la aplicación o interpretación de la norma que los favorezca en mayor medida, o bien, que implique menores restricciones a su ejercicio”¹²⁴.

235. De otro lado, en el tercer párrafo del artículo 1o. CPEUM se establece que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen las obligaciones generales de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos y consecuentemente los deberes especiales prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos, todo lo cual debe ser realizado de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

236. En este contexto, la Comisión en el ámbito de sus competencias y atribuciones como organismo protector de derechos humanos tiene la

¹²² En este sentido ver, Tesis 1a./J. 37/2017 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Tomo I, mayo de 2017, p. 239.

¹²³ En este sentido se puede consultar, Caballero, José Luis (coord.), Sánchez Cordero, Olga, “El Control de Constitucionalidad en México, a partir de la Reforma de junio de 2011”, *Derechos constitucionales e internacionales. Perspectivas, retos y debates*, México, Tirant lo Blanch, 2018, pp. 930-931.

¹²⁴ En este sentido ver, Tesis 1a. CCCXXVII/2014 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Tomo I, Octubre de 2014.

obligación legal¹²⁵, constitucional¹²⁶ y convencional¹²⁷ de garantizar los derechos humanos, inclusive, de ser el caso, la de realizar un control de convencionalidad *ex officio*¹²⁸. Así, la Comisión funda sus recomendaciones en las disposiciones de derechos humanos establecidas en tanto en la CPEUM, como en las diversas fuentes del derecho internacional de los derechos humanos, inclusive la interpretación que los organismos internacionales de derechos humanos realizan respecto del contenido y alcance de los derechos de fuente internacional, favoreciendo en todos los casos la mayor protección de las personas y sus derechos humanos.

VI.1 Derecho a la salud en el contexto de privación de libertad e incumplimiento del deber de garante

¹²⁵ El artículo 2 de la Ley de la CDHDF establece que esta Comisión "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".

¹²⁶ El tercer párrafo del artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) establece que "**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."

¹²⁷ OEA, Convención Americana sobre Derechos Humanos, San José, Costa Rica, 1969, art. 1.1; ONU, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Nueva York, Estados Unidos, 1966, ONU, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Nueva York, Estados Unidos, art. 2.2; OEA, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém Do Pará), Belém do Pará, Brasil, 1994, art.7.; ONU, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Nueva York Estados Unidos, 1979, arts. 2 y 3.

¹²⁸ [L]a protección de los derechos humanos constituye un límite infranqueable a la regla de mayorías, es decir, a la esfera de lo "susceptible de ser decidido" por parte de las mayorías en instancias democráticas, en las cuales también debe primar un "control de convencionalidad" [...], que es función y tarea de cualquier autoridad pública y no sólo del Poder Judicial. Corte IDH, *Caso Gelman Vs. Uruguay. Fondo y Reparaciones*, Sentencia de 24 de febrero de 2011, Serie C No. 221, San José, Costa Rica, párr. 239. [E]n el ámbito de su competencia "todas las autoridades y órganos de un Estado Parte en la Convención tienen la obligación de ejercer un 'control de convencionalidad'". Corte IDH, *Caso de personas dominicanas y haitianas expulsadas Vs. República Dominicana. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 28 de agosto de 2014, Serie C No. 282, San José, Costa Rica, párr. 497. Esta obligación vincula a todos los poderes y órganos estatales en su conjunto, los cuales se encuentran obligados a ejercer un control "de convencionalidad" *ex officio* entre las normas internas y la Convención Americana, evidentemente en el marco de sus respectivas competencias y de las regulaciones procesales correspondientes. Corte IDH, *Caso Rochac Hernández y otros Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 14 de octubre de 2014, Serie C No. 285, San José, Costa Rica, párr. 213.

237. En este apartado se desarrollan las obligaciones reforzadas de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México de respetar y garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de libertad, principalmente bajo sus obligaciones reforzadas específicas de garante.

238. La premisa de este deber reforzado radica en considerar que la salud es un estado de completo bienestar, físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones y enfermedades, de acuerdo con el consenso internacional, así como que es un derecho fundamental de todas las personas –sin distinción alguna– el goce del nivel máximo de salud que se pueda lograr¹²⁹.

239. En este sentido, el derecho a la salud está reconocido en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental¹³⁰ y, a partir de una concepción amplia, se señala que este deseable estado de completo bienestar abarca lo social¹³¹, estableciendo una serie de compromisos que deberán asumir los Estados para hacer efectivo este derecho¹³². La base de estas obligaciones internacionalmente asumidas es el compromiso de garantizar los derechos y obligaciones reconocidos, así como su libre y pleno ejercicio a todas las personas sujetas a su jurisdicción, sin discriminación alguna¹³³.

240. En nuestro país, la CPEUM consagra el derecho de toda persona a la protección de la salud, bajo las bases y modalidades definidas en la ley¹³⁴. En

¹²⁹ Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada en la Conferencia Sanitaria Internacional. Preámbulo.

¹³⁰ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12.

¹³¹ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 10.

¹³² Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 10 párrafo 2.

¹³³ Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 1.1.

¹³⁴ CPEUM, artículo 4º.

este sentido, la Ley General de Salud integra una definición holística de salud¹³⁵ consensuada por la comunidad internacional y señala entre las finalidades del derecho a la protección de la salud el bienestar físico y mental de la persona, así como la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana¹³⁶, con atención preferente en beneficio de grupos en situación de vulnerabilidad¹³⁷.

241. En la Ciudad de México, la Constitución Política local señala en el artículo 9 apartado D, que todas las personas tienen derecho al más alto nivel de salud física y mental. Acorde con ello, el sistema de salud público tiene como obligación mejorar la calidad de la vida humana y su duración, la prevención y reducción de los riesgos a la salud¹³⁸, lo que implica que las autoridades de la Ciudad de México deberán asegurar la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónicas e infecciosas de todas las personas.¹³⁹

242. En este sentido, la Ley de Salud del Distrito Federal¹⁴⁰ regula las bases y modalidades para la garantía y acceso a los servicios de salud de la población de esta entidad federativa, establece sus derechos y obligaciones en esta materia¹⁴¹ y garantiza el acceso a la protección de la salud con independencia de su edad, género, condición económica o social o cualquier otra como podría ser la privación de libertad¹⁴².

¹³⁵ Ley General de Salud, artículo 1º.

¹³⁶ Ley General de Salud, artículo 2º.

¹³⁷ Ley General de Salud, artículo 3º.

¹³⁸ Constitución Política de la Ciudad de México, Artículo 9.1 y 9.2. Publicado en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 5 de febrero de 2017. Disponible en: https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/5ce082b97c1d162262f168cd2612088d.pdf

¹³⁹ Constitución Política de la Ciudad de México, Artículo 9.3 apartado d). Publicado en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 5 de febrero de 2017. Disponible en: https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/5ce082b97c1d162262f168cd2612088d.pdf

¹⁴⁰ Ley vigente y aplicable al momento de los hechos investigados e incluidos en el presente Instrumento Recomendatorio. Abrogada mediante decreto de 9 de agosto de 2021, mediante el cual se expide la Ley de Salud de la Ciudad de México.

¹⁴¹ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 1.

¹⁴² Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 2.

243. Por su parte, la Ley Nacional de Ejecución Penal reconoce el derecho de las personas privadas de libertad a recibir asistencia médica preventiva y de tratamiento para el cuidado de la salud, atendiendo a las necesidades propias de su edad y sexo en por lo menos unidades médicas que brinden asistencia médica de primer nivel, y en caso de que sea insuficiente la atención brindada dentro del centro de reclusión, o se necesite asistencia médica avanzada, se podrá solicitar el ingreso de atención especializada al Centro Penitenciario o que la persona sea remitida a un Centro de Salud Público¹⁴³.

244. En su carácter de derecho humano fundamental e indispensable¹⁴⁴, estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos¹⁴⁵, por lo que no debe entenderse como un derecho a estar sano¹⁴⁶ sino como un derecho a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud¹⁴⁷.

245. Las bases y modalidades que se adopten para garantizar la protección a la salud de la población deben atender condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, que constituyen los elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud¹⁴⁸.

246. Al respecto, el Máximo Tribunal de la Nación ha señalado que el derecho a la salud deberá garantizarse mediante la valoración Estatal de cuatro criterios indispensables:

"[...] 1) **subjetivo**, de acuerdo con el cual el Estado deberá actuar con el propósito de procurar el tratamiento terapéutico y farmacéutico del paciente, ya

¹⁴³ Ley Nacional de Ejecución Penal. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de junio de 2016. Artículo 9 fracción II.

¹⁴⁴ Comité DESC, Observación General 14, "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", párrafo 1.

¹⁴⁵ Comité DESC, Observación General 14, "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", párrafo 3.

¹⁴⁶ Comité DESC, Observación General 14, "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", párrafo 8.

¹⁴⁷ Comité DESC, Observación General 14, "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", párrafo 9.

¹⁴⁸ Comité DESC, Observación General 14, "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", párrafo 12.

sea para lograr su reversibilidad o curación o, de ser diagnosticado con una enfermedad crónica y/o degenerativa, procurar la garantía del tratamiento necesario para el control de su sintomatología, así como el control del deterioro de su integridad física y psíquica, es decir, tomando en cuenta el estado de salud del paciente, así como sus requerimientos clínicos y médicos;

2) **objetivo**, conforme al cual el Estado deberá garantizar que el tratamiento sea adecuado, [...];

3) **temporal**, conforme al cual el Estado deberá garantizar que el tratamiento del paciente se garantice de forma oportuna, permanente y constante; y,

4) **institucional**, de acuerdo con el cual el Estado debe garantizar que las unidades médicas o instituciones de salud que se encarguen de la garantía del tratamiento lo hagan de conformidad con los estándares más altos de tecnología y especialización médica¹⁴⁹.

247. Criterios que implican que la asistencia médica y tratamiento de las personas usuarias sea de “[...] forma oportuna, permanente y constante; tomando en cuenta su estado de salud, así como sus requerimientos médicos y clínicos”¹⁵⁰. Por lo que los Estados tienen la obligación de abstenerse de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidas, las personas privadas de libertad, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos¹⁵¹.

248. De ahí que las obligaciones generales de respeto, protección y garantía, vinculantes para el Estado con respecto de toda persona, implican para este un mayor nivel de compromiso al tratarse de personas en situación de riesgo o vulnerabilidad, como es el caso de las personas privadas de libertad¹⁵², así reconocidas en la Constitución Política de la Ciudad de México¹⁵³.

¹⁴⁹ SCJN, Tesis: 1a. XIV/2021 (10a.). DERECHO HUMANO A LA SALUD. CRITERIOS QUE DEBEN VALORARSE PARA SU EFECTIVA GARANTÍA (OBJETIVO, SUBJETIVO, TEMPORAL E INSTITUCIONAL).

¹⁵⁰ SCJN, Tesis: 1a. XIV/2021 (10a.). DERECHO HUMANO A LA SALUD. CRITERIOS QUE DEBEN VALORARSE PARA SU EFECTIVA GARANTÍA (OBJETIVO, SUBJETIVO, TEMPORAL E INSTITUCIONAL).

¹⁵¹ ONU, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Observación General 14.

¹⁵² Se considera que las personas privadas de libertad se encuentran en situación de vulnerabilidad ya que, con independencia del motivo de su detención, están separadas de su entorno habitual y no pueden decidir sobre su propia vida. El grado de vulnerabilidad está determinado por factores individuales y por las circunstancias generales de la detención. Cfr. Protección de las personas privadas de libertad. CICR. Diciembre de 2016.

¹⁵³ Constitución Política de la Ciudad de México, art. 11.

249. Esto es así, debido a que el principal elemento que define la privación de libertad es la dependencia de la persona de las decisiones que adopte el personal del establecimiento donde se encuentra recluida. Esto implica que las autoridades estatales ejerzan un control total sobre la persona que se encuentra sujeta a su custodia, pues el Estado al privar de libertad a una persona, se constituye en garante de todos aquellos derechos que no quedan restringidos por el acto mismo de la privación de libertad. En este sentido, la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus garantías de la Ciudad de México establece que las autoridades de la Ciudad de México en el ámbito de su competencia, deberán respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las personas privadas de su libertad, bajo el principio de igualdad y no discriminación, gozando así de diversos derechos, incluyendo el derecho a la salud¹⁵⁴.

250. El fundamento de todas las medidas que, de acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, el Estado debe adoptar con el fin de respetar y garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de libertad es su posición de garante. En consecuencia, debe salvaguardar la salud y bienestar de las personas privadas de libertad, brindándoles asistencia médica, de acuerdo con las características y criterios señalados anteriormente.

251. En la medida en que el Estado determina privar de libertad a una persona, adquiere la responsabilidad y es garante de sus derechos fundamentales, en particular de sus derechos a la salud y a la vida, cometido que cumple salvaguardando su salud, así como proporcionándole la asistencia médica requerida.

¹⁵⁴ Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías de la Ciudad de México. Publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 8 de febrero de 2019. Artículo 88.

252. Otorgar atención médica adecuada a las personas privadas de libertad es una obligación que deriva directamente del deber del Estado de garantizar la integridad personal de éstas¹⁵⁵. En ese sentido la Relatoría Especial Sobre el Derecho de Toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental de Naciones Unidas, ha señalado que garantizar el derecho a la salud es necesario para el disfrute de una variedad de otros derechos, por lo que en contextos de privación de libertad su vulneración constituyen una interferencia con las garantías de un juicio justo, la prohibición de la detención arbitraria y de la tortura y otras formas de trato cruel, inhumano o degradante, así como al disfrute del derecho a la vida; en tanto son causas como consecuencias del internamiento y de la privación de libertad¹⁵⁶.

253. En el mismo sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha establecido que “[e]n el caso de las personas privadas de libertad la obligación de los Estados de respetar la integridad física, de no emplear tratos crueles, inhumanos y de respetar la dignidad inherente al ser humano, se extiende a garantizar el acceso a la atención médica adecuada”¹⁵⁷. De igual manera, ha establecido que “[s]i el Estado no cumple con esta obligación, por acción u omisión, incurre en la violación del artículo 5 de la Convención y, en casos de muerte de reclusos, en la violación del artículo 4 del mismo instrumento”¹⁵⁸.

254. En relación con el contenido y alcance general del derecho a la salud de las personas privadas de libertad, los instrumentos internacionales señalan que tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible

¹⁵⁵ Artículo 1.1 de la Convención Americana y I de la Declaración Americana.

¹⁵⁶ ONU, A/HRC/38/36, 10 de abril de 2018.

¹⁵⁷ CIDH, Demanda ante la Corte I.D.H. en el Caso de Pedro Miguel Vera Vera, Caso No. 11.535, Ecuador, 24 de febrero de 2010, párr. 42.

¹⁵⁸ CIDH, Tercer Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en Colombia, Cap. XIV, párr. 33.

de bienestar físico, mental y social¹⁵⁹; asimismo, indican las condiciones mínimas que debe asegurar todo establecimiento penitenciario, entre ellas: garantizar que, desde su ingreso, toda persona sea examinada y posteriormente cada que sea necesario, reciba atención médica a fin de determinar la existencia de una enfermedad física o mental y adoptar las medidas necesarias¹⁶⁰; disponer de servicios médicos que garanticen la atención médica, incluida la psiquiátrica¹⁶¹ y la odontológica¹⁶²; garantizar el traslado a instituciones especializadas en los casos que se requiera; asegurar que cuenten con material, instrumental y medicamentos necesarios para proporcionar los cuidados y tratamientos adecuados, los cuales deberán ser gratuitos, basados en principios científicos y asegurando las mejores prácticas para garantizar la continuidad del tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas¹⁶³. Se incluye que debe disponer, de manera permanente, de personal médico capacitado, profesional e imparcial¹⁶⁴, establecer medidas especiales para atender necesidades especiales de personas en situación de vulnerabilidad, en la prestación del servicio de salud deberá respetar los principios de confidencialidad de la información médica; autonomía de los pacientes respecto de su propia salud y consentimiento informado, además de velar por que los lugares de privación de

¹⁵⁹ CIDH, Principios y buenas prácticas. sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas, Principio X.

¹⁶⁰ ONU, Reglas Mínimas. para el tratamiento de los reclusos, Regla 24; CIDH, Principios y buenas prácticas. de las personas privadas de libertad en las Américas, Principio X y CIDH, Relatoría sobre los derechos de las personas privadas de libertad en las Américas, Conjunto de Principios. para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, Principio 24.

¹⁶¹ ONU, Reglas Mínimas. para el tratamiento de los reclusos, Regla 22.1; CIDH, Principios y buenas prácticas. de las personas privadas de libertad en las Américas, Principio X.

¹⁶² ONU, Reglas Mínimas. para el tratamiento de los reclusos, Regla 22.3; CIDH, Principios y buenas prácticas. de las personas privadas de libertad en las Américas, Principio X

¹⁶³ ONU, Reglas Mínimas. para el tratamiento de los reclusos, Regla 22.2.; CIDH, Principios y buenas prácticas. de las personas privadas de libertad en las Américas, Principio X y CIDH Relatoría sobre los derechos de las personas privadas de libertad en las Américas, Conjunto de Principios. para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, Principio 24.

¹⁶⁴ ONU, Reglas Mínimas. para el tratamiento de los reclusos, Regla 22.2; CIDH, Principios y buenas prácticas de las personas privadas de libertad en las Américas, Principio X.

libertad funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, incorporando sus políticas y prácticas¹⁶⁵.

255. Sumado a lo anterior, el primero de 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, Inhumanos o Degradantes, establece que “El personal de salud, especialmente los médicos, encargados de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas”.

256. A manera de referencia, la Corte Europea ha sostenido que “según [el artículo 3 de la Convención], el Estado debe asegurar que una persona esté detenida en condiciones que sean compatibles con el respeto a su dignidad humana, que la manera y el método de ejercer la medida no le someta a angustia o dificultad que exceda el nivel inevitable de sufrimiento intrínseco a la detención, y que, dadas las exigencias prácticas del encarcelamiento, su salud y bienestar estén asegurados adecuadamente, brindándole, entre otras cosas, la asistencia médica requerida”¹⁶⁶.

Motivación.-

Este Organismo ha logrado acreditar que la violación al derecho a la salud en los 14 casos que integran la presente recomendación se da en un contexto de carencias, deficiencias y omisiones que obstaculizan el cumplimiento de la obligación reforzada de garantizar este derecho humano, en incumplimiento de su deber reforzado de garantizarles el disfrute del nivel más alto posible de

¹⁶⁵ CIDH, Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, Principio X.

¹⁶⁶ Corte Europea. Kudla v. Poland, No. 30210/96, párr. 93-94, ECHR 2000-XI.

salud, brindándoles atención médica, tratamiento y seguimiento oportuno y asegurando el acceso a una atención médica especializada, en cada uno de los niveles de atención. A continuación se describen las omisiones y deficiencias en que incurrieron las autoridades y que vulneraron el derecho a la salud de las 14 víctimas directas del presente instrumento.

VI.1.1. Deficiencias del personal adscrito a unidades médicas en centros de reclusión en el cumplimiento de los objetivos propios del primer nivel de atención médica

257. De los objetivos del Sistema Nacional de Salud se desprende que se deben proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar su calidad de vida, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas¹⁶⁷. Las personas usuarias tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares¹⁶⁸.

258. La atención médica que se proporcione a las personas tendrá la finalidad de proteger, promover y restaurar su salud¹⁶⁹ y deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica¹⁷⁰. Entre las actividades de atención médica se encuentran las preventivas, que incluyen la promoción general y la protección específica, las curativas, cuyo fin es efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, así como las de rehabilitación tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad y las paliativas, que

¹⁶⁷ Ley General de Salud, artículo 6°.

¹⁶⁸ Ley General de Salud, artículo 51.

¹⁶⁹ Ley General de Salud, artículo 32.

¹⁷⁰ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. 14 de mayo de 1986. Artículo 9°.

incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor¹⁷¹.

259. En nuestro país, el Sistema Nacional de Salud está conformado por tres niveles de atención: el **primer nivel** proporciona servicios de salud básicos y es el principal escenario de la salud preventiva y donde se detectan las enfermedades más frecuentes y extendidas, además de que en este se atienden y resuelven el 80 por ciento de los padecimientos. A este nivel corresponden, entre otros, los centros de salud incluidos aquellos que se encuentran en los Centros de Reclusión; el **segundo nivel** de atención corresponde a los hospitales generales, regionales, comunitarios, pediátricos o materno infantiles, entre otros. En este nivel se atiende a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel de atención que requieren de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación. Cuando la enfermedad presenta manifestaciones físicas y se hacen evidentes los signos y síntomas se debe realizar el tratamiento oportuno para limitar el daño y recuperar la salud. Para ello se recurre, de ser necesario, a la internación, al tratamiento quirúrgico o clínico específico¹⁷²; el **tercer nivel** de atención está constituido por la red de hospitales de alta especialidad, que atienden enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y más complejas.

260. Es de señalar que mientras el primer nivel de atención es la entrada al Sistema Nacional de Salud, al segundo nivel le corresponde recibir a las personas pacientes que le son referidas por el primer nivel y al tercer nivel acceden las personas pacientes remitidas por las instituciones hospitalarias del primer y segundo nivel de atención, siendo necesaria la precisión de que la red hospitalaria de la Ciudad de México garantiza hasta el segundo nivel de atención.

¹⁷¹ Ley General de Salud, artículo 33.

¹⁷² Por los caminos del Sistema Nacional de Salud, págs., 60-62. Visible en: <http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2020/10/Por-los-caminos-del-Sistema-Nacional-de-Salud.pdf>

261. En el ámbito local, la integración, conducción, desarrollo y administración, así como el otorgamiento permanente, oportuno y eficiente de los servicios de salud, incluida la atención médica especializada para las personas privadas de libertad en los centros de reclusión, corresponde a la SEDESA, en coordinación con las autoridades competentes¹⁷³. Estos servicios velarán por la salud física y mental de la población privada de libertad y por la higiene general de los centros penitenciarios¹⁷⁴ y el Estado a través de sus agentes deberá garantizar que los servicios de salud proporcionados funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, de manera que las políticas y prácticas de salud pública sean incorporadas en estos lugares de privación de libertad¹⁷⁵.

262. La colaboración entre autoridades cobra relevancia toda vez que la organización y operación de los centros de reclusión de la Ciudad de México correspondía -al momento de ocurrir los hechos que dan origen a la presente Recomendación- a la Secretaría de Gobierno¹⁷⁶, a través de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario, en tanto que los servicios de salud generales y hospitalarios para personas privadas de libertad son de la competencia de la Secretaría de Salud¹⁷⁷. Los servicios médicos que se otorguen en los centros de reclusión deberán velar por la salud física y mental y por la salud pública de esta población¹⁷⁸, para ello se prevé la práctica de un examen médico desde el ingreso, a fin de conocer el estado de salud de la persona y brindarle la atención y el seguimiento médico que requiera¹⁷⁹; además, dichos servicios deberán

¹⁷³ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 98.

¹⁷⁴ Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 302.

¹⁷⁵ CIDH, Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas, Principio X.

¹⁷⁶ El 2 de septiembre de 2021 se publicó en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el acuerdo por el que se modifican, derogan y adicionan diversos ordenamientos, en virtud de los cuales actualmente la Subsecretaría de Sistema Penitenciario ha quedado incorporada a la Secretaría de Seguridad Ciudadana. En la misma fecha se abroga la Ley de Centros para el Distrito Federal y se expide la Ley de Centros Penitenciarios de la Ciudad de México.

¹⁷⁷ Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, artículo 1º.

¹⁷⁸ Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, artículo 132.

¹⁷⁹ Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, artículo 39.

asegurar la disponibilidad permanente de servicios médico-quirúrgicos, de psiquiatría y odontología¹⁸⁰; disponibilidad de los medicamentos necesarios¹⁸¹ y; traslado a unidades médicas u hospitales para diagnóstico, tratamiento o casos de urgencia¹⁸².

263. Bajo esta tesitura, los servicios médico-quirúrgicos generales y los de psiquiatría, odontología y oftalmología, con los que deberán contar de manera permanente los centros de reclusión, serán proporcionados, dentro del ámbito de su exclusiva competencia por la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias¹⁸³ y por la Dirección de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios¹⁸⁴, dependientes de la Secretaría de Salud local¹⁸⁵.

264. Acorde con lo anterior, en los centros de reclusión de la Ciudad de México existen unidades médicas que son consideradas como centros de salud, y cuentan con áreas de observación o clínica para brindar atención médica ambulatoria, cuyas acciones corresponden con un primer nivel de atención¹⁸⁶, siendo responsable la propia SEDESA de la designación y capacitación del personal adscrito a cada una de ellas, a fin de brindar una atención médica de calidad¹⁸⁷.

265. Otorgar servicios médicos eficaces y eficientes a la población penitenciaria es el objetivo que se plantean las unidades médicas y tienen entre sus funciones verificar el cumplimiento de las normas, políticas y lineamientos institucionales para el desarrollo de normas, políticas y lineamientos institucionales para el desarrollo de las actividades del personal operativo; auxiliar a los pacientes

¹⁸⁰ Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, artículo 131.

¹⁸¹ Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, artículo 136.

¹⁸² Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, artículo 131.

¹⁸³ Actual Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias.

¹⁸⁴ Actual Dirección de Servicios Médicos Legales y en Centros de Reclusión.

¹⁸⁵ Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 303.

¹⁸⁶ Lineamientos para la organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal, pág. 6.

¹⁸⁷ Lineamientos para la organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal, pág. 5.

privados de libertad y sus familiares en la solución de su problemática de salud y; establecer relaciones de comunicación efectiva entre los tres niveles de atención¹⁸⁸ médica cuando sea requerido¹⁸⁹.

266. De igual manera, el área médica de las unidades médicas en centros de reclusión tiene el objetivo de otorgar una atención médica oportuna, eficaz y de calidad a la población de los centros de reclusión y le concierne elaborar el diagnóstico situacional de salud de la población a la que les corresponde atender; en el desarrollo de las actividades de todo el personal adscrito a las diferentes secciones, tanto médicas como administrativas, cumplir con las normas políticas y lineamientos institucionales y; establecer relaciones de comunicación efectiva entre los tres niveles de atención¹⁹⁰.

267. En el mismo sentido, el objetivo que busca cumplir la sección de consulta médica de las unidades médicas consiste en otorgar una atención médica oportuna y de calidad a la población demandante de los servicios, a fin de restablecer su salud o evitarle el mayor daño posible, teniendo entre sus funciones para el cumplimiento de este objetivo las siguientes:

- Establecer el diagnóstico y tipo de atención médica que requieren los internos-pacientes, observando las normas y procedimientos establecidos por la institución.

[...]

- Otorgar una atención médica general y de especialidad, oportuna y de calidad, a los internos pacientes demandantes de la atención.
- Desarrollar los procedimientos de interrogatorio y exploración física correcta, para fortalecer la atención médica general y de especialidad en la consulta.
- Atender y valorar de manera inmediata a los internos-pacientes que acusan gravedad.

¹⁸⁸ Cfr. Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 2.

¹⁸⁹ Lineamientos para la organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal, lineamiento 5.1.

¹⁹⁰ Lineamientos para la organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal, lineamiento 5.1.1.

- Establecer un diagnóstico presuntivo y tipo de atención que requieren los internos pacientes para el tratamiento y en caso necesario gestionar la canalización oportuna a los servicios auxiliares de diagnóstico, así como a otras unidades hospitalarias de la institución con mayor poder de resolución.
- Coordinar el traslado de los internos-pacientes que así lo requieran a otras unidades médicas de la red hospitalaria y centros de salud de la Secretaría, así como a otras instituciones externas, con base en el Manual para la Referencia y Contrarreferencia¹⁹¹.

268. Como unidades de primer nivel, corresponde a las unidades médicas en centros de reclusión desarrollar acciones y brindar servicios enfocados a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica y el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y, en su caso, rehabilitación¹⁹², es decir, asegurar la prevención primaria o detección oportuna de los padecimientos y sus complicaciones.

269. Para la adecuada organización y funcionamiento de los servicios de atención médica que brindan las unidades médicas en centros de reclusión, la SEDESA divide en dos áreas su organización: área médica y área administrativa, las cuales se conforman por los diferentes servicios y oficinas que prestan un servicio a los usuarios o permiten el funcionamiento administrativo de esas instancias médicas. A la cabeza de dicha organización se encuentra el responsable de la Unidad Médica de cada Centro de Reclusión¹⁹³.

270. Los lineamientos técnico-administrativos de los que deriva esta organización tienen la finalidad de otorgar servicios médicos generales y especializados con

¹⁹¹ Lineamientos para la organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal, lineamiento 5.1.1.1.

¹⁹² Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 2.

¹⁹³ Lineamientos para la organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal. Publicados en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 28 de enero de 2014.

calidad y calidez¹⁹⁴ y atribuye al responsable de la unidad médica la función de verificar el cumplimiento de las normas, políticas y lineamientos institucionales; auxiliar a los pacientes privados de libertad y a sus familiares en la solución de su problemática en materia de salud; cuando sea requerido establecer comunicación efectiva entre los tres niveles de atención médica. Asimismo, entre sus actividades señala la de mantener una adecuada coordinación técnico-administrativa para garantizar la correcta prestación de los servicios médicos.

271. Como parte del área médica se integra la oficina de trabajo social, cuyo objetivo es, entre otros, coadyuvar en el otorgamiento de atención de calidad en todos los niveles de atención médica y tiene entre sus funciones la de establecer la coordinación intra y extrainstitucional con otras dependencias, tanto públicas como privadas, apoyar las acciones a realizar, así como coordinar el sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes¹⁹⁵. En la descripción de sus actividades señala la de desarrollar las acciones necesarias para asegurar la referencia y contrarreferencia de los pacientes y dar seguimiento a las realizadas a otras unidades médicas.

272. En el mismo sentido, el servicio de Trabajo Social será la instancia responsable de gestionar la referencia y contrarreferencia del paciente privado de libertad, basándose en la disponibilidad de recursos de la propia unidad y de los servicios de la red institucional¹⁹⁶.

Motivación.-

¹⁹⁴ Lineamientos para la organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal. Lineamiento 3º.

¹⁹⁵ Lineamientos para la organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal. Lineamiento 5.1.1.6.

¹⁹⁶ Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de los Derechohabientes o Usuarios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2010.

273. Este Organismo ha logrado acreditar que una serie de carencias, deficiencias y omisiones en la prestación de servicios de salud en los centros de reclusión de la Ciudad de México afectaron de manera grave a 11 víctimas directas de los casos que conforman esta Recomendación y dieron como resultado la violación a su derecho a la salud en contextos de privación de la libertad en omisión de su deber reforzado como garante.

274. En este sentido, en los casos 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13 y 14 se observan omisiones y deficiencias del personal adscrito a las unidades médicas de los reclusorios RPVO, RPVN, RPVS y de la PCDMX, toda vez que, en los **casos 1, 5 y 12**, personal adscrito a la UMRPVO y a la UMRPVN omitió realizar una valoración integral del estado clínico de las víctimas directas, no instauraron medidas enfocadas a prevenir las complicaciones propias y esperadas de la diabetes mellitus con la que vivían y no realizaron el seguimiento adecuado¹⁹⁷, lo que condicionó en los **casos 1 y 5** el deterioro en su estado de salud y posterior fallecimiento¹⁹⁸, mientras que en el **caso 12** derivó en la amputación transtibial del miembro pélvico izquierdo¹⁹⁹; por otra parte, específicamente en el **caso 2**, existió retraso y deficiencias en la valoración, tratamiento y seguimiento de los padecimientos de Insuficiencia Hepática Crónica, Hepatitis C y Varices Esofágicas que presentaba la víctima directa ²⁰⁰, por parte de personal de la UMRPVN, lo que llevó a su fallecimiento²⁰¹; en los casos **4 y 9**, personal de la UMRPVN omitió su obligación de realizar una adecuada valoración médica, lo que tuvo como consecuencia que, en el **caso 4**, la víctima directa 4 fuera referida con retraso a una institución médica de segundo nivel²⁰² y que, en el **caso 9**, no se considerara el cuadro de probable tuberculosis²⁰³,

¹⁹⁷ Véase Anexo 1, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17; Anexo 5, evidencias 1, 2 y 3; Anexo 12, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 31.

¹⁹⁸ Véase Anexo 1, evidencias 18, 19 y 20; Anexo 2, evidencias 4, 5, 6 y 7.

¹⁹⁹ Véase Anexo 12, evidencias 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30.

²⁰⁰ Véase Anexo 2, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13.

²⁰¹ Véase Anexo 2, evidencias 8, 9, 10, 11, 12 y 3.

²⁰² Véase Anexo 4, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9.

²⁰³ Véase Anexo 9, evidencias 1, 2, 3, 4 y 5.

omisiones que repercutieron de manera negativa en el estado de salud de ambas víctimas directas²⁰⁴.

275. Asimismo, en los **casos 6 y 11**, la UMRPVO y la UMRPVS omitieron realizar una adecuada y completa exploración neurológica y establecer un diagnóstico presuntivo, lo que contribuyó a que no se gestionara de manera adecuada su referencia al segundo nivel de atención médica por parte de personal médico y de trabajo social desde las Unidades Médicas al interior, aun cuando estas autoridades son las únicas facultadas para realizar dichas gestiones²⁰⁵. Respecto de los **casos 8 y 14**, la valoración médica realizada a las víctimas directas por personal de la UMPCM y de la UMRPVS no fue adecuada ni oportuna, de tal suerte que se enfocó en la sintomatología cardiovascular que presentaba la víctima directa del **caso 8** y no en un tratamiento multidisciplinario para los síntomas que refería²⁰⁶, entre ellos la presencia de una masa testicular; en el **caso 13** la UMRPVS brindó una atención deficiente a la víctima directa y generó retraso en su atención al no haber realizado valoraciones médicas posteriores a su egreso de las unidades hospitalarias para verificar su estado de salud; en tanto que las deficiencias y falta de oportunidad en la valoración de la víctima directa del **caso 14** impidió que se identificara de manera oportuna el padecimiento que presentaba y permitió que el tumor hepático avanzara e invadiera otros órganos, lo cual condicionó que no tuviera posibilidad de acceso a algún tipo de tratamiento, ni siquiera al paliativo²⁰⁷.

276. Por lo anterior, al omitir el deber reforzado de cumplir los objetivos propios del primer nivel de atención, se vulneró el derecho a la salud de 11 víctimas directas, responsabilidad que se atribuye a servidores públicos adscritos a las unidades médicas de los reclusorios Preventivo Varonil Norte, Oriente y Sur y

²⁰⁴ Véase Anexo 4, evidencias 10, 11, 12 y 13; Anexo 9, evidencias 6, 7, 8, 9 y 10.

²⁰⁵ Véase Anexo 6, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13; Anexo 11, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11.

²⁰⁶ Véase Anexo 8, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12.

²⁰⁷ Véase Anexo 14, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13.

de la unidad médica de la Penitenciaría de la Ciudad de México, dependientes de la SEDESA.

VI.1.1.2 Deficiencias en el cumplimiento de los objetivos propios del segundo nivel de atención por parte de personal adscrito a instituciones de la red hospitalaria de la Ciudad de México

277. Como ha quedado establecido en párrafos anteriores, la red hospitalaria de la Ciudad de México está conformada por instituciones que tienen la capacidad de garantizar hasta el **segundo nivel de atención**. En este nivel se atiende a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel que requieren de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación²⁰⁸. Ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por las especialidades básicas: medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, psiquiatría y cirugía general, así como de las subespecialidades en neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, entre otras²⁰⁹.

278. Entre los objetivos de este nivel de atención se encuentra el control o limitación del daño, así como prevenir, limitar o retrasar la aparición de complicaciones, llevando a cabo acciones de diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno, esenciales para el control de la enfermedad, en aras de evitar o retardar la aparición de complicaciones o secuelas. A este nivel de atención también corresponde realizar acciones relativas a la recuperación integral de la enfermedad, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas, buscando la reducción de las mismas. En este ámbito de la prevención que realiza el segundo nivel de atención es fundamental el control y seguimiento del paciente para la aplicación oportuna de las medidas de tratamiento y

²⁰⁸ Por los caminos del Sistema Nacional de Salud, pág. 61.

²⁰⁹ Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 2.

rehabilitación, a efecto de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud²¹⁰.

Motivación.-

279. En la presente Recomendación, esta Comisión acreditó que específicamente el personal del HGTMT, del HGRI, del HGTL y del HGDRL vulneró el derecho a la salud de las víctimas directas de 9 casos, en virtud de que omitieron realizar de manera adecuada y oportuna las acciones tendientes a controlar y limitar el daño causado por los padecimientos que presentaban y/o prevenir, limitar o retrasar la aparición de complicaciones tal como se ha narrado en el apartado de hechos violados de este mismo Instrumento.

280. Esto es así porque en el **caso 1** el personal del HGTMT, no proporcionó a la víctima directa atención médica multidisciplinaria por el padecimiento de diabetes mellitus ni implementó medidas para prevenir o retrasar la aparición de las complicaciones propias de sus padecimientos de base²¹¹, lo cual repercutió de manera directa en el deterioro de su estado de salud, mismo que dio lugar a su fallecimiento²¹²; asimismo, en el **caso 3**, el personal del HGTMT realizó una inadecuada atención médica en la administración de prednisona, llevó a cabo valoraciones inadecuadas basadas en las manifestaciones de la víctima directa y no en la consulta del expediente clínico, lo cual derivó en la aparición del Síndrome de Cushing secundario o iatrogénico, así como en el agravamiento de la hipertensión arterial que ya presentaba y en la aparición de infecciones recurrentes en vías urinarias²¹³.

281. Además, personal del HGRI, en el **caso 5** no garantizó a la víctima directa una adecuada y oportuna valoración médica toda vez que actuó con retraso y

²¹⁰ VIGNOLO, Julio et al. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch. Med Int*, Montevideo, v. 33, n. 1, p. 7-11, abr. 2011. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&nrm=iso>.

²¹¹ Véase Anexo 1, evidencias 2, 3, 6, 7, 8, 10, 12, 15 y 16.

²¹² Véase Anexo 1, evidencia 20.

²¹³ Véase Anexo 3, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 23.

no realizó interconsulta con especialistas en Neurología y Medicina Interna, como tampoco realizó los estudios necesarios para atender las complicaciones derivadas de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica que presentaba, ni administró de manera oportuna el tratamiento antibiótico empírico para meningitis bacteriana, como estaba indicado²¹⁴; omisiones y retraso que agravaron su condición médica y contribuyeron a su fallecimiento²¹⁵. En el mismo tenor, en el **caso 10**, personal del HGRI actuó de manera deficiente y con retraso ya que tardó 48 horas en realizar un segundo procedimiento quirúrgico a un paciente con abdomen agudo secundario a torsión de mesenterio, necrosis, perforación intestinal y sepsis abdominal²¹⁶, lo que contribuyó a su fallecimiento²¹⁷.

282. Por su parte, personal adscrito al HGTL omitió en el **caso 6** realizar la valoración adecuada de la víctima directa 6 y en la nota correspondiente se limitó a señalar carencias de equipo y espacio y no las condiciones en que se encontró al paciente, omisión que generó retraso en su atención²¹⁸ y guarda relación directa con su fallecimiento²¹⁹; asimismo, en el **caso 7**, se observó dilación en la atención médica oportuna para la instalación de acceso vascular permanente en un paciente con enfermedad renal crónica con terapia de sustitución, lo que incrementó los factores de riesgo para la falla que presentó dicho acceso vascular²²⁰, lo que contribuyó en el deterioro de la calidad de vida de la víctima directa y en su fallecimiento²²¹.

283. Por las condiciones en que se encontraba la víctima directa del **caso 13**, requería atención y seguimiento en una institución médica de segundo nivel, sin

²¹⁴ Véase Anexo 5, evidencias 4 y 6.

²¹⁵ Véase Anexo 5, evidencia 7.

²¹⁶ Véase Anexo 10, evidencias 2, 3 y 4.

²¹⁷ Véase Anexo 10, evidencia 5.

²¹⁸ Véase Anexo 6, evidencia 5.

²¹⁹ Véase Anexo 6, evidencias 12 y 13.

²²⁰ Véase Anexo 7, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

²²¹ Véase Anexo 7, evidencia 9.

embargo, el HGTL, a donde había sido referida en primera instancia, la valoró de manera deficiente y la contrarrefirió a la UMRPVS, sin tomar en cuenta su condición de gravedad, lo que incidió en que fuera referido de manera tardía al HECMDBD, donde tampoco se le aseguró una adecuada atención médica; de la misma manera, el HGDRL no garantizó su debida atención médica²²².

284. En el **caso 11**, el HGRL no proporcionó ningún tipo de atención médica a la víctima directa, limitándose a informar que el servicio de urgencias estaba saturado, lo cual generó que no pudiera acudir a otra instancia²²³ para su atención pues al ser valorado al regresar al RPVS se declaró que ya había fallecido²²⁴. De igual manera, en el **caso 12**, personal del HGRL proporcionó una inadecuada atención médica a la víctima directa, por no contar con especialista en Ortopedia ni garantizar que fuera valorado por el servicio de Medicina Interna por la úlcera que presentaba en el pie izquierdo, complicación derivada de diabetes mellitus. Tampoco se le realizó oportunamente el ultrasonido Doppler que requería ni los estudios clínicos, de laboratorio y gabinete que eran necesarios para establecer un manejo adecuado de la lesión. Adicionalmente, se observó retraso en la amputación de miembro pélvico que finalmente se le realizó²²⁵.

285. De lo expuesto se tiene acreditado el incumplimiento de los objetivos del segundo nivel de atención, lo que tuvo como resultado la violación al derecho a la salud de las víctimas directas en **9 de los casos** que integran este Instrumento, violación que se atribuye a servidores públicos de los Hospitales de segundo nivel de atención pertenecientes a la SEDESA.

²²² Véase Anexo 13, evidencias 2, 5, 6, 7, 8, 9 y 10.

²²³ Véase Anexo 11, evidencias 8 y 10.

²²⁴ Véase Anexo 11, evidencias 2, 3 y 9 y 11.

²²⁵ Véase Anexo 12, evidencias 1, 3, 6, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21 y 22.

VI.1.1.3 Deficiencias y omisiones en el sistema de referencia y contrarreferencia que ocasionó retraso en la atención médica y agravamiento de la condición de salud de las víctimas directas.

286. Como ha quedado establecido, el sistema sanitario está organizado en niveles de atención y, para que estos funcionen, debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la capacidad operativa de cada uno de ellos²²⁶.

287. A este respecto, las personas privadas de libertad deben tener esta posibilidad de acceder a la atención médica especializada de segundo o tercer nivel de atención, cuando su estado de salud lo requiera²²⁷.

288. Así, tenemos que la referencia es un procedimiento administrativo mediante el cual un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente a otro establecimiento de mayor capacidad resolutoria; en tanto que la contrarreferencia es también un procedimiento administrativo mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente al establecimiento de salud referente (de menor nivel de complejidad) para su control y seguimiento necesario²²⁸.

289. Tratándose de pacientes privados de libertad, el médico tratante y el responsable de la unidad médica serán los responsables de determinar cuándo un paciente deba ser referido a una unidad hospitalaria o a otro nivel de

²²⁶ VIGNOLO, Julio *et al.* Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch. Med Int*, Montevideo, v. 33, n. 1, p. 7-11, abr. 2011. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&nrm=iso>.

²²⁷ CDHCM. 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. 146.

²²⁸ VIGNOLO, Julio *et al.* Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch. Med Int*, Montevideo, v. 33, n. 1, p. 7-11, abr. 2011. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&nrm=iso>.

atención, siendo el área de Trabajo Social la instancia responsable de gestionar la referencia y contrarreferencia²²⁹ del paciente y, de no contar con este servicio será la enfermera. Solo procederá la referencia a otra unidad médica hospitalaria cuando el establecimiento de que se trata no cuente con el recurso técnico, médico o especialista, así como el equipamiento y tecnología apropiada que apoyen el diagnóstico y tratamiento. Corresponde al responsable de la unidad médica que todo paciente sea convenientemente referido a la unidad médica seleccionada, en tanto que el responsable de una unidad médica que recibió al paciente privado de libertad deberá verificar que este sea convenientemente contrarreferido a la unidad médica en centro de reclusión de origen, inmediatamente después de que se haya atendido el motivo de la referencia y siempre y cuando su estado de salud lo permita.

290. De igual manera, los médicos tratantes que intervienen en el procedimiento son responsable de elaborar la justificación y fundamentación de la referencia y de la contrarreferencia respectivamente y de verificar que todos los formatos estén debidamente requisitados, será relevante una adecuada comunicación intrainstitucional e interinstitucional, con el propósito de solicitar apoyo para la referencia y contrarreferencia de los pacientes. La nota médica elaborada por el médico tratante para justificar y fundamentar la referencia del paciente deberá estar acompañada del manejo inicial, estudios previos y diagnóstico. Asimismo, el médico tratante de la unidad médica que recibe, al dar de alta al paciente, deberá requisitar el formato en su parte de contrarreferencia, informando sobre el diagnóstico y tratamiento otorgado, indicaciones, pronóstico del padecimiento y la necesidad o no de una nueva valoración²³⁰.

291. En relación con el servicio de Urgencias, tiene como objetivo proporcionar una eficaz atención médica de urgencia a la población que demanda el servicio,

²²⁹ Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de los Derechohabientes o Usuarios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2010.

²³⁰ Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de los Derechohabientes o Usuarios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2010. 4.3

con prontitud, calidad y calidez mediante –entre otras– las siguientes funciones: verificar el diagnóstico y tipo de atención que requiere el usuario, atender y valorar de manera inmediata a los usuarios que acusan gravedad y coordinar el traslado de quienes lo requieran a otras unidades médicas o servicios, donde pueda proporcionárseles la atención médica necesaria²³¹.

Motivación.-

292. En 7 de los 14 casos que integran la presente Recomendación se acreditaron deficiencias y omisiones en el sistema de referencia y contrarreferencia.

293. En el **caso 1**, la UMRPVO no realizó una valoración clínica integral de la víctima directa que le permitiera estar en condiciones de realizar una referencia adecuada a una institución de segundo nivel. El envío al HGTMT se realizó en una ocasión sin bitácora de tensión arterial y en otra fue referido sin paraclínicos²³². De su lado, el HGTMT no identificó de manera oportuna los datos de deterioro que presentó y realizó contrarreferencias (altas médicas) sin sustento clínico, enviándolo a una unidad de menor nivel de atención, lo cual repercutió de manera directa en el agravamiento y muerte de la víctima directa¹²³³.

294. En el **caso 4**, la UMRPVN realizó una valoración médica deficiente a la víctima directa, lo que retrasó su envío a una unidad hospitalaria de segundo nivel. En una ocasión el paciente acudió al hospital sin el resultado de los estudios de laboratorio y con un ultrasonido que ya no correspondía con su condición de salud, lo que derivó en que personal de la UMRPVN no detectara las complicaciones del padecimiento que presentaba y que a la postre derivaron en su muerte²³⁴.

²³¹ Lineamientos para la organización de la consulta externa de especialidades y urgencias en unidades hospitalarias, 2017. Disponible para su consulta en: https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/LO_003_CONSULTA_EXTERNA_URGENCIAS_sello.pdf. pág. 10.

²³² Véase Anexo 1, evidencias 5, 9 y 20.

²³³ Véase Anexo 1, evidencias 6, 7, 8, 10 y 20.

²³⁴ Véase Anexo 4, evidencia 13.

295. En cuanto al **caso 5**, la UMRPVO realizó una deficiente valoración médica a la víctima directa, lo que tuvo impacto en su tratamiento y seguimiento y por ende en su envío a una institución de mayor nivel resolutivo. Este retraso contribuyó a su deterioro y fallecimiento²³⁵.

296. En el **caso 6**, la referencia de la UMRPVO al HGTL de la víctima directa se realizó con retraso, aproximadamente 10 horas después de haber iniciado su padecimiento, debido a que no se le realizó una adecuada exploración neurológica²³⁶ ni se gestionó de manera adecuada, por parte de personal médico y de trabajo social, la referencia a una unidad de segundo nivel²³⁷. Por su parte, el personal médico de dicho hospital omitió realizar la valoración clínica del paciente, limitándose a señalar en la nota médica que no contaban con el servicio de Tomografía ni con espacio físico²³⁸, negando de facto la atención médica a un paciente que acusaba gravedad y, por lo tanto, sin estabilizarlo para canalizarlo a una unidad médica que pudiera proporcionarle la atención médica que requería, por lo que regresó al centro de reclusión y aunque se realizó nueva referencia y fue admitido en el HGB²³⁹, ya habían transcurrido más de 13 horas desde que había presentado sintomatología franca, por lo que ya no tenía posibilidades de recuperación y falleció días después²⁴⁰.

297. En el **caso 11**, la UMRPVS no valoró de manera adecuada a la víctima directa, por lo que no estableció un diagnóstico presuntivo²⁴¹, lo que tuvo como resultado que no se gestionara de manera adecuada la referencia y que fuera

²³⁵ Véase Anexo 5, evidencia 7.

²³⁶ Véase anexo 6, evidencias 1, 2 y 3.

²³⁷ Véase Anexo 6, evidencia 4.

²³⁸ Véase Anexo 6, evidencia 5.

²³⁹ Véase Anexo 6, evidencia 7.

²⁴⁰ Véase Anexo 6, evidencias 12 y 13.

²⁴¹ Véase Anexo 11, evidencia 1.

enviado a una institución que no contaba con los servicios de Neurología o Neurocirugía que requería²⁴².

298. En el **caso 12**, al carecer de una adecuada valoración médica por parte de la UMRPVN, no se realizó una adecuada referencia de la víctima directa a una institución hospitalaria de segundo nivel que pudiera brindarle la atención por los servicios de Angiología y Medicina Interna²⁴³; tampoco se realizó un adecuado seguimiento de las contrarreferencias, lo que contribuyó a la amputación transtibial del miembro pélvico izquierdo²⁴⁴.

299. En el **caso 13**, la UMRPVS no realizó valoraciones médicas a la víctima directa, posteriores al egreso de las unidades hospitalarias a las que fue referido, generándose con ello retraso en su atención médica²⁴⁵. De su lado, el HGTL brindó atención médica deficiente a la víctima directa, quien no obstante requerir atención médica de segundo nivel, fue egresada de esa institución en condiciones no óptimas²⁴⁶. Asimismo, el HECMDBD omitió su obligación de realizar un traslado interhospitalario, provocando retraso en un caso de urgencia²⁴⁷.

VI.1.1.4 Deficiencias y mala práctica en la atención médica por inobservancia de las normas oficiales y las guías prácticas.

300. El derecho a la salud es un derecho fundamental, consagrado así en la constitución de la Organización Mundial de la Salud y en diversos instrumentos normativos nacionales e internacionales. Uno de los instrumentos de mayor relevancia referente al derecho a la salud, es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en su artículo 12

²⁴² Véase Anexo 11, evidencias 10 y 11.

²⁴³ Véase Anexo 12, evidencia 2.

²⁴⁴ Véase Anexo 12, evidencias 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30.

²⁴⁵ Véase Anexo 13, evidencias 1, 7 y 10.

²⁴⁶ Véase Anexo 13, evidencia 2.

²⁴⁷ Véase Anexo 13, evidencias 7 y 10.

- establece que los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
301. En la Observación General 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), se desarrollan los factores determinantes en relación a este derecho. Entre los aspectos más importantes que se señalan en dicha Observación encontramos que el derecho a la salud, no debe entenderse como un derecho a estar sano, sino como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Por tal motivo, se señalan como elementos esenciales para garantizarlo: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.
302. Particularmente en México, en materia de salud, el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que toda persona tiene derecho a la protección a la salud. Al respecto, dicho artículo se encuentra reglamentado en La Ley General de Salud, a través de la cual, se establecen los lineamientos referentes al acceso a los servicios de salud a los que tiene derecho la población mexicana. En ella se menciona que la salud incluye tanto factores físicos como mentales, los cuales deben tomarse en consideración, dado que implican la prolongación y mejoramiento en la calidad de vida de las personas.
303. Por su parte, es conveniente señalar que la Ley de Salud de la Ciudad de México, en su artículo 12, contempla un catálogo específico de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, dentro de los que destacan: el recibir un trato digno, respetuoso y de calidad; recibir atención médica adecuada, oportuna y eficaz; que se realicen los estudios y diagnósticos para determinar las intervenciones estrictamente necesarias y debidamente justificadas; recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre su condición, así como las indicaciones y contraindicaciones, riesgos y precauciones de los medicamentos que se prescriban y administren; recibir tratamiento médico conforme a los principios médicos científicamente aceptados; otorgar o no su consentimiento informado. En caso de otorgarlo, el



consentimiento deberá ser expresado en documento escrito o electrónico, que formará parte del expediente clínico; recibir atención médica en caso de urgencia y contar con un expediente clínico preferentemente digital, al que podrá tener acceso, en los términos de las disposiciones legales aplicables.

304. A este respecto, puede resaltarse que los derechos humanos de las personas pacientes son realizables solo a partir del cumplimiento de las obligaciones de los prestadores y del personal de los servicios de salud, quienes al ser parte del Estado mexicano, se encuentran especialmente obligados a encaminar sus esfuerzos en "la mejoría de la condición de salud física o mental del paciente (o la paciente), lo que incrementa significativamente las obligaciones del Estado y le exige la adopción de las medidas disponibles y necesarias para impedir el deterioro de la condición del paciente (o la paciente) y optimizar su salud".²⁴⁸

Sobre el particular, la SCJN ha establecido que:

[...] las autoridades responsables de prestar asistencia médica y tratamiento a los pacientes usuarios de alguna institución que integre el Sistema Nacional de Salud, deben garantizar el derecho humano a la salud mediante la valoración de los criterios siguientes:

1) Subjetivo, de acuerdo con el cual el Estado deberá actuar con el propósito de procurar el tratamiento terapéutico y farmacéutico del paciente, ya sea para lograr su reversibilidad o curación o, de ser diagnosticado con una enfermedad crónico y/o degenerativa, procurar la garantía del tratamiento necesario para el control de su sintomatología, así como el control del deterioro de su integridad física y psíquica, es decir, tomando en cuenta el estado de salud del paciente, así como sus requerimientos clínicos y médicos; 2) Objetivo, conforme al cual el Estado deberá garantizar que el tratamiento sea adecuado, de modo que si el paciente requiere algún medicamento, éste contenga las sales originales

²⁴⁸ Corte IDH, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, parr. 139.

o genéricas que conserven la biodisponibilidad y bioequivalencia de las sales originales para su efectividad; 3) Temporal, conforme al cual el Estado deberá garantizar que el tratamiento del paciente se garantice de forma oportuna, permanente y constante; y, 4) Institucional, de acuerdo con el cual el Estado debe garantizar que las unidades médicas o instituciones de salud que se encarguen de la garantía del tratamiento lo hagan de conformidad con los estándares más altos de tecnología y especialización médica.²⁴⁹

305. En ese sentido para que las autoridades respeten y garanticen el derecho a la salud de las personas, la atención que se brinde a los pacientes debe ser en estricto apego a las Normas Oficiales Mexicanas, las Guías Prácticas así como a la literatura médica que establece los estándares más altos en la atención de las personas pacientes. La observancia de dicha normatividad permite que exista una debida integración diagnóstica con relación al padecimiento que se va a atender, que se realicen los protocolos de estudio completos para prevenir y descartar factores de riesgo y complicaciones clínicas que deriven en el incremento del índice de morbilidad y mortalidad de las personas.

306. En ese orden de ideas, existe un conjunto de disposiciones jurídicas denominadas “Normas Oficiales Mexicanas”, a las que deberán sujetarse las instituciones públicas, sociales y privadas, para la prestación de los servicios de atención médica y asistencia social, así como en materia de infraestructura, equipamiento y remodelación de todo tipo de establecimientos para los servicios de atención médica, los de formación, capacitación y actualización de los

²⁴⁹ SCJN, Primera Sala. Tesis: 1a. XVI/2021 (10a.). *DERECHO HUMANO A LA SALUD. CRITERIOS QUE DEBEN VALORARSE PARA SU EFECTIVA GARANTÍA (OBJETIVO, SUBJETIVO, TEMPORAL E INSTITUCIONAL)*. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Número de registro 2022888, Libro 84, Marzo de 2021, Tomo II, página 1222.

... y el ...

... y el ...

... y el ...

... y el ...



recursos humanos para la salud y la investigación para la salud que se desarrolla en seres humanos.²⁵⁰

307. Las normas oficiales mexicanas son de observancia obligatoria para todos los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud y están sustentadas jurídicamente por la Ley General de Salud en su Capítulo III, Prestadores de Servicios de Salud, en su artículos 46 y 47 tercer párrafo²⁵¹; de tal manera, se han creado para establecer y uniformar los criterios, procedimientos y lineamientos para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y atención integral de enfermedades así como garantizar el adecuado equipamiento e infraestructura de los establecimientos dedicados a las prestación de los servicios de salud, cuyo conocimiento, identificación y utilización tiende al cumplimiento de las obligaciones estatales en materia de salud, en el ámbito local de la Ciudad de México.²⁵²

308. Asimismo, para la mejor atención de padecimientos y enfermedades se han emitido Guías de Práctica Clínica, las cuales establecen un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad de la atención médica. En México, la definición que indica el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud nombrado en 2009 como centro colaborador de la OMS y que depende directamente de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, es la siguiente: "Las GPC son un conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de la revisión sistemática de la literatura médica, con el objetivo de guiar al profesional médico y al usuario de los servicios de salud, en la mejor toma de decisiones para

²⁵⁰ Secretaría de Salud del Gobierno de México, Normas Oficiales Mexicanas vigentes: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/normatividad/vigentes_normas_ssa3.html.

²⁵¹ Ley General de Salud. Artículo 46.- La construcción, mantenimiento, operación y equipamiento de los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud, en cualquiera de sus modalidades podrán aplicar las tecnologías factibles y ambientalmente adecuadas para promover mayor autosuficiencia, sustentabilidad y salud ambiental además, se sujetará a las normas oficiales mexicanas que, con fundamento en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables, expida la Secretaría de Salud, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades. Artículo 47.- En la operación y funcionamiento de los establecimientos de servicios de salud se deberán satisfacer los requisitos que establezcan los reglamentos y normas oficiales mexicanas correspondientes

²⁵² Secretaría de Salud del Gobierno de México, Compendio de Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con infraestructura y equipamiento médico. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/516590/NOM_ACTUALIZADAS_2019.pdf

contribuir a una atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva”.

309. La Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013 “Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica” precisa las características y requerimientos mínimos de infraestructura física y equipamiento, los criterios de organización y funcionamiento del servicio de urgencias en los establecimientos para la atención médica, así como las características del personal profesional y técnico del área de la salud, idóneo para proporcionar dicho servicio.

310. En esa tesitura la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico” establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico. A mayor abundamiento se menciona que el documento donde conste el consentimiento informado, deberá ser parte del expediente clínico y que las situaciones en las que se requiere constancia por escrito del consentimiento informado son -entre otras- la intervención quirúrgica y los procedimientos invasivos. En este sentido, resulta indispensable que el personal médico y de salud reconozca las desigualdades estructurales, como “el desequilibrio en las relaciones de poder entre médicos y pacientes, agravadas por el estigma y la discriminación”²⁵³, que obstaculizan su derecho al consentimiento informado. En ese sentido, deberá considerarse el derecho de “recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen” ya sea para sí o a través de sus familiares o representantes²⁵⁴.

²⁵³ ONU. Informe del Relator Especial sobre la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Juan Méndez, presentado al Comité de Derechos Humanos en su Vigésimo Segundo periodo de sesiones, resolución A/HRC/22/53, Ginebra, 2013, párr. 29

²⁵⁴ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Artículo 29.

311. La atención médica, debe ser eficaz y segura en todo momento²⁵⁵ y reconocer los derechos de las personas usuarias a ²⁵⁶:

- “Recibir tratamiento médico conforme a los principios médicos científicamente aceptados;
- Ser atendidos oportuna, eficaz y cálidamente por el personal de salud que corresponda, con respeto a sus derechos, [...] en todo momento;
- Tener la seguridad en la calidad y la certeza de la continuidad en la atención médica recibida;
- Recibir atención médica en caso de urgencia;
- Contar con un expediente clínico, que puede ser digital y al que podrá tener acceso”.

312. Por lo tanto, “el hecho de documentar un historial clínico de forma incompleta o deficiente por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes”²⁵⁷.

313. En ese sentido, dicha Norma Oficial Mexicana menciona que el documento donde conste el consentimiento informado, deberá ser parte del expediente clínico y que las situaciones en las que se requiere constancia por escrito del consentimiento informado son -entre otras- las siguientes:

- Intervención quirúrgica;
- Procedimientos de diagnóstico o terapéuticos, que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales;
- Procedimientos invasivos;
- Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.

255 OMS. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente, Mayo de 2007. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>

256 Ley de Salud del Distrito Federal, Artículo 11, fracciones II, III, IV, XV, XVI

257 SCJN. Mala práctica médica. Ausencia o deficiencia de la historia clínica. Primera Sala, Décima época, Tesis: 1a. XXVIII/2013 (10a.), Enero de 2013.

Motivación.-

314. De esta guisa, esta Comisión acreditó que en el **caso 3²⁵⁸**, personal del HGTMT incumplió con su deber de integrar y consultar de manera debida el expediente clínico en cada una de las atenciones que brindó a la víctima directa, basando su intervención en lo que esta misma refería, lo que llevó a una administración inadecuada de Prednisona que dio como resultado la aparición del síndrome de Cushing iatrogénico que afecta actualmente a la víctima directa 3.
315. En los **casos 4²⁵⁹, 10²⁶⁰ y 13²⁶¹**, este Organismo acreditó la vulneración al derecho a la salud de las víctimas directas al observarse deficiencias en la integración del expediente clínico atribuibles al personal de la UMRPVN.
316. Así las cosas, en el **caso 4²⁶²**, este Organismo acreditó que el personal de la UMRPVN no documentó la atención médica durante la fase intensiva de la tuberculosis, ya que no se encontraron en el expediente clínico las notas médicas correspondientes a un periodo de 35 días. La falta de información precisa no permitió tomar decisiones clínicas para brindar oportunidades médicas a la víctima directa.
317. Por lo que hace al **caso 10²⁶³**, no se encontraron las constancias de las valoraciones que se le realizaron los días 17 y 18 de febrero de 2018, que coincidieron con el fin de semana, lo que obstaculizó su adecuado seguimiento.
318. Mientras tanto, en el **caso 13²⁶⁴**, se encontraron notas médicas incompletas, lo que obstaculizó la adecuada valoración de la evolución de la víctima directa.
319. Ahora bien, la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus" establece los procedimientos para la prevención, tratamiento, control de la diabetes y la prevención médica de sus complicaciones, resultando de observancia

²⁵⁸ Véase Anexo 3, evidencia 24.

²⁵⁹ Véase Anexo 4, evidencia 13.

²⁶⁰ Véase Anexo 10, evidencia 5.

²⁶¹ Véase Anexo 13, evidencia 10.

²⁶² Véase Anexo 4, evidencia 10.

²⁶³ Véase Anexo 10, evidencia 5.

²⁶⁴ Véase Anexo 13, evidencia 10.

obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores público, social y privado que presten servicios de atención a la diabetes en el sistema de salud.

320. En ese sentido es oportuno destacar que el descontrol metabólico y las consecuentes complicaciones de la enfermedad de referencia se agravan cuando en los servicios de salud no se realiza una eficiente y oportuna detección y seguimiento de grupos con factores de riesgo. Lo anterior da lugar a que no se realice un diagnóstico oportuno y a que no se dé la pronta incorporación de los pacientes detectados al tratamiento respectivo.
321. Así las cosas, este Organismo documentó que en el **caso 1**²⁶⁵, el HGTMT realizó valoraciones deficientes y no se identificó que contara con un plan de manejo integral y multidisciplinario, como lo ameritan pacientes con enfermedades crónicas y la presencia de sus complicaciones. Asimismo, la UMRPVO no realizó de inicio una valoración integral del estado clínico del paciente ni del grado de afectación orgánica que presentaba.
322. En el **caso 5**²⁶⁶, tanto la UMRPVO y el HGRI incurrieron en deficiencias y retraso para la valoración, diagnóstico y tratamiento de Meningitis Bacterial, complicación derivada de la diabetes mellitus que presentaba la víctima directa, omitiendo normar su práctica por lo establecido en la Guía Clínica para el diagnóstico de dicha enfermedad.
323. En el **caso 12**²⁶⁷, la UMRPVN omitió la valoración integral de la víctima directa, lo que impidió que se evitara o retrasara la aparición de complicaciones de la diabetes, lo que incidió en que presentara pie diabético. Por su parte, el HGDRL tardó seis días en realizar la cirugía indicada a la víctima directa, lo que pudo contribuir en la amputación o en el aumento en el nivel de amputación del miembro pélvico izquierdo, incumpliendo lo señalado en la Guía de Práctica Clínica para el manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención.

²⁶⁵ Véase Anexo 1, evidencia 20.

²⁶⁶ Véase Anexo 5, evidencia 7.

²⁶⁷ Véase Anexo 12, evidencia 31.

324. Por otra parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013 “para la prevención y control de la tuberculosis” establece y uniforma los criterios, procedimientos y lineamientos para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y atención integral de la tuberculosis, así como, las medidas de control necesarias en materia de salud pública, que deben realizarse en todos los establecimientos de prestación de servicios de atención médica. Lo antes mencionado atendiendo a que la tuberculosis es una enfermedad sistémica que afecta mayoritariamente al sistema respiratorio; ataca al estado general y de no tratarse oportuna y eficientemente, puede causar la muerte a quien la padece.
325. En el **caso 4**²⁶⁸, este Organismo documentó que el personal de la UMRPVN no aseguró la vigilancia adecuada para la prevención de la tuberculosis, al no establecer la efectividad del tratamiento antifímico en la fase de sostén, a través de estudios de baciloscopías y al finalizar el tratamiento, lo que condujo a la diseminación del padecimiento y al fallecimiento de la víctima directa.
326. Es preciso señalar que en este mismo caso, este Organismo documentó que durante el tiempo que la víctima directa se encontraba hospitalizado en el HGT, el 24 de marzo de 2017 le fue indicada una segunda cirugía por evolución tórpida del primer evento quirúrgico, sin embargo, se indica que no hay tiempo quirúrgico por falta de personal de enfermería, realizándose la cirugía hasta el día 26, incumpliendo así los lineamientos para la organización de los servicios de enfermería en unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud²⁶⁹.
327. Asimismo, existe la Guía de Práctica Clínica referente al Diagnóstico y Tratamiento de Hepatitis C, la cual describe las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento más efectivas en la atención del paciente con este tipo de infección crónica, con la finalidad de tener un impacto positivo en el desenlace de este grupo de pacientes, destacando la trascendencia clínica de realizar un diagnóstico temprano y proporcionar un tratamiento integral y oportuno del padecimiento.

²⁶⁸ Véase Anexo 4, evidencia 13.

²⁶⁹ Véase Anexo 4, evidencia 13.

328. En el **caso 2**²⁷⁰, esta Comisión acreditó que la UMRPVN no realizó una valoración adecuada, toda vez que desde marzo de 2014 se solicitó panel viral, sin embargo, fue hasta febrero de 2016 que se contó con el resultado del estudio, lo que retrasó el diagnóstico de Hepatitis C y por ende que la víctima recibiera el tratamiento antiviral indicado, incumpliendo con lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de referencia.

329. En la Guía de Práctica Clínica relativa al “Diagnóstico y Tratamiento Temprano de la Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica en el segundo y tercer nivel de atención”, establece recomendaciones al personal del segundo y tercer nivel de atención, basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de: Establecer la importancia de la creación de centros y equipos multidisciplinarios especializados en ictus, realizar diagnóstico oportuno de pacientes con un evento vascular cerebral isquémico, definir los estudios de laboratorio y gabinete necesarios en la evaluación del paciente con sospecha de ictus, establecer los criterios terapéuticos en pacientes con un evento vascular cerebral isquémico, identificar las mejores opciones terapéuticas en pacientes adultos con un evento cerebral vascular isquémico, disminuir la mortalidad ocasionada por ataques isquémicos y las secuelas que éstos originan, mejorar la calidad de la atención médica y con ello reducir el número de personas con discapacidades y afectaciones en la calidad de vida.

330. En el **caso 6**²⁷¹, esta Comisión sostiene que la actuación de la UMRPVO fue omisa al no documentar de manera adecuada y completa la exploración neurológica; asimismo, ante un paciente con probable deterioro neurológico fue deficiente, ya que no gestionó de manera adecuada su traslado al segundo nivel de atención y refirió a la víctima directa a una instancia médica externa que no contaba con los recursos y servicios médicos que ameritaba, contrariando además lo establecido en el Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de derechohabientes o usuarios de la Secretaría de Salud del

²⁷⁰ Véase Anexo 2, evidencia 13.

²⁷¹ Véase Anexo 6, evidencia 13.

Distrito Federal, así como lo relacionado con la prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la enfermedad vascular cerebral isquémica.

331. En el **caso 10**²⁷², la UMRPVO no brindó un adecuado seguimiento al dolor abdominal manifestado por la víctima directa, tardando 10 días en identificar los datos clínicos de la oclusión y decidir enviarla a una instancia médica externa. Por su parte el HGRI tardó más de 48 horas en realizar el procedimiento quirúrgico indicado por torsión de mesenterio, incumpliendo con ello lo establecido para el Tratamiento quirúrgico de oclusión intestinal por adherencias.

332. En el **caso 11**²⁷³, esta Comisión documentó que el HGDRL no brindó a la víctima directa ningún de atención médica, faltando con ello a lo establecido en la *lex artis* médica *ad hoc*.

333. En criterio de esta Comisión, las violaciones acreditadas en relación con el derecho a la salud de las víctimas directas ^{1274,275,4276,5277,6278,7279,8280,9281,10282,11283,13284 y 14285} causaron en las 19 víctimas indirectas sufrimiento y afectaciones psicoemocionales tales como tristeza, angustia, pérdida de ganas de hacer cosas, llanto y enojo a raíz de las omisiones antes mencionadas en perjuicio de sus familiares, además de que en

²⁷² Véase Anexo 10, evidencia 5.

²⁷³ Véase Anexo 11, evidencia 11.

²⁷⁴ Véase Anexo 1, evidencia 21.

²⁷⁵ Véase Anexo 2, evidencia 14.

²⁷⁶ Véase Anexo 4, evidencia 14.

²⁷⁷ Véase Anexo 5, evidencia 8.

²⁷⁸ Véase Anexo 6, evidencia 14.

²⁷⁹ Véase Anexo 7, evidencia 10.

²⁸⁰ Véase Anexo 8, evidencia 21.

²⁸¹ Véase Anexo 9, evidencia 6.

²⁸² Véase Anexo 10, evidencia 6.

²⁸³ Véase Anexo 11, evidencia 12.

²⁸⁴ Véase Anexo 13, evidencia 11.

²⁸⁵ Véase Anexo 14, evidencia 14.

los casos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13 y 14 las víctimas indirectas tuvieron que vender cosas o pedir dinero prestado para poder solventar los gastos funerarios.

VI.2 Derecho a vida

VI.2.1 Omisión de garantizar el derecho a la salud que dio como resultado la violación al derecho a la vida.

334. El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos.²⁸⁶ En razón de lo anterior es considerado una norma de *jus cogens*, sin la cual no cabe la existencia ni disfrute de los demás derechos²⁸⁷. En consecuencia, el derecho a la vida es inherente a todas las personas e implica no sólo que nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente²⁸⁸, sino también que el Estado está obligado a adoptar todas las medidas necesarias para proteger y preservar la vida de todas las personas dentro de su jurisdicción²⁸⁹, debiendo prevenir todas aquellas situaciones que pudieran conducir, tanto por acción como por omisión, a la supresión de este derecho²⁹⁰, debiendo además crear las condiciones necesarias para garantizar su pleno goce y ejercicio²⁹¹ en todos los ámbitos, incluido el contexto médico.

335. A nivel internacional, el derecho a la vida se encuentra consagrado en diversos instrumentos de derechos humanos²⁹², estándar en virtud del cual la

²⁸⁶ Cfr. Caso de la Masacre de Pueblo Bello, párr. 120; Caso 19 Comerciantes. Sentencia de 5 de julio de 2004. Serie C No. 109, párr. 153; y Caso Myrna Mack Chang. Sentencia de 25 de noviembre de 2003, Serie C No. 101, párr. 152.

²⁸⁷ SCJN, Pleno. Tesis jurisprudencial: P./J. 13/2002. Derecho a la vida. Su protección constitucional. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Novena Época, Tomo XV, Número de registro 187816, febrero de 2002, p. 589.

²⁸⁸ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 23 de marzo de 1976, art. 6.1; Convención Americana sobre Derechos Humanos, 18 de julio de 1978, art. 4.

²⁸⁹ Corte IDH. Caso Myrna Mack Chang Vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre del 2003, párr. 153

²⁹⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe sobre los derechos de las personas privadas de libertad en las Américas, OEA/Ser. L/V/II. Doc. 64, CIDH/OEA, 31 de diciembre de 2011, párr. 270.

²⁹¹ Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312, párrafo 166.

²⁹² En el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 6.1; en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 4; Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 3; de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, artículo I y; en los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección sobre las personas privadas de la libertad en las Américas, Principio I.

protección de este derecho no puede ser suspendida en ningún caso o circunstancia²⁹³; resultando que algunas violaciones del derecho a la vida son consideradas como graves violaciones a los derechos humanos, por lo que no deben ser objeto de amnistías y otros excluyentes de responsabilidad²⁹⁴. En concordancia con lo antes señalado, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas en su Observación General número 6 estableció que, en relación al derecho a la vida, “[...] se trata del derecho supremo respecto del cual no se autoriza suspensión alguna ni siquiera en situaciones excepcionales que pongan en peligro la vida de la nación [...]”²⁹⁵.

336. A nivel nacional, el derecho a la vida se encuentra tutelado de forma implícita en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 1, 14, 20 y 22, disposiciones que en su conjunto manifiestan que todas las personas gozan de derechos y libertades, que nadie debe ser molestado en ésta de forma arbitraria y que la pena de muerte está prohibida, quedando en evidencia la relevancia de este derecho.

337. Ahora bien, el derecho a la vida no puede entenderse de manera restrictiva y su protección exige que los Estados adopten medidas positivas. A mayor abundamiento, la Corte Interamericana ha establecido que el cumplimiento de las obligaciones impuestas a los Estados “[...] no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio

293 Artículos 4 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y 27 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

294 Esta Corte considera que son inadmisibles las disposiciones de amnistías, las disposiciones de prescripción y el establecimiento de excluyentes de responsabilidad que pretenda impedir la investigación y sanción de los responsables de las violaciones graves de los derechos humanos tales como la tortura, las ejecuciones sumarias, extralegales o arbitrarias y las desapariciones forzadas, todas ellas prohibidas por contravenir derechos inderogables reconocidos por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos”, Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia del 14 de marzo del 2001 en el caso Barrios Altos (Chumbipuma Aguirre y otros vs. Perú) párrafo 41.

295 Observación General No. 6, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, Artículo 6 - Derecho a la vida, 16º período de sesiones, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 143 (1982). Párrafo 1.

de los derechos humanos, que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de quienes se encuentren bajo su jurisdicción [...] ²⁹⁶.

338. Asimismo, la Corte Interamericana establece que “[...] los Estados deben adoptar las medidas necesarias para crear un marco normativo adecuado que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida; establecer un sistema de justicia efectivo capaz de investigar, castigar y dar reparación por la privación de la vida por parte de agentes estatales o particulares [...] ²⁹⁷.

339. Siguiendo a la Corte Interamericana, la salud es un bien público y su protección corresponde al Estado que tiene la obligación de prevenir toda interferencia indebida en el goce del derecho a la vida y a la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento médico ²⁹⁸.

340. Tratándose de personas privadas de libertad, a la luz del principio de no discriminación, el Estado tiene la obligación de garantizarles la salud física y mental, asegurando una revisión médica regular, tratamiento médico adecuado, oportuno y especializado cuando así se requiera ²⁹⁹.

341. En ese sentido, asegurar a toda persona un examen médico desde su ingreso a un centro penitenciario, exámenes médicos posteriores para determinar la existencia de algún padecimiento, garantizar la disponibilidad de un área

296 Cfr. Caso de la Masacre de Pueblo Bello, párr. 120; Caso de la “Masacre de Mapiripán”, párr. 232; y Caso Huilce Tecse, supra nota 2, párr. 66. En el mismo sentido, cfr. Eur.C.H.R., L.C.B. v. The United Kingdom, Judgment of 8 June 1998, par. 36.

297 Cfr. Caso de la Masacre de Pueblo Bello, párr. 120; y Caso de la “Masacre de Mapiripán”, párrs. 232, 238 y 239. En el mismo sentido, cfr. Eur.C.H.R., Kiliç v. Turkey, no. 22492/93, Judgment of 28 March 2000, párrs. 62-63; y Eur.C.H.R., Osman v. The United Kingdom, Judgment of 28 October 1998, Reports of Judgments and Decisions 1998-VIII, párrs. 115-116.

298 Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párrafo 89.

299 Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 321, párrafo 171.

médica que provea servicios médicos, de psiquiatría y odontología con material, instrumental, medicamentos y personal suficiente que provea servicios gratuitos, basados en principios científicos y éticos que aseguren las mejores prácticas³⁰⁰, constituyen obligaciones a cargo del Estado, reconocidas a nivel internacional y cuya desprotección afectan directamente el derecho a la integridad personal y a la vida de las personas privadas de libertad.

342. En efecto, la Corte Interamericana ha considerado que los derechos a la vida y a la integridad personal están directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana³⁰¹; por ello, el daño a la salud, por la gravedad de la enfermedad involucrada y por el riesgo que en diversos momentos de su vida pueda enfrentar la víctima, constituye una afectación del derecho a la vida³⁰².

343. La obligación reforzada del Estado de garantizar los derechos de las personas privadas de libertad y, de manera destacada los derechos a la integridad personal y a la vida mediante la protección de la salud se incrementa respecto de una persona que padece enfermedades graves o crónicas cuando su salud puede deteriorarse de manera progresiva. En este sentido, tales obligaciones pueden verse condicionadas, acentuadas o especificadas según el tipo de enfermedad, particularmente si ésta tiene carácter terminal o, si aún no lo tiene per se, si puede complicarse o agravarse, sea por las circunstancias propias de la persona, por las condiciones de detención o por las capacidades reales de atención del establecimiento carcelario o de las autoridades encargadas³⁰³.

300 Reglas Mínimas. Reglas 22.1, 22.1, 22.3 y 24; Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, Principio X y Conjunto de Principios. Principio 24.

301 Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 321, párrafo 170.

302 Corte IDH. Caso González Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C. No. 298, párrafo 190.

303 Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 321, párrafo 188.

344. Según lo ha señalado la Corte, las autoridades deben asegurarse que, en los casos en que lo requiera la naturaleza de una condición médica, la supervisión sea periódica y sistemática, dirigida a la curación de enfermedades de la persona o a prevenir su agravamiento, en lugar de tratarlos de forma meramente sintomática³⁰⁴.

345. A efecto de determinar la existencia de responsabilidad del Estado en casos de muerte en contexto médico, la Corte Interamericana ha establecido los siguientes elementos a acreditar³⁰⁵:

a) cuando por actos u omisiones se niegue a un paciente el acceso a la salud en situaciones de urgencia médica o tratamientos médicos esenciales, a pesar de ser previsible el riesgo que implica que dicha denegación para la vida del paciente;

b) cuando se acredite una negligencia médica grave;

c) la existencia de un nexo causal, entre el acto acreditado y el daño sufrido por el paciente.

346. Cuando la atribución de responsabilidad proviene de una omisión, es necesario verificar que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso, tomando en consideración la posible situación de vulnerabilidad de la persona afectada y las medidas adoptadas para garantizar su situación³⁰⁶.

Motivación.-

347. Esta Comisión ha acreditado a partir de las investigaciones realizadas y las evidencias con las que cuenta que en 11 casos de los 14 que integran esta

304 Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 321, párrafo 189.

305 Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párrafo 148.

306 Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018. Serie C No. 359, párrafo 156. En el mismo sentido: Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párrafo 148.

Recomendación, personal adscrito a las Unidades Médicas del RPVO, RPVN PCDMX Y RPVS así como de los hospitales HGTMT, HGRI, HGTL, HGDRL violaron el derecho a la salud y con ello el derecho a la vida de las 11 víctimas directas relacionados con los mismos.

348. Al respecto, en el **caso 1** se acreditó que la atención médica otorgada a la víctima directa por la UMRPVO y el HGTMT mostró graves deficiencias que repercutieron de manera directa en su deterioro y fallecimiento³⁰⁷; en el **caso 2** se acreditó que existe nexo causal entre el fallecimiento de la víctima directa 2 y el retraso y deficiencias en la valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su estado de salud por parte de la UMRPVN³⁰⁸; en el **caso 4**, la no detección por parte de la UMRPVN de las complicaciones que presentó la víctima directa por la tuberculosis pulmonar que la aquejaba, contribuyó a su fallecimiento³⁰⁹; en el **caso 5**, se acreditó que las deficiencias y retraso en la valoración, diagnóstico y tratamiento por meningitis bacteriana que padecía la víctima directa, otorgada por la UMRPVO y el HGRI, contribuyeron a su fallecimiento³¹⁰; en el **caso 6** se determinó la existencia de nexo causal entre la omisión y retraso de la atención médica por parte de la UMRPVO y el HGTL y la muerte de la víctima directa 6³¹¹; en el **caso 7** se acreditó nexo causal entre el retraso en el tratamiento oportuno por parte de la UMRPVN y el deceso de la **víctima directa 7**³¹²; en el **caso 8** se acreditó una relación directa entre las omisiones y deficiencias en el otorgamiento de atención médica por parte de la UMPCDMX y la muerte de la víctima directa 8³¹³; de igual manera, en el **caso 9** existe nexo causal entre las omisiones y deficiencias en la atención de la víctima directa y su fallecimiento³¹⁴; en el **caso 10** se acreditó la existencia de

³⁰⁷ Véase Anexo 1, evidencia 20.

³⁰⁸ Véase Anexo 2, evidencia 12.

³⁰⁹ Véase Anexo 4, evidencia 13.

³¹⁰ Véase Anexo 5, evidencia 7.

³¹¹ Véase Anexo 6, evidencia 13.

³¹² Véase Anexo 7, evidencia 9.

³¹³ Véase Anexo 8, evidencia 12.

³¹⁴ Véase Anexo 9, evidencia 10.

nexo causal entre el retraso para realizar un segundo procedimiento quirúrgico a la víctima directa y su muerte³¹⁵; finalmente, en el **caso 14** se acreditó que las omisiones y deficiencias en la atención médica se relacionan de manera directa con las complicaciones, deterioro y fallecimiento de la víctima directa 14³¹⁶.

VII. Posicionamiento de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México sobre la violación de derechos humanos.

349. La presente Recomendación documenta violaciones al derecho al nivel más alto de salud que tuvo como consecuencia la violación del derecho a la vida en la mayoría de los casos. Estas violaciones al derecho al nivel más alto de salud se dan por la mala práctica médica, la falta de atención especializada, la falta de material, personal o medicamentos adecuados para la atención de la enfermedad en las Unidades Médicas de los centros penitenciarios de la Ciudad de México.

350. La salud, y en este caso, el derecho al nivel más alto de salud posible, es un pilar para lograr la reinserción social de las personas privadas de libertad y debe ser garantizado por las autoridades responsables. La Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México considera que es importante la coordinación entre las autoridades de Salud y Penitenciarias para atender las problemáticas correspondientes.

351. En este sentido la colaboración institucional en términos establecidos en la Ley Nacional de Ejecución Penal es la única forma en que se podrá dar una atención integral y una eficacia real a la garantía del derecho a la salud de personas privadas de libertad. Ni las autoridades de Salud, ni las autoridades penitenciarias actuando de manera independiente podrían resolver las problemáticas estructurales con relación al derecho a la salud en centros penitenciarios.

³¹⁵ Véase Anexo 10, evidencia 5.

³¹⁶ Véase Anexo, evidencia 13.

352. Los centros penitenciarios son instituciones totales en las que la salud no puede quedar a cargo de la persona, sino que son las autoridades encargadas de los centros quienes tienen un deber reforzado de custodia. Además de acuerdo con la Constitución de la Ciudad de México las personas privadas de su libertad son un grupo de atención prioritaria que requiere que las autoridades lleven a cabo las acciones correspondientes para atender la desigualdad estructural que invisibiliza a estos grupos de población.

353. Para asegurar a las personas privadas de libertad el disfrute del más alto nivel posible de salud, es necesario atender los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, entre otras .

354. Las condiciones de sobrepoblación, hacinamiento, falta de agua potable y adecuadas condiciones de higiene constituyen un detonante para la aparición de padecimientos como tuberculosis y contagio por Hepatitis C y para el surgimiento de complicaciones.

355. Una alimentación insuficiente e inadecuada también es un factor importante en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas en los centros de reclusión de la Ciudad de México, respecto de lo cual la CDHCM ha llamado la atención sobre las malas condiciones de alimentación, sobre todo respecto de la cantidad, calidad, preparación y distribución de alimentos . También se ha pronunciado este Organismo sobre la calidad y valor nutricional de los alimentos pues ha documentado la prevalencia de una dieta en la que se utilizan mayormente embutidos y es alta en grasas. En cuanto a las personas con padecimientos crónico-degenerativos, convalecientes o enfermas, reciben los mismos alimentos que el resto de la población, con apenas algunas adecuaciones.

356. La CDHCM reconoce el trabajo que el personal médico, de trabajo social, administrativo realizan en las unidades médicas del sistema penitenciario y en

los hospitales de la Ciudad de México, a pesar de los obstáculos, limitaciones y condiciones limitadas y muy poco favorables. Sin embargo, a nivel institucional es importante que la SEDESA y su personal respete en todo momento y en toda circunstancia los derechos de las personas privadas de libertad que acuden por un servicio o una necesidad con un enfoque integral de salud, y actuar en todo momento con la debida diligencia y cuidados, sin discriminación o prejuicios hacia personas privadas de libertad, para conseguir los fines de la atención médica, mejorar la salud de las personas y preservar su vida y su integridad.

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

357. El derecho de las víctimas de violaciones de derechos humanos a ser destinatarias de reparación encuentra sustento en la obligación que asumen los Estados de respetar, asegurar que se respeten y aplicar las normas internacionales de derechos humanos cuando ratifican los principales instrumentos universales y regionales en la materia³¹⁷.

358. En ese sentido, en un Estado democrático de Derecho, todas las personas deben tener la seguridad de que, en caso de sufrir una violación a sus derechos humanos, gozarán de la posibilidad de reclamar que el responsable de esa afectación asuma sus consecuencias. Asimismo, el Estado, como garante de esos derechos, deberá asumir la obligación de resarcir los daños que sus agentes provoquen a una persona.

359. En el ámbito internacional, el deber de reparar a cargo del Estado ante violaciones a derechos humanos está previsto, entre otros instrumentos, 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 humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” que, en su apartado IX, párrafo 15, establecen:

³¹⁷ Gómez Isa, Felipe, “El derecho de las víctimas a la reparación por violaciones graves y sistemáticas de los derechos humanos”, en *El Otro Derecho*, No. 37 (2007). Bogotá: ILSA, 2007.

[...] 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 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...³¹⁸

360. Por lo que hace al sistema regional, la CADH establece esta obligación en su artículo 63.1, que señala que se garantizará a la persona lesionada en el goce de su derecho conculcado y se repararán las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos.

361. Al respecto, la Corte IDH ha establecido que la obligación de reparar:

Refleja una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre la responsabilidad de los Estados. 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.³¹⁹

362. En cuanto al alcance y contenido de las reparaciones, la Corte IDH ha precisado que éstas “consisten en las medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas. Su naturaleza [...] depende del daño ocasionado [...]”³²⁰ ya que “la reparación es el término genérico que comprende las diferentes formas como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad

³¹⁸ 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 humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, Principio IX, párr. 15. Resolución 60/147, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 16 de diciembre de 2005.

³¹⁹ Corte IDH, Caso Acevedo Jaramillo y otros vs. Perú, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 7 de Febrero de 2006, Serie C, No. 144, párr. 295.

³²⁰ Corte IDH, Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay, Sentencia 17 de junio de 2005, Serie C, No. 125, párr. 193.

internacional en que ha incurrido (*restitutio in integrum*, indemnización, satisfacción, garantías de no repetición, entre otras)".³²¹

363. De tal manera que la Corte IDH ha desarrollado un amplio catálogo de medidas, vinculadas con un concepto integral de reparación del daño³²²:

Los modos específicos de reparar varían según la lesión producida: podrá consistir en la *restitutio in integrum* de los derechos afectados, en un tratamiento médico para recuperar la salud física de la persona lesionada, en la obligación del Estado de anular ciertas medidas administrativas, en la devolución de la honra o la dignidad que fueron ilegítimamente quitadas, en el pago de una indemnización, etc (...). La reparación puede tener también el carácter de medidas tendientes a evitar la repetición de los hechos lesivos³²³.

364. A nivel nacional, el artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala, entre otras cosas, la obligación de todas las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, por lo que, en consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos.

365. En términos de lo dispuesto en dicho artículo constitucional, la Ley General de Víctimas (Ley General) establece que las personas víctimas tienen, entre otros, el derecho a ser reparadas de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva, por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron³²⁴.

366. En ese sentido, la Ley General prevé que una reparación integral puede comprender medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica; asimismo, que cada una de esas medidas será implementada

³²¹ Corte IDH, *Caso Loayza Tamayo vs. Perú*, Reparaciones, Sentencia del 27 de noviembre de 1998, Serie C, No. 42, párr. 85.

³²² Nash Rojas, Claudio, *Las Reparaciones ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (1988-2007)*, Universidad de Chile, Segunda Edición, Chile, 2009, p. 39.

³²³ Corte IDH, *Caso Garrido y Baigorria Vs. Argentina*. Reparaciones, Sentencia de 27 de agosto de 1998. Serie C No. 91, párr. 41.

³²⁴ Ley General de Víctimas, art. 7, fracción II.

a favor de la víctima, teniendo en cuenta la gravedad y magnitud de la violación de sus derechos, así como las circunstancias y características del hecho victimizante³²⁵.

367. A nivel local, el derecho a la reparación integral por violaciones a derechos humanos se encuentra establecido en la Constitución Política de la Ciudad de México (CPCM)³²⁶, la cual, entre otras cosas, estipula que las autoridades adoptarán las medidas necesarias para la atención integral de las víctimas, en los términos de la legislación aplicable. Particularmente, en el apartado C del artículo 5 y el apartado J del artículo 11 de la CPCM, se protege el derecho a la reparación integral por violaciones a derechos humanos, los derechos de las víctimas y los derechos a la memoria, a la verdad y a la justicia.

368. La Ley de Víctimas para la Ciudad de México (Ley de Víctimas) establece en sus artículos 56 al 77 las medidas de reparación integral del daño en 5 dimensiones, que pueden ser, dependiendo de cada caso, restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y prevención para la no repetición.

VIII.1 Reparación del daño en casos de violaciones al derecho a la salud de personas privadas de la libertad.

369. La Corte IDH ha generado una amplia jurisprudencia a nivel regional, en materia de reparaciones por violaciones al derecho humano a la salud. En ese sentido, ha señalado como una necesidad que el Estado se asegure de contar con los medios de “infraestructura indispensables para brindar una atención adecuada, oportuna y de calidad a sus pacientes, particularmente relacionados con situaciones de urgencia en atención de la salud”³²⁷.

370. En relación con el daño material, en el *Caso Hernández Vs. Argentina*, la Corte IDH advirtió que, derivado de la enfermedad que padeció una víctima durante su custodia por parte del Estado, y de las omisiones atribuibles a éste,

³²⁵ Ley General de Víctimas, art. 1, cuarto párrafo.

³²⁶ Constitución Política de la Ciudad México, artículo 5, apartado C, y artículo 11, apartado J.

³²⁷ Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 238.

la víctima tuvo afectaciones permanentes a la salud e integridad física, así como la consecuente alteración que las mismas implicaron respecto a las condiciones materiales de su existencia, por lo que determinó, en equidad, un monto por concepto de daño material³²⁸.

371. Por otro lado, con el propósito de reparar el daño de manera integral y de evitar la repetición de hechos, la Corte IDH ha solicitado que el Estado se asegure de que toda persona privada de su libertad viva en condiciones compatibles con su dignidad humana, entre las que se encuentran alimentación y atención en salud adecuadas y oportunas³²⁹; así como que se eliminen las deficiencias detectadas en relación con la atención sanitaria, insuficiencia de medicamentos, revisiones médicas y respecto de la ausencia de una dieta adecuada a las condiciones médicas de cada recluso³³⁰.

372. En ese mismo tenor, la citada Corte ha requerido que se presente un informe en el que detalle las medidas adoptadas para mejorar las condiciones de las unidades carcelarias, para lo cual, el Estado deberá demostrar que dichas acciones resultaron compatibles con la dignidad humana, los estándares referidos en la sentencia y en el que deberá especificar aquellas acciones tendentes a prevenir enfermedades como la tuberculosis y afecciones de similar naturaleza en la población, así como aquellas dirigidas a brindar un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado a las personas que la padecen³³¹.

VIII.2 Inscripción en el Registro de víctimas y plan de reparación integral.

373. Para que las víctimas puedan acceder a la reparación integral, conforme a lo previsto en la Ley de Víctimas, se requiere el reconocimiento de tal calidad, por parte de la Comisión Ejecutiva de Atención Víctimas de la Ciudad de México

³²⁸ Corte IDH. Caso Hernández Vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019. Serie C No. 395. Párrs. 169 y 170.

³²⁹ 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. 146

³³⁰ Corte IDH. Caso Rodríguez Revolorio y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 14 de octubre de 2019. Serie C No. 387.párr. 157.

³³¹ Corte IDH. Caso Hernández Vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019. Serie C No. 395, párr.164.

(CEAVI), para lo cual, de conformidad con el artículo 4 de la referida Ley, dicha instancia tomará en consideración la determinación que se realiza a través de la presente Recomendación.

374. Asimismo, es necesaria la inscripción de las víctimas en el Registro de Víctimas de la Ciudad de México. Para ello, la CEAVI debe reunir y valorar la información de cada caso, incluyendo las circunstancias de modo, tiempo y lugar que generaron el hecho victimizante; y en ese tenor, podrá solicitar la información que considere necesaria a cualquiera de las autoridades de la Ciudad de México, las que estarán en el deber de suministrarla.

375. Esta Comisión remitirá la presente Recomendación a la CEAVI para que se considere su inscripción en el Registro de Víctimas de la Ciudad de México; todo ello en los términos establecidos por el artículo 148 y 149 de la Ley de Víctimas, así como 71 y 77 de la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.

376. La CEAVI deberá emitir un plan de reparación integral para las víctimas que hayan obtenido su registro, el cual deberá ser ejecutado por la autoridad responsable, con cargo a su presupuesto. Dicho plan se establecerá de acuerdo con los parámetros contenidos en los conceptos de daño material o daño emergente y daño inmaterial, y podrá tomar en cuenta lo establecido en la presente recomendación, así como los resultados del seguimiento a su cumplimiento.

377. En la presente Recomendación, se consideran acreditadas las violaciones a los derechos humanos a la salud y a la vida, por lo que, a partir de los hechos victimizantes, esta Comisión considera procedente que se valore el otorgamiento de medidas de compensación por las afectaciones a las víctimas directas, de conformidad con los daños causados, su situación específica y sus características (como edad, género y situación económica, entre otras), así como las consecuencias emocionales de las mismas.

378. De igual manera, se considera que las víctimas directas de los casos 3 y 12 deben recibir, como medida de rehabilitación, atención médica adecuada para tratar los padecimientos con los que actualmente viven, derivados de los hechos

victimizantes documentados. Para tal efecto, la atención deberá ser brindada de forma gratuita e inmediata, incluyendo la provisión de medicamentos y los gastos directamente relacionados y que sean estrictamente necesarios, atendiendo a las especificidades de género y edad de las víctimas, previo consentimiento informado, y por el tiempo que sea necesario.

379. En virtud de lo anterior, de conformidad con la legislación en la materia, una vez que la CEAVI emita sus determinaciones respecto del registro de víctimas y emita los planes integrales de reparación que correspondan, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, deberá ejecutar todas las medidas de dicho plan, con base en las violaciones acreditadas.

IX. Recomendación

A LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

A. PLAN DE REPARACIÓN INTEGRAL.

De conformidad con los más altos estándares internacionales, así como con lo establecido por la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas para la Ciudad de México, y tomando como referencia el Apartado *VIII. Obligación de reparar a las víctimas de violaciones a derechos humanos* de la presente Recomendación, la autoridad recomendada adoptará las siguientes medidas:

PRIMERO. Realizará las acciones necesarias dentro de su competencia, para coadyuvar en la inscripción de las víctimas directas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14, así como de las víctimas indirectas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19, al Registro de Víctimas de la Ciudad de México. Una vez que la CEAVI genere los Planes de Reparación Integral que procedan, en un plazo no mayor a los 180 días naturales posteriores, ejecutará todas las medidas contenidas en los mismos, bajo los principios de máxima protección, debida diligencia y no victimización secundaria.

B. REHABILITACIÓN

SEGUNDO. De manera previa a la emisión de los planes de reparación que, en su caso correspondan, en un plazo que inicie a los 30 días naturales y culmine a los 90 días naturales después de aceptar la Recomendación, gestionará la atención médica y psicológica, desde un enfoque interseccional y diferenciado, que las víctimas directas 3 y 12 requieran, derivado de los hechos victimizantes documentados en el presente Instrumento recomendatorio.

C. DERECHO A LA VERDAD Y A LA JUSTICIA.

TERCERO. En un plazo no mayor a 120 días después de aceptar la Recomendación, realizará lo siguiente:

- a) Informará y documentará, de ser el caso, los procedimientos administrativos o penales que se hubieren iniciado en contra de personas servidoras públicas de esa Dependencia, por los hechos documentados en el presente instrumento, así como el estado que guardan.
- b) Dará vista a las autoridades revisoras competentes, de los casos en los que resulte procedente iniciar una investigación, o incluso, de aquellos que, por omisiones, se hayan prescrito.
- c) Aportará el contenido de la presente Recomendación a las autoridades que estén integrando las investigaciones.

Con la finalidad de garantizar los derechos a la verdad y a la justicia, hará del conocimiento del Programa de Lucha Contra la Impunidad, las acciones realizadas.

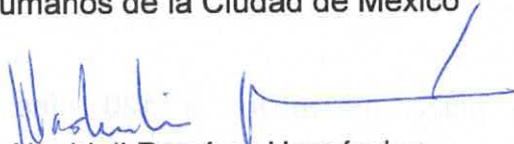
C. GARANTÍAS DE NO REPETICIÓN.

CUARTO. En un plazo que inicie a los 30 días naturales y culmine a los 365 días naturales después de aceptar la Recomendación, a partir de las evidencias documentadas en el presente instrumento, revisará y, en su caso, modificará la normatividad y procedimientos internos de esa Secretaría, con la finalidad de contar con programas y/o mecanismos para que, de manera periódica, se detecten, controlen y traten los casos de enfermedades infectocontagiosas y crónico-degenerativas de las personas privadas de la libertad en los centros penitenciarios de la Ciudad de México.

Así lo determina y firma,

La Presidenta de la Comisión de Derechos

Humanos de la Ciudad de México



Nashieli Ramírez Hernández

C.c.p. Dra. Claudia Sheinbaum Pardo, Jefa de Gobierno de la Ciudad de México. Para su conocimiento.

C.c.p. Dr. Héctor Díaz Polanco, Presidente de la Mesa Directiva del Congreso de la Ciudad de México. Para su conocimiento.

C.c.p. Lic. Ernesto Alarcón Jiménez, Presidente de la Junta de Coordinación Política del Congreso de la Ciudad de México. Para su conocimiento.

C.c.p. Marisela Zúñiga Cerón, Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Congreso de la Ciudad de México. Para su conocimiento.

C.c.p. Mtro. Armando Ocampo Zambrano, Comisionado Ejecutivo de Atención a Víctimas de la Ciudad de México. Para su conocimiento.