



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 38 /2015

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL DERECHO A LA SALUD Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1, QUIEN SE ENCONTRABA INTERNO EN EL CENTRO FEDERAL DE READAPTACIÓN SOCIAL NÚMERO 11, EN HERMOSILLO, SONORA.

México, D. F., a 9 de noviembre de 2015

**LIC. RENATO SALES HEREDIA
COMISIONADO NACIONAL DE SEGURIDAD.**

Distinguido señor Comisionado Nacional:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo, tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3, párrafo primero; 6º, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente de queja CNDH/3/2013/8497/Q, relacionado con el caso del fallecimiento de V1, quien se encontraba interno en el Centro Federal de Readaptación Social número 11, en Hermosillo, Sonora (CEFERESO 11).

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto, en que se describa el significado de las claves utilizadas, previo el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes, y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 12 de noviembre de 2013, se recibió el escrito de queja que Q1 presentó ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora, la cual se remitió a este Organismo Nacional, por razones de competencia, en la que se señaló que el deceso de V1 había acontecido el 2 de noviembre del mismo año y que las autoridades penitenciarias del CEFERESO 11 le indicaron que el cuerpo sería trasladado a Monterrey, Nuevo León, sin que hasta el día 5 de noviembre hubiera ocurrido; esto dio motivo de inicio al expediente de queja número CNDH/3/2013/8497/Q.

4. El 19 de noviembre de 2013, esta Comisión Nacional recibió mediante correo el escrito de queja, suscrito por V1, fechado desde el 25 de octubre de ese mismo año, en el que indicaba que tenía meses reportando molestias en su cuerpo y no le proporcionaban la atención médica ni el medicamento en el citado CEFERESO 11 que necesitaba, siendo que su estado de salud estaba empeorando ya que tosía sangre, tenía un color amarillo y se sentía decaído. Escrito que se agregó al expediente, ampliándose la investigación por la violación al derecho a la salud de V1, solicitando a las autoridades penitenciarias todo lo referente a su caso.

5. Mediante los diversos V3/92421, V3/4772 y V3/33108, del 17 de diciembre de 2013; 4 de febrero y 11 de junio de 2014, respectivamente, esta Comisión Nacional solicitó los informes al Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación y con los V3/33109 y V3/39390, de 11 de junio y 7 de julio de 2014, al Director General del Hospital General del Estado de Sonora, cuya valoración lógico jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

6. Queja presentada por Q1 el 5 de noviembre de 2013, recibida en este Organismo Nacional el 12 del mismo mes y año, en la que señala que V1 falleció de tuberculosis el 2 de noviembre de esa anualidad, por lo que sería trasladado a

Monterrey, Nuevo León por las autoridades penitenciarias, sin que ello hubiera ocurrido.

6.1. Acta Circunstanciada de 12 de noviembre de 2013, signada por un Visitador Adjunto de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar que los familiares de V1, indicaron que *“el traslado del cuerpo se había atendido en tiempo y forma pudiendo sepultarlo el 10 de noviembre de 2013 en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León”*.

7. Escrito de queja de V1 de fecha 25 de octubre de 2013, recibido el 19 de noviembre del mismo año, en el que solicitaba la intervención de este Organismo Nacional para que se le proporcionara atención médica.

8. Oficio 02240/2014 de 28 de febrero de 2014 signado por personal de la Unidad de Asuntos Legales y Derechos Humanos del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, a los que se adjuntó diversa documentación, de la que destaca la siguiente:

8.1. Estudio Psicofisiológico de Ingreso de V1 emitido por personal del CEFERESO 11, del 24 de febrero de 2013, en el que el médico lo diagnosticó aparentemente sano y sin lesiones traumáticas externas.

8.2. Nota Médica de 4 de abril de 2013, en la que se asentó que se recibieron resultados del estudio *“Panel Viral”* realizados a V1, los cuales arrojan resultados negativos para enfermedades de transmisión sexual y/o infectocontagiosa, emitidos por AR2.

8.3. Nota Médica de 30 de junio de 2013, signada por AR2, en la que se reportaron los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas a V1, el 26 de del mismo mes y año, como normales.

8.4. Nota de Evolución de 31 de octubre de 2013, a las 13:00 horas, en la cual AR3 asentó que derivado del reporte del oficial de Seguridad, V1 fue valorado en

su estancia y a la exploración física se registró: *“postrado en cama, orientado, complexión delgada, con temblor generalizado, diaforético, palidez de piel y tegumentos”, ... , “campos pulmonares con estertores en región basal del lado izquierdo”*, por lo que solicitó traslado al Hospital para su atención, pidió estudios de laboratorio, biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, radiografía de tórax AP (antero posterior), con diagnóstico gastroenteritis probable infecciosa (GEPI) e infección de vías respiratorias (IVR). Estado de salud estable no exento de complicaciones mayores y pronóstico reservado a evolución y respuesta al tratamiento. Anotó que en el mismo lugar se encontraba el hermano de V1, quien proporcionó antecedentes de importancia de su familiar.

8.5. Registros Clínicos de Enfermería en Áreas de Hospitalización del CEFERESO 11, de 31 de octubre de 2013, con diagnóstico de GEPI (gastroenteritis probable infecciosa) e IVR (infección de vías respiratorias) con descripción de los medicamentos y cuidados indicados a V1.

8.6. Nota de Enfermería de 24 Horas, en el apartado de signos y síntomas se anotó que, V1 ingresa al área de hospital del CEFERESO 11, *“consciente, diaforético, con temblor y desequilibrio corporal, náuseas sin llegar al vómito, palidez de piel y tegumentos, ligeramente deshidratado, ansioso ante los procedimientos realizados, se canaliza en MSI, inestabilidad ante la marcha”*; en el rubro de observaciones y respuestas se asentó que *“cursa turno con sueño fisiológico, sin más datos de molestia o eventualidades a las 6:00 am, presenta temblor corporal, diaforesis, desorientado, refiere dolor sin especificar intensidad o localización”*.

8.7. Registros Clínicos de Enfermería en Área de Hospitalización del CEFERESO 11, de 1 de noviembre de 2013, con diagnóstico de GEPI e IVR (gastroenteritis probable infecciosa e infección de vías respiratorias), asentándose el seguimiento a los mismos y la aplicación de fármacos a V1.

8.8. Nota de Enfermería de 24 Horas, en la que se asentó que se *“recibe paciente diaforético con signos vitales estables, durante el turno inicia con taquicardia,*

hipertenso, dificultad respiratoria, por lo que se le avisa a médico de guardia”; asimismo “se entrega paciente en malas condiciones generales, tos productiva, dificultad respiratoria, palidez de tegumentos, cianosis periférica”.

8.9. Hoja de Referencia y Contrareferencia del 2 de noviembre de 2013, elaborada por SP2, de la que se desprende que se trata de paciente masculino de 26 años, quien refirió *“tos con flemas de más de 2 meses de evolución”*, con *“Diagnóstico de egreso: dificultad respiratoria probable secundario a IVRB (bronconeumonía y/o tuberculosis), con datos iniciales de shock probable séptico”*, por lo que se solicitó envío urgente a Hospital General del Estado de Sonora. Pronóstico reservado

8.10. Copia de oficio CFRS11/DG/11834/2013 del 2 de noviembre de 2013, signado por el Titular del CEFERESO 11, mediante el cual se solicitó al Comisionado del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, el egreso de V1, a efecto de trasladarlo al Hospital General en Hermosillo, Sonora, dado que éste *“cuenta con las condiciones óptimas para la atención clínica del interno”*.

8.11. Copia de oficio 50083/2013 del 2 de noviembre del 2013, suscrito por el Comisionado del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social, por medio del cual autorizó el egreso temporal de V1, para su traslado al Hospital General de Hermosillo, Sonora.

8.12. Nota Informativa del 3 de noviembre de 2013, suscrita por el encargado de la Subdirección Jurídica del CEFERESO 11, mediante la cual señaló que el día 2 del citado mes y año, personal del área médica de ese lugar le indicó que se debía egresar, con carácter de urgencia a V1, quien presentaba un cuadro clínico de dificultad respiratoria probable secundario a bronconeumonía y/o tuberculosis pulmonar, con datos iniciales de shock problema séptico, por lo que de inmediato se hizo el trámite, egresando a las 17:10 horas del mismo día, para ser internado en el Hospital General de Hermosillo, Sonora; sin embargo, aproximadamente a las 23:20 horas el oficial que se encontraba custodiándolo en el nosocomio de referencia les informó que V1 había fallecido.

8.13. Acta de Defunción con número de folio 0481530FA rubricada por el Director del Archivo Estatal del Registro Civil de Sonora, en la cual se asentó que la defunción de V1 aconteció el 2 de noviembre de 2013, a las 23:20 horas, y que las causas de la misma fueron sepsis grave y neumonía complicada.

8.14. Acta Administrativa de entrega de cuerpo sin vida de V1, de fecha 3 de noviembre de 2013, donde se hizo constar la recepción y entrega del mismo al Gerente Operativo de la Funeraria “San Miguel Arcángel” de la Ciudad de Hermosillo, Sonora, para su traslado al lugar de su destino.

9. Oficio UAJ/1167/14 de 11 de julio de 2014, firmado por el Director General de la Unidad de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, al cual se anexó copia del oficio 2014-184 de 10 de julio de 2014, signado por el Director General del Hospital General del Estado de Sonora, con el que remitió copia del expediente clínico y diversa documentación médica, entre otra:

9.1. Hoja de Drenes y Canalizaciones de V1, en la que se señaló como fecha de instalación 2 de noviembre de 2013, a las 19:00 horas, con diagnóstico de probable “*TBP*” tuberculosis pulmonar.

9.1.1. Resultados de los exámenes de laboratorio de V1, practicados a las 19:39 y 19:40 horas, del 2 de noviembre de 2013, consistentes en gasometría, biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina y electrocardiograma.

9.1.2. Nota de Evolución de la atención médica proporcionada a V1, elaborada el 2 de noviembre de 2013 a las 23:02 horas, en la que se asentó que el paciente fue referido del CEFERESO 11, que *“inicia su padecimiento hace 3 meses aproximadamente caracterizado por astenia, adinamia, malestar generalizado con disnea de medianos esfuerzos, así también con fiebre de predominio nocturno, con diaforesis ocasionalmente, hace un mes que se acentúa el cuadro agregándose tos productiva de aspecto hialino y amarillento”*. El análisis general del interno señala: *“Paciente referido del CEFERESO con probable diagnóstico de*

bronconeumonía vs TB. A su ingreso con datos de SIRS, así también hipotenso por lo que se integra sepsis grave de origen pulmonar, la tele de tórax con la presencia de neumonía de focos múltiples. Paciente con pronóstico malo para la vida, paciente grave...; con un PSI de 146 por lo que la hospitalización es imperativa; en la Impresión Diagnóstica, Sepsis grave por neumonía complicada, tuberculosis pulmonar y falla hepática”.

9.1.3. Nota de Evolución de 2 de noviembre de 2013, a las 23:22 horas, en la que personal médico del nosocomio citado asentó: *“Nota de Defunción”, “paciente masculino en malas condiciones generales, diaforético con gran dificultad respiratoria, con tiraje intercostal y supraesternal, palidez de tegumentos, cuello cilíndrico móvil, campos pulmonares con estertores crepitantes bilaterales generalizada, ruidos cardiacos rítmicos aumentados en intensidad y frecuencia, abdomen plano, blando, depresible sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, extremidades eutróficas sin edema, pulsos presentes. Cae en paro cardio respiratorio a las 23:00 horas, se dan maniobras de RCP básico y avanzado durante 5 ciclos sin respuesta, se declara la defunción a las 11:20 del día 2/11/13”. Plan: “SE INFORMA A TRABAJO SOCIAL Y PERSONAL DEL CERESO.”*

9.1.4. Hoja de Egreso del 2 de noviembre de 2013 a las 23:23 horas, en la que se asentó que el motivo del egreso fue por defunción, teniendo como diagnósticos asociados septicemia (choque séptico, sepsis) y otras neumonías bacterianas.

9.1.5. Nota de Atención Médica del Servicio de Urgencias del Hospital General del Estado de fecha 3 de noviembre de 2013, a las 01:08 horas, en la que se asentó que V1 *“acude al servicio de Urgencias, referido del cereso, por presentar Disnea de tipo progresiva, la cual no pudo hacer que cediera a falta de recursos hospitalarios”, y como diagnóstico de salida “tuberculosis de pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica”.*

10. Oficio 07747/2014 de 4 de agosto de 2014, rubricado por personal de la Unidad de Asuntos Legales y Derechos Humanos del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de

Gobernación, mediante el cual solicitó ampliación de término para rendir el informe respectivo, en respuesta a la solicitud de información que este Organismo Nacional requirió mediante oficio V3/33108, del 11 de junio de 2014.

11. Actas circunstanciadas de 15 de diciembre de 2014 y de 9 de enero de 2015, en las que se asentó que personal de este Organismo Nacional entabló comunicación telefónica con un servidor público del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, respecto a la omisión a proporcionar las documentales solicitadas, indicando que a la brevedad se remitirían.

12. Oficio 0123/2015 de 12 de enero de 2015, firmado por personal de la Unidad de Asuntos Legales y Derechos Humanos del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, al que se anexaron diversas constancias médicas de V1, a saber:

12.1. Nota Médica del 27 de septiembre de 2013 a las 14:34 horas, en la que AR2 brindó atención médica de seguimiento a V1, quien manifestó *“haber presentado cuadro gripal hace tres semanas aprox, el cual remitió de manera espontánea, sin embargo, persiste con tos, la refiriere productiva de color blanquecino y de predominio nocturno”*. A la exploración física lo encontró bien orientado, con dificultad para el habla y CsPs con hipoventilación basal derecha, por lo que indicó antibiótico de manera profiláctica.

12.2. Nota Médica de 1 de noviembre de 2013, a las 08:30 horas, elaborada por AR3 con diagnóstico de GEPI/IVR/Anemia, gastroenteritis probablemente infecciosa, infección de vías respiratorias y anemia.

12.3 Nota Médica del 2 de noviembre de 2013, elaborada por SP2, donde se destaca envió urgente a Hospital General del Estado.

12.4. Resumen Médico realizado por AR1, en el que se describieron las valoraciones efectuadas a V1 el 24 de febrero, 4 de abril, 30 de junio, 12 de agosto, 27 de septiembre, 31 de octubre y 2 de noviembre de 2013, destacando

infección en vías respiratorias en remisión desde el 27 de septiembre, y en la última fecha señalada se reportó con dificultad respiratoria, probable secundario a IVRB (Bronconeumonía y/o tuberculosis pulmonar, con datos iniciales de shock, probable séptico).

12.5. Copia del oficio CFRS11/0083/2015 de 9 de enero de 2015, por el que AR1 informó al Director del Área Técnica que no se cuenta con peticiones o solicitudes de atención médica realizadas por V1.

13. Opinión médica de 20 de enero de 2015, suscrita por un médico de esta Comisión Nacional, sobre la atención médica que se proporcionó a V1 en el CEFERESO 11.

14. Opinión médica del 27 de agosto de 2015, rubricada por un médico de esta Comisión Nacional, en alcance de la opinión descrita en el párrafo que antecede.

15. Oficio 7585/2015 del 8 de septiembre de 2015, signado por personal de la Unidad de Asuntos Legales y Derechos Humanos del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, mediante el cual se informó que derivado de que pudieran existir indicios que hacen presumir la falta de atención médica en el caso de V1, se dio vista al Órgano Interno de Control en ese Órgano, a efecto de que se realice la investigación correspondiente.

16. Razón de fecha 21 de septiembre de 2015 la incorpora al presente expediente copia del oficio SEGOB/CNS/IG/047/2015, del 17 de abril de 2015, mediante el cual el Inspector General de la Comisión Nacional de Seguridad, acepta la Recomendación 9/2015, *“Sobre el Caso de Violaciones al Trato Digno y a la Reinserción Social de los Internos del Centro Federal de Readaptación Social número 11 “CPS Sonora” en Hermosillo”*.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

17. En escrito de fecha 25 de octubre de 2013, recibido en este Organismo Nacional el 19 de noviembre del mismo año, V1 señaló que tenía meses solicitando atención médica y medicamento para sus padecimientos, sin que le fuera proporcionado por el CEFERESO 11 ya que su estado de salud se estaba agravando pues tosía sangre, estaba amarillo y se sentía decaído.

18. El 2 de noviembre de 2013, V1 fue trasladado al Hospital General del Estado de Sonora, donde ingresó a las 19:00 horas, siendo diagnosticado con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de origen infeccioso, con falla orgánica y tuberculosis de pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica; sin embargo, a las 23:00 horas del mismo día, mes y año, cayó en paro cardiorrespiratorio, declarando la defunción a las 23:20 horas.

19. El 8 de septiembre de 2015, la Unidad de Asuntos Legales y Derechos Humanos del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, informó que dio vista al Órgano Interno de Control en el citado Órgano Desconcentrado, a efecto de que se iniciara la investigación correspondiente.

IV. OBSERVACIONES.

20. Antes de entrar al estudio de las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, es pertinente señalar que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos no se opone a las acciones que realizan las autoridades penitenciarias relativas a la ejecución de las penas de prisión, sino a que dichas acciones se efectúen en contravención al marco normativo nacional e internacional de los derechos humanos de las personas privadas de su libertad, dado que toda actuación de las autoridades que tienen asignada esa tarea deben velar por la salud y la vida del interno con estricto apego a nuestro sistema jurídico.

21. Del análisis lógico jurídico de las evidencias que integran el expediente CNDH/3/2013/8497/Q, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley

de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con elementos que permiten acreditar que se vulneraron los derechos humanos de V1, específicamente a la protección a la salud y por consecuencia la vida, por parte de, AR1, AR2 y AR3, pues no obstante de que V1 solicitó a las autoridades penitenciarias le brindaran la atención médica para su padecimiento de infección en vías respiratorias, ésta no se le proporcionó con la oportunidad que requería el caso.

DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1.

22. Es preciso reconocer que el derecho a la protección de la salud y a la vida son derechos humanos indispensables para el ejercicio de otros derechos, que deben ser entendidos como la posibilidad de las personas de disfrutar de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹. Una de las finalidades de estos derechos es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de quienes requieren de servicios para proteger, promover y restablecer la salud, lo anterior en términos de lo previsto en los artículos 4º y 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que prevén el derecho de toda persona a la protección de la misma, y el acceso a la salud como uno de los medios para lograr la reinserción social.

23. A mayor abundamiento, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas emitió la Observación General 14, sobre “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, tutelado en el artículo 12, del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, aprobado el 11 de mayo de 2000, en la que se determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter positivo al Estado, de procurar que las personas disfruten del más alto nivel posible de salud física, mental y social, sino también, obligaciones de carácter negativo o de abstención, que impidan la efectividad del

¹ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

derecho a la salud, por lo que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de que impidan el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud.

24. Para asegurar que las personas disfruten del más alto nivel de salud, el Estado tiene la obligación de otorgar un servicio médico de calidad y de adoptar, para ello, las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho. Lo anterior, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos,²; I y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre³, 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado por las Naciones Unidas en Nueva York⁴; 6.1 y 10.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos adoptado por las Naciones Unidas en Nueva York⁵ y 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los cuales son acordes al contenido del artículo 4°, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

25. Llama la atención de esta Comisión Nacional que fue hasta que personal de Seguridad y Custodia del CEFERESO 11 elaboró un reporte, por lo que el 31 de octubre de 2013, AR3 atendió a V1 dentro de su propia *estancia*, ello atento a la gravedad del estado en que se encontraba, le diagnosticó gastroenteritis probablemente infecciosa e infección de vías respiratorias, indicándole doble esquema de antibiótico, y por lo delicado de su estado general fue necesario ingresarlo al área de Hospitalización del CEFERESO 11.

26. En la nota de evolución, del 31 de octubre de 2013, que elaboró AR3, a las 13:00 horas, asentó que V1 tenía signos vitales de *“tensión arterial 110/70, frecuencia cardíaca de 80 por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, temperatura de 36.5 grados; a la exploración física lo encontró postrado en cama,*

² El Estado mexicano se adhirió el 24 de marzo de 1981, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de mayo de 1981.

³ Aprobada en la IX Conferencia Internacional Americana, en Bogotá, Colombia, en 1948.

⁴ El Estado mexicano se adhirió el 23 de marzo de 1981 y se publicó el decreto en el Diario Oficial de la Federación para su aplicación el 12 de mayo de 1981.

⁵ Vigente para México desde el 20 de mayo de 1981.

orientado, complexión delgada, temblor generalizado, diaforético, palidez de piel y tegumentos"; solicitó datos al hermano del agraviado, quien se encontraba en la misma estancia, refiriendo éste algunos antecedentes de padecimientos anteriores de V1, *"así como tos y evacuaciones diarreicas"*; sin embargo, dicho facultativo no realizó una adecuada investigación y/o interrogatorio de los posibles padecimientos del agraviado, como son los síntomas que presentaba, su inicio, evolución y el estado general, entre otros datos.

27. Derivado de lo anterior, V1 permaneció en hospitalización en el CEFERESO 11 hasta el 2 de noviembre de 2013, cuando SP1 al revisarlo observó que presentaba *"dificultad respiratoria importante, hipotérmico, taquicárdico, con hipertensión arterial, de 148/108, diaforesis, temblor generalizado, así como datos de cianosis ungueal, con saturación de oxígeno a 80% (76%), frecuencia cardíaca de 127 latidos por minuto, temperatura menor a 34 grados"*, y no obstante que le eran proporcionados medicamentos, la gravedad de sus padecimientos no decrecía, por lo cual SP1 solicitó se trasladara a V1 de manera urgente al Hospital General del Estado de Sonora.

28. La actuación del personal médico fue omisa, ya que aun cuando el 27 de septiembre del 2013, V1 presentó un cuadro de infección en vías respiratorias, como consta en la nota médica de esa fecha, no se observa que se haya realizado seguimiento al caso, dado que pasaron 34 días sin que haya constancia de atención y seguimiento; es decir, no se previeron las posibles complicaciones que pudiera tener el paciente; y a pesar de haber solicitado desde el 31 de octubre del citado año, su traslado al Hospital General del Estado de Sonora, lo hicieron hasta el 2 de noviembre de 2013, cuando advirtieron que presentaba complicaciones respiratorias severas, lo que provocó que en esa misma fecha V1 perdiera la vida.

29. El 2 de noviembre de 2013, a las 19:00 horas V1 ingresó al Hospital General del Estado de Sonora, asentándose en la Nota de Evolución, *"Nota de Urgencias"* que a pregunta expresa V1 refirió que *"inicia su padecimiento hace 3 meses aproximadamente"*, interpretando el médico las manifestaciones del paciente-interno como parte de su sintomatología: *"caracterizado por astenia, adinamia y*

malestar generalizado con disnea de medianos esfuerzos; así también, presentó fiebre de predominio nocturno con diaforesis ocasionalmente, hace un mes con anterioridad a esa fecha, se acentuaron los síntomas, agregándose tos productiva de aspecto hialino y amarillento. Dolor torácico bilateral de predominio izquierdo y hace más de 24 horas la disnea se hace de reposo, aumentando la diaforesis”.

30. Resulta conveniente destacar que la información proporcionada por V1, a su ingreso al Hospital Estatal, es concordante con la que asentó en su escrito de queja de fecha 25 de octubre de 2013, recibido en este Organismo Nacional el 19 de noviembre del mismo año, referente al tiempo y evolución del padecimiento.

31. El 2 de noviembre de 2013 el Hospital General del Estado de Sonora realizó a V1 una radiografía de tórax, cabe destacar que fue la única que se le practicó, en la que se observó parénquima con infiltrados macro y micro nodulares difusos algodonosos, tanto en ápices como en bases (datos sugestivos de una infección a nivel pulmonar).

32. Con el resultado de los análisis de laboratorio, revisión física y radiografía de tórax, el médico tratante del Hospital General del Estado de Sonora indicó que V1 presentaba *“datos de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS); así también, hipotenso (presión arterial baja) por lo que integra sepsis grave de origen pulmonar; la tele de tórax indicó la presencia de neumonía de focos múltiples. Paciente con pronóstico malo para la vida, paciente grave”*, por lo que la hospitalización fue imperativa, derivando en un diagnóstico de sepsis grave por neumonía complicada, tuberculosis pulmonar y falla hepática, lo cual ocasionó que V1 perdiera la vida, declarándose la defunción a las 23:20 horas.

33. Del análisis de las evidencias que obran en el expediente de queja se concluye que existió una falta de seguimiento y profesionalismo ante la inadecuada atención brindada a V1 por parte de AR2 y AR3, personal del servicio médico; de conformidad con lo previsto en el artículo 49, del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social, así como con el 29 del Manual de Tratamiento de los internos en Centros Federales, numerales que los obliga a otorgar atención

médica a la población penitenciaria; sin embargo, en el presente caso no sucedió, dado que no se percataron del estado de salud de V1 que se fue agravando y mucho menos de la urgencia de proporcionarle el tratamiento adecuado para sus padecimientos, sin que exista evidencia de que en los 34 días anteriores a su fallecimiento hubieran realizado acciones tendentes a brindar una atención adecuada al agraviado.

34. En los oficios 02240/2014, de 28 de febrero de 2014, personal de la Unidad de Asuntos Legales y Derechos Humanos del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación remitió diversa documentación, en respuesta a los diversos V3/92421 y V3/4772 del 17 de diciembre de 2013 y 4 de febrero de 2014, respectivamente, comunicando que V1 había recibido atención médica para sus padecimientos, sin embargo, no se advierte que se le haya practicado una radiografía de tórax, aún cuando al parecer desde el 27 de septiembre de 2013, AR2 asentó en nota médica que V1 presentó una infección de vías respiratorias, tenía hipoventilación basal derecha (disminución de la capacidad para ingresar aire) e indicó esquema de antibióticos de manera profiláctica (preventiva), lo cual evidencia la omisión e impericia del actuar de AR2, ya que de la exploración física del paciente era evidente la necesidad de proporcionar atención médica especializada, de realizar la solicitud de estudios de laboratorio y la práctica de una radiografía en la zona afectada, sin que ninguna de estas acciones se llevaran a cabo, teniendo como resultado que el padecimiento de V1 evolucionara hasta causarle la pérdida de la vida.

35. En opinión del médico de este Organismo Nacional, el estado de salud de V1 se agravó rápidamente como consecuencia de la falta de control, presentándose con ello complicaciones agudas, en virtud de que AR2 y AR3 no realizaron una adecuada investigación y/o seguimiento de los posibles padecimientos que pudiera presentar V1, el inicio, evolución y estado general, entre otras circunstancias, por lo que los diagnósticos que dieron, si bien es cierto presentaba una infección respiratoria, también lo es que fueron insuficientes, sin dar seguimiento al caso, aún cuando V1 les manifestó que persistía la tos productiva

de color blanquecina y de predominio nocturno, por lo que incurrieron en omisión y en imprudencia, al no prever las posibles complicaciones que pudiera tener el paciente y, en negligencia, al considerar que podrían controlarlo en ese lugar donde existe carencia de personal y medicamento.

36. Las posibles complicaciones que pudiera tener V1 no se previeron por la falta oportuna en la integración del diagnóstico, percatándose hasta el 31 de octubre de 2013 de la evolución desfavorable en su estado general; por lo que 2 de noviembre de ese año se solicitó su traslado al Hospital General del Estado de Sonora, ante la complicación severa en vías respiratorias situación que a la postre motivó su fallecimiento.

37. De la información que se dispuso, el médico de esta Comisión Nacional, determinó la responsabilidad profesional por negligencia y omisión por parte de los galenos tratantes del CEFERESO 11, ya que su deber es salvaguardar las garantías de la salud de los internos.

38. En virtud de que se señala que una de las probables causas de la defunción de V1 fue la tuberculosis, es necesario destacar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de este padecimiento en la atención primaria a la salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 18 de agosto de 2000 y modificada en el Diario Oficial de la Federación, el 27 de septiembre de 2005, la cual tiene por objeto establecer y uniformar los criterios, procedimientos y lineamientos para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y atención integral de la tuberculosis y es obligatoria en todo el territorio nacional, para todos los establecimientos de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, normatividad que se incumplió por parte de los responsables, al no seguir los procedimientos y lineamientos establecidos para una detección temprana en enfermedades infectocontagiosas.

39. Se advierte, que no obstante que V1 refirió su padecimiento a AR2, quien lo valoró desde el 27 de septiembre de 2013, hizo caso omiso de lo delicado de su

enfermedad al ser degenerativa y no implementaron acciones para descartar o confirmar la afección que éste señaló y, de ser el caso, prescribir o indicar de inmediato el tratamiento correspondiente, de conformidad al Programa de Acción Específico Tuberculosis, el cual es coordinado por la Secretaría de Salud e incluye a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante el cual se orienta al reforzamiento permanente de las acciones, para el manejo integrado de pacientes y la población en riesgo de padecer tuberculosis, ante ello, se unificaron los criterios de políticas, estrategias y líneas de acción para conformar el marco de la “Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor Salud 2007-2012” el cual establecía entre sus objetivos: reducir la carga de enfermedades, promoviendo entornos y comportamientos saludables e integrar la prevención específica en cada etapa de la vida, así como detectar y tratar con oportunidad los padecimientos que aquejan a la población, situación que no aconteció en el presente caso, cabe señalar que esta Estrategia se encontraba vigente al momento del deceso de V1.

40. Las manifestaciones clínicas de la tuberculosis pueden ser *inespecíficas* como la pérdida de apetito (anorexia), fatiga, ligera pérdida de peso, sensación de escalofríos, fiebre remitente por la tarde que al descender produce sudoración; *suele existir tos, más o menos intensa, y expectoración, ésta suele ser mucopurulenta y cuando contiene sangre (hemoptisis)* suele indicar una enfermedad avanzada, sintomatología que V1 señaló presentaba desde meses atrás.

41. Debido a la naturaleza de la enfermedad y su vía de transmisión, la tuberculosis requiere detección y diagnóstico oportuno que no puede tratarse con monoterapia. El tratamiento combinado de varios fármacos es necesario para evitar la aparición de resistencias por mutaciones naturales.

42. En el Manual para la Prevención de la Transmisión de la Tuberculosis en los Establecimientos de Salud, emitido por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) de la Secretaría de Salud, como parte del Programa Nacional para la Prevención y Control de la

Tuberculosis, se contempla como uno de los objetivos el de tener espacios específicos para la contención de enfermos positivos para evitar la propagación, alcanzando la meta establecida en acuerdos internacionales para el control de la enfermedad, relacionadas con incidencia, mortalidad y éxito terapéutico, a través de la realización de visitas de supervisión, mejorar la atención integral de las comorbilidades TB-VIH (Tuberculosis-Virus de la Inmunodeficiencia Humana), TB-DM (Tuberculosis-Diabetes Mellitus), así como fomentar el conocimiento del personal de salud sobre las personas afectadas y la comunidad en general, para incrementar la corresponsabilidad ante estos padecimientos.

43. El citado Manual reconoce a la población de los establecimientos penitenciarios como uno de los grupos de mayor riesgo para padecer enfermedades como la tuberculosis u otras de tipo infecto contagiosas, lo que representa un serio problema de salud pública y un reto para su atención.

44. De acuerdo con el contenido del certificado de defunción, V1 falleció por “*Sepsis grave*” (Síndrome de sepsis asociada con disfunción orgánica, anomalías de la perfusión o hipotensión dependiente de la sepsis, que responde a la adecuada administración de líquidos) y “*Neumonía complicada*” (inflamación del tejido pulmonar de origen infeccioso), lo cual es parcialmente coincidente con el diagnóstico asentado en la Nota Médica del 3 de noviembre del 2013, elaborada por personal del Hospital General del Estado de Sonora, en la cual se señaló que al momento del fallecimiento de V1 su diagnóstico fue “...síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de origen infeccioso, con falla orgánica (*sepsis grave*) y *Tuberculosis de pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica...*”, que de acuerdo a la opinión de un médico adscrito a esta Comisión Nacional, se pudo haber evitado con la confirmación oportuna del padecimiento pulmonar, contraviniendo AR1, AR2 y AR3 con su actuar lo dispuesto por el artículo 49 del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social, en cuanto a velar por la salud física y mental de los internos y brindarles la atención necesaria.

45. Como ya se señaló, en el escrito de queja que el agraviado envió a este Organismo Nacional, el 25 de octubre de 2013, asentó que tenía varios meses reportando molestias en su cuerpo, sin que se le proporcionara atención clínica y el medicamento, que al toser expulsaba sangre por la boca, su color era amarillo y presentaba decaimiento severo y, si bien, AR1 informó, mediante oficio CFRS11/0083/2015 del 9 de enero de 2015, que no se recibieron ni fueron remitidas al Área Médica peticiones de atención del agraviado, es importante destacar que para esta Comisión Nacional cobra veracidad el dicho de V1, por lo que se presume que sus peticiones pudieron ser verbales y no fueron tomadas en cuenta, y con ello incumplieron su obligación en términos de lo que señala el artículo 29 del Manual de Tratamiento de los Internos en Centros Federales de Readaptación Social, el área Médica es “...*la responsable de velar por la salud física y mental de los internos...*”.

46. El Principio X, de la Resolución 1/08 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en la Américas⁶, dispone que “...*Las personas privadas de libertad tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial; el acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos; la implementación de programas de educación y promoción en salud, inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, endémicas y de otra índole (...) El Estado deberá garantizar que los servicios de salud proporcionados en los lugares de privación de libertad funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, de manera que las políticas y prácticas de salud pública sean incorporadas en los lugares de privación de libertad...*”

⁶ Aprobada por unanimidad el 31 de marzo de 2008, por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y adoptada durante el 131° Período Ordinario de Sesiones.

47. De igual forma, no se observó lo dispuesto en el Principio 1, del Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión⁷, el cual indica “...*Toda persona sometida a cualquier forma de detención o prisión será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano...*”, administrado con el Principio 3 que dicta “...*No se restringirá o menoscabará ninguno de los derechos humanos de las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión reconocidos o vigentes en un Estado en virtud de leyes, convenciones, reglamentos o costumbres...*”.

48. Por lo que se puede concluir que una persona privada de su libertad tiene derecho a que la institución penitenciaria evalúe adecuadamente su estado de salud, le brinde los servicios médicos apropiados y de ser necesario realice las gestiones que correspondan, para que se le proporcione una atención integral y se provea los recursos para financiar tal atención, lo que en el presente caso no sucedió, pues como ya se refirió, desde el 27 de septiembre de 2013, el personal médico tuvo conocimiento del padecimiento de V1 y es hasta el 31 de octubre de 2013, que fue ingresado a hospitalización por AR3, siendo que transcurrieron 34 días, sin atención adecuada ni seguimiento, pues su padecimiento había evolucionado a tal grado que fue el 2 de noviembre de ese año fue necesario su traslado de urgencia a un nosocomio fuera del establecimiento penitenciario, lugar en el que el galeno que lo atendió le realizó estudios de laboratorio y radiografía de tórax, lo que debió hacerse desde el 27 de septiembre de 2013 por lo que se advierte un diagnóstico deficiente e inoportuno.

49. Como referente, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la Recomendación General 15 Sobre el Derecho a la Protección de la Salud, del 23 de abril de 2009, en la que estableció que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado “...*un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud*”; y que “*el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá*

⁷ Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 43/173, del 9 de diciembre de 1988.

la eficacia con que éste se garantice, la efectividad del derecho (...) demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, (física, económica y acceso a la información) aceptabilidad, y calidad...”⁸ Lo anterior en relación con la Recomendación General 18, del 21 de septiembre de 2010, sobre la situación de los Derechos Humanos de los Internos en los Centros Penitenciarios de la República Mexicana, la cual señala que “...resulta evidente que no se da cumplimiento a lo establecido en el artículo 51, párrafo primero, de la Ley General de Salud, en virtud de que las personas que se encuentran en la mayoría de los centros de reclusión, no obtienen servicios de salud de manera oportuna y de calidad idónea, no reciben atención profesional y éticamente responsable, ni tampoco un trato respetuoso y digno de parte de profesionales, técnicos y auxiliares.”⁹

RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL, SOBREPOBLACIÓN, HACINAMIENTO, FALTA DE PERSONAL Y CAPACITACIÓN.

50. Las autoridades penitenciarias, al no brindar los elementos y organización mínimos para el desempeño adecuado del personal que labora en la institución, violentaron el derecho a la protección a la salud y por consecuencia la pérdida de la vida de V1, por lo que para esta Comisión Nacional, se aprecia como co-responsables de los resultados que se producen; lo que se analiza a continuación.

51. Se hace hincapié que en los hechos que dieron lugar a la pérdida de la vida de V1 existió responsabilidad institucional, toda vez que si bien el CEFERESO 11 cuenta con instalaciones y equipo médico, el número de personal es insuficiente y la atención médica deficiente, aunado a la falta de medicamentos; situación que así se ha registrado en los Diagnósticos Nacionales de Supervisión Penitenciaria

⁸ Recomendación General número 15, Sobre el Derecho a la Protección de la Salud. III Observaciones. Párrafos 2 y 3, página 7. http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/Generales/RecGral_015.pdf

⁹ Recomendación General número 18. Sobre la situación de los Derechos Humanos de los Internos en los Centros Penitenciarios de la República Mexicana. b) Medicamentos y expedientes clínicos. Párrafo 4, pág. 9. http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/Generales/RecGral_018.pdf

de 2013 y 2014¹⁰ emitidos por este Organismo Nacional, en los cuales, en estos rubros, este CEFERESO 11 obtuvo una calificación inferior a 5, que deriva en la falta de diagnósticos oportunos e insuficientes tratamientos, que influyeron, en este caso, en la pérdida de la vida de V1.

52. La negligencia y omisiones en que incurrieron AR1, AR2 y AR3, generaron un diagnóstico tardío que a la postre le causó la muerte a V1, sin embargo es importante señalar la relevancia y trascendencia de la responsabilidad institucional bajo la existencia de situaciones de sobrepoblación y hacinamiento, tal como se advirtió en las pruebas recabadas en la Recomendación 9/2015, del 30 de marzo de 2015, en cuyos párrafos 22 y 31, se asentó que el CEFERESO 11 registraba una sobrepoblación importante, *“...al 22 de mayo de 2014 se contaba con 3,407 internos, a pesar de que sólo tiene una capacidad para albergar a 2,520, lo que en ese momento representaba una sobrepoblación de 742 reclusos...”*, lo que es coincidente al momento en que sucedió el fallecimiento de V1, dado que en el periodo de agosto 2014 a febrero de 2015 prevalece un índice de sobrepoblación cercano al 30%; situación que se corrobora también con lo manifestado por V1 a su ingreso al Hospital General del Estado, donde señaló que compartía celda con 4 personas más.

53. Existe sobrepoblación en un establecimiento penitenciario cuando el número de internos excede los espacios disponibles en el mismo. De este modo la sobrepoblación se vincula con otros problemas como el deterioro, la insalubridad y la falta de mantenimiento de las instalaciones; el insuficiente acceso a los servicios de salud física y mental; la falta de opciones de desarrollo personal y social; las prácticas de tortura, y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, lo cual conlleva a la insuficiencia de recursos para atender de manera digna a los internos, problema que agudiza la afectación de sus derechos, en específico a la reinserción social, al trato digno, a la salud y a la legalidad.

¹⁰ Link: Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria de 2013 y 2014.
http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/DNSP/DNSP_2013.pdf
http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/DNSP/DNSP_2014.pdf

54. La falta del personal médico en el CEFERESO 11 implica responsabilidad institucional, toda vez que no se garantiza una debida y oportuna atención médica, así como la falta de capacidad de atención de casos urgentes, incumpléndose así con la obligación primordial de salvaguardar el bienestar y la vida de los pacientes, acorde con lo previsto en los numerales 27, fracción III de la Ley General de Salud, el cual a la letra indica “...*La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias...*”. Así, la insuficiencia trae como consecuencia la omisión, negligencia y deficiencia de los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, por lo que esta Comisión Nacional recomienda se establezcan guardias calendarizadas con programas operativos del servicio médico correspondiente y se incluyan la frecuencia y horario de visitas al área de estancias de los internos, que deban realizar los galenos adscritos al Centro Federal y se supervise su cumplimiento por parte de las autoridades superiores.

55. La falta de recursos humanos y materiales en el CEFERESO 11 es preocupante, toda vez que no obstante se tiene designado un presupuesto para brindar los servicios de atención médica a la población penitenciaria, no se dispone de suficiente personal y especialistas en el área médica para actuar y responder a las circunstancias que se presentan.

56. Se debe puntualizar la gravedad del caso concreto, ya que los internos del CEFERESO 11, dada la restricción para desplazarse en el centro y acceder libremente a los servicios de salud, están sujetos al arbitrio y manejo de las autoridades de la institución, siendo aún mayor la responsabilidad de ésta para proporcionar un eficaz programa de detención y control de enfermedades.

57. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos estima urgente la supervisión estricta por parte de las autoridades penitenciarias en la detección de enfermedades infecto-contagiosas, y que una vez identificados los casos, se adopten inmediatamente las medidas necesarias, previniendo su propagación y una intervención tardía como en el caso de V1, más aun cuando éste compartía la

celda con 4 personas más, según lo señaló a su ingreso al Hospital General del Estado.

58. La falta de capacitación del personal penitenciario para actuar eficaz y oportunamente ante la sintomatología presentada por V1, resultó evidente, ya que en primer término, en la valoración que AR2 realizó el 27 de septiembre de 2013, el agraviado le refirió haber presentado cuadro gripal con tres semanas de anticipación, padecimiento que remitió espontáneamente; sin embargo, persistía con “... tos productiva de color blanquecino y de predominio nocturno...”; situación que en opinión de personal médico de esta Institución Nacional, por vaga noción del médico tratante al cuadro clínico de tuberculosis, debió considerar que la presencia de esta sintomatología era un fuerte indicador para sospechar un cuadro de probable tuberculosis, hasta en tanto se demostrara lo contrario, por lo que el agraviado era candidato a realizarle un estudio de baciloscopia para confirmar la enfermedad. Esta Comisión Nacional recomienda se implementen programas de capacitación y de promoción y educación para la salud.

59. Asimismo, los citados servidores públicos no observaron lo dispuesto en los numerales 24 y 25.1, de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos¹¹, así como el numeral 24 del Conjunto de Principios para la Protección de todas las Personas Sometidas a Cualquiera Forma de Detención o Prisión adoptadas por la Asamblea General de la ONU en la resolución 43/173, del 9 de diciembre de 1988, aplicables al caso concreto, en relación a que el médico deberá examinar a cada persona privada de su libertad a su ingreso y posteriormente tan a menudo como sea necesario, para determinar la existencia de una enfermedad física o mental y tomar, en su caso las medidas necesarias; además, visitar diariamente a los internos en reclusión que estén enfermos, señalamientos acordes con lo enunciado en las Reglas 24 y 27 de reciente

¹¹ Adopción: Consejo Económico y Social de la ONU Resoluciones 663C (XXIV), del 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII), del 13 de mayo de 1977.

actualización de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos. “Reglas Mandela”.¹²

60. De igual manera, son aplicables los criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, cuyas resoluciones son obligatorias para el Estado mexicano, de acuerdo a lo establecido por el artículo 62, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José de Costa Rica”)¹³, y que a continuación se citan.

61. En el “Caso Neira Alegría y otros vs. Perú”, sentencia de 19 de enero de 1995, párrafo 60, la Corte Interamericana, argumentó en el punto VII, lo siguiente “...*En los términos del artículo 5.2 de la Convención toda persona privada de libertad tiene derecho a vivir en condiciones de detención compatibles con su dignidad personal y el Estado debe garantizarle el derecho a la vida y a la integridad personal. En consecuencia, el Estado, como responsable de los establecimientos de detención, es el garante de estos derechos de los detenidos...*”.

62. A su vez, en el “Caso Instituto de Reeducción del Menor vs. Paraguay”, sentencia de 2 de septiembre de 2004, párrafos 152 y 153, en lo conducente indicó “...*el Estado se encuentra en una posición especial de garante (...) De este modo, se produce una relación e interacción especial de sujeción entre la persona privada de libertad y el Estado, caracterizada por la particular intensidad con que el Estado puede regular sus derechos y obligaciones y por las circunstancias propias del encierro, en donde al recluso se le impide satisfacer por cuenta propia una serie de necesidades básicas que son esenciales para el desarrollo de una vida digna(...)*Ante esta relación e interacción especial de sujeción entre el interno y el Estado, este último debe asumir una serie de responsabilidades particulares y

¹² “Servicios médicos. Regla 24. 1. La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica. Regla 27. 1... Cuando el establecimiento penitenciario tenga sus propios servicios de hospital, contará con el personal y el equipo adecuados para proporcionar el tratamiento y la atención que corresponda a los reclusos que les sean remitidos”. Adoptadas en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, del 2 al 5 de marzo de 2015, en homenaje al célebre Presidente.

¹³ En razón del reconocimiento de dicha competencia contenciosa de ese tribunal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de febrero de 1999.

tomar diversas iniciativas especiales para garantizar a los reclusos las condiciones necesarias para desarrollar una vida digna y contribuir al goce efectivo de aquellos derechos(...).De no ser así, ello implicaría que la privación de libertad despoja a la persona de su titularidad respecto de todos los derechos humanos, lo que no es posible aceptar...”

63. Las actuaciones y omisiones de las autoridades responsables violentaron los derechos humanos previsto en los artículos 1° y 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que implican la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, por lo que la actuación de las autoridades deberá ser en términos de las legislaciones aplicables, protocolos y manuales a los que se encuentran sujetos como servidores públicos, lo que en el presente caso no aconteció, pues a pesar de que V1 tenía derecho a que AR1, AR2 y AR3 preservaran su salud e integridad física, esto se omitió, por lo que el padecimiento que presentaba evolucionó paulatinamente, al no implementarse las medidas médicas necesarias preventivas para brindarle una atención adecuada como era su obligación.

64. Las personas privadas de la libertad, dada su condición de reclusión, no tienen la posibilidad de buscar por sí mismas la atención médica que requieren. Por lo tanto, la autoridad penitenciaria, al encargarse de su custodia, asume la calidad de garante y la obligación de otorgar aquéllos derechos que la disposición judicial no ha restringido, por lo que la actividad gubernamental debe pugnar por el estricto respeto de los derechos humanos; por lo tanto, quienes se encuentran en establecimientos penitenciarios no pierden por ese hecho el ejercicio de los mismos, únicamente se encuentran sujetos a un régimen jurídico particular que suspende determinados derechos, dicho sometimiento o especial sujeción no justifica el detrimento de otros y sus garantías, tal y como lo establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

65. La sobrepoblación, el hacinamiento, la falta de personal y su capacitación en el del CEFERESO 11, se corrobora con la aceptación de la Recomendación 9/2015

ya referida, donde en el punto segundo recomendatorio se solicita *“se realicen las gestiones pertinentes ante la Oficialía Mayor de la Secretaría de Gobernación para que conjuntamente con el titular del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social, realicen las adecuaciones presupuestales y administrativas a efecto de que se destinen los recursos humanos, materiales y financieros suficientes que permitan operar dicho centro de manera adecuada”*.

66. En ese tenor, se reitera que es indispensable que la Dirección General de Administración del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social en coordinación con la Oficialía Mayor de la Secretaría de Gobernación cubra la plantilla de personal médico en el Centro Federal, en términos del artículo 7, fracciones I y IV del Reglamento Interno de la Secretaría de Gobernación.

RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y PENAL.

67. Se advierte que el proceder de AR1, AR2, y AR3, infringe lo señalado por el artículo 8, fracciones I, XVII y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que contempla que todo servidor público debe cumplir con diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición jurídica relacionada con el servicio público, por lo que de conformidad en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, solicitará la colaboración para que se inicie el procedimiento administrativo de responsabilidad de los servidores públicos involucrados en los hechos de la presente Recomendación, ante el Órgano Interno de Control en el Órgano Administrativo Desconcentrado

Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, para que, en su caso se apliquen las sanciones respectivas

68. Así mismo, con fundamento en el artículo 71, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existen elementos para que este organismo protector de derechos humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente denuncia de hechos ante la Procuraduría General de la República, a efecto de que se inicie la averiguación previa que corresponda conforme a derecho, con el objetivo de que se determine la responsabilidad penal de los servidores públicos involucrados, a fin de que dichas conductas no queden impunes.

REPARACIÓN DEL DAÑO.

69. Debe precisarse que si bien una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad institucional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 109 y 113, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 1, 2 y 9, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado; así como 1, 2 fracción I, 7, fracciones II, VI, VIII, 8, 26, 27, 62, 64, fracciones II, VII, 65, 73, fracción V, 88, fracción II, 96, 97, fracciones I y III, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131, y 152 de la Ley General de Víctimas; de igual manera en los artículos 38, 39, 40, 41 y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, debe incluir en la Recomendación que se formule a la dependencia pública, las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos

fundamentales y las relativas a la reparación del daño que se hubiere ocasionado, el Estado deberá de investigar, sancionar y llevar a cabo la reparación del daño en los términos que establezca la ley.

70. En este contexto resulta aplicable en la especie la sentencia del “Caso *Espinoza González, vs. Perú*”, de 20 de noviembre de 2014, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en cuyos numerales 300 y 301 refiere que *“Toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, y también estableció que *“Las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.”* La Comisión Nacional advierte que los aludidos principios sobre reparación del daño se deben aplicar en casos de violaciones a derechos humanos, según el caso concreto, por lo que deberán servir como un referente internacional aplicable para que las autoridades responsables puedan determinar la reparación integral en los casos que versan sobre la protección de los bienes jurídicos imprescindibles.

71. Asimismo, los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23, de 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”, adoptados por las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 2005, así como en los diversos criterios sostenidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se advierte que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición y obligación de investigar los hechos identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

En atención a lo expuesto, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera procedente formular, respetuosamente, a Usted, señor Comisionado Nacional, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño ocasionado por el fallecimiento de V1, a los familiares de éste que les corresponda conforme a derecho, en términos de la Ley General de Víctimas y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se giren instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se realicen las gestiones administrativas necesarias ante la Dirección General de Administración del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social y la Oficialía Mayor de la Secretaría de Gobernación, para que se dote a la brevedad al mencionado CEFERESO 11 de suficiente personal médico especializado, así como de equipo, instrumentos y medicamentos para el manejo adecuado, oportuno y suficiente para cubrir las necesidades en materia de salud de la población.

TERCERA. Se colabore con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el inicio de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que sean solicitadas.

CUARTA. Se colabore con esta Institución Nacional en el inicio de la averiguación previa derivada de la denuncia que con motivo de los presentes hechos se formule ante la Procuraduría General de la República en contra de los servidores públicos involucrados en el caso, a fin de que en el ámbito de su competencia investigue su actuar y se remitan a este Organismo protector, las constancias que le sean solicitadas.

QUINTA. Se brinde capacitación constante y periódica al personal de los Centros Federales de Readaptación Social, con el objeto de que se atiendan con toda oportunidad los casos médicos de urgencia y se garantice el irrestricto respeto a los derechos humanos de los internos, asimismo se implementen programas de promoción y educación a la salud, dirigidos al personal adscrito al CEFERESO 11, y se remitan a este Organismo Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se giren instrucciones a quien corresponda, a efecto de que en el programa operativo del servicio médico se incluya la obligatoriedad del personal médico adscrito al Centro Federal de llevar a cabo un programa permanente de visitas al área de estancias de los internos, en el que se prevea la frecuencia y horarios en que deban realizarse y se supervise su cumplimiento por parte de las autoridades superiores.

72. La presente Recomendación, de acuerdo a lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, aplique las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

73. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le solicito, que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

74. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se le solicita que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación, se envíen a

esta Comisión Nacional dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma, de lo contrario, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

75. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15 fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República, o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia para que justifiquen su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ