



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 27 /2016

SOBRE EL CASO DE LA VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V, QUIEN SE ENCONTRABA INTERNA EN EL CENTRO FEDERAL DE READAPTACIÓN SOCIAL NÚMERO 16, EN COATLÁN DEL RÍO, MORELOS.

Ciudad de México, a 31 de mayo de 2016.

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

Distinguido señor comisionado:

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; 1, 3º, 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/3/2016/224/Q, relacionado con el fallecimiento de V, mientras se encontraba interna en el Centro Federal de Readaptación Social número 16, en Coatlán del Río, Morelos (CEFERESO 16).

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que su nombre y datos personales sean divulgados, 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 el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que se dicten las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. A lo largo del presente documento, la referencia a distintas dependencias, instancias de gobierno y cargos de servidores públicos se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán ser identificados como sigue: a) Comisión Nacional de los Derechos Humanos (Comisión Nacional); b) Secretaría de Gobernación (SEGOB); c) Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la SEGOB (OADPRS); d) Unidad de Asuntos Legales y Derechos Humanos del OADPRS (UALDH); e) Centro Federal Femenil, en Tepic, Nayarit, (CEFEFE); f) Centro Federal de Readaptación Social No. 16, en Coatlán del Río, Morelos (CEFERESO 16); g) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); h) Unidad de Medicina Familiar No. 6 del IMSS (UMF 6); i) Fiscalía Especializada en la Investigación de los Delitos de Femicidio, Homicidio de Mujeres, Personas Extraviadas o No Localizadas y Denuncias Anónimas del Estado de Morelos (FEEM); j) Dirección General de Investigaciones de la Fiscalía Regional de la Zona Sur-Poniente del Estado de Morelos (DGFRZSM);

I. HECHOS

4. El 15 de diciembre de 2015, V fue trasladada del CEFEFE al CEFERESO 16, ingresando aproximadamente a las 22:15 horas, donde se le practicó el estudio psicofísico de ingreso a las 01:20 horas del día 16 del citado mes y año, en el cual, entre otras cosas, se asentó que a respuesta del interrogatorio médico, V señaló que padecía de Diabetes Mellitus Tipo II y que se encontraba bajo tratamiento médico, consistente en *“Insulina 10 U en am y 10 en am (sic) cuando tiene establecido 40 U.”*

5. El 19 de diciembre de 2015, V fue valorada por AR4, encontrándola encamada con hipotermia y síndrome gripal, entre otros síntomas, prescribiéndole medicamento vía oral.

6. El 22 de diciembre de 2015, V fue egresada del CEFERESO 16 y trasladada para su atención médica a la UMF 6, en Puente de Ixtla, Morelos, derivado de la

impresión diagnóstica realizada por SP5 donde refirió *“Diabetes Mellitus 2/Pb coma diabético/descartar daño a órgano blanco”* así como por *“no contar con recursos necesarios en este momento”*.

7. SP1 señaló que V ingresó a la UMF 6 sin signos vitales, por lo que le brindó maniobras de reanimación cardiopulmonar por 25 minutos sin obtener respuesta, dando aviso al Ministerio Público de la localidad, iniciándose la CI.

8. El 7 de enero y 2 de febrero de 2016, Q1 y Q2, respectivamente, presentaron queja ante este Organismo Nacional, en las cuales entre otras cosas, manifestaron que tenían conocimiento del fallecimiento de una interna a quien no le habían proporcionado atención médica a pesar de padecer Diabetes Mellitus Tipo II.

II. EVIDENCIAS.

9. Escrito de queja de Q1 recibido en esta Comisión Nacional el 7 de enero de 2016, mediante el cual señaló una serie de irregularidades al interior del CEFERESO 16, con el que se dio inicio al expediente CNDH/3/2015/9877/Q, cuyo trámite se lleva por separado; y en virtud que también se precisó que tenía conocimiento de que una interna había fallecido por no haber recibido la atención médica que necesitaba, se abrió el diverso de queja CNDH/3/2016/224/Q.

10. Acta Circunstanciada del 11 de enero de 2016, suscrita por personal de esta Comisión Nacional, en la que se precisó que se recibió por correo electrónico el oficio SEGOB/CNS/OADPRS/UALDH/DDH/SA/0046/2016 del 9 de enero de 2016, signado por personal de la UALDH del OADPRS, al cual se adjuntó por su importancia la siguiente documentación:

10.1. Estudio psicofísico de ingreso practicado a V a las 01:20 horas del 16 de diciembre de 2015, en el cual se señaló que V padecía de Diabetes Mellitus Tipo II y que se encontraba bajo tratamiento médico el cual consistía en *“Insulina 10 U en am y 10 en am (sic) cuando tiene establecido 40 U.”*

10.2. Nota informativa del 16 de diciembre de 2015, firmada por SP6, SP7 y SP8, dirigida a AR2, en la que reportaron que V no *“accede a la aplicación del medicamento de insulina tal como estaba indicado”*.

10.3. Valoración Médica del 19 de diciembre de 2015, realizada por AR4 donde registró que V padecía Diabetes Mellitus Tipo II y era insulino dependiente, además de hipertensión arterial sistémica, cefalea, artralgias e hipertermia. A la exploración física se encontró encamada y con leve hipertermia, prescribiéndole *“Enalapril tabletas y Cloten”*.

10.4. Kardex de enfermería del 20 y 21 de diciembre de 2015, en los que se prescribió medicamentos a V consistentes en *“Enalapril”* una cada 24 horas por 5 días, y *“As-cor, 17 gotas /dosis única; Difenedol 1 c/12 hrs/3 días y Complejo B 1 c/24/7 días”*.

10.5. Nota Médica del 21 de diciembre de 2015, signada por AR4, en la que se señaló que a V se refirió con *“HTAS (hipertensión arterial sistémica), diabetes mellitus y manejo con insulina, la cual no ha aceptado alimento de varios días y se le informa no tener la ingesta adecuada y poner en riesgo su vida de un choque hipoglucémico, así como desbalance en su glucosa, se le insiste en la ingesta de alimentos, en presencia de su compañera y oficial, estando semiconsciente y encamada”*, diagnosticándole *“pb hipoglicemia, dm II, insulino dependiente inestable, H.T.A.S., poco cooperadora”*, indicándole *“medidas higiénico dietéticas establecidas, insistir en la ingesta de alimentos, exámenes de control y de acuerdo a resultados administración manejo de insulina. Paciente inestable, no padece enfermedades en fase terminal solo dar seguimiento estricto y vigilancia de la ingesta alimenticia así como su tratamiento establecido previa glicemia”*.

10.6. Tarjeta Informativa del 22 de diciembre de 2015, signada por SP4, en la que se escribió que en esa fecha acudieron al Módulo 9 a las 07:30 horas, a efecto de tomar muestra de sangre de V, para la realización de diversos estudios de laboratorio.

10.7. Resultados de la Biometría Hemática, en las cuales se fijó como hora de la toma de la muestra las 09:25 horas del 22 de diciembre de 2015, teniendo la impresión de los resultados a las 11:59 horas de ese día, los cuales arrojaron diversos niveles fuera de rango.

10.8. Nota médica del 22 de diciembre de 2015, rubricada por SP5, en la que se asentó que V tiene “*antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, se acude a atención médica de Urgencia a valorarla en el interior de su estancia, encontrándola soporosa, no responde a habla, flacidez muscular, compañera de estancia refiere que médico la atendió el día de ayer, pero continuó con adinamia, malestar, perdida del habla, inmovilidad actualmente, sin agregados, niega otras sintomatologías, niega alergias, no responde a estímulos verbales, dolorosos. Laboratorios con glucosa en más de 1,000g/dl, leucocitosis de 20,000, reportados verbalmente por laboratorio*”. A la exploración física con signos vitales de FC 64 por minuto, frecuencia respiratoria de 16 por minuto, tensión arterial sistólica 60mmHg, diastólica no valorable, inconsciente, desorientada, no cooperadora, soporosa. Con impresión diagnóstica de “*diabetes mellitus 2, PB coma diabético, descartar daño a órgano blanco*”. Indicaciones. “*Ayuno, se decide hospitalización, se realizan toma de laboratorios, se canaliza vena con solución Hartman a chorro, se aplica insulina de acción rápida 30 UI subcutánea, se decide traslado a otro Centro Hospitalario por no contar con recursos necesarios en este momento, fomentar actividades culturales, cita abierta en caso de anomalía*”.

10.9. Oficio SEGOB/CNS/OADPRS/45463/2015 del 22 de diciembre de 2015, suscrito por personal del OADPRS, mediante el cual se autorizó el egreso temporal de V, de manera urgente a las instalaciones del IMSS, toda vez que se encontraba con “*coma diabético*”.

10.10. Acta Administrativa número 014 (Egreso temporal por Atención médica de procesada del Fuero Federal), del 22 de diciembre de 2015 a las 10:45 horas, en la que se mencionó que derivado del diagnóstico médico: “*coma diabético descartar daño a órgano blando*”, se procedió a egresar a V del CEFERESO 16.

10.11. Nota médica del 22 de diciembre de 2015, en la que SP1 refirió que a las 11:00 horas de ese día V ingresó a la UMF 6, *“inconsciente, sin signos vitales, a su llegada, palidez tegumentaria, cianosis peribucal (acrocianosis), pupilas midriáticas 8mm arreflexicas, se dan maniobras de reanimación cardiopulmonar durante 25 minutos sin obtener signos vitales detectables, ni manualmente, ni por el monitor, por lo que se da aviso al ministerio público”*.

10.12. Acta de Defunción de V con número de folio 3889410, en la que se acotó *“como fecha y hora de defunción 22/diciembre/2015, 12:30:00, en Puente de Ixtla, Morelos, y como causas de la muerte Choque Hipovolémico de 1 H, Coma diabético de 24 hrs, cetoacidosis diabética de 24 hrs, hipertensión (sic) arterial de 48 hrs, Diabetes Mellitus tipo dos descontrolada de 48 hrs”*.

11. Acta Circunstanciada del 18 de enero de 2016, suscrita por personal de esta Comisión Nacional, en la que se certificó la recepción de un correo electrónico que contenía información relativa al personal médico y paramédico con que contaba el CEFERESO 16 para atender a la población interna, siendo éste de 4 médicos generales, 6 enfermeras, 3 auxiliares de enfermería, 3 químicos y 5 odontólogos, para atender a la población interna.

12. Acta Circunstanciada del 19 de enero de 2016, en la que una Visitadora Adjunta de esta Comisión Nacional hizo constar que se constituyó en el CEFERESO 16 a efecto de recabar diversa documentación respecto al caso que nos ocupa y realizar entrevistas con T1, T2 y T3, quienes manifestaron que V fue trasladada el 15 de diciembre de 2015 del CEFEFE al CEFERESO 16, y que desde su llegada hasta el 21 de diciembre de ese mismo año solicitó su medicamento a base de insulina dos veces al día pues era diabética, sin embargo, no le fue proporcionado, percatándose que ya no se levantaba de su cama.

13. Escrito del 2 de febrero de 2016, por el que Q2 presentó queja ante esta Comisión Nacional puntualizando que desde el 15 de diciembre de 2015 que V fue trasladada al CEFERESO 16, le indicó al personal de Seguridad y Custodia que se

sentía mal, sin embargo, no le hicieron caso y al llegar al referido Centro Federal no le proporcionaron el medicamento que necesitaba; que el 22 de diciembre de 2015, su hermana, V fue trasladada a la UMF 6 del IMSS en Puente de Ixtla, Morelos, donde falleció; asimismo, adjuntó la siguiente documentación:

13.1. Certificado de Defunción de V emitido el 22 de diciembre de 2015 por la Secretaría de Salud en el Estado de Morelos, con número de folio 150519709, en el que se señaló como causas de la defunción “*Choque Hipovolémico de 1 hr, coma diabético de 24 hrs, cetoacidosis diabética de 24 hrs, hipertención (sic) arterial de 48 hrs, Diabetes Mellitus Tipo Dos descontrolada de 48 hrs*”.

14. Acta Circunstanciada del 1 de marzo de 2016, suscrita por una Visitadora Adjunta en la que hizo constar que SP3 remitió vía correo electrónico una tarjeta informativa del 8 de febrero de 2016, donde refería diversas diligencias realizadas en la CI, relacionada con los hechos en donde falleciera V.

15. Opinión del 14 de marzo de 2016, signada por un médico adscrito a esta Comisión Nacional.

16. Acta Circunstanciada del 18 de marzo de 2016, suscrita por una Visitadora Adjunta, en la que se hizo constar la comparecencia de Q2, quien manifestó que el 24 de diciembre de 2015 que a través de una trabajadora social del CEFERESO 16 solicitó a las autoridades del mismo, apoyo para el traslado y sepelio de V, mismos que no obtuvo, por lo que ella afrontó el gasto funerario.

17. Acta Circunstanciada del 28 de marzo de 2016, suscrita por una Visitadora Adjunta, en la que se asentó que recibió por parte de SP3, vía fax, el resultado de la necropsia de ley practicada a V.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

18. El 15 de diciembre de 2015, V ingresó al CEFERESO 16, proveniente de su similar en Tepic, Nayarit; el 16 del mismo mes y año, se le realizó un estudio

psicofísico de ingreso, en el que manifestó que padecía de Diabetes Mellitus Tipo II y que se encontraba bajo tratamiento médico el cual consistía en “*Insulina 10 U en am y 10 en am (sic) cuando tiene establecido 40 U.*”

19. El 19 de diciembre de 2015, AR4 se refirió que V padecía Diabetes Mellitus Tipo II y era insulino dependiente, así como hipertensión arterial sistémica, cefalea, artralgias e hipertermia (dolor de articulaciones y temperatura alta), a la exploración física se encontró encamada y con leve hipertermia, por lo que se le prescribió el tratamiento vía oral.

20. El 22 de diciembre de 2015, SP5 acudió a brindar atención médica de Urgencia a V al interior de su estancia, encontrándola en malas condiciones generales y con una respuesta a los estímulos verbales y físicos prácticamente nula, por lo que aunado a las cifras de glucosa y de leucocitos que se le reportaron, tomó la determinación de externar a V para su hospitalización en la UMF 6, justificando además la salida por no contar con recursos necesarios para su atención.

21. El 22 de diciembre de 2015, V perdió la vida teniendo como causas de la defunción “*Choque hipovolémico de 1 hr, coma diabético de 24 hrs, cetoacidosis diabética de 24 hrs, hipertensión arterial de 48 hrs, diabetes mellitus tipo dos descontrolada de 48 hrs (sic)*”, tal y como se asentó en el certificado de defunción con folio 150519709, emitido por la Secretaría de Salud y su correspondiente Acta número 3889350, expedidos por el Estado de Morelos.

22. La CI fue iniciada el 22 de diciembre de 2015 por SP3, por la notificación de una persona sin vida del sexo femenino (V) en el interior de la UMF 6, en Puente de Ixtla, Morelos, cuya causa de muerte fue choque hipovolémico, coma diabético, cetoacidosis diabética, hipotensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, la cual se encuentra en investigación.

IV. OBSERVACIONES.

23. 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, pues si bien es cierto que la reinserción social es una labor fundamental del Estado mexicano, también lo es 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.

24. Del análisis lógico jurídico de las evidencias que integran el expediente CNDH/3/2016/224/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 a la protección de la salud y como consecuencia la pérdida de la vida, por parte de AR1, AR2, AR3 y AR4 ya que V no fue atendida de forma adecuada y oportuna ante los padecimientos que presentaba, en razón de los siguientes argumentos:

DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD.

25. Es preciso reconocer que el derecho a la protección de la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de otros derechos y debe ser entendido como la posibilidad de las personas de disfrutar de facilidades, bienes, servicios, así como condiciones necesarias para alcanzar su bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹. Una de las finalidades de este derecho es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente la necesidad de

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.

quien requiere de servicios para proteger, promover y restablecer la salud, lo anterior en términos de lo previsto en los artículos 1º, 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.

26. Conviene señalar que la protección a la salud está considerada como un derecho humano que el Estado debe asegurar y garantizar, sin embargo, 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 todos aquellos derechos que la disposición judicial no ha restringido, como en el caso lo era el derecho a los servicios de salud, por lo que la actividad gubernamental debe ser prioridad en el estricto respeto de los derechos humanos. Quienes se encuentran en establecimientos penitenciarios, se encuentran sujetos a un régimen jurídico particular y dicho sometimiento o especial sujeción no justifica el detrimento o menoscabo de sus derechos humanos.

27. La Suprema Corte de Justicia de la Nación² ha establecido que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentran el disfrute de servicios de salud de calidad, en todas sus formas y niveles, entendiéndola como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, y para garantizarlos, es menester que sean proporcionados con estándares altos, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos.

28. En la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010³, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus, se establece un referente normativo nacional para la toma de decisiones clínicas del personal que brinde atención

² Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009 DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXIX/Abril de 2009, página 164.

³ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de noviembre de 2010.

médica de primer, segundo y tercer nivel, basada en la evidencia disponible a efecto de estandarizar las acciones realizadas para el mayor beneficio del paciente.

29. En el punto 3.16 del citado documento define la Cetoacidosis, como “*la complicación aguda, por deficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina. Tal situación conduce al catabolismo de las grasas como fuente de energía, produciendo la formación de cuerpos cetónicos lo cual se manifiesta como acidosis metabólica*”. Esta condición puede ser precipitada por estrés, infecciones, otras enfermedades, alimentación inadecuada o la omisión del tratamiento.

30. En el Estudio Psicofísico de ingreso, se asentó que V padecía de Diabetes Mellitus Tipo II y que se encontraba bajo tratamiento médico el cual consistía en la aplicación de *Insulina 10 U en am y 10 en am (sic) cuando tiene establecido 40 U.*”, no obstante lo manifestado por V, el personal médico del CEFERESO 16 no realizó ningún análisis para continuar y prescribir una nueva indicación respecto a la dosis de insulina que requería de acuerdo al cuadro clínico que presentaba en ese momento.

31. Es importante mencionar que no se cuenta con evidencias que permitan observar el seguimiento y valoración de V, siendo hasta el 19 del citado mes y año, que recibió atención médica, cuando ya presentaba artralgias e hipertermia y se encontraba encamada, señalándole un diagnóstico de cuadro gripal.

32. El 20 de diciembre de 2015, AR3 señaló que V presentaba tensión arterial de 80/60 mmHg, mareo y vómito, sin especificar en cuantas ocasiones, independientemente de lo anterior, reportó que V tenía adecuado estado de hidratación y buenas condiciones generales, con diagnósticos de Diabetes Mellitus Tipo II con manejo de insulina e hipotensión, prescribiéndole según el Kardex de Enfermería de esa misma fecha As-cor en gotas (para elevar la presión arterial), Complejo B (vitamina), Difendol (para el mareo), así como Enalapril (para bajar la

presión arterial). Dichos medicamentos se prescribieron sin contar con los resultados de laboratorio.

33. El 21 de diciembre de 2015, AR4 asentó en una nota médica: *“Ubicación: mod. 9, pasillo dos, estancia 19, paciente femenina quien refiere H.T.A.S., diabetes mellitus y manejo con insulina, la cual no ha aceptado alimento de varios días y se le informa no tener la ingesta adecuada y poner en riesgo su vida de un choque hipoglucémico, se le insiste en la ingesta de alimento, en presencia de su compañera y oficial, estando semiconsciente y encamada (sic)”*.

34. Asimismo, se asentó que a V se encontró a la *“exploración física TA 100/60 mmhg, Fc 77 x’ y FR 18 x’, semiconsciente, orientada, poco cooperadora, mala ingesta en el estado de hidratación, con leve sudoración fría y baja temperatura, pupilas con disminución de reflejos, resto de la exploración sin datos negativos”*. Impresión diagnóstica de *“Pb hipoglisemia, dm II, insulino dependiente inestable, H.T.A.S., poco cooperadora”*. El médico de esta Comisión Nacional estimó que en las condiciones antes descritas se evidencia la falta e inadecuada atención médica, ya que por su estado de alteración de conciencia era evidente la necesidad de indicar un test rápido de medición de glucosa, asegurar una vena permeable y remitirla al hospital de la institución para su observación, estabilización y seguimiento, situación que no aconteció.

35. SP5 indicó que el 22 de diciembre de 2015, le reportaron los resultados de los estudios de laboratorio, los cuales indicaron que V presentaba glucosa en más de 1,000g/dl, leucocitosis de 20,000, motivo por lo cual tomó la determinación de aplicar medidas urgentes en las que se incluyó el traslado a otra unidad hospitalaria por las condiciones que en su momento refirió.

36. De igual manera, se encontró que a la exploración física, V presentó frecuencia cardíaca de 64 por minuto, frecuencia respiratoria de 16 por minuto, tensión arterial sistólica 60mmHg, diastólica no valorable, inconsciente, desorientada, no cooperadora, soporosa, sin facies características, marcha no

valorable, ligera palidez en piel y tegumentos, pupilas isocóricas y normorefléxicas, tórax con movimientos de amplexión y amplexación normales, campos pulmonares sin alteraciones, ruidos cardiacos sin alteraciones. Impresión diagnóstica de Diabetes Mellitus Tipo II y probable coma diabético, por lo que SP5 a efecto de descartar daño a órgano blanco, decidió que V requería hospitalización, le tomaron muestras para laboratorios, se canalizó vena con solución Hartman a chorro, se aplicó insulina de acción rápida 30 UI subcutánea, y se decidió que V fuera trasladada a otro Centro Hospitalario por no contar con recursos clínicos necesarios en ese momento.

37. En la mencionada cronología de las valoraciones médicas, resulta evidente que por parte de AR2, AR3 y AR4 existió negligencia médica, ya que ninguno detectó la complicación por la falta de la aplicación del tratamiento respectivo, lo que también implica falta de supervisión y conocimiento, generando riesgo y atentando contra la salud, sin haber tomado las debidas precauciones como la toma de un glucotest y exámenes de laboratorio y gabinete, lo que derivó en el fallecimiento de V.

38. En ese orden de ideas, toda 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 ante los servicios de salud, para que se le proporcione una atención integral y, en su caso, provea los recursos para financiar tal atención, lo que en el caso no sucedió, pues como ya se refirió, fue hasta el 22 de diciembre de 2015, y no a su ingreso al CEFERESO 16 cuando a V le fueron ordenados los estudios de manera urgente por la gravedad en la que se encontraba, siendo que su padecimiento había evolucionado a tal grado que se le trasladó de urgencia a un nosocomio de primer nivel fuera del establecimiento penitenciario donde se encontraba, lugar en el que se reportó que llegó sin signos vitales, y a pesar de las maniobras de reanimación cardiopulmonar no revirtió su estado, derivado de las complicaciones de la Diabetes Mellitus Tipo II que se habían generado a

consecuencia de la falta e inoportuna atención médica que recibió, por parte de AR2, AR3 y AR4.

39. Dicha enfermedad se presenta al tener una glucemia mayor de 300 mg/dl en sangre, y las causas precipitantes suelen ser el abandono del tratamiento con insulina, las transgresiones dietéticas, infecciones, traumatismos, entre otros, manifestando náuseas, vómitos y dolor abdominal, ya que si no es tratada precozmente se puede desarrollar obnubilación y coma diabético. En la exploración física se destaca una respiración acelerada tipo Kussmaul (irregular) y signos de deshidratación como sequedad de mucosas e hipotensión. A pesar de que V presentaba estos signos AR2, AR3 y AR4 omitieron tomar las medidas inmediatas para salvaguardar su vida, tales como: una determinación rápida de glucosa (glucotest) al ingreso del Centro Federal, administrar la dosis necesarias de insulina en virtud de que era insulino dependiente, determinar el origen de la infección que presentó, ministrarle en tiempo el medicamento necesario, la vigilancia de su evolución y el reporte de la misma, entre otras.

40. Esta Comisión Nacional estima que desde el momento en que V ingresó al CEFERESO 16 y manifestó ser diabética insulino dependiente, los médicos responsables tenían la obligación de brindarle la atención inmediata, además de solicitar la interconsulta con la especialidad de endocrinología y/o medicina interna, así como del servicio de cardiología, para la valoración de la hipertensión arterial, ya que se estima que su descompensación era de 36 horas aproximadamente.

41. En las condiciones posteriores al traslado de V del CEFEFE al CEFERESO 16, se evidenció que no existe un protocolo y/o control específico de internos pacientes con enfermedades crónico degenerativas, lo que conlleva a dejar de proporcionar la dieta y/o el medicamento acorde a los padecimientos presentados, ocasionando su descontrol y, en su caso, que se comprometa el estado de salud.

42. De acuerdo a la información proporcionada por el OADPRS, V fue egresada del Centro Federal a un Hospital del IMSS, sin hacer mención que éste es una Unidad Médico Familiar, cuya cobertura no fue acorde a lo que necesitaba la interna, que requería una Unidad de Cuidados Intensivos.

43. No obstante de que V fue certificada por AR3 al momento de su ingreso al CEFERESO 16, en esta evaluación fue omisa respecto a la información proporcionada por V, ya que ésta señaló que se encontraba bajo tratamiento médico y presentaba una enfermedad crónica degenerativa, la cual constituía un factor de riesgo, lo que hacía necesaria la práctica de estudios para corroborar el diagnóstico y AR3 omitió ahondar al respecto.

44. El 23 de abril de 2009 esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la Recomendación General 15, Sobre el Derecho a la Protección de la Salud, 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 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;”* lo anterior en relación a 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 y el *Pronunciamiento sobre el Derechos a la Protección de la Salud de las Personas Internas en Centros Penitenciarios de la República Mexicana* emitido el 16 de marzo de 2016 por este Organismo Nacional, que señalan que el Estado mexicano está obligado a salvaguardar la salud de la población interna, derivado de la especial sujeción en la que se encuentra la persona respecto a la autoridad, ya que no tiene la posibilidad para buscar y allegarse de medios para el cuidado de su salud.

45. 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 Américas”*, dispone que las personas privadas de la libertad tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, atención médica; además de las medidas especiales para satisfacer las necesidades particulares, y que el Estado deberá garantizar que los servicios de salud proporcionados en los centros de reclusión funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública.

A) Falta de personal y de capacitación.

46. La falta del personal médico especializado del referido Centro Federal, 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 las personas, acorde con lo previsto en los numerales 27, fracción III de la Ley General de Salud, que señala *“...La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias...”*, en relación directa con el similar 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica que indica *“...La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica...”*.

47. La falta de personal en el establecimiento que nos ocupa es preocupante, toda vez que no obstante se tiene designado un presupuesto para brindar los servicios de atención médica a la población penitenciaria, materialmente no se dispone de médicos especializados que puedan actuar y responder a las circunstancias que se presentan.

48. En la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, aprobada

por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 11 de septiembre de 2011, se establece la obligación de los países firmantes, respecto a la promoción de políticas públicas y medidas de control y prevención de enfermedades no transmisibles (ETN), las cuales se consideran una de las causas más altas de mortalidad en los últimos años.

49. El Estado mexicano afirma su papel y la responsabilidad primordial de responder al reto que plantean las enfermedades no transmisibles, y que la participación y el compromiso de todos los sectores de la sociedad son esenciales para generar respuestas eficaces que fomenten la prevención y el control de estas enfermedades.

50. Para tal efecto la Secretaría de Salud emitió la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2, en la que se describen las estrategias farmacológicas [(terapia oral combinada, insulinización temprana, diferentes esquemas de insulina (basal, intensiva y uso de pre mezclas), y no farmacológicas (programa educativo colaborativo centrado en la participación activa del paciente y su red de apoyo)] para Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2.

51. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos estima conveniente que las autoridades del CEFERESO 16 lleven a cabo las acciones que consideren pertinentes para realizar a la población penitenciaria y en especial a la de nuevo ingreso, exámenes como medida de prevención y en caso, de resultar positivos, instrumentar las medidas de atención inmediatas.

52. Ante la conducta asumida en la que incurrió el personal médico tratante provocó la complicación de la salud en V, por lo que resulta indispensable que el personal del CEFERESO 16 sea capacitado en temas de derechos humanos, así como de destinar recursos para planificar e implementar medidas de prevención y control de enfermedades no transmisibles en los establecimientos penitenciarios, en términos del artículo 7, fracciones I y IV del Reglamento Interno de la Secretaría de Gobernación.

53. Además, es indispensable que el personal de ese lugar cuente con las pautas o directrices necesarias para implementar medidas de prevención, diagnóstico y atención a los casos de Diabetes Mellitus Tipo II que se presenten en el referido establecimiento penitenciario, tomando en cuenta para ello el Informe de un Grupo

de Estudio de la Organización Mundial de la Salud respecto de tal padecimiento, derivado de las reuniones realizadas del 11 al 16 de febrero de 1985, en Ginebra Suiza.

54. Las autoridades penitenciarias responsables en el presente caso al no brindar los elementos y organización mínimos para el desempeño adecuado del personal que labora en la institución, a saber médico y directivo, violentaron el derecho a la protección a la salud y por consecuencia a la vida de V, por lo que para esta Comisión Nacional son co-responsables de los resultados que se produjeron, situación que se analiza en el capítulo de responsabilidad.

55. También se apreció en el expediente médico de V, que nunca fue atendida por un especialista en Medicina Interna y/o Endocrinología, mientras se encontraba en el CEFERESO 16, lo que evidencia que no dispone de personal médico especializado para atender casos urgentes de la población penitenciaria, lo que deriva en negligencias y omisiones médicas, aspectos que constituyen responsabilidad institucional, como el caso de AR2, pues es el servidor público responsable de solicitar a su superior el suministro de los recursos necesarios, a efecto de que se cumplan con todas las disposiciones que el artículo 49 del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social le confiere y obliga.

56. Cabe señalar que en los casos en que el OADPRS determine el traslado de algún interno a otros centro penitenciarios, se deben aplicar protocolos que señalen que dicho cambio se debe complementar con el expediente correspondiente, y señalar los casos que requieran atención médica de urgencia.

B) Inobservancia de la normatividad sobre el expediente clínico.

57. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que en las notas médicas de la atención brindada a V en el CEFERESO 16, AR2, AR3 y AR4, omitieron asentar la hora en que se llevaba a cabo la revisión médica de V, así como las indicaciones de los medicamentos, incluso los datos son ilegibles y presentan abreviaturas, además, que en lo referente a la administración de la cantidad y horarios de la insulina no son claros, por tanto, infringieron los lineamientos establecidos en el punto 5.10, 5.11 y 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico⁴, que establece: *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables”, “Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”*.

58. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en las instituciones de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento; y más aún que de las propias indicaciones se encuentran contradicciones ya que refieren a V como semiconsciente y poco cooperadora, e indicándole ayuno y *“fomentar actividades culturales”*, lo que en una persona con estos signos es prácticamente imposible que se cumplan.

⁴ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.

59. Resulta aplicable en la especie la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros, vs. Ecuador”, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en cuyo párrafo 68, refiere *“la relevancia del expediente médico adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*.

DERECHO A LA VIDA.

60. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

61. En el caso niños de la calle vs. Guatemala la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CrIDH) señaló que: *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que*

no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.”⁵

62. De la lectura a los citados artículos y de la Sentencia de la CrIDH, se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, un deber negativo por parte del Estado de respetar la vida, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.

63. En opinión de un médico adscrito a este Organismo Nacional, en virtud de que V era diabética insulino dependiente, requería precisamente de insulina para el control metabólico de la glucosa, al no aplicársele ésta, se elevaron sus niveles en sangre, llegando a cifras 10 veces por arriba del promedio normal, lo que favoreció las complicaciones de su diabetes mellitus tipo 2, ocasionando coma diabético y cetoacidosis diabética, lo cual provocó daño sistémico importante al grado que fue irreversible, culminando en su deceso, por lo que se puede concluir que la falta de atención médica oportuna a V fue un factor determinante de su fallecimiento.

64. Al respecto, en la Guía Práctica Clínica (SSA-093-08) “Diagnóstico, Metas de Control Ambulatorio y referencia oportuna de Diabetes Mellitus Tipo II en el primer nivel de atención” se establecen criterios orientadores para la adecuada atención de este tipo de padecimientos, la cual indica como primer punto de importancia, la práctica estudios para el mejor diagnóstico y tratamiento, lo que en este caso no ocurrió. La citada guía, menciona que la Diabetes Mellitus ocupa en México el primer lugar como causa de fallecimiento; que la historia natural del padecimiento incluye situaciones que comprometen el control en los pacientes y condiciona la presentación de complicaciones agudas y crónicas, advirtiéndose que el personal médico hizo caso omiso de tales circunstancias, al no implementar acciones para

⁵ “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”, Sentencia de fondo, de 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

el tratamiento médico adecuado y seguimiento de la patología desde que V ingresó al CEFERESO 16.

65. Como ya se señaló, AR2, AR3 y AR4 no valoraron adecuadamente los padecimientos que presentaba V, omitiendo cumplir su deber de cuidado a fin de preservarle la salud y la vida, así como la necesidad de indicar desde su ingreso un tratamiento específico y adecuado; no tuvieron la precaución de solicitar inmediatamente los estudios de laboratorio respectivos posteriores a su ingreso, los cuales eran indispensables y su falta motivó que el estado de salud de V se agravara y culminara con su deceso.

66. Lo anterior cobra relevancia jurídica al considerar la conclusión de la necropsia de ley practicada por el Servicio Médico Forense de Procuraduría General de Justicia del Estado de Morelos dentro de la CI, donde se asentó que V *“falleció por una cetoacidosis diabética, que es un problema potencialmente mortal que ocurre en pacientes diabéticos y ésta se presenta cuando el cuerpo no puede usar la glucosa como fuente de energía. Debido a que no hay insulina o ésta es insuficiente por lo que se descomponen los ácidos llamados cetonas, que se acumulan en la sangre y orina y los síntomas son los siguientes; disminución del estado de conciencia, respiración acelerada y profunda, resequedad de mucosas y piel, dolor de cabeza, edema cerebral, hipotensión, náuseas, vómito, dolor abdominal. De éstos algunos son mencionados en las notas médicas de las que hago mención y anexo copias de ellas. Como también el Choque Hipovolémico, Coma Diabético, Hipotensión Arterial son complicaciones de la enfermedad que padecía la occisa que era Diabetes Mellitus Insulina Dependiente Descontrolada”*.

67. En el caso *“Neira Alegría y otros vs. Perú”*, sentencia de 19 de enero de 1995, párrafo 60, la CrIDH, se argumentó que las personas privadas de su libertad deben gozar de condiciones compatibles con su dignidad humana y que las autoridades, al ser inmediatamente responsables de ellos, deben garantizarles el derecho a la vida y a la integridad física. Así mismo en el caso *“Instituto de Reeducación del Menor vs. Paraguay”*, en la sentencia de 2 de septiembre de

2004, párrafos 152 y 153, detalló que las autoridades asumen una serie de obligaciones específicas frente a los sujetos que tienen bajo su custodia y que, en consecuencia, es necesario que tomen iniciativas especiales para garantizar a las personas privadas de su libertad, las condiciones necesarias para que desarrollen una vida digna y así contribuir al goce efectivo de aquellos derechos que no pueden restringirse o que su limitación no deviene de la privación de la libertad.

RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y PENAL.

68. En este caso, existió responsabilidad institucional, toda vez que si bien es cierto el CEFERESO 16, cuenta con instalaciones y equipo médico, también lo es que no dispone de personal médico suficiente ni especializado que dé un adecuado uso para atender a la población de ese lugar, que deriva en la falta de diagnósticos oportunos, insuficientes, tardíos, omisos, repercutiendo en tratamientos inadecuados, aunado a la falta de capacitación que influyeron, en la pérdida de la vida de V.

69. La responsabilidad de AR1 se encuentra en la falta de vigilancia y la aplicación del tratamiento técnico de V, ya que la atención médica conforma una parte integral del proceso de cada interno, en términos de los artículos 12 y 13, fracción XI, del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social, y más aún al no solicitar al CEFEFE el expediente único de V, y con ello estar en condiciones de continuar con su tratamiento.

70. La falta de seguimiento médico y profesionalismo en la actuación de AR2, al ser el superior jerárquico de AR3 y AR4, personal del servicio médico, se corrobora en virtud de que, además de supervisar sus labores, estaba obligado a revisar la integración de los expedientes médicos de las internas de conformidad con lo establecido en los artículos 49 del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social, así como 28, fracción I y 29 del Manual de Tratamiento de los Internos en Centros Federales, numerales que lo comprometen a otorgar atención médica a las internas; lo que en el presente caso no sucedió, pues el

estado de salud de V se fue agravando, sin que exista evidencia de que 7 días anteriores a su fallecimiento hubieran realizado acciones tendentes a brindarle una atención adecuada.

71. Asimismo existe una nota informativa de SP6, SP7 y SP8, del 16 de diciembre de 2015, dirigida a AR2, en la que dicho personal señala que V *“no accede a la aplicación de dicho medicamento tal y como esta indicado”*. Lo anterior no se sustenta en ningún documento y en el kardex de enfermería no se observa esta prescripción, aunado a lo señalado por T1, T2 y T3, quienes indicaron que desde que sucedió el traslado de V, solicitó de manera reiterada su medicamento, sin que se lo hubieren proporcionado ocasionándose la descompensación y descontrol diabético que le provocó la pérdida de la vida.

72. AR2, AR3 y AR4, incurrieron en una inadecuada atención por la falta de una interpretación apropiada de las condiciones de salud de V a la exploración física que le fue practicada, donde no se tomaron en cuenta los antecedentes clínicos, su evolución y afectación general que la llevó a la descompensación metabólica que le ocasionó la muerte.

73. Esta Comisión Nacional considera que las omisiones de AR1, al no vigilar la aplicación de su tratamiento integral y de AR2, AR3 y AR4, son violatorias a la protección a la salud en agravio de V, ya que su actuar, fue omiso, negligente, inadecuado, incumpliendo la obligación que tenían como servidores públicos, lo que provocó la pérdida de la vida de V, previsto en el artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el cual establece: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución.”*, asimismo, tales conductas contravienen lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones II y V, 23, 27, fracción III, 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud; 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación

de Servicios de Atención Médica, que refieren, en forma general, que el derecho a la salud tiene como una de sus finalidades el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, mediante acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad, atendiendo a un diagnóstico temprano que permita proporcionar un tratamiento oportuno.

74. Se advierte que los servidores públicos involucrados en el presente caso no observaron lo dispuesto en los numerales 24 y 25.1, de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos⁶, así como el 24 del Conjunto de Principios para la Protección de todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión adoptadas por la Asamblea General de la ONU en la resolución 43/173, del 9 de diciembre de 1988, al caso concreto, en relación a que el médico deberá examinar a cada persona privada de su libertad a su ingreso y ulteriormente 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 actualización y complementación de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos. “Reglas Mandela”⁷ en relación con las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas no Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (“Reglas de Bangkok”), como se indica en el numeral 6.

75. En los numerales 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

⁶ 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.

⁷ “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.

Culturales; 6.1 y 10.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; I y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, se señala el derecho a la vida, la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos y se establece el margen mínimo de prestación en los servicios médicos que el estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad.

76. Los servidores públicos involucrados, tampoco observaron las disposiciones relacionadas con el derecho a la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales, de los que el Estado mexicano es parte, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 133, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

77. No pasa desapercibido para esta Institución Nacional, que los numerales 49 y 50, del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social, mencionan la obligación del personal médico de los Centros Federales de Readaptación Social de velar por la salud física y mental de los internos en reclusión, así como la de vigilancia para el tratamiento integral de los internos, y la facultad para efectuar los traslados de éstos a instituciones públicas del sector salud, lo que no ocurrió de manera oportuna en el presente caso, sino que fue hasta que V se encontraba grave en su estado de salud.

78. El proceder de los responsables infringieron lo contemplado 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, observar buena conducta en su empleo, cargo o comisión y abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición jurídica relacionada con el

servicio público, a saber AR1, al no cumplir con su obligación de estar al cuidado de supervisar la aplicación del tratamiento integral que conforma el derecho a la protección de la salud; de AR2, AR3 y AR4, por la negligente, omisa e inadecuada atención médica, proporcionada a V, por lo que con fundamento 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, solicite la colaboración para el inicio de procedimiento administrativo de responsabilidad de los servidores públicos involucrados en los hechos de la presente Recomendación, ante el Órgano Interno de Control en el OADPRS, para que, en su caso se apliquen las sanciones respectivas.

79. Asimismo, 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 presente denuncia correspondiente conforme a derecho, con el objetivo de que se inicie la indagatoria correspondiente, y se determine la responsabilidad penal de en contra de AR2, AR3 y AR4, y quien resulte responsable, a fin de que dichas conductas no queden impunes.

REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

80. 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 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 1, 2 fracción I, 7, fracciones II, VI, VIII, 8, 26, 27, 62, 64, fracciones I, II, 65, inciso C, 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, consistentes en compensación, rehabilitación médica y psicológica, entre otras, en el presente caso le corresponde al Estado el deber de investigar, sancionar y llevar a cabo la reparación del daño en los términos que establezca la ley.

81. Asimismo derivado de la especial sujeción a que estaba V, las autoridades penitenciarias como responsables de la guarda, custodia y cuidado de las internas, pudieron apoyar en el pago de gastos funerarios y traslado a la Ciudad de México, situación que no aconteció debiendo absorber el costo sus familiares, erogación que la autoridad pudo otorgar como Ayuda Social, en términos de la partida 4400, del Decreto de Austeridad por el que se aprueba el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018⁸.

82. Resulta aplicable la sentencia del “Caso Espinoza González, vs. Perú”, de 20 de noviembre de 2014, emitida por la CrIDH, en cuyos numerales 300 y 301; y el artículo 63.1 de la Convención Americana sobre derechos humanos, refieren que *“Toda violación de una obligación internacional que haya producido daño, comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una*

⁸ Que refleja una administración pública orientada a resultados, que sea eficiente y tenga mecanismos de evaluación que mejoren su desempeño, que optimice el uso de los recursos públicos, que simplifique la normatividad y trámites gubernamentales, que rinda cuentas de manera clara y oportuna a la ciudadanía. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312420&fecha=30/08/2013

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.”

83. La Comisión Nacional advierte que los aludidos principios sobre reparación del daño deben aplicarse en las violaciones a derechos humanos, por lo que deberán servir como un referente internacional aplicable para que las autoridades responsables puedan determinar la reparación en los casos que versan sobre la protección de los bienes jurídicos imprescindibles.

84. De 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”, así como en los diversos criterios sostenidos por la CrIDH, 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, satisfacción, garantías de no repetición y obligación de investigar los hechos identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

85. Dicha normatividad internacional consiste en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan⁹. Se considera necesario que las autoridades responsables del OADPRS de la Secretaría de Gobernación, implementen protocolos y medidas específicas para que los servidores públicos de esas instituciones no repitan situaciones como las mencionadas en este documento, debiendo implementar protocolos de actuación respecto a los internos que sean trasladados, impartirles cursos de capacitación y formación en materia de derechos humanos, con el

⁹ Caso *Bácam Velásquez vs. Guatemala*. Fondo, Reparación y Costas, Sentencia de 25 de noviembre de 2000, párr. 77.

objeto de evitar violaciones como las que dieron origen a esta Recomendación, para lo cual deberán enviar las constancias que acrediten las medidas implementadas al efecto.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar de forma integral el daño ocasionado por el fallecimiento de V, a los familiares de ésta que les corresponda conforme a derecho, en términos de la Ley General de Víctimas, que deberá incluir una compensación y el pago de gastos funerarios 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 la Dirección General de Administración del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social realice las gestiones necesarias ante la Oficialía Mayor de la Secretaría de Gobernación, para que se dote a la brevedad al CEFERESO 16 de personal médico, especializado, así como medicamentos para el manejo adecuado, oportuno y suficiente para cubrir las necesidades de promoción y conservación de la salud en la población interna, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que sean solicitadas.

TERCERA. Se colabore con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el inicio de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, y quien resulte responsable, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que sean solicitadas.

CUARTA. Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos, presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, en contra de AR2, AR3 y AR4, y quien resulte responsable y se remitan a este Organismo Protector de derechos humanos, las constancias que le sean solicitadas.

QUINTA. Se imparta capacitación al personal de los Centros Federales de Readaptación Social, con el objeto de que se atiendan de manera integral los casos médicos de urgencia y con ello se garantice el irrestricto respeto a los derechos humanos de los internos, y se remitan a este Organismo Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se emitan protocolos de actuación, a efecto de que cuando se trasladen internos a Centros Federales de Readaptación Social sea obligatoria la presentación del expediente “único” a fin de contar con la situación médica y jurídica actualizada de los mismos, de conformidad con los artículos 28 y 29 del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social, destacando los casos que requieran de atención médica urgente, remitiendo las constancias de su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se giren las instrucciones respectivas a efecto de que se emita una circular dirigida al personal médico de los CEFERESOS, en la que se les exhorte a cumplir cabalmente lo especificado en la Norma Oficial Mexicana relativa a la integración del Expediente Clínico (NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico), hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

86. 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 1°, 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.

87. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

88. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

89. 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, que requieran su comparecencia para que justifiquen su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ