Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 47 /2015

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

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

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 1°, párrafos primero, segundo, tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero; 6, 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/3/2013/2926/Q, relacionado con el fallecimiento de V1, mientras 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 su nombre y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, 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, y vistos los siguientes:

I. HECHOS

3. El 11 de noviembre de 2012, se practicó a V1 estudio psicofísico de ingreso al CEFERESO 11, en el que el médico lo diagnosticó como aparentemente sano y sin lesiones externas, registrando como peso al ingresar 66 kilogramos.

4. El 7 de marzo de 2013, a las 14:36 horas AR3 valoró a V1 a manera de seguimiento, refiriendo V1 temperatura elevada y malestar general, solicitando estudios de laboratorio completos de forma urgente.

5. El 10 de abril de 2013, fue hospitalizado porque presentaba desnutrición y estado general de salud grave, el 13 del mismo mes y año fue externado para su traslado al Hospital General del Estado de Sonora, para que recibiera atención médica especializada, donde se le realizó trasfusión de paquete globular, y se le dio de alta el mismo día, regresando al área de médica del CEFERESO 11, donde quedó hospitalizado hasta el 25 de abril, fecha en la fue externado de nueva cuenta para trasladarlo al Hospital General del Estado de Sonora, donde el 28 del mes y año citados, falleció derivado de las complicaciones que presentaba.

6. El 9 y 11 de abril de 2013, esta Comisión Nacional recibió las quejas presentadas por Q1, en las que señaló ser un familiar de un interno "*que se encuentra muy enfermo y ya tiene varios días así y no a (sic) tenido atención médica".*

II. EVIDENCIAS.

7. Acta circunstanciada del 9 de abril de 2013, mediante el cual personal de la Dirección General de Quejas y Orientación de este Organismo Nacional, hizo constar que recibió una llamada telefónica de Q1, quien interpuso queja en favor de V1.

8. Escrito de queja de Q1 recibido en esta Comisión Nacional el 11 de abril de 2013.

9. Oficio SEGOB/OADPRS/UALDH/8125/2013 del 19 de junio de 2013, signado por personal de la Unidad de Asuntos Legales y Derechos Humanos (UALDH) del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social (OADPRS) de la Secretaría de Gobernación, en el que asentó que V1 causó baja del CEFERESO 11 por defunción, toda vez que falleció el 28 de abril de 2013, con diagnóstico de choque séptico que originó falla orgánica múltiple, adjuntándose diversa documentación, entre la que destaca la siguiente:

9.1. Certificado de Defunción de V1, con número de folio 130678619, en el cual se asentó como hora y fecha de defunción las 14:20 horas del 28 de abril de 2013, y como causas de la muerte choque séptico, neumonía adquirida, tuberculosis y VIH.

10. Oficio 11159/2013 del 30 de julio de 2013, signado por personal de la UALDH del OADPRS, al que se adjuntó copia simple del expediente médico de V1, integrado en el CEFERESO 11.

11. Oficio 12891/2013 del 17 de septiembre de 2013, emitido por la UALDH del OADPRS, al que adjuntó el oficio CFRS11/DG/9044/2013 del 4 de septiembre de 2013, signado por AR1, quien indicó lo siguiente:

a) Que el 11 de noviembre de 2012, V1 ingresó al CEFERESO No. 11 proveniente del CEFERESO 5, y en el estudio psicofísico de ingreso, negó padecer enfermedades infectocontagiosas como VIH.

b) Que mediante una campaña para la detección de enfermedades infectocontagiosas realizada en el mes de marzo de 2013 en el CEFERESO 11, a todos los internos se les realizó "*panel viral*", resultando V1 positivo a VIH, quien refirió desconocer que padecía dicha enfermedad.

c) Que de inmediato se informó a la Secretaría de Salud del Estado de Sonora, específicamente al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de los Pacientes con SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPACITS), quienes el 8 de marzo del 2013 acudieron a ese CEFERESO 11, a efecto de recabar muestras sanguíneas confirmatorias denominadas *"Western Blott"*, y realizar los cuestionamientos de CENSIDA a V1, entregando los resultados confirmatorios el 14 de marzo de ese año.

d) Se solicitó a CAPACITS que proporcionara el tratamiento antirretroviral a V1, el cual no se pudo concretar ya que se encontraba en una etapa muy avanzada de la enfermedad.

e) El 13 de abril de 2013 V1 fue trasladado al Hospital General del Estado, donde fue transfundido por presentar *"síndrome anémico"*, egresando ese mismo día, y quedando hospitalizado en el área médica del CEFERESO 11, siendo que el 25 de abril de ese año, fue nuevamente trasladado al nosocomio estatal donde permaneció hasta el 28 de abril de 2013, día en que falleció.

12. Acta circunstanciada del 15 de noviembre de 2013, en la que se hace constar que un visitador adjunto de esta Comisión Nacional entabló comunicación telefónica con Q1, quien manifestó que en fechas anteriores V1 le mencionó que no le practicaban los estudios respectivos, ni se había emitido un diagnóstico oportuno, por lo que los medicamentos se los comenzaron a proporcionar cuando la enfermedad ya estaba muy avanzada, deteriorándose inmediatamente su salud.

13. Oficio 00190/2014 del 9 de enero de 2014, signado por un servidor público de la UALDH del OADPRS, al cual se adjuntó entre otras documentales, el resumen médico respecto a la atención brindada a V1 durante su estancia en el CEFERESO 5, en el que se detalló la atención suministrada, diagnósticos y tratamientos proporcionados en el periodo de diciembre de 2011 a noviembre de

2012, así como copias de los certificados psicofísicos de ingreso y egreso signados por los médicos tratantes de ese Centro Federal.

14. Acta circunstanciada del 19 de marzo de 2014, en la que un familiar de V1 informó que personal del área jurídica del CEFERESO No. 11, acompañó a Q1 para que le entregaran el cuerpo en la Ciudad de México, para trasladarlo a la población de Tamiahua, Veracruz.

15. Opinión médica de 29 de julio de 2014, suscrita por un médico adscrito a esta Comisión Nacional.

16. Oficio 1276/2014 del 3 de diciembre de 2014, signado por un servidor público de la UALDH del OADPRS, al cual adjuntó las siguientes documentales:

16.1. Estudio Psicofísico de ingreso de V1 al CEFERESO No. 11, del 11 de noviembre de 2012, mediante el cual AR6 asentó que se encontraba sin lesiones y aparentemente sano, sin embargo, refiere que el paciente-interno presenta "*infección balano prepucial (hiperemia)"* y establece como impresión diagnóstica *"Balanitis, 3 incrustaciones en pene".*

16.2. Nota médica del CEFERESO 11 del 7 de marzo de 2013, a las 14:36 horas en la que AR2 valoró a V1 como seguimiento, quien al momento de la valoración presentaba temperatura elevada, malestar general, vómito en una ocasión posterior al alimento y mareos ocasionales, refirió que estuvo anteriormente tratado por una infección genital, con término de tratamiento de una semana por presentar mejoría evidente, se le diagnosticó descartar gastroenteritis, indicándole dieta normal, ibuprofeno, clindamicina, medidas higiénicas adecuadas y se solicitaron laboratorios completos de forma urgente para valoración.

16.3 Nota médica del 7 de marzo de 2013 a las 22:21 horas, en la que AR3 realizó la valoración e interpretación de los resultados de los estudios de laboratorio practicados en esa fecha a V1, observando varios de ellos fuera de rango, entre los que destacan: "*HIV no negativo"* y solicita prueba confirmatoria para VIH.

16.3.1. Estudios de laboratorio de 7 de marzo de 2013, los cuales arrojaron diversos resultados fuera de rango, "*destacando HIV 1 reactivo y HIV reactivo"*.

16.4. Cédula de Monitoreo 2013, suscrita por galenos del programa de acción VIH/ITS CENSIDA de la Secretaría de Salud, del 8 de marzo de 2013, respecto a V1.

16.4.1. Resultados de laboratorio del 8 de marzo de 2013, practicados a V1 en los que se destaca "*HIV 1 positivo, y HIV 2 positivo".*

16.5. Nota médica del 4 de abril de 2013, a las 17:36 horas, en la que AR3 reportó a V1 con peso de 59.8 kilos, quien le refirió disminución del apetito, sensación de hormigueo de miembros inferiores, diagnosticándolo con Virus de Inmunodeficiencia Humana y probable síndrome anémico, y solicitó estudios de laboratorios completos de forma urgente para valoración.

16.6. Nota médica de 10 de abril de 2013, a las 09:50 horas, AR4 atendió a V1 quien lo diagnóstico con síndrome de desgaste, desequilibrio hidroelectrolítico moderado, desnutrición moderada, Virus de Inmunodeficiencia Humana detectado 4 meses anteriores a esa fecha y probable síndrome anémico, sugiriendo su traslado al Hospital del Centro Federal para iniciar manejo de líquidos parenterales para lograr su estabilización y comenzar el tratamiento antirretroviral.

16.7. Hoja de egreso del 13 de abril de 2013, de las 17:22 horas, emitida por personal médico del Hospital General del Estado, en la Ciudad de Hermosillo, en el cual se asentó que V1 acudió al servicio "*por presentar mal estado general, pérdida de apetito, disnea medianos esfuerzo, de 15 días de evolución, además refiere hematuria en una ocasión hace 2 días, antecedentes de importancia VIH, paciente al cual se le transfunde paquete globular por presentar Hb de 6.9*".

16.7.1. Nota de evolución del 13 de abril de 2013, a las 19:20 horas, V1 fue nuevamente valorado por el servicio médico a su regreso del Hospital General del Estado de Sonora, con los diagnósticos de síndrome anémico post-transfusional, Virus de Inmunodeficiencia Humana y desnutrición.

16.8 Valoración Médica dirigida al departamento Jurídico, del 25 de abril de 2013 a las 23:30 horas, suscrita por AR5 en la que se señaló que V1 cursaba su décimo tercer día de estancia intrahospitalaria, que fue diagnosticado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que se encontraba con tratamiento a base de multivitamínicos y antibióticos, a pesar de una incipiente mejoría inició deterioro al estado general y problemas respiratorios que sugieren la presencia de una neumonía, con pronóstico malo para la vida y para la función.

16.9. Nota de envío del 25 de abril de 2013, en la que AR5 solicitó el traslado de V1 al Hospital General del Estado de Sonora, para su manejo multidisciplinario, con los diagnósticos de VIH, síndrome de desgaste, neumonía derecha probable, falla hepática y lesión renal aguda, con pronóstico de salud malo para la vida y malo para la función.

16.10. Acta de defunción de V1, con folio número 0098308, en la cual se asentó como hora del fallecimiento las 14:20 horas del 28 de abril de 2013, señalándose como causas "c*hoque séptico, neumonía adquirida en la comunidad, tuberculosis, VIH".*

17. Acta circunstanciada del 19 de enero de 2015, suscrita por un Visitador Adjunto adscrito a esta Comisión Nacional, relativa a la visita al CEFERESO 11, a efecto de recabar información relativa al caso de V1.

18. Opinión médica de 20 de marzo de 2015, suscrita por un médico adscrito a esta Comisión Nacional, quien reiteró su conclusión del 29 de julio de 2014.

19. Oficio 7586/2015 del 8 de septiembre de 2015, signado por personal de la UALDH del OADPRS, mediante el cual se informó que derivado de las irregularidades que se advirtieron en la falta de atención médica de V1, el 8 de

agosto del mismo año, se dio vista al Órgano Interno de Control en el OADPRS, a efecto de que se realice la investigación correspondiente, sin que hasta la fecha de la emisión de la presente se cuente con el número del expediente del procedimiento administrativo.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

20. El 11 de noviembre de 2012 V1 ingreso al CEFERESO 11, proveniente del similar número 5; en la misma fecha, se le realizó un estudio psicofísico de ingreso, en el cual manifestó que no padecía ninguna enfermedad, sin embargo, en el documento se señaló la presencia de infección balano prepucial (hiperemia), por lo que se le diagnosticó "*balanitis, 3 incrustaciones en pene y resto sano".*

21. El 7 de marzo de 2013, en la valoración médica que realizó AR2, V1 presentó sintomatología caracterizada por temperatura elevada, vómito en 1 ocasión posterior a la ingesta de alimentos y mareos ocasionales, por lo que solicitó con urgencia la práctica de estudios de laboratorio para descartar alguna enfermedad de mayor trascendencia, los cuales fueron realizados y confirmados ese mismo día.

22. El 25 de abril de 2013 a las 23:30 horas, AR5 realizó nota médica dirigida al Departamento Jurídico del CEFERESO 11, en la que se indicó que al ser diagnosticado V1 con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se solicitó su externación al Hospital General del Estado de Sonora, donde se reportó con anemia, lesión renal aguda, falla hepática y probable neumonía y se concluye: "*paciente grave con un pronóstico malo para la vida y para la función"*.

23. El 28 de abril de 2013, a las 14:20 horas, V1 falleció en las instalaciones del Hospital General del Estado de Sonora, teniendo como causas de la defunción choque séptico, neumonía adquirida en la comunidad, tuberculosis y VIH, tal y como se asienta en el certificado de defunción con folio 130678619, emitido por la Secretaría de Salud de dicha entidad federativa.

IV. OBSERVACIONES.

24. 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.

25. Del análisis lógico jurídico de las evidencias que integran el expediente CNDH/3/2013/2926/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 vida y a la protección a la salud, por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, pues V1 no fue atendido de forma adecuada ante los padecimientos de salud que presentó.

DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD.

26. Es preciso reconocer que el derecho a la protección de la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido 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 enfermedades[1]. Una de las finalidades de este derecho es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente la necesidad de quien requiere de servicios para proteger, promover y restablecer la salud, lo

[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, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

anterior en términos de lo previsto en los artículos 1º, 4 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.

27. Por otra parte, las "*Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA",* que buscan brindar líneas de acción a seguir por los Estados que han asumido el compromiso de la lucha frente al VIH/SIDA, el cual contiene 12 directrices e insta a los gobiernos a atender la problemática de salud pública desde el aspecto médico, la atención universal y oportuna.

28. Este instrumento presenta, en su cuarta directriz, un apartado sobre el derecho a la salud, específicamente en relación con el VIH, el cual dice: "*Las autoridades penitenciarias deberían adoptar todas las medidas necesarias en particular personal suficiente, vigilancia eficaz y sanciones disciplinarias adecuadas, con miras a proteger a los reclusos frente a la violación, la violencia y la coacción sexuales; dar a los reclusos –y al personal penitenciario, la posibilidad de recibir información y educación sobre la prevención del VIH, someterse voluntariamente a la prueba del VIH y recibir asesoramiento, beneficiarse de los medios de prevención, recibir tratamiento y atención, y participar voluntariamente en pruebas clínicas relacionadas con el VIH; garantizar la confidencialidad y prohibir las pruebas obligatorias, la segregación y la denegación de acceso a instalaciones carcelarias, así como los privilegios y los programas de excarcelación para los reclusos infectados por el VIH. En cambio, debería considerarse la posibilidad de excarcelar anticipadamente, por razones humanitarias a los reclusos que tengan el SIDA*"

29. En la "*Declaración de Derechos y Humanidad sobre los principios fundamentales de los derechos humanos, la ética y la humanidad aplicables en el contexto del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)"* de 1992, se dicta la pauta para la adopción de políticas y medidas en todos los niveles en respuesta al VIH y al SIDA, se hace un recordatorio de la Declaración Universal de Derechos Humanos y ulteriores

instrumentos jurídicos, en la que se reafirma que todos los miembros y los órganos de la sociedad tienen la obligación de respetar los derechos y la dignidad de todos y de observar los principios de la ética y la humanidad en el desarrollo de su vida, reconociendo que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha extendido ya por todo el mundo, atravesando las divisiones de raza, clase, edad, sexo y orientación sexual, causando la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que ya hay medidas mundiales para hacer frente al VIH y al SIDA pero que se requiere una nueva acción urgente basada en el respeto de los derechos humanos para combatir la propagación del VIH, cuidar de los enfermos y abordar las dimensiones económicas y sociales del VIH y el SIDA.

30. Se debe puntualizar, la gravedad del caso concreto, ya que en el CEFERESO No. 11, V1 no contó con otra forma o vía de tratamiento para sus padecimientos, por el contrario se encontró sujeto al arbitrio y manejo de las autoridades ya que está a su disposición, siendo aún mayor la responsabilidad de ésta para proporcionar un eficaz programa de detención y control de enfermedades, quedando en total estado de indefensión.

DERECHO A LA VIDA.

31. 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 el artículo 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.

32. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana, 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.

33. En el presente caso existen evidencias que permiten establecer que a V1 le fueron vulnerados los Derechos de Protección a la salud y en consecuencia a la Vida, en razón de los siguientes argumentos:

34. El 7 de marzo de 2013, a las 14:36, AR2 valoró a V1 como seguimiento, porque presentó temperatura elevada, malestar general, vómito en una ocasión y mareos ocasionales, V1 *"refiere que estuvo anteriormente tratado por una infección genital, con término de una semana por presentar mejoría evidente"*, sin que obren constancias de dicha atención en el expediente clínico que proporcionó la autoridad penitenciaria.

35. Derivado de los malestares presentados por V1, AR2 ordenó practicarle estudios urgentes de laboratorio, los cuales fueron realizados ese mismo día, obteniendo como resultado "*VIH no negativo"*, por lo que el 8 de marzo de esa anualidad, se le practicó una prueba confirmatoria para VIH, quedando fehacientemente corroborado el diagnóstico.

36. No obstante lo anterior, a V1 no se le proporcionó atención médica ni tratamiento específico contra el virus de VIH, siendo hasta el 4 de abril de 2013, cuando V1 se presentó al servicio médico con disminución del apetito y sensación de hormigueo en miembros inferiores con 20 días de evolución, por lo que AR3 indicó dieta especial, medidas de higiene y estudios de laboratorio urgentes para valoración, derivado de la posible anemia que le fue diagnosticada.

37. El 10 de abril de 2013, V1 fue nuevamente valorado por AR4 ya que presentaba dolor torácico de 5 días de evolución sin causa aparente, mareos sin nauseas, debilidad, fatiga y pérdida de apetito, debiendo hacer hincapié que AR4, asentó en la Nota Médica que V1 tenía *"antecedente de VIH (+) de 4 meses de Dx, aún sin recibir tratamiento Antirretroviral".*

38. El 8 de marzo de 2013 se confirmó dicha circunstancia mediante estudios de laboratorio, a la exploración física se encontró en mal estado general, solicitando su traslado al área de hospitalización de ese CEFERESO 11 para lograr su estabilización e inicio de tratamiento antirretroviral, el cual independientemente de haber sido ordenado, nunca se le proporcionó.

39. Cabe mencionar que en el expediente clínico de V1 no obran notas medicas de la atención que supuestamente le fue proporcionada desde su ingreso, entre otras, la solicitud de externación de V1 a efecto de que fuera atendido por un especialista en el Hospital General del Estado de Sonora el 13 de abril de 2013, ya que únicamente obra la nota de evolución al regreso de éste del nosocomio antes mencionado, en la cual se asentó que V1 recibió una trasfusión de sangre derivado de la anemia que padecía, además de la desnutrición y VIH positivo, sin que hasta esa fecha le fuera proporcionado un medicamento idóneo para su padecimiento antiviral.

40. V1 permaneció en hospitalización en el CEFERESO 11 del 13 al 25 de abril de 2013, fecha en que se solicitó su traslado nuevamente al Hospital General del Estado, presentando al décimo tercer día insuficiencia respiratoria, taquicardia, polipnea y disminución en la saturación de oxígeno, provocandole hipoventilación, por lo que le proporcionaron tratamiento con antibiótico y nebulizaciones no habiendo mejoría.

41. La actuación del personal médico fue omisa, ya que desde su ingreso al CEFERESO 11 V1 no fue diagnosticado de manera oportuna, es decir, ocurrió 4 meses posteriores, una vez que V1 refirió sintomatología que alertó a las autoridades responsables para realizarle estudios de laboratorio, y aun cuando ya se había detectado que V1 era VIH positivo, nunca le fue proporcionado tratamiento adecuado para tal efecto, como es una politerapia que comprenda antirretrovíricos.

42. El tratamiento adecuado y su manejo integral controla la replicación del virus dentro del organismo del sujeto y contribuye a fortalecer su sistema inmunológico, restableciendo así su capacidad para combatir infecciones, lo cual permite a las personas afectadas por el VIH llevar una vida cotidiana acorde a sus condiciones de salud.

43. El 25 de abril de 2013, a las 23:30 horas, personal del servicio médico informó al Departamento Jurídico de la gravedad en la que se encontraba V1, por lo que era urgente e imperativo su traslado al Hospital General del Estado, derivado de que padecía como enfermedades secundarias anemia, lesión renal aguda, falla hepática, patología respiratoria y posible neumonía, circunstancia que agravaba considerablemente su condición general, la cual tuvo como consecuencia la perdida de la vida de V1 el 28 del mismo mes y año, en las instalaciones del Hospital General del Estado de Sonora a las 14:20 horas.

44. La falta de seguimiento y profesionalismo en la actuación de AR1, quien al ser el superior jerárquico de AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 personal del servicio médico, además de supervisar sus labores, estaba obligado a revisar la integración de los expedientes médicos de los internos en reclusión de conformidad con lo establecido en los artículos 49 del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social, así como el 28, fracción I y 29, del Manual de Tratamiento de los Internos en Centros Federales, numerales que lo comprometen a otorgar atención médica a los internos; sin embargo, en el presente caso no sucedió, pues el estado de salud de V1 se fue agravando, sin que exista evidencia de que en los 5 meses anteriores a su fallecimiento hubieran realizado acciones tendentes a brindarle una atención adecuada.

45. V1 ingresó al CEFERESO No. 11, el 11 de noviembre de 2012 y negó padecer enfermedades infectocontagiosas, a pesar de ser diagnosticado por AR6 con Balanitis; no indagó sobre sus prácticas de riesgo, y por ende omitió sugerir la realización de estudios de laboratorio, fue hasta en que una campaña llevada a cabo a la población interna en marzo de 2013 para la detección de enfermedades de trasmisión sexual, que V1 accedió a realizárselos, con resultado positivo a VIH.

Durante la estancia de V1, en el CEFERESO 11, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 no le dieron importancia ni seguimiento al diagnóstico de ingreso, por lo que no existen Notas Medicas que señalen atención al respecto, sino que fue hasta que V1 presentó un cuadro de gastroenteritis y se conocieron los resultados de los exámenes practicados.

46. El Director General del Centro Federal informó que la Secretaría de Salud del Estado de Sonora, específicamente el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de los Pacientes con SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, ingresó a ese Centro Federal a efecto de recabar toma confirmatoria y realizar los cuestionamientos de CENSIDA a V1; que entregaron los resultados el 14 de marzo de 2013, y solicitaron la obtención del tratamiento antirretroviral, pero dicha acción no se pudo concretar ya que el interno se encontraba en una etapa muy avanzada de la enfermedad, derivando en la pérdida de la vida de V1 el 28 de abril de 2013, lo cual evidencia las pocas o nulas diligencias realizadas por parte de las autoridades penitenciaras a efecto de proporcionarle a V1 el tratamiento que necesitaba para evitar que su salud evolucionara al grado irreparable como aconteció, ya que no acreditó las acciones que en su caso hubiera realizado para la obtención del medicamento requerido.

47. En opinión de un médico adscrito a este Organismo Nacional, el estado de salud de V1 se agravó rápidamente como consecuencia de la falta de diagnóstico y tratamiento, pues AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, no realizaron una adecuada investigación y/o seguimiento de los posibles padecimientos que pudiera presentar, dado el antecedente de "*Balanitis"* que se diagnosticó cuando V1 ingresó al CEFERESO 11, por lo que el diagnóstico de VIH fue tardío y el tratamiento omiso.

48. Asimismo la actuación de AR6 no fue la adecuada ya que en el examen médico de ingreso del 11 de noviembre de 2012 sólo asentó que se encontraba sin lesiones y aparentemente sano, sin embargo, refiere que el paciente-interno presenta "*infección balano prepucial (hiperemia)"* y establece como impresión

diagnóstica *"Balanitis, 3 incrustaciones en pene"*, sin que exista nota médica para un seguimiento adecuado e integral.

49. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 no previeron las posibles complicaciones que pudiera tener el paciente, ya que desde el ingreso de V1, no solicitaron oportunamente la realización de estudios de laboratorio para descartar algún tipo de enfermedad o padecimiento infectocontagioso, más aún que contaba con antecedente de enfermedad en genitales, lo que constituye un factor de riesgo y era relevante, por lo que debió elaborar una historia clínica, que incluyera prácticas de riesgo, y de esta manera se considerara la posibilidad de practicarle análisis de VIH, previa información y consentimiento de V1, lo que en el caso no sucedió por lo que es una omisión atribuible a AR6.

50. Un médico adscrito a esta Comisión Nacional determinó que existió responsabilidad profesional médica en su variedad de impericia, negligencia y omisión por parte de los médicos tratantes del CEFERESO 11, ya que su deber es salvaguardar las garantías de la salud de los internos, toda vez, que al no realizar los estudios de laboratorio oportunamente, en razón de la presencia de una posible enfermedad infectocontagiosa como lo fue el *herpes genital*, padecimiento que en la Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, *"Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual",* está considerada dentro del rubro de afecciones que pueda contraerse mediante esta vía. En el presente caso no se integró el diagnóstico preciso ni se instauró el tratamiento específico. Así mismo y a falta de personal especializado AR1 debió solicitar a su superior la tramitación para que V1 fuera considerado para el tratamiento con base en antirretrovirales que requería por medio de una Institución de Salud Pública, situación que se realizó de manera tardía, por lo que ya no fue posible administrarle dichos medicamentos.

51. Lo anterior, se robustece con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de noviembre de 2010, la cual tiene por objeto establecer y actualizar los métodos,

principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control, que abarcan la detección, el diagnóstico oportuno, la atención y tratamiento médico de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), ya que constituye, por su magnitud y trascendencia, un grave problema de salud pública en México.

52. Se advierte que no obstante de que V1 fue certificado por un médico al momento de su ingreso al CEFERESO 11, esta evaluación fue realizada de manera negligente y por demás omisa respecto a la información recabada por el galeno que la plasmó, ya que V1 presentó una enfermedad infectocontagiosa *(Balanitis),* la cual constituía un factor de riesgo, y omitió ahondar al respecto e informarle de las posibles consecuencias de estos padecimientos lo que hace necesario la práctica de estudios especializados para corroborar el diagnóstico.

53. Existen parámetros de atención y tratamiento oportuno en establecimientos donde se encuentran individuos privados de su libertad, haciendo hincapié en que el diagnóstico y la atención oportuna de toda persona que vive con VIH, retrasa en forma por demás considerable la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que por su aparición progresiva permite el manejo ambulatorio por tiempo prolongado, siendo éste uno de los aspectos más importantes en su control, situación que no aconteció en el presente caso por la falta de estudios específicos para la detección de enfermedades de transmisión sexual.

54. Para cumplir satisfactoriamente estas necesidades, en la actualidad se cuenta con instrumentos como La “Guía sobre Prevención de VIH, para personal que trabaja en Centros Penitenciarios” en su capítulo II punto 2.5, indica que; *“…Sabemos ahora que la infección por VIH es un proceso crónico y que las personas deberán controlarse periódicamente durante años, por esta razón la primer entrevista médica tiene un carácter preponderante pues de ello dependerá en gran medida el regreso a su control y que siga las indicaciones correspondientes a su tratamiento. Los instrumentos que permiten hacer una primera evaluación para decidir el manejo clínico son: a) Historia Clínica completa. Es importante identificar la fecha aproximada de la infección y problemas de salud*

asociados que pueden ser alterados por el VIH. (…) Exámenes básales de Laboratorio y gabinete: Biometría hemática completa, examen general de orina, Química sanguínea completa, VDRL, serología para toxoplasmosis, Hepatitis B y C, perfil hepático y de lípidos, tele de tórax etc. d) Exámenes complementarios: Cuantificación de carga viral (CV) y conteo de linfocitos CD4. e) Referencia a: - Psicología (integrando a la pareja y familiares por separado). - Planificación familiar (incluido el asesoramiento sobre opciones reproductivas). - Neumología. - Dental. - Otros servicios, dependiendo de los diagnósticos integrados…".

55. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ataca el sistema inmunológico y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La función inmunitaria suele medirse mediante el recuento de células CD4. La inmunodeficiencia entraña una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o SIDA y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. El SIDA se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas, ciertos tipos de cáncer y otros padecimientos graves, tal como ocurrió en el caso de V1, a quien se le diagnosticó "choque séptico" que fue la causa principal del fallecimiento, además de neumonía adquirida en la comunidad, tuberculosis y VIH

56. El VIH se puede combatir mediante una politerapia que comprenda tres o más antirretrovíricos. Aunque no cura la infección por VIH, este tipo de tratamiento controla la replicación del virus dentro del organismo del sujeto y contribuye a fortalecer su sistema inmunitario, restableciendo así su capacidad para combatir infecciones. El tratamiento antirretrovírico permite a las personas afectadas por el VIH llevar una vida prácticamente normal.

57. Es preciso mencionar que AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, no dieron la relevancia adecuada a los padecimientos que presentaba V1, y omitieron cumplir su deber de cuidado a fin de preservarle la salud y la vida, pues sin considerar su estado de salud y la necesidad de indicar desde su ingreso un tratamiento específico, no ofrecieron la atención médica adecuada; y no tuvieron la precaución de solicitar inmediatamente los estudios de laboratorio respectivos posteriores a su ingreso, en razón de las manifestaciones y la "*Balanitis"* diagnosticada a V1, y con ello brindar el tratamiento que era indispensable para la tal afección de salud, lo que motivó que su estado de salud se agravara.

58. En el escrito de queja, Q1 señaló que V1 estaba muy enfermo, sin que se le proporcionara la atención médica y el medicamento necesario; por su parte, el Director del CEFERESO 11 informó mediante oficio CGCF/CFRS11/DG/9044/2013 del 4 de septiembre de 2013, que V1 desconocía portar VIH, por lo que no se le realizaron mayores estudios al respecto.

59. Tal aseveración no exime de responsabilidad al personal médico, ya que tuvo conocimiento de las manifestaciones de V1 desde su ingreso al CEFERESO 11, sobre el tratamiento que recibió por infección genital, además de las incrustaciones en el pene y la consecuente inflamación de esta zona. Situaciones que no se consideraron prácticas de riesgo para el posible contagio de enfermedades de trasmisión sexual, lo cual habría sido determinante para solicitar los estudios de laboratorio para el diagnóstico oportuno de estos padecimientos y con ello iniciar el tratamiento respectivo.

60. Conviene señalar que la protección de la salud está considerada como un derecho 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 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 sus derechos, pues únicamente se encuentran sujetos a un régimen jurídico particular que algunos de ellos, dicho sometimiento o especial sujeción no justifica el detrimento de los derechos humanos y sus garantías tal y como lo establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Al respecto la Suprema Corte de Justicia de la Nación,[2] en jurisprudencia firme ha establecido que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos.

61. 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 7 de marzo de 2013, y no a su ingreso al CEFERESO 11, cuando a V1 le fueron ordenados los estudios de manera urgente por la afección respiratoria que presentaba y no para la detección de enfermedades infectocontagiosas. Por lo que el resultado de *"VIH NO NEGATIVO"* constituyó un hallazgo el cual fue confirmado el 8 del mismo mes y año; el 10 de abril, recibió atención médica, siendo que su padecimiento había evolucionado a tal grado que el 25 de abril de ese año se le trasladó de urgencia a un nosocomio fuera del establecimiento penitenciario donde se encontraba, lugar en el que sucumbió derivado de los padecimientos que se habían generado a consecuencia de la inoportuna atención médica que recibió, destacando el hecho de que luego del diagnóstico de VIH, tampoco recibió los antirretrovirales que

[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.

requería, pues AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 omitieron realizar las gestiones necesarias para que se le proporcionaran de manera urgente.

62. De lo expuesto, 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 Reclusos[3], 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*". [4]

63. En este sentido, los artículos 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado por las Naciones Unidas en Nueva York, el 16 de diciembre de 1966, al que 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; 6.1, 10.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos adoptado por las Naciones Unidas en Nueva York el 16 de diciembre de 1966 y vigente para México desde el 20 de mayo de 1981, ratifican el contenido del artículo 4°, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos

[3] 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.

[4] "*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.

Mexicanos; 4.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; I y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en los que se hace referencia que para asegurar el respeto a la vida, 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 esos derechos.

64. De igual forma, no se observó lo dispuesto en los numerales 2 y 3 del Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión que en términos generales señalan que toda persona tiene derecho a un tratamiento humano durante la privación de su libertad y que no deben restringirse los derechos humanos de las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.

65. Son aplicables la jurisprudencia 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",* 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.

66. En el caso "*Neira Alegría y otros vs. Perú",* sentencia de 19 de enero de 1995, párrafo 60, la Corte Interamericana, 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.

67. A su vez, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *"Instituto de Reeducación del Menor vs. Paraguay"*, sentencia de 2 de septiembre de 2004, párrafos 152 y 153, se 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.

68. 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 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.

69. 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.

FALTA DE PERSONAL Y DE CAPACITACIÓN.

70. La falta del personal del servicio 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, incumpliéndose 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…"*, en relación directa con el similar 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica el cual indica *"…La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica…".*

71. La falta de recursos humanos y materiales 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.

72. La Declaración Cumbre de París sobre el *SIDA,* celebrada el 1 de diciembre de 1994, reconoce los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA y establece el compromiso de 42 gobiernos, donde se incluye México, para luchar contra las condiciones sociales y económicas que favorecen la discriminación y la propagación del virus.

73. En ese documento el Estado afirma su deber de solidaridad hacia las personas infectadas o que corren el riesgo de infección, dentro de sus sociedades y en la comunidad internacional, asimismo su determinación de velar porque todas las personas que viven con VIH/SIDA puedan ejercer plenamente y en total igualdad sus derechos y libertades fundamentales sin distinción alguna; se comprometen también a proteger y promover mediante el entorno jurídico y social los derechos de las personas, en particular de las que viven con el VIH/SIDA o están más expuestas a la infección, y a asegurar que las personas que viven con VIH/SIDA gocen de igual protección ante la ley en lo que respecta al acceso a la atención sanitaria, al empleo, a la educación, a la libertad de circulación, a la vivienda y a la protección social.

74. Para tal efecto la Secretaría de Salud emitió el Manual para personal de salud VIH/SIDA, en el cual se reconoce a los establecimientos penitenciarios como uno de los grupos de mayor riesgo para enfermar por VIH/SIDA, lo cual es un serio problema de salud pública y un gran reto para la asistencia social para este grupo altamente vulnerable.

75. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos estima conveniente que las autoridades del CEFERESO 11 lleven a cabo las acciones que consideren pertinentes para concientizar a la población penitenciaria sobre el riesgo que implican las enfermedades de transmisión sexual, y el beneficio de la realización voluntaria de exámenes como medida de prevención y en su caso, de resultar positivos, instrumentar las medidas de atención inmediatas, estableciendo además los convenios de colaboración en materia de prevención de la salud.

76. Para tal efecto, es indispensable que el personal del CEFERESO 11 sea capacitado en temas de derechos humanos; así como destinar recursos para planificar e implementar medidas de prevención y control de enfermedades infectocontagiosas en los establecimientos penitenciarios, en términos del artículo 7, fracciones I y IV del Reglamento Interno de la Secretaría de Gobernación.

77. Además de la falta de personal médico, 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 posibles casos de VIH que se presenten en el referido establecimiento penitenciario, pudiendo tomar en cuenta para ello la "*Nota sobre políticas de prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones",* documento que fue emitido por la Organización Mundial de la Salud, el cual tiene como propósito apoyar a los países que forman parte de la organización, para que dé una respuesta efectiva al problema del VIH y el SIDA en las cárceles y otros centros de reclusión, teniendo en cuenta los principios del derecho internacional, incluidas las normas, directrices, declaraciones y pactos internacionales en materia de salud en las cárceles, normas internacionales de ética médica y normas de trabajo internacionales.

78. 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 V1, por lo que para esta Comisión Nacional son co-responsables de los resultados que se producen, situación que se analiza en el capítulo de responsabilidad.

79. También se apreció, que en el expediente médico de V1 nunca fue atendido por un especialista en Medicina Interna, mientras se encontraba en ese Centro Federal de referencia, lo que evidencia que el CEFERESO No. 11, 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 la 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.

RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y PENAL.

80. En la pérdida de la vida de V1, existió responsabilidad institucional, toda vez que si bien es cierto el CEFERESO No. 11, cuenta con instalaciones y equipo médico de vanguardia, también lo es que no dispone de personal médico especializado suficiente que dé un adecuado uso para atender a la población de ese lugar, situación que se registró en el Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria de 2013[5] emitido por este Organismo Nacional, en el cual, en este rubro, este Centro Federal obtuvo una calificación inferior a 5, que deriva en la falta de diagnósticos oportunos e insuficientes tratamientos, falta de personal y de capacitación que influyeron, en este caso, en la pérdida de la vida de V1.

[5] Link: Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria de 2013.
http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/DNSP/DNSP_2013.pdf

81. Lo antes expuesto, evidencia que la negligencia y omisiones en que incurrió el personal del CEFERESO 11, influyeron en que V1 perdiera la vida; como ya se mencionó, ya que los responsables de cuidar su salud realizaron el diagnóstico tardío y el tratamiento omiso, lo que a la postre causó la muerte.

82. Esta Comisión Nacional considera que las omisiones de AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 son violatorias del derecho a la vida y a la protección a la salud en agravio de V1, previsto en el artículo 4, 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.

83. Los servidores públicos involucrados, tampoco observaron las disposiciones relacionadas con el derecho a la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales, celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, 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 1°, párrafos primero, segundo y tercero, y 133, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

84. 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 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 V1 se encontraba grave en su estado de salud.

85. Se advierte que el proceder de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, infringieron lo contemplado por el artículo 8, fracción 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, por lo que con fundamento en los artículos 1°, 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 Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social, para que, en su caso se apliquen las sanciones respectivas.

86. 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.

87. Debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad del Estado consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1°, párrafo tercero, 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, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales.

88. Asimismo, de conformidad con el artículo 1, párrafos tercero y cuarto, de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno a reparar a las víctimas de una forma integral, y de manera correlativa a esta obligación, el derecho que tienen las víctimas a ser reparadas de manera integral por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a derechos humanos que les causaron, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición, previsto en el artículo 7, fracción II y 26 de la Ley General de Víctimas.

89. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I y II, 67, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos a la protección de la salud y de la vida en agravio de V1, por lo que se deberá inscribir a Q1, en el

Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, así como al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley.

En atención a lo expuesto, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera procedente formular, respetuosamente, a usted, 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, 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 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 de promoción y conservación de la salud en la población.

TERCERA. Se colabore con la Comisión de los Derechos Humanos en el inicio de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control en el Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, 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 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, y se remitan a este Organismo Protector de derechos humanos, las constancias que le sean solicitadas.

QUINTA. Se establezcan programas de 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 giren instrucciones a quien corresponda a efecto de que se realice supervisión médica en el CEFERESO 11 para detectar posibles casos de enfermedades infectocontagiosas, y una vez identificados, se adopten las medidas sanitarias requeridas para su atención y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

90. 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.

91. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le solicito a usted, 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.

92. 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.

93. 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