RECOMENDACIÓN No. 9/2021

SOBRE LA VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR FALTA DE ATENCIÓN MÉDICA OPORTUNA E IDÓNEA QUE DERIVÓ EN LA PÉRDIDA DE LA VIDA DE FERNANDO[1] E ISIDRO[2] EN EL CENTRO ESTATAL DE REINSERCIÓN SOCIAL Y HOSPITAL GENERAL, AMBOS DE MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.

Tijuana, Baja California, a 27 de agosto de 2021.

"30 años escribiendo la historia de la defensa de los Derechos Humanos en Baja California".

JESÚS DEMIAN NUÑEZ CAMACHO
COMISIONADO ESTATAL DEL SISTEMA PENITENCIARIO DEL ESTADO

ALFONSO PEREZ RICO
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

Distinguido comisionado y secretario:

1. La Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California[3], ha examinado los elementos contenidos en los expedientes de queja **CEDHBC/MXL/Q/56/17/2VG** y **CEDHBC/MXL/Q/121/2017/2VG** sobre el caso de violación al derecho humano a la vida por la omisión de brindar atención médica oportuna, idónea y diligente que derivó en la pérdida de la vida de las víctimas quienes se encontraban privados de su libertad en el Centro de Reinserción Social en Mexicali, Baja California.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen se omitirá su

[1] Seudónimo utilizado para identificar a la víctima del caso 1.
[2] Seudónimo utilizado para identificar a la víctima del caso 2.
[3] De conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 102, Apartado B de la Constitucióonn Política de los Estados Unidos Mexicanos; 7 Apartado B de la Constitucióonn Política del Estado Libre y Soberano de Baja California; 1, 2 párrafo primero, 3, 5, 7 fracciones I, II, IV y VIII, 26, 28, 35, 42, 43, 45 y 47 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California; 1, 9 párrafo primero, 118 fracción IV, 121, 122, 123, 124, 125, 126 y 127 del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California.

publicidad; dicha información se pondrá en conocimiento de las autoridades recomendadas a través de un listado adjunto en el que se describen las claves utilizadas, con el compromiso que se dicten las medidas de protección de los datos correspondientes[4].

3. En la presente recomendación, la referencia a diversas instituciones, tratados internacionales, leyes y nombres para identificar a víctimas, testigos y autoridades responsables se hará mediante el uso de acrónimos, abreviaturas o seudónimos, resaltando que los cargos que se describen seguido de los seudónimos corresponden al que desempeñaban en el momento que ocurrieron los hechos, con la finalidad de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán identificarse de la siguiente manera:

Nombre	**Acrónimo, abreviatura o seudónimo**
Centro de Reinserción Social Mexicali	CERESO
Comisión Estatal de Derechos Humanos	CEDHBC, comisión estatal, organismo estatal u organismo autónomo
Corte Interamericana de Derechos Humanos	Corte IDH, CoIDH o Corte Interamericana
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Organización Mundial de la Salud	OMS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

[4] De conformidad con lo dispuesto en los artículos 6 apartado A, fracción II de la Constituciónn Política de los Estados Unidos Mexicanos; 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la informaciónn Pública; 7 apartado C de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California; 5 fracción V de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California; así como los artículos 15 fracción VI, 16, fracción VI, 80, 110 fracción IV y XII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Informaciónn Pública para el Estado de Baja California y 5 del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California.

Nombre	Acrónimo, abreviatura o seudónimo
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Convención Americana sobre Derechos Humanos	CADH
Hospital General de Mexicali	hospital general o nosocomio
Virus de Inmunodeficiencia Humana	VIH
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	Sida
Ley General de Salud	LGS
Ley Nacional de Ejecución Penal	LNEP
Normas Internacionales para la Asistencia Antituberculosa	NIAA
Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos	Reglas Nelson Mandela
Persona Privada de su Libertad o Personas Privadas de su libertad	PPL o PPL´s
Víctima del caso 1	**Fernando** (PPL)
Quejosa	**Maite** (mamá de Fernando)
Víctima del caso 2	**Isidro** (PPL)
Quejosas	**Alina** y **Sandra** (hermanas de Isidro)
Autoridades responsables adscritas al CERESO	**Eduardo** (coordinador médico), **Juan** (director)

Nombre	Acrónimo, abreviatura o seudónimo
Autoridades responsables adscritas al hospital general.	**Roberto** (médico cardiólogo)
Testigos	**Franco**, **Marcelo**, **Raúl**, **Rodrigo** (todos médicos de urgencia adscritos al hospital general)

Índice

I. HECHOS ***5***

A. Caso 1 5

B. Caso 2 6

II. EVIDENCIAS ***8***

A. Caso 1 8

B. Caso 2 11

III. SITUACIÓN JURÍDICA ***13***

A. Caso 1 ..... **13**

a) Investigación administrativa 1 ..... **13**

b) Investigación administrativa 2 ..... **13**

B. Caso 2 ..... **13**

c) Carpeta de investigación **13**

IV. OBSERVACIONES ***14***

A. Consideraciones previas ***14***

a. Situación especial de vulnerabilidad en el que se encontraban Fernando e Isidro. **14**

B. Derecho a la protección de la salud ***17***

a. Atención primaria a la salud oportuna e idónea 18

b. La falta de diagnóstico y tratamiento adecuado en atención secundaria a la salud y deficiente integración del expediente clínico de las víctimas por parte del personal médico del Hospital General. 30

V. RESPONSABILIDAD ***38***

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO ***39***

VII. ACREDITACIÓN DE VÍCTIMAS 40

VIII. Medidas de compensación..... **¡Error! Marcador no definido.**

IX. Medidas de Rehabilitación 40

X. Garantías de no repetición 41

XI. Medidas de satisfacción..... 41

XII. RECOMENDACIONES A OBSERVAR POR EL COMISIONADO ESTATAL DEL SISTEMA PENITENCIARIO ***43***

X. RECOMENDACIONES A OBSERVAR POR EL TITULAR DE LA SECRETARIA DE SALUD ***45***

I. HECHOS

A. Caso 1

4. El 25 de marzo de 2009, Fernando ingresó al Centro de Reinserción Social Mexicali a la edad de 46 años con hipertensión y diabetes; en ese mismo año fue diagnosticado por el área médica del centro con un absceso en el pulmón. El 2 septiembre del 2010, sufrió una embolia y el absceso se reventó, por lo que fue excarcelado al área de urgencias del nosocomio de la ciudad y posteriormente, canalizado al área de medicina interna, donde permaneció hasta el día 22 de septiembre del mismo año por ser considerado como paciente de alto riesgo.

5. Al ser dado de alta se agendó cita para dar seguimiento al estado de salud de Fernando, sin embargo, fue excarcelado hasta el 22 de octubre de ese año, fuera de tiempo y sin los resultados de laboratorio necesarios para generar certidumbre clínica. De manera que el médico prescribió medicamento y recomendó dieta para diabético de 2000 calorías.

6. El 29 de abril de 2011 acudió nuevamente a su cita médica fuera de tiempo y sin ningún resultado de los solicitados en la cita pasada, el médico ordenó

nuevamente los estudios correspondientes. Sin embargo, en fecha 8 de julio de 2011, Fernando tuvo que ser excarcelado al área de urgencias del Hospital General de Mexicali por complicaciones derivadas del absceso torácico que padecía y se gestionó interconsulta al área de cirugía. Cita a la cual no acudió porque no fue excarcelado y no recibió atención médica de segundo nivel hasta 5 años después.

7. El 30 de junio de 2016, Fernando fue trasladado a urgencias por dolor precordial, siendo dado de alta al día siguiente. Nuevamente el 10 y 23 de diciembre de 2016 es excarcelado al nosocomio de la ciudad por diagnóstico de ingreso consistente en infarto agudo al miocardio y angina de pecho, debido a que no había cardiólogo de urgencia para valorar la posibilidad de realizar un cateterismo, se canalizó a consulta externa para el día 9 de enero de 2017. En esa fecha, el cardiólogo únicamente cambió la prescripción del medicamento.

8. Fernando al no sentir mejoría, se comunicó vía telefónica el 17 de febrero de 2017 con este organismo autónomo para solicitar su intervención, con la finalidad de que le fuera practicado un cateterismo o que le realizarán los estudios correspondientes. La CEDHBC, radicó el expediente CEDHBC/MXL/Q/56/2017/2VG y realizó las gestiones necesarias, entre ellas, emitió el 15 de mayo de 2017 medidas precautorias dirigidas al director del Centro de Reinserción Social Mexicali, para que garantizara y protegiera el derecho a la salud de Fernando. Sin embargo, el día 14 de septiembre de 2017, Fernando ingresó nuevamente al área de urgencias del nosocomio por sufrir un paro cardíaco, falleciendo al día siguiente a las 12:08 horas en las instalaciones del Hospital General de Mexicali a la edad de 55 años, por insuficiencia respiratoria aguda; edema agudo pulmonar y cardiopatía crónica isquémica.

B. Caso 2

9. El 28 de abril de 2017, se recibió en las instalaciones de este organismo autónomo a Alina (hermana de Isidro), quien interpuso queja en contra del área médica del CERESO Mexicali al referir que su hermano falleció el 14 de

abril de 2017 sin haber recibido atención médica oportuna, ya que su salud se había deteriorado rápidamente en los últimos meses.

10. En seguimiento a lo anterior, personal de la comisión estatal procedió a realizar las diligencias correspondientes, logrando establecer que Isidro ingresó al CERESO el 16 de marzo de 2011 totalmente sano y en ese mismo año, contrajo tuberculosis dentro del centro penitenciario.

11. El 2 de abril de 2017 alrededor de las 13:00 horas, durante el tiempo de visita con su hermana Alina, Isidro comenzó a sufrir una embolia, por lo que fue trasladado a la enfermería del centro penitenciario, el médico tratante lo diagnóstico con crisis de ansiedad y posible parálisis de Bell, expidiendo una receta médica, misma que fue entregada a Alina para que se hiciera cargo de comprarlo y entregarlo al centro penitenciario para su administración.

12. El 9 de abril de 2017, Sandra (hermana de Isidro) acudió al CERESO a visitarlo y se percató del deterioro de salud de Isidro, por lo que ella y Alina acudieron en fecha 10 de abril de 2017 al centro penitenciario para solicitar que le brindaran atención médica y de ser necesario, fuera trasladado al hospital general de la ciudad.

13. En atención a la solicitud de sus familiares, Isidro es atendido el 11 de abril de 2017 por un médico adscrito al CERESO quien solicitó su excarcelación de urgencia al hospital general por derrame pleural izquierdo y posible tuberculosis; diagnóstico que emitió basándose en estudios realizados y síntomas subjetivos como: tos productiva con flema verde-amarillosa, debilidad muscular y cansancio.

14. Ese mismo día ingresó al hospital general y el 12 de abril de 2017 es dado de alta con cita hasta dentro de 7 días para recibir los resultados de los análisis que determinarían si tenía o no tuberculosis. Sin embargo, su salud empeoró rápidamente y el 13 de abril de 2017 a las 16:14 horas, Isidro fue trasladado, nuevamente, de urgencia al hospital general por: *"insuficiencia respiratoria secundario a derrame pleural izquierdo por tuberculosis pulmonar más infección por VIH"*, según diagnóstico emitido por el área médica del centro.

15. Ante el cuadro clínico de Isidro, el médico tratante del hospital general inició el tratamiento con base en el diagnóstico de neumonía bacteriana no especificada, ya que el estudio realizado dio negativo a tuberculosis. El 14 de abril de 2017 a las 11:29 horas, permaneciendo hospitalizado, el médico tratante estableció que el paciente corría el riesgo de complicaciones severas; ordenando la suspensión de un medicamento específico para la tuberculosis (antifímicos) por daño hepático y se ordenó la continuación de protocolo de estudio para tuberculosis pulmonar. Sin embargo, el 15 de abril de 2017 a las 14:58 horas, se retomó el suministro del medicamento; más tarde, a las 21:33 horas, Isidro falleció a la edad de 42 años por insuficiencia respiratoria aguda y tuberculosis pulmonar activa.

16. Ambos casos fueron documentados cada uno en su expediente respectivo, dentro de los cuales se realizaron diversas diligencias para allegarse de mayores elementos de prueba, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de la presente recomendación.

II. EVIDENCIAS

A. Caso 1

17. Acta circunstanciada de llamada telefónica de 17 de febrero de 2017 recibida por personal de la comisión estatal, a través de la cual Fernando manifestó que le detectaron dos arterias tapadas y que no le habían brindado la atención médica correspondiente.

18. Oficio AM/CRS/MXLI/054/2017 de 8 de marzo de 2017 a través del cual Eduardo (coordinador médico del CERESO) remitió resumen clínico detallado de Fernando.

19. Entrevista de 23 de marzo de 2017 realizada por personal de esta comisión estatal a Fernando en las instalaciones del CERESO Mexicali, en la cual manifestó que: "*[…] necesito un angiograma lo antes posible, ya que solo me valoran tomándome la presión, lo más básico […]*".

20. Oficio HGM/DG/2017/114 de 21 de abril de 2017 suscrito por el director del Hospital General de Mexicali, mediante el cual remitió expediente médico de Fernando, a partir de la fecha 30 de julio de 2016.

21. Acta circunstanciada realizada por personal de la comisión estatal, mediante la cual se hizo constar la entrevista realizada a Fernando el 11 de mayo de 2017 a las 11:36 horas en las instalaciones del CERESO Mexicali, a través de la cual manifestó entre otras cosas, que se sentía cada día más decaído, con mucho dolor de espalda y fatiga, es por ello que solicitó los estudios necesarios que considere el especialista cardiólogo.

22. Medidas Precautorias dirigidas al director del CERESO Mexicali, emitidas por la comisión estatal el 15 de mayo de 2017 a través de las cuales solicitó girar instrucciones a quien correspondiera para que se le otorgara a Fernando cita con un cardiólogo en el hospital general para su valoración y se realizaran los estudios que el nosocomio considerara necesarios.

23. Acta circunstanciada de llamada telefónica de 19 de junio de 2017 a las 10:30 horas en la que se entabló comunicación con el coordinador médico del CERESO Mexicali, Eduardo, para conocer el estado de salud de Fernando.

24. Oficio AM/CRS/MXLI/154/2017 de 3 de agosto de 2017, mediante el cual Eduardo rindió informe justificado que previamente le fue requerido por la comisión estatal.

25. Oficio SSP/SSEP/CRSM/DIR/0750/2017 de 18 de mayo de 2017 signado por el director del CERESO Mexicali, mismo que fue dirigido al coordinador del Área Médica con atención a la coordinadora del Área Técnica para dar cumplimiento a las medidas precautorias a favor de Fernando.

26. Certificado de autopsia suscrito por un perito médico legista adscrito al Poder Judicial del Estado de Baja California, de 15 de septiembre de 2017, mediante el cual asentó los hallazgos de la autopsia realizada a Fernando.

27. Informe Justificado del coordinador médico del CERESO Mexicali, Eduardo, de 15 de noviembre de 2017 a través del cual dio su versión de los hechos.

28. Oficio SSP/SSEP/CRSM/DIR/1156/2017 de 22 de diciembre de 2017 mediante el cual el director del CERESO remitió a la comisión estatal, notas médicas de Fernando.

29. Opinión médico legal emitida por el perito médico adscrito a la comisión estatal de 30 de marzo de 2018 sobre la atención médica brindada a Fernando.

30. Actas circunstanciadas de llamadas telefónicas del 4 y 7 de junio de 2018, que realizó personal de la comisión estatal a la madre de Fernando, donde esta última refirió que "[…] jamás se le informó sobre la gravedad que presentaba la enfermedad de su hijo y no se le pidió apoyo alguno para poder ver la posibilidad de solventar el cateterismo […]". Y "[…] ninguna autoridad le avisó de los medicamentos que hubiera necesitado su hijo durante su estancia dentro del centro penitenciario […] que hubiera buscado la manera de conseguir el dinero para que se le hubiera realizado la cirugía, en este caso el cateterismo. Ni siquiera una receta médica le hizo llegar el CERESO […]".

31. Acta de defunción en la que se registró fecha de fallecimiento 15 de septiembre de 2017 a las 8:00 horas y como causa: "Insuficiencia Respiratoria Aguda, Edema Agudo Pulmonar, Cardiopatía Crónica Isquémica".

32. Oficio 524/2018 suscrito por el contralor interno del Isesalud de 19 de junio del 2018, mediante el cual informó que el Órgano Interno de Control emitió acuerdo de radicación del expediente administrativo 1, para realizar las diligencias de investigación administrativas necesarias para el esclarecimiento de los hechos denunciados.

33. Oficio SSP/SSEP/CRSM/DIR/0889/2018 de 26 de junio de 2018, mediante el cual rindió su informe justificado el director del CERESO sobre los hechos que dieron origen a la presente recomendación.

34. Informes justificados de Franco; Rodrigo; Roberto; el director del hospital general; Marcelo y Raúl, de 12 de mayo; 4 de julio; 25 de julio; 30 de julio; 2 de agosto y 7 de septiembre de 2018, respectivamente, mediante los cuales dieron su versión de los hechos que dieron origen a la recomendación que nos ocupa.

35. Oficio SSPE/DA/1367/2018 de 6 de agosto de 2018, suscrito por el director de Asuntos Internos de la Secretaria de Seguridad Pública del Estado mediante el cual informó a este organismo estatal que el 15 de junio de 2018 se radicó expediente administrativo 2.

36. Expediente clínico de Fernando, remitido por el director del hospital general mediante oficio HGM/DGG/2018/319 en fecha 6 de agosto de 2018.

37. Oficio SSPE/DAI/2140/2018 de 30 de noviembre de 2018 mediante el cual el director de Asuntos Internos de la Secretaria de Seguridad Pública del Estado, informó que se decretó el archivo de la investigación como asunto total, legal y definitivamente concluido.

38. Oficio CESISPEBC/SGN/CDHCSP/81/2021 de 23 de junio de 2021, suscrito por el coordinador de Derechos Humanos y Calidad del Servicio Penitenciario, a través del cual informó que no cuentan con una norma técnica que establezca la coordinación entre el área médica y el director del centro penitenciario, ni a su vez con el médico tratante del hospital o clínica de la ciudad.

B. Caso 2

39. Acta circunstanciada de 28 de abril de 2017 mediante la cual Alina presentó queja ante la CEDHBC por los hechos que originaron la presente recomendación.

40. Acta circunstanciada de comparecencia de Alina rendida ante personal de la comisión estatal de 15 de mayo de 2017.

41. Expediente médico del Hospital General de Mexicali a nombre de Isidro, remitido por el director del hospital general el 24 de mayo de 2017.

42. Resumen clínico del estado de salud de Isidro de 12 de junio de 2017 suscrito por Eduardo, mediante el cual informó que el 13 de abril de 2017 se le practicó prueba rápida para detección de VIH y glicemia capilar, la cual arrojó resultado positivo.

43. Informe justificado rendido por Eduardo el 8 de septiembre de 2017, a través del cual narró su versión de los hechos que originaron la presente recomendación.

44. Oficio número SSP/SSEP/CRSM/DIR/0172/2018 de fecha 6 de febrero de 2018, suscrito por el director del centro, mediante el cual rindió informe justificado y remitió constancias con relación a su versión de los hechos objeto de la presente recomendación.

45. Oficio SSP/SSEP/CRSM/DIR/0924/2018 de 3 de julio de 2018 mediante el cual Eduardo, remitió copia certificada del expediente clínico de Isidro.

46. Informe justificado de 2 de julio de 2018, signado por el director del CERESO Mexicali donde manifestó las gestiones administrativas efectuadas los días 11 y 13 de abril de 2017 para que Isidro fuera valorado por el área de especialidad de segundo nivel.

47. Oficio RC/4281/2018 signado por la subdirectora del Registro Civil del estado, mediante el cual remite acta de defunción del agraviado, donde se estableció fecha de defunción el día 15 de abril de 2017 a las 21:33 horas y como causa de muerte: "insuficiencia respiratoria aguda, tuberculosis pulmonar activa, desnutrición severa".

48. Opinión médico legal sobre la atención médica brindada a Isidro de 30 de marzo de 2018, emitida por el perito médico adscrito a la comisión estatal.

49. Informes justificados del coordinador médico y del director del CERESO Mexicali, de fecha 13 de marzo y 2 de abril de 2019, respectivamente mediante los cuales dieron su versión de los hechos.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

A. Caso 1

a) Investigación administrativa 1

50. El 15 de junio de 2018 la Dirección de Asuntos Internos de la Secretaria de Seguridad Pública del Estado inició la investigación administrativa 1 y el 30 de noviembre de 2018, determinó que no había elementos suficientes para presumir que se hubiese vulnerado alguna de las obligaciones o prohibiciones contempladas en los artículos 46 y 47 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Baja California, resolviendo la conclusión y archivo definitivo del expediente.

b) Investigación administrativa 2

51. El 19 de junio de 2018 el Órgano Interno de Control del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California emitió acuerdo de radicación del expediente de investigación administrativa 2 y el 4 de abril de 2019 se determinó la conclusión y archivo de la investigación por no encontrar elementos de prueba suficientes.

B. Caso 2

c) Carpeta de investigación

52. El 15 de septiembre de 2017 la Unidad de Investigación de Delitos contra las Personas y su Libertad inició la carpeta de investigación 1 por la probable comisión del delito de homicidio en contra de Isidro, y en fecha 20 de septiembre de 2017 se realizó la determinación del no ejercicio de la acción penal por no delito.

IV. OBSERVACIONES

53. De las evidencias que conforman los expedientes de queja CEDHBC/MXL/Q/56/17/2VG y CEDHBC/MXL/Q/121/2017/2VG, con fundamento en los artículos 3, 5 y 7 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, se realizó un análisis lógico-jurídico que a la luz de los criterios nacionales e internaciones en materia de derechos humanos, el sistema penitenciario se organizará sobre las bases del respeto a los derechos humanos, por tanto se deberá garantizar el derecho a la salud, el cual está vinculado directamente con los derechos a la vida y la integridad personal.

54. En este sentido, la protección a la integridad física y a la vida, así como la atención médica de las personas privadas de la libertad son el medio para salvaguardar, promover y restaurar su salud desde su ingreso y durante su permanencia, según lo dispuesto en los artículos 4 y 5 de la CADH en relación con los artículos 1, 4 y 18 párrafo segundo, de la CPEUM; artículo 9 fracción X, 74, 76 fracción IV y 77 de la LNEP, por lo que en ambos casos se cuenta con elementos suficientes que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la integridad y a la vida, en agravio de las víctimas, que derivó en la pérdida de la vida de Fernando e Isidro, atribuible a servidores públicos, en atención a las consideraciones siguientes:

A. Consideraciones previas

a. Situación especial de vulnerabilidad en el que se encontraban Fernando e Isidro.

55. El concepto de vulnerabilidad se aplica a aquellos sectores o grupos de población que, por sus diversos factores o condiciones sociales, económicas, culturales o psicológicas, enfrentan con una capacidad limitada, situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida

y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar[5].

56. Entre los grupos considerados en situación de vulnerabilidad se encuentran las personas privadas de su libertad. Desde que las sociedades establecieron la privación de la libertad como medio para sancionar transgresiones a las normativas establecidas, los centros penitenciarios han estado indefectiblemente ligadas con la enfermedad[6]; los principales problemas de salud incluyen en general VIH, tuberculosis, hepatitis, enfermedades previas como: cardiopatías, diabetes, trastornos respiratorios crónicos, que se caracterizan por ser de progresión lenta y de larga duración [7]. Las personas con algún padecimiento de los mencionados son consideradas en situación de vulnerabilidad, por lo que al estar privadas de libertad requieren de protección adicional para garantizar el derecho a la salud.

57. En los respectivos expedientes de queja, ambas víctimas se encontraban privadas de su libertad en el CERESO de la ciudad de Mexicali, lo que las coloca *per se* en una situación de vulnerabilidad, sin embargo, requerían de protección reforzada debido a que Fernando padecía diabetes mellitus II e hipertensión arterial de difícil control y al riesgo de contraer VIH o tuberculosis. Al respecto, el informe mundial sobre la diabetes indica que dicho padecimiento puede aumentar el riesgo de muerte prematura, y algunas de sus complicaciones son el infarto al miocardio[8].

58. Por su parte, Isidro padeció tuberculosis en 2011 y antes de fallecer, fue diagnosticado con VIH. La tuberculosis es causada por una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones, es una enfermedad curable y prevenible, no

---

[5] Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, "Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8; CNDH, Recomendación 26/2019, p. 24 y Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

[6] Organización Panamericana de la Salud. Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe: abordaje a poblaciones vulnerables. Washington, DC, 2008. Consúltese en: http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/tb- prisiones-guia-ctl.htm

[7] Corte IDH. Declaración de la Corte Interamericana de Derechos Humanos 1/20: COVID-19 y derechos humanos: los problemas y desafíos deben ser abordados con perspectiva de derechos humanos y respetando las obligaciones internacionales. *Consúltese en https://www.corteidh.or.cr/tablas/alerta/comunicado/cp-27-2020.html;* OMS, "Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa", Suiza, OMS, 2006, p. 8 e IMSS, Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2016, pág. 140.

[8] Organización Mundial de la Salud, "Informe mundial sobre la diabetes", Suiza, OMS, 2016, p. 6.

obstante, la combinación de la infección por el VIH con la tuberculosis es letal, ya que la una acelera la evolución de la otra.

59. Se debe principalmente a que el VIH-Sida, ataca el sistema inmunológico del cuerpo humano, destruyendo específicamente las células de defensa más importantes del sistema y el sida es la etapa final de la infección por el VIH; se trata de un cuadro clínico que puede presentarse entre 7 y 10 años después de que la persona ha sido portadora sin síntomas de VIH, provocando una debilidad muy fuerte del sistema de defensas del organismo, lo que ocasiona la aparición de enfermedades conocidas como oportunistas[9], como la tuberculosis que si no se detecta y se trata, provoca casi 1 de cada 3 muertes[10].

60. Lo anterior significa que ambas víctimas se encontraban en posturas que aumentaban su necesidad de protección respecto al derecho a la salud por la gravedad de los padecimientos que sufrían y al estar privados de libertad, tenían una capacidad limitada para protegerse o hacer frente a los riesgos que ponían en peligro su integridad y su vida.

61. Este organismo estatal insiste en resaltar el deber que tiene el Estado de adoptar todas las medidas para proteger y garantizar la salud como prerrogativa para el disfrute del derecho a la vida e integridad personal de las personas privadas de su libertad, quienes deben vivir en condiciones de detención compatibles con la dignidad humana[11], ya que se encuentran expuestas a condiciones de riesgo y vulnerabilidad, sobre todo en casos de

---

[9] Este organismo autónomo, sin tomar partida en cuestiones o discusiones técnicas propias de la ciencia médica y biológica, recoge los anteriores conceptos para ilustrar el contexto en el que se encuentran las personas privadas de libertad: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Comunicar en VIH y SIDA, Manual de capacitación en VIH y SIDA para comunicadores sociales, STATOIL, 1era. Edición, Caracas, 2006, pág. 4; Organización Mundial de la Salud (OMS), Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis, 2015, pág. 3, y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH, 1999, pág. 3. Disponible en: http://data.unaids.org/publications/irc-pub05/opportu_es.pdf.

[10] OMS, "VIH/Sida", 18 de marzo de 2021, consultado en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids y Arboine Ciphas, Maureen. (2016). Valoración médico legal de la persona privada de libertad con sida y/o tuberculosis. *Medicina Legal de Costa Rica*, *33*(2), 20-30. Consultado el 30 de marzo de 2021 en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000200020&lng=en&tlng=es.

[11] Corte IDH. Asunto del Complejo Penitenciario de Curado respecto de Brasil. Medidas Provisionales. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 22 de mayo de 2014, párr. 15 y Observación general 15 del Comité de Derechos Económicos y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000.

enfermedades crónicas que requieren atención médica especializada, tratamiento oportuno y monitoreo de salud constante.

62. Garantizar a las personas privadas de libertad el derecho a la salud constituye uno de los aspectos fundamentales de satisfacción de necesidades básicas, lo que permite aspirar a su reinserción. Dicho de otra forma, la no reincidencia como efecto de una adecuada reinserción social solo se logrará en la medida en que el trato y atención que se brinde al interior de los centros penitenciarios sea acorde a los derechos humanos y bajo un esquema de vida digna[12].

63. Sin embargo, en el caso *sub judice* hay evidencia que acredita la vulneración del derecho a la salud por omisiones del director Juan y de los médicos Eduardo y Roberto, servidores públicos adscritos al CERESO Mexicali y al hospital general, respectivamente, quienes debieron considerar que se trataba de personas en condición de vulnerabilidad, por lo tanto, la atención médica tenía que ser preferente, prioritaria e inmediata. En ambos casos se observó la falta de diligencia para facilitar la atención médica de segundo nivel, la medicina preventiva, así como la omisión de brindar un diagnóstico y tratamiento oportuno, contribuyendo a que el estado de salud de las víctimas se deteriora.

64. En este sentido, la CEDHBC detalla las violaciones a los derechos humanos de las víctimas, concretizando, **la falta de diligencia para facilitar la atención médica de segundo nivel, la omisión de brindar atención médica primaria suficiente a la salud de las víctimas que impidió un diagnóstico y tratamiento oportuno e idóneo frente al deterioro de su salud física; la falta de tratamiento adecuado en atención secundaria a la salud,** así como **la integración deficiente del expediente clínico de las víctimas por personal médico adscrito al CERESO Mexicali y al Hospital General de Mexicali.**

B. Derecho a la protección de la salud

[12] Gómez RJA. Los Derechos Humanos de las personas privadas de la libertad: Importancia y Aplicación. Revista Mexicana Medicina Forense, 2019, no. 4 vol. 2, pág. 57-74 y Corte IDH. *Caso "Instituto de Reeducación del Menor" vs. Paraguay. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112. párr. 159

a. Atención primaria a la salud oportuna e idónea

65. Los artículos 1, 4 y 18 de la CPEUM; el artículo 9 de la LNEP, así como diversos tratados internacionales en materia de derechos humanos, establecen que el sistema penitenciario debe organizarse sobre la base de respeto y garantía de los derechos humanos, por lo que deberá protegerse el derecho a la salud, entendida como "el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social"[13].

66. La obligación de garantizar corresponde al Estado y el deber de respetar significa que el Estado, incluyendo a todos sus organismos y agentes, deben abstenerse de realizar cualquier acto u omisión que menoscabe la integridad de los individuos[14], máxime cuando se trata de personas privadas de libertad, en quienes la connotación "organismos y agentes" se traduce en las autoridades que conforman el sistema penitenciario, dado que se les atribuye una posición especial de garante, al ejercer un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia[15].

67. Ahora bien, de la organización del sistema penitenciario[16] se advierte que el director del CERESO Mexicali es la autoridad garante de las personas privadas de su libertad que residen dentro del centro a su cargo y que para el buen funcionamiento del mismo existe una coordinación del área médica, encargada de ejercer materialmente la garantía del derecho a la salud, a través de atención médica de primer nivel, la cual se enfoca en preservar la salud mediante actividades de promoción, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación[17].

68. La coordinación del área médica estaba a cargo del doctor Eduardo; parte de sus funciones consistían en supervisar la aplicación de programas de

---

[13] Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, "Protocolo de San Salvador", artículo 10. En el mismo sentido: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12.

[14] ONU, La índole de las obligaciones de los Estados Parte (párrafo 1 del articulo 2 del Pacto), CESCR Observación general 3, 1990.

[15] Caso Fermín Ramírez Vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de junio de 2005, párr. 118.

[16] De acuerdo con la legislación vigente en el momento que ocurrieron los hechos, Reglamento interno de la Secretaria de Seguridad Pública del Estado de Baja California y el Reglamento de los Centros de Readaptación Social del Estado de Baja California.

[17] NOM-006-SSA2-1993

medicina preventiva, supervisar que el personal médico realizara la detección oportuna de enfermedades infectocontagiosas mediante recorridos periódicos y permanentes en las estancias[18]; solicitar con oportunidad medicamentos e insumos médicos, así como supervisar el control de su administración e inventario; sugerir al director del centro, el traslado a instituciones de salud especializadas cuando no fuera posibles atenderlos en la sección médica, vigilando su evolución y tratamiento en dichas instituciones; llevar a cabo campañas masivas de vacunación, de detección de VIH/Sida y de otras enfermedades[19].

69. De manera general, proporcionar a los detenidos revisión médica regular, atención y tratamientos médicos adecuados y oportunos[20], mantener historiales médicos debidamente integrados, actualizados y confidenciales[21] y, sobre todo, tratar las enfermedades de las personas privadas de libertad, al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no lo están[22]. De la evidencia recabada por este organismo, se observa que Eduardo no desempeñó de manera puntual sus facultades como coordinador médico, trayendo como consecuencia una atención médica deficiente e inoportuna, lo que conlleva la vulneración a los derechos de integridad y vida por su estrecha relación con el derecho a la salud[23].

70. La comisión advierte con preocupación la existencia de una practica reiterada por parte de la coordinación médica del centro desde el año 2010[24], que tuvo como consecuencia la interrupción continua de las atenciones médicas de segundo nivel y del tratamiento sugerido por el

---

[18] Habitación en la que residen de manera habitual las personas privadas de libertad en los centros penitenciarios.

[19] Artículo 14 del Reglamento de Centros de Readaptación Social vigente al momento que ocurrieron los hechos.

[20] Corte IDH. *Caso Vera Vera y otra vs. Ecuador*. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226 y Corte IDH. *Caso Hernández vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019.* Serie C No. 395, párr. 59

[21] Corte IDH. *Caso Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312, párr. 178 y 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, pág. 164, registro 167530.

[22] "Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes" y Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312, párr. 172

[23] Caso Tibi Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de septiembre de 2004. Serie C No. 114, párr. 157, y Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, párr. 161.

[24] Lo que se desprende una vez estudiada la evidencia 19, una vez analizado el contenido del expediente clínico.

medico tratante del hospital general en agravio de Fernando, lo cual también es atribuible al director Juan, por ser la autoridad garante de los derechos de las personas privadas de su libertad pero que, además, la ley lo faculta para autorizar el tratamiento hospitalario de las personas privadas de su libertad, por recomendación del responsable médico del centro, cuando exista grave riesgo para la vida o la salud del interno y no se dispongan de los elementos necesarios para su atención adecuada[25].

71. Obligación que fue incumplida por casi 7 años y que los efectos de dicho incumplimiento se reflejaron de manera continua en el deterioro de la salud de Fernando, hasta su fallecimiento. Con base en el expediente médico se logró establecer que el 3 de septiembre de 2010, previa autorización del director Juan, Fernando ingresó al área de urgencias del hospital general por "*crisis hipertensiva y posible EVC en evolución*"[26], *consecuencia* de un tumor en el tórax detectado por el área médica del centro desde 2009, permaneció en el nosocomio hasta el 22 de septiembre de 2010 por su estado de salud crítico.

72. Cuando fue dado de alta el médico tratante determinó indicaciones específicas que no fueron atendidas por la coordinación médica del centro, toda vez que el 22 de octubre de 2010 Fernando fue excarcelado a una cita de seguimiento al hospital general, donde el médico señaló respecto a la salud de Fernando: "*traído fuera de tiempo, sin control médico-diabético adecuado, procedente de CERESO sin exámenes de laboratorio a pesar de haber estado hospitalizado […]*", y recetó 9 medicamentos distintos y dieta para diabético de 2000 calorías; no hay registro de que se haya dado cumplimiento a las indicaciones del médico tratante del hospital general sino hasta el 2014.

---

[25] Artículo 9, fracción V del Reglamento de Centros de Readaptación Social de Baja California y artículo 105 párrafo segundo de la Ley de Ejecución de Penas y Medidas Judiciales para el Estado de Baja California (vigente cuando ocurrieron los hechos) que a la letra dice: "El tratamiento hospitalario en instituciones públicas o privadas, sólo podrá autorizarse por el director del Centro, por recomendación del responsable médico del centro, cuando exista grave riesgo para la vida o la salud del interno y no se dispongan de los elementos necesarios para su atención adecuada".

[26] Enfermedad vascular cerebral: alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente. Consúltese en: http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/enfermedad-vascular-cerebral

73. De igual manera se destaca la nota médica del 29 de abril de 2011, elaborada por el médico tratante del hospital general, en la que manifestó: "*traído de nuevo fuera de tiempo y sin ningún resultado de los solicitados*". El 8 de julio de 2011 ingresó a urgencias derivado del tumor torácico y fue canalizado a interconsulta para cirugía. Sin embargo, en nota médica del 29 de noviembre de 2011 se asienta que no acudió a su cita, y lo mismo el 10 de octubre de 2012, por lo que nunca se le practicó la cirugía.

74. Asimismo, se observa que Maite, la madre de Fernando, acudió en fecha 24 de octubre del año 2013 a solicitar apoyo al departamento de trabajo social, debido a que se había expedido una orden para el área de radiología integral de Mexicali y de las constancias médicas no se advierte que se haya realizado el estudio sino hasta **cerca de un año y siete meses después,** el 9 de junio de 2015, fecha en que se concretó la cita con el servicio de radiología integral de Mexicali.

75. De nueva cuenta, Maite acudió el 24 de abril de 2014 al departamento de trabajo social para solicitar que le brindaran atención médica a Fernando, sin embargo, le informaron que el doctor Eduardo se encontraba de vacaciones. La comisión observa que esta petición fue determinante para dar inició a la atención médica de Fernando, pues la primera nota del historial clínico es del 22 de mayo de 2014 y, el 11 de julio de 2014 se atiende, medianamente, a las indicaciones del médico tratante fechadas el 22 de octubre de 2010, toda vez que se notificó al encargado de cocina de preparar dieta para Fernando atendiendo a sus padecimientos de diabetes e hipertensión, es decir, más de tres años después.

76. Las enfermedades de Fernando eran de progresión lenta y no fue atendido por la coordinación médica de manera regular; la comisión observa que las notas médicas no reflejan un seguimiento constante del cuidado a la diabetes ni de la administración de medicamentos, en parte porque no contaban con ellos; no se monitoreaba la eficacia del tratamiento, ni se atendió el tumor torácico. A pesar de que existía evidencia de que en el año 2011 Fernando sería sometido a una cirugía, no se retomó en ningún momento la atención médica de segundo nivel y menos, la atención especializada con un médico cardiólogo.

77. Las consecuencias a esta omisión se observan a partir del 30 de julio de 2016, fecha en que es excarcelado de urgencia al hospital general por dolor precordial de tres días de evolución; luego, el 10 de diciembre de 2016 ingresó de nueva cuenta al área de urgencias donde el médico tratante, Raúl, señaló que requería de un cateterismo; el 23 de diciembre de 2016 fue trasladado a urgencias por infarto agudo al miocardio.

78. Desde el 2010 hasta el 2017, se denota un tratamiento tardío e incompleto respecto a los padecimientos de Fernando, lo que trajo como consecuencia un deterioro acelerado de su salud, que a su vez conllevó a la perdida de la vida. Para la comisión resulta preocupante que, pese al historial clínico, a los tres episodios de urgencia que tuvieron lugar en menos de seis meses y a los antecedentes clínicos, aunado a la insistencia por parte de este organismo para que se le practicara un cateterismo a Fernando, la respuesta del coordinador médico siempre fue alentadora respecto a la salud de su paciente, describiéndolo como "estable"[27].

79. En el correo electrónico que envió Eduardo al director del centro el 22 de marzo de 2017 informó: *"el paciente se encuentra estable y acude de manera mensual para surtir medicamento antihipertensivo y prescripción de medicamento para su compra externa por familiares, al no contar con dicho medicamento […]"*. Sin embargo, la madre de Fernando manifestó ante este organismo que ninguna autoridad le avisó de los medicamentos que hubiera necesitado su hijo durante su estancia dentro del centro penitenciario y no le hicieron llegar ninguna receta médica por parte del CERESO.

80. En el mismo correo electrónico informó al director Juan sobre una cita que tenía Fernando el 11 de julio de 2017 a las 11:00 horas en el servicio de medicina interna del hospital general, anexando el oficio enviado al juzgado penal. Sin embargo, fue excarcelado hasta el 03 de agosto de 2017 para acudir a su cita médica.

[27] Se desprende de la evidencia 32, el director del CERESO remitió constancias de correos electrónicos donde se aprecia un correo electrónico remitido por el coordinador médico, quien le informa: "Actualmente el paciente se encuentra estable y acude de manera mensual para surtir medicamento antihipertensivo y prescripción de medicamento para su compra externa por familiares".

81. Respecto al servició de salud que recibió Isidro, careció también de la calidad propia que merecen todas las personas. Él ingresó desde el año 2011 al CERESO y de acuerdo con las notas médicas del centro penitenciario se le comenzó a brindar atención médica regular por padecimientos generales, también, a partir del año 2014.

82. De las evidencias se logró establecer que para Isidro la falta de prevención y detección oportuna de tuberculosis y VIH/Sida fue determinante para el deterioro de su salud. En materia de derecho a la protección de la salud, uno de los criterios más importantes consiste en prevenir, tratar y combatir las enfermedades de cualquier índole[28].

83. Los centros penitenciarios, al ser pequeñas comunidades cerradas, pero no herméticas y con reglas propias de convivencia, estan conformados no solo por las personas privadas de libertad, sino por personal de custodia, de salud, tecnicos y obreros, quienes ingresan y egresan todos los dias del lugar, debiendo anadirse a los visitantes que entran y salen después de mantener contacto con sus familiares privados de libertad. Esto genera condiciones para la transmisión de la tuberculosis, a través de la llamada "poblacion puente", que circula entre el medio penitenciario y el mundo exterior, estableciendo la cadena de infección entre ambos medios[29].

84. El entorno de las prisiones, combinado con un diagnóstico tardío de la tuberculosis, medidas de prevención inadecuadas, un tratamiento de baja calidad y en ocasiones incompleto, contribuyen a la propagación de la tuberculosis, asimismo, la atención del VIH también suele ser inadecuado en los servicios de salud de muchos centros penitenciarios.

85. Es por ello que la medicina preventiva es fundamental para preservar la salud de las personas privadas de libertad, algunas pautas de prevención generales dentro de los centros penitenciarios son recibir información, educación y comunicación sobre el VIH y la tuberculosis, la salud sexual y

[28] Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14 del CDESC.
[29] Kim S., Crittenden K., Risk factors for tuberculosis among inmates: a retrospective analysis. Public Health Nursing. 22- 2 y Organización Panamericana de la salud, Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe, Washington, D.C, 2008, pág. 17.

reproductiva, la salud mental, el consumo de drogas y la prevención y gestión de la sobredosis. Garantizar el fácil acceso a pruebas voluntarias y programas de asesoramiento sobre el VIH. Incluso, la OMS sugiere que los funcionarios de salud sanitaria deben ofrecer asesoramiento y recomendar la realización de pruebas del VIH a todas las personas privadas de libertad, durante las consultas médicas. Además, implementar programas integrales de preservativos y lubricantes que permita a hombres y mujeres privadas de libertad acceder de manera gratuita a ellos, en lugares discretos donde no necesiten pedírselos a nadie[30].

86. En el mismo sentido, el reglamento aplicable al CERESO Mexicali en el momento que ocurrieron los hechos motivo de la presente recomendación, establece que el coordinador del área médica, Eduardo, debía coordinar y supervisar la aplicación de programas de medicina preventiva; llevar a cabo recorridos periódicos y permanentes para detectar de manera oportuna enfermedades infectocontagiosas y llevar a cabo campañas masivas de vacunación, de detección de VIH/Sida o de enfermedades de cualquier índole.

87. Sin embargo, la comisión observa que el doctor Eduardo incumplió con todas las obligaciones mencionadas. Toda vez que, mediante informe justificado, señaló respecto a la salud de Isidro: "*contando con único antecedente patológico el diagnóstico 'tuberculosis pulmonar', el mes de marzo de 2011, recibiendo tratamiento completo y siendo egresado como curación*". Sin embargo, no se remitió ninguna constancia que acreditara la administración del tratamiento adecuado y sobresalen otras omisiones que se mencionan a continuación.

88. De las mismas notas médicas remitidas por el doctor Eduardo se advierte que no hay constancias de que se le haya practicado la prueba de VIH, pese a que en todos los casos de tuberculosis se deberá ofrecer la prueba de manera rutinaria[31], ni obran datos de seguimiento clínico para prevenir

[30] OMS, Notas sobre Políticas: Prevención, tratamiento y atención en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones, Austria, 2013, pág. 3 y The Global Fund, "Informe técnico: Abordar el VIH y la tuberculosis en las prisiones, los centros de detención provisional y otros centros de reclusión", Suiza, 2020, pág. 11.
[31] Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.

la recurrencia de la tuberculosis durante los siguientes **seis años**, ignorando que existe una probabilidad de que la infección se reactive. Ya sea con motivo del VIH o por una cepa distinta de la bacteria que provoca la tuberculosis[32], lo que dio lugar al siguiente desenlace.

89. El 2 de abril de 2017, mientras se encontraba en el día de visita con su hermana Alina, comenzó a sufrir una embolia y fue trasladado al área de enfermería donde el médico en turno diagnosticó "*crisis de ansiedad vs. posible parálisis de Bell incipiente (sic)*" *pero* omitió realizar una revisión integral, pues en la nota médica no se estableció toma de signos vitales, entrevista o exploración física, lo que retrasó aún más el diagnóstico oportuno.

90. Para el 9 de abril de 2017, su hermana Sandra acudió al centro a visitar a Isidro e informó a Alina que tuvo que retirarse por petición de su hermano, debido a que no se sentía bien "*no podía comer, estaba vomitando mucho y se mareaba*", lo que sugiere que su estado de salud física estaba muy deteriorado. En consecuencia, ambas, acudieron el 10 de abril al centro a solicitar atención médica para su hermano, lo anterior se registró en una nota médica con fecha del 11 de abril del 2017: "*se trata de paciente masculino de 42 años de edad el cual es valorado por petición de trabajo social ya que familiar se encuentra en dichas instalaciones […] se realiza telerradiografía de tórax donde se evidencia datos compatibles a derrame pleural izquierdo y posible tuberculosis pulmonar*", por lo que es excarcelado de urgencia al nosocomio de la ciudad, donde permaneció hasta el 12 de abril de 2017.

91. Ese mismo día, cuando es dado de alta, el centro le realizó una prueba de VIH que resultó positiva y el 13 de abril lo excarcelan nuevamente de urgencia al hospital general. Desafortunadamente su estado de salud se agravó de manera crítica y falleció el 15 de abril de 2017 por "insuficiencia respiratoria aguda; tuberculosis pulmonar y desnutrición severa".

[32] Mateo Zuñaga G., ¿Reinfección o reactivación en la tuberculosis pulmonar? Un reto diagnóstico. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, núm. 33 v. 3, pág. 426. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a12.

92. La comisión observa que, en el caso particular de Isidro, existió una omisión por parte del doctor Eduardo, pues tenía la obligación de prevenir enfermedades como el VIH y la tuberculosis. No obstante, dichas áreas se encuentran bajo la supervisión del director del centro penitenciario por ser la principal autoridad garante de los derechos de las personas privadas de libertad en el CERESO a su cargo, por lo que le correspondía la obligación irrestricta de velar por la salud de Isidro.

93. A su vez, la comisión advierte con preocupación la nula intervención de la Secretaria de Salud como autoridad corresponsable de garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de libertad, aunado a que, se presume, es la autoridad especialista en temas de prevención de VIH y tuberculosis.

94. De acuerdo, con la protección a la salud en el interior de los centros, conocer los casos de VIH/SIDA debe ser una de las principales tareas del sistema penitenciario, porque acceder a un tratamiento oportuno significa garantizar el derecho de las personas privadas de su libertad a una mejor calidad de vida y salud digna. A pesar de ello, transcurrieron cerca de 6 años para que se detectara en Isidro, además, cuando sucedió, se encontraba ya en un estado de salud crítico al padecer una de las enfermedades oportunistas más graves lo que ocasionó que perdiera la vida.

95. En la opinión médica de esta comisión estatal se indicó que las patologías combinadas, tuberculosos pulmonar y el VIH/Sida resultan sumamente graves cuando se presentan ambas, sin embargo, a pesar de que deterioran al paciente a un grado extremo, sobre todo en las fases terminales, son progresivas y notorias. Al respecto, las NIAA establecen que se debe hacer una evaluación de la tuberculosis en todas las personas que presenten tos productiva inexplicable durante dos o tres semanas[33].

96. Parte de las obligaciones del coordinador médico consiste en detectar a tiempo enfermedades infectocontagiosas, como la tuberculosis o el VIH. En

[33] Normas Internacionales para la Asistencia Antituberculosa, Norma 1; Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

el caso particular de Isidro se puede apreciar de las notas médicas del historial clínico, que presentaba un cuadro de posible tuberculosis ya evolucionada al momento de ingresar al nosocomio y, de acuerdo con la opinión del perito médico adscrito a la CEDHBC, sí podía ser detectada con oportunidad por el servicio médico del centro, a cargo de Eduardo, por lo que no se le dio la atención necesaria y oportuna para evitar el desenlace fatal que le costó la vida.

97. Todo lo anterior afirma la idea de una práctica constante en la atención médica que se brindó a Fernando e Isidro, por parte de Eduardo y Juan, desde su ingreso al CERESO hasta su fallecimiento, consistente en dos situaciones, la primera, es el incumplimiento del deber irrestricto de brindar un servicio médico eficiente, oportuno y en apego a las normas de salud que corresponden, así como el omitir excarcelar en tiempo a las personas privadas de libertad que requieren atención médica de segundo nivel.

98. Es de gran importancia que las autoridades penitenciarias no olviden que estar privado de la libertad no implica perder la dignidad humana en la cual descansan todos los derechos humanos, si bien se restringen ciertos derechos, de ninguna forma la salud, la vida y la integridad personal.

99. En segundo, se denota una falta de comunicación y coordinación entre el área médica del centro y el director del centro, en conjunto con el servicio de salud en el hospital general, ocasionando la interrupción de la atención médica que impide acceder a un tratamiento oportuno encaminado al restablecimiento de la salud. Es decir, no existe una coordinación de funciones entre estas tres autoridades que permitan brindar a las personas privadas de su libertad la atención médica oportuna y adecuada, lo cual resulta alarmante para este organismo porque la problemática persiste en la actualidad, al no estar regulado de manera integral un protocolo eficiente para atender las necesidades de salud de cada una de las personas privadas de libertad en tiempo y forma[34].

[34] Dato que se obtuvo de la evidencia 37.

100. La CoIDH ha determinado que siempre que una persona es privada de libertad en un estado de salud normal y posteriormente aparece con afectaciones, corresponde a la autoridad garante proveer una explicación. La falta de ella lleva a la presunción de responsabilidad por tratarse de personas bajo su custodia[35].

101. Esta comisión observa con preocupación que el director del CERESO Mexicali, en su calidad de funcionario garante de los derechos humanos de las personas privadas de libertad, no dio una explicación satisfactoria y convincente respecto a sus acciones encaminadas a proteger la salud de Fernando e Isidro. Por el contrario, del cumulo de evidencias de desprende que no realizó una adecuada supervisión y control de la atención médica que se les brindó a las víctimas e incumplió con las medidas precautorias emitidas por este organismo autónomo para brindar protección a Fernando.

102. Primero, como quedó establecido, desde 2010 Fernando no fue excarcelado en tiempo y forma para que recibir atención médica oportuna de segundo nivel. Inclusive, en el 2017, pese a que el director conocía plenamente la gravedad del estado de salud de Fernando y que debía ser excarcelado el 11 de julio, no fue atendido sino hasta el 3 de agosto de 2017.

103. Aunado a ello, omitió realizar todas las diligencias necesarias para garantizar el derecho a la salud de Fernando, toda vez que notificar a Eduardo de las medidas precautorias, si bien es necesario, no generó ningún resultado real en la protección de Fernando e incluso fue canalizado al área de psiquiatría.

104. La declaración de Fernando refleja la angustia que le generó estar condicionado a una enfermedad que se agrava y observar como la atención medica brindada por el centro no era adecuada:

[35] Corte IDH. Caso Mendoza y otros vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia del 14 de mayo de 2013. Serie C No. 260. Párr. 203.

"[…] me siento cada día más decaído, con mucho dolor de espalda y fatiga, es por ello que solicito los estudios necesarios […]"

105. En segundo, se hizo notoria la falta de supervisión y coordinación para la aplicación de protocolos de prevención, detección y tratamiento oportuno de personas con VIH/Sida y tuberculosis, teniendo como consecuencia el deterioro de la salud de Isidro. Tampoco supervisó ni tomó medidas para resolver la problemática del abastecimiento de medicamento, pues de las notas médicas remitidas por Eduardo, se observa que los familiares de las víctimas debían comprar los medicamentos e ingresarlos al centro, y dicha práctica se presume consentida por él, toda vez que tenía conocimiento[36] y no realizó acciones encaminadas a evitarlo.

106. En ambos casos los expertos en la materia, adscritos a este organismo, señalan que no se realizaron los estudios suficientes o adecuados para brindar un diagnóstico acertado a Isidro y ofrecer alternativas de tratamiento a Fernando, lo que es atribuible a Eduardo como coordinador médico del CERESO Mexicali.

107. También señalaron respectivamente, que el expediente médico de Isidro "*[…]fue inadecuadamente elaborado, incorrectamente estructurado y maliciosamente manipulado, lo que evidencia la no definición del diagnóstico y por tanto del tratamiento adecuado, el desconocimiento del caso, la falta de liderazgo por un médico tratante, entre otras cosas […]*[37]". El de Fernando, por su parte, no cumplió con lo establecido en la norma de salud NOM-004-SSA3-2012[38].

108. En vista de lo expuesto en el presente capitulo, este organismo autónomo advierte que los servicios sanitarios del centro a cargo de Eduardo no

[36] Se desprende de la evidencia 32, de los correos electrónicos se desprende que Eduardo le informó que no contaban con un medicamento que Fernando requería por lo que se le entregaba la receta para que los familiares lo ingresaran, además, el médico psiquiatra también le informó que no contaba con el medicamento para darle el tratamiento completo a Fernando.

[37] Evidencia señanalada con el numeral 55, consistente en dictamen pericial remitido por el perito médico legista adscrito a la Unidad de Servicios Periciales de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

[38] Evidencia señalada con el numeral 29, opinión médica legal emitida por el perito médico legista adscrito a la Unidad de Servicios Periciales de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

dignifican a las personas privadas de su libertad. La omisión de brindar una atención médica idónea a las víctimas repercutió en la imposibilidad de identificar y atender oportunamente las manifestaciones clínicas propias de su condición orgánica. El tiempo transcurrido sin que recibieran la atención, diagnóstico y tratamiento oportuno contribuyó al deterioro de su estado de salud, y posterior fallecimiento.

b. La falta de diagnóstico y tratamiento adecuado en atención secundaria a la salud y deficiente integración del expediente clínico de las víctimas por parte del personal médico del Hospital General.

109. El Hospital General de Mexicali brinda atención a la salud de segundo nivel, es decir, que se atienden a los pacientes remitidos por los médicos de primer nivel para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación de conformidad a la complejidad de su padecimiento[39].

110. La atención médica es definida en el artículo 32 de la LGS como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. La falta o deficiencia en la provisión de dicha atención médica, o un tratamiento médico negligente o deficiente, no es acorde con la obligación de proteger el derecho a la vida de las personas privadas de libertad[40].

111. Del caso relativo a Fernando, es importante resaltar los protocolos técnicos de problemas cardiovasculares remitido por el director del hospital general, en su informe justificado, estableciendo que para el diagnóstico de infarto agudo al miocardio son necesarios los exámenes de gabinete siguientes:

- Electrocardiograma de 12 derivaciones y círculo torácico.
- Radiografía de tórax posterior, anterior y lateral.
- Exámenes de laboratorio

[39] Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en unidades médicas hospitalarias de segundo y tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, numeral 5.17.

[40] Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312, párr. 189

112. De las evidencias se desprende que Fernando ingresó al nosocomio en comento, en diversas ocasiones por complicaciones cardíacas, siendo las más recientes el 30 de julio del 2016 a las 17:35 horas por dolor precordial de tres días de evolución, se le realizó un electrocardiograma y estudio de enzimas cardíacas y fue dado de alta al día siguiente.

113. Ese mismo año, el 10 de diciembre a las 16:18 horas ingresó al área de urgencias del nosocomio donde el médico tratante, Raúl, señaló: "*[…] se realiza ekg*[41] *de 12 derivaciones, encontrando infradesnivel de cara lateral extensa, ya se ha presentado en múltiples ocasiones ingresos por misma razón, por lo que amerita la realización de cateterismo […]*". Es dado de alta el 11 de diciembre de 2017 e ingresa nuevamente el 23 de diciembre del mismo año, por infarto agudo al miocardio, egresando a las 10:23 horas del día siguiente, con el diagnóstico de angina de pecho. Al respecto, el doctor Franco realizó la siguiente observación: "*[…]electrocardiograma donde se observan lesiones isquemias en cara anteroseptal, se realizan laboratorios donde no se reporta elevación de enzimas. Paciente de alto riesgo, requiere manejo por parte de cardiología*".

114. Ante las indicciones del médico de urgencia, el 9 de enero de 2017 a las 7:40 horas fue atendido por el médico cardiólogo Roberto, obligado a tratar las enfermedades de las personas privadas de libertad, al mismo nivel de calidad que brinda a las personas que no lo están[42].

115. No obstante, la evidencia permite establecer que emitió un diagnóstico basado en elementos subjetivos, ya que no realizó ningún estudio de laboratorio ni de imagen, a pesar de que Fernando había ingresado en diversas ocasiones al área de urgencias y se había remitido a consulta para valorar la posibilidad de un cateterismo cardíaco por ser considerado de alto riesgo. El doctor Roberto sólo tomó la presión y le recetó nuevos medicamentos, lo cual obra en una nota médica que carece de los elementos obligados por la NOM-004-SSA3-2012 del historial clínico.

---

[41] Electrocardiograma

[42] "Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes" y Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312, párr. 172

116. Es decir, el doctor Roberto no valoró la posibilidad de un cateterismo diagnóstico o terapéutico durante su consulta y, menos aún, realizó los estudios de gabinete necesarios para brindar un diagnóstico acertado que permitiera brindarle a Fernando un tratamiento encaminado a preservar su vida, aún cuando cuatro médicos de urgencia que lo atendieron en el Hospital General de Mexicali, Raúl, Rodrigo, Marcelo y Franco, llegaron a la misma conclusión.

117. Uno de ellos, el doctor Marcelo, manifestó en su informe justificado que Fernando requería tratamiento diagnóstico y en algunas ocasiones terapéutico de cateterismo cardíaco, el cuál debe ser subrogado por los familiares ya que no se cuenta con dicho servicio en el hospital general. En el mismo sentido, el doctor Franco señaló en su informe justificado que: "*[…]dada las características clínicas y los factores de riesgo lo catalogaban como de alto riesgo y se deben someter a cateterismo cardíaco y angioplastia si lo requieren, dicho procedimiento requiere ser cubierto por el paciente y/o familiares ante tal imposibilidad se decidió envió a cardiología a continuar protocolo (sic)*".

118. Esta comisión estatal advierte un tema económico para llevar a cabo el cateterismo diagnóstico o terapéutico que Fernando requería. Lo cual se desprende de lo manifestado por los médicos de urgencia y en segundo, de lo manifestado por el director del hospital general, quien informó a este organismo que los pacientes pueden acceder a servicios de cardiología intervencionista, es decir, cateterismo diagnóstico o terapéutico, mediante el pago de los servicios.

119. Sin embargo, en ningún momento el médico Roberto informó a Fernando, al CERESO Mexicali o a los familiares, la posibilidad de que accediera a un cateterismo mediante el subsidio del gasto. Al respecto, la madre de Fernando manifestó que no se le informó sobre la gravedad de la enfermedad de su hijo y no se le pidió apoyo para valorar la posibilidad de solventar el cateterismo.

120. La comisión observa con preocupación la posibilidad que el doctor Roberto no contemplara a Fernando como candidato para practicarle un cateterismo, ya que su intervención como médico especialista era crucial para garantizar una mejor calidad de vida a Fernando y da la impresión que optó por ignorar la condición orgánica de la víctima, no se responsabilizó de la salud de Fernando y no le ofreció una atención médica diligente, con la calidad, información, imparcialidad e idoneidad que requería su padecimiento cardíaco.

121. El perito médico legista adscrito a la Unidad de Servicios Periciales de la Comisión Estatal de Derechos Humanos con base en el dictamen que elaboró, concluyó respecto a la atención médica brindada a Fernando que:

A. No se le practicaron los estudios suficientes o adecuados para brindarle las alternativas de tratamiento al padecimiento que presentaba el agraviado.

B. Si existen constancias médicas en el expediente clínico que permiten deducir que el agraviado tenía dos arterias tapadas, por lo que efectivamente sí requería de un cateterismo cardíaco.

C. La atención médica que recibió el agraviado no fue suficiente para atender en tiempo y forma su problema de salud.

D. La causa determinante de la muerte que resulta de la necropsia practicada al agraviado es consecuencia directa de un inadecuado manejo del problema cardíaco que padecía.

122. En conclusión, la comisión estatal advierte que existió una omisión por parte de Roberto en la adopción de medidas dirigidas a proteger la salud de las víctimas debido a que el doctor Roberto, médico cardiólogo a cargo de la salud de Fernando, no actuó con la debida diligencia para valorar los antecedentes y cuadro clínico del paciente. Pese que Fernando padecía dos enfermedades crónicas e ingresó cerca de 6 veces a urgencias por problemas cardíacos, fue canalizado para que valorara la posibilidad de

un cateterismo cardíaco por ser considerado como paciente de alto riesgo, emitió diagnóstico basado en elementos subjetivos.

123. No hay evidencia de que haya realizado los estudios de gabinete necesarios que permitieran determinar la posibilidad de practicarle a Fernando un cateterismo diagnóstico o terapéutico. Inclusive no se tomó el tiempo de elaborar una nota médica acorde lo establecido en la norma de salud[43]. Es por ello que este organismo considera que no atendió a la víctima con la calidad y cuidado que requería, por lo tanto, omitió brindar una atención médica especializada acorde a la dignidad del ser humano.

124. Una vez establecidas las vulneraciones de las que fue víctima Fernando por parte del doctor Roberto, adscrito al hospital general, es importante puntualizar las veces en que Isidro y Fernando no fueron atendidos de manera diligente e idónea por los médicos de dicho nosocomio.

125. Fernando ingresó en tres ocasiones al área de urgencia con diagnóstico de ingreso correspondiente a infarto, en un periodo de cinco meses y en las tres ocasiones fue dado de alta al día siguiente sin indicaciones específicas y sin ser atendido por un médico especialista en el área de urgencias. Inclusive es dado de alta el 31 de julio de 2016 a las 10:47 horas sin haber obtenido los resultados de los estudios realizados.

126. En el caso de Isidro, ingresó el 11 de abril de 2017 al área de urgencias del hospital general donde se tomaron muestras para el área de infectología por sospecha de tuberculosis pulmonar y fue dado de alta al día siguiente, sin haber realizado la prueba de VIH y, el 13 de abril de 2017 Isidro es trasladado nuevamente al área de urgencias donde se informa que el paciente padece de VIH. Allí permanece hasta su fallecimiento, sin que se logrará establecer con claridad el diagnóstico y tratamiento idóneo.

127. Las reglas Nelson Mandela, señalan la importancia de que la organización de los servicios médicos se realice en estrecha vinculación con la

[43] NOM-004-SSA3-2012, Norma Oficial Mexicana de salud referente a la debida integración del expediente clínico.

administración del servicio de salud pública, que logre la continuidad exterior del tratamiento, incluso en lo que respecta al VIH, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas[44], corresponde pues a los hospitales en atención a la salud de segundo nivel realizar los estudios y análisis necesarios para diagnosticar, tratar, rehabilitar y restablecer la salud de los pacientes. De lo contrario, pueden dar lugar a la propagación de enfermedades transmisibles y potencialmente mortales en los establecimientos penitenciarios y la comunidad.

128. Sin embargo, en vista de lo analizado, el hospital general demostró una practica reiterada, consistente en dar de alta prematuramente a las víctimas, lo que dio lugar a readmisiones a urgencias en un intervalo de tiempo corto. La OMS ha señalado al respecto que esto puede dar lugar a altas tasas de defunciones, y dicha práctica constituye también una violación al derecho de recibir un tratamiento oportuno y adecuado.

129. En el caso particular de Isidro, el hospital general, ante la sospecha de tuberculosis debió actuar con diligencia para evitar la propagación de la enfermedad e iniciar los estudios para brindar el tratamiento idóneo a Isidro. Sin embargo, en nota médica del 14 de abril de 2017 a las 11:29 horas, el médico tratante, señala en nota de evolución: "[…]se inicia *antifímicos, sin embargo, en este momento se reporta elevación de enzimas hepáticas por lo que se suspende su administración […] se encuentra delicado con riesgo de complicaciones severas. Grave. Suspender antifímicos por daño hepático. Continuo protocolo de estudio para TB (sic)*[45]".

130. En este contexto, la comisión advierte con preocupación que el paciente duró más de 24 horas sin monitoreo, fue hasta el 15 de abril del 2017 a las 14:58 horas, que un médico becario atendió a Isidro y tomó la decisión de reiniciar los antifímicos que le habían causado un daño hepático, de igual manera ordenó la realización de más pruebas. Horas más tarde, a las 21:30 horas, Isidro fallece.

---

[44] Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977, Regla 24.2.

[45] TB es el término general utilizado para referirse a la tuberculosis.

131. En casos como el de Isidro, las NIAA señalan que: "[e]n las personas infectadas por el VIH o que se sospeche que puedan estarlo, sé acelerará la evaluación diagnóstica" y no debe llevarse a cabo el procedimiento para obtener un diagnóstico de tuberculosis con BAAR negativo[46] porque requiere de un tiempo considerable y en los pacientes con infección por el VIH la tuberculosis puede ser rápidamente progresiva.

132. En suma, este organismo estatal considera que el expediente clínico refleja una dilación en el proceso para obtener un diagnóstico adecuado, no se tomó en consideración el estado grave de la víctima, por el contrario, se minimizó su condición orgánica y, por ende, se retrasó la administración de un tratamiento oportuno que ocasionó, a su vez, el fallecimiento de Isidro.

133. Conclusión sustentada, también, en el análisis realizado por el perito médico adscrito a este organismo, quien evidenció inconsistencias en el historial clínico elaborado por los médicos tratantes, concluyendo que no se realizaron los estudios suficientes o adecuados para un diagnóstico sustentado y que de las actuaciones que obran en el expediente clínico se deduce que la víctima falleció como consecuencia de la falta de atención médica adecuada, siendo las siguientes

a. De la nota médica del 15 de abril de 2017 a las 17:05 horas, se puede observar que, al hacer referencia a Isidro en femenino, como si se tratara de otro paciente, imprecisiones como son fechas de ingreso, diagnósticos y prescripción de medicamentos antifímicos, mismos que se habían suspendido por causarle daño hepático, sugieren la inadecuada elaboración de la nota, con empleo de información copiada y pegada.

b. El día 15 de abril en que fallece Isidro, se realiza una nota médica por parte de un médico becario, es decir, sin la presencia en el servicio de hospital, de un médico adscrito y responsable del manejo de este paciente, ocasionando un abandono de paciente.

[46] Pruebas de bacilos acidorresistentes (BAAR) para determinar la enfermedad de tuberculosis.

c. Las indicaciones médicas descritas el día 15 de abril de 2017 a las 22:42 horas, correspondieron a una fecha y hora en que el paciente ya había fallecido.

d. Existe una nota de fecha 16 de abril de 2017, a las 17:05 horas, firmada por quien parece ser médico becario, que refiere insuficiencia renal aguda, padecimiento que nunca estuvo ni documentado ni sustentado, además señala un peso corporal de 90 kgs y una talla de 174 cms, que contradice la desnutrición diagnosticada.

134. La Corte IDH ha determinado que "[…]en términos generales, es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como 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"[47]. El historial médico debe ser adecuado y actualizado, incluyendo el de las personas privadas de libertad[48].

135. No obstante, la comisión observa con preocupación que en ambos casos los expertos en la materia llegaron a la conclusión de que los expedientes clínicos de Fernando e Isidro no habían sido elaborados adecuadamente, conforme a los lineamientos de salud. Lo anterior pudo constituir un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de las víctimas y así, poder brindar un tratamiento oportuno; puede afirmarse que las irregularidades de ambos expedientes clínicos sí vulneran el derecho que tienen las víctimas a recibir una atención médica integral de calidad[49].

136. En vista de lo analizado en el presente apartado, si bien no se logró establecer de manera directa una responsabilidad a los médicos tratantes desde el ingreso y posterior fallecimiento de las víctimas, la comisión

---

[47] Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, Párrafo 68

[48] Corte IDH. Caso Hernández vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019. Serie C No. 395. párr. 88. Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312. párr. 178

[49] Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, Principio X.

advierte con preocupación que existió una conducta sistemática por parte de los médicos del hospital general consistente en omitir brindar una atención médica de calidad a las víctimas. De allí la importancia de analizar los eventos que permiten establecer una practica reiterada para que el titular de la Secretaría de Salud pueda implementar medidas tendientes a evitar dichas prácticas e instar a los funcionarios de salud para que garanticen a las personas privadas de salud un servicio médico acorde a la dignidad de todas las personas.

137. Para ello, es imprescindible que la coordinación médica, la dirección del centro y el servicio de salud pública, trabajen en conjunto para atender las necesidades médicas de las personas privadas de su libertad y, sobre todo, que sus acciones se materialicen en gestiones eficientes que les permitan acceder a citas médicas de seguimiento y monitoreo de salud en el hospital general y no esperar a que requieran atención médica de urgencia, como ocurrió con Fernando e Isidro.

138. Es notorio que las víctimas sufrieron padecimientos físicos y mentales, respecto de los cuales recibieron una atención médica inadecuada, que no satisface los requisitos mínimos de un tratamiento digno, conforme a los artículos 1, 4, 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en relación con los artículos 4 y 5 de la CADH.

V. RESPONSABILIDAD

139. Dado a que el cumplimiento de una recomendación, por su propia naturaleza no son determinaciones coercitivas, su destinatario es el superior jerárquico de las instituciones de adscripción de las personas servidoras públicas responsables de las violaciones a derechos humanos. De esa manera, corresponde al titular instruir la realización de las acciones de reparación a las víctimas y de la investigación de los hechos para imponer las sanciones que correspondan y evitar que queden impunes.

140. Aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, lo cierto es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso,

contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

141. **Las autoridades penitenciarias del Estado, así como la Secretaria de Salud como autoridad corresponsable**, deberán aplicar medidas para subsanar las deficiencias que debilitan la atención médica adecuada en los Centros de Reinserción Social y en la atención brindada a las personas privadas de su libertad en nosocomios, como autoridades garantes de seguridad, vida, salud e integridad de las personas privadas de la libertad que tienen bajo su custodia, para que su actuación sea acorde a los principios rectores del servicio público estatal: dignidad, igualdad, legalidad, proporcionalidad y reinserción social, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1° Constitucional, artículos 3, fracción II, 4, 7, 10, 96 y 207 de la Ley Nacional de Ejecución Penal y artículo 7 de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Baja California.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

142. La Corte IDH ha establecido que toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente, tratándose pues de una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado[50].

143. La Ley General de Víctimas en su artículo 1 y la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California en su artículo 2, establecen que las víctimas tienen derecho a ser reparadas por el Estado de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron y que además, se les repare de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido.

[50] Corte IDH, *Caso Chitay Nech y otros vs.* Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de mayo de 2010. Serie C No. 212, párr. 227.

144. En el presente caso, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos considera que los hechos descritos constituyen una transgresión a los derechos humanos de las víctimas, que se tradujo en la inadecuada atención médica que derivó en la pérdida de la vida de Fernando e Isidro.

VII. ACREDITACIÓN DE VÍCTIMAS

145. Los artículos 4 de la Ley General de Víctimas y 5 de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California, señalan que se denominarán víctimas directas aquellas que hayan sufrido algún daño o menoscabo a sus derechos como consecuencia de una vulneración a sus derechos humanos.

146. Por lo anterior, la CEDHBC tiene como acreditada la calidad de víctimas directas a Fernando e Isidro, por lo que derivado del agravio cometido en su contra por las autoridades responsables, tal como se describe en el cuerpo de la presente recomendación.

147. Por consiguiente, la CEDHBC considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes[51]:

VIII. Medidas de Rehabilitación

148. Al haberse acreditado que las víctimas directas fallecieron debido a una atención médica deficiente por parte de las autoridades del CERESO Mexicali y del médico especialista adscrito al Hospital General de Mexicali. Se deberá brindar atención psicológica/psiquiátrica a Maite, Alina y Sandra, previo consentimiento, la cual deberá ser proporcionada por personal especializado y otorgarse de forma continua hasta que alcancen su total sanación psíquica y emocional, misma que deberá brindarse de manera gratuita, de forma inmediata y en un lugar accesible, debiendo brindarles la información previa, clara y suficiente sobre el tratamiento a seguir.

[51] Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 4 y 110 fracción IV de la Ley General de Víctimas, así como 5 y 115 fracción IV de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California.

IX. Garantías de no repetición

149. Se refieren a la implementación de medidas tendentes a evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos, como los que se trataron en el presente caso y contribuir a su prevención, por lo que el órgano administrativo en conjunto con la Secretaria de Salud, en virtud del artículo 7 de Ley Nacional de Ejecución Penal, deberán:

149.1. Impartir un curso integral al personal médico del CERESO Mexicali, el cual deberá versar sobre la sentencia de la Corte IDH *Caso Hernández Vs. Argentina*.

149.2. Implementar un curso integral dirigido al personal médico que labora en el CERESO Mexicali sobre el Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos No. 28: Derecho a la salud / Corte Interamericana de Derechos Humanos y Cooperación Alemana (GIZ), San José, C.R.: Corte IDH, 2020. El curso deberá estar dirigido también al personal médico del hospital general de la ciudad de Mexicali.

149.3. Impartir un curso integral a todo el personal médico que labora en los Centros de Reinserción Social de Baja California, respecto al contenido de las normas oficiales de salud: NOM-006-SSA2-1993, sobre la atención primaria a la salud; NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud y NOM-004-SSA3-2012 sobre el expediente clínico.

X. Medidas de satisfacción

150. Las medidas de satisfacción tienen el objetivo de reintegrar la dignidad a las víctimas y ayudar a reorientar su vida o memoria. La Corte IDH ha establecido que estas medidas buscan, *inter alía*, el reconocimiento de la dignidad de las víctimas o transmitir un mensaje de reprobación oficial de las violaciones de los derechos humanos de que se trata, así como evitar que se repitan violaciones como las del presente caso.

151. Además, tienen la finalidad de dignificar las víctimas mediante la reconstrucción de la verdad y la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones de derechos humanos, considerando que la investigación debe ser efectiva para individualizar a las personas responsables de las violaciones y, en su caso, sancionarlos[52].

152. En el presente caso la comisión estatal considera oportuno dar vista al órgano interno de control de ISESALUD para que, en el marco de sus atribuciones, inicie la investigación correspondiente en relación con la actuación del doctor Roberto, quién fue omiso en brindar una atención médica adecuada, informada y oportuna a Fernando.

153. En el mismo sentido, la comisión estatal considera pertinente dar vista al órgano interno de control, de la ahora Comisión Estatal del Sistema Penitenciario para que, en el marco de sus atribuciones, inicie la investigación correspondiente con relación a la actuación del doctor Eduardo por las omisiones en las que incurrió para garantizar el derecho a la salud, integridad y vida de Isidro.

154. Asimismo, es necesario que se realice un acto de reconocimiento de responsabilidad de las violaciones acreditadas en esta recomendación, por lo que deberá difundirse la presente resolución en el portal de internet respectivo de la Secretaria de Salud de Baja California y de la Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Baja California. Así como en los diversos portales de redes sociales, hasta que sea cumplida en su totalidad la presente recomendación.

155. En vista de lo anterior, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, comisionado Estatal del Sistema Penitenciario y a Usted, titular de la Secretaria de Salud del Baja California las siguientes recomendaciones:

[52] Art. 57 de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California y art. 73, fracción v de la Ley General de Víctimas.

XI. RECOMENDACIONES A OBSERVAR POR EL COMISIONADO ESTATAL DEL SISTEMA PENITENCIARIO

PRIMERA. En un plazo no mayor a tres meses, realice las gestiones correspondientes para localizar a Maite, Alina y Sandra para que previo consentimiento le sea otorgada la atención psicológica, psiquiátrica que requieran, misma que deberá ser gratuita y por el tiempo que sea necesario hasta su total rehabilitación psíquica y emocional, debiendo remitir a este organismo estatal las constancias que acrediten su debido cumplimiento.

SEGUNDA. En un término no mayor a cuatro meses, realicen los trámites para que se imparta a todo el personal médico que labora en los Centros de Reinserción Social de Baja California, un curso teórico-práctico sobre el *Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos No. 28: Derecho a la salud/Corte Interamericana de Derechos Humanos y Cooperación Alemana (GIZ). San José, C.R.: Corte IDH, 2020,* el cual deberá ser impartido por una organización civil o institución académica.

De igual manera, realicen las gestiones pertinentes para que, en el plazo de tres meses, se imparta a todo el personal médico que labora en el CERESO de Mexicali, un curso teórico-práctico sobre la sentencia de la Corte Interamericana "*Caso Hernández Vs. Argentina",* el cual deberá ser impartido por una organización civil o institución académica. Realizado todo lo anterior, envíe a este organismo estatal las pruebas de su respectivo cumplimiento.

TERCERA. En un plazo no mayor a tres meses, a partir de la aceptación de la presente recomendación, la Comisión Estatal del Sistema Penitenciario deberá crear una norma técnica que regule un mecanismo de comunicación eficiente y práctico entre el o la médico tratante, la coordinación médica y la dirección de los centros penitenciarios, para que dentro de las facultades de cada uno, se logré concretar de manera rápida la atención médica de segundo o tercer nivel, así como la excarcelación en tiempo y forma de las personas privadas de su libertad que requieran de atención médica. Al mismo tiempo, deberá establecer un mecanismo para entablar comunicación con el médico tratante del nosocomio del sistema de salud pública o privada que brindará la atención,

con la finalidad de coadyuvar con la información necesaria que facilite la atención médica adecuada.

CUARTA. En un término no mayor a dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente recomendación, se imparta un curso integral a todo el personal médico que labora en el CERESO Mexicali sobre las Normas Oficiales de Salud siguientes: NOM-006-SSA2-1993, sobre la atención primaria a la salud; NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud y NOM-004-SSA3-2012 sobre la integración del expediente clínico. El cual deberá ser impartido por personal adscrito a la Secretaria de Salud y el contenido de dichos cursos deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, y se remitan a esta comisión estatal las constancias que acrediten su cumplimiento total y satisfactorio.

QUINTA. En el término de quince días a partir de la aceptación de la presente recomendación, emitan una circular en la cual instruya a todo el personal médico de los centros penitenciarios del estado de Baja California, a fin de que adopten las medidas positivas necesarias que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la norma de salud NOM-004-SSA3-2012, hecho lo anterior se envíen a este organismo las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Publique, dentro de los quince días siguientes a la aceptación de la presente recomendación, a través del portal institucional de la Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Baja California, la presente recomendación, la cual deberá permanecer en dicha página hasta su total cumplimiento y envíe a este organismo autónomo las pruebas de que lo acrediten en un plazo no mayor a quince días.

SEPTIMA. En un plazo no mayor a quince días, designe a una persona servidora pública para que funja como enlace con la Comisión Estatal, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente recomendación y se tengan reuniones sistémicas con la CEDHBC, a efecto de fomentar el diálogo y los aspectos de la presente recomendación. Asimismo, en caso de ser que la

persona de enlace sea sustituida o bien sustituido, notifique oportunamente mediante oficio dicha determinación.

XII. RECOMENDACIONES A OBSERVAR POR EL TITULAR DE LA SECRETARIA DE SALUD

PRIMERA. En un término no mayor a cuatro meses, realicen los trámites para que se imparta a todo el personal médico que labora en el Hospital General de Mexicali, un curso teórico-práctico sobre el *Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos No. 28: Derecho a la salud/Corte Interamericana de Derechos Humanos y Cooperación Alemana (GIZ). San José, C.R.: Corte IDH, 2020,* el cual deberá ser impartido por personal de la Secretaria de Salud, organización civil o institución académica. Realizado lo anterior, envíe a este organismo estatal las pruebas de su cumplimiento.

SEGUNDA. En un plazo no mayor a un mes, entablar una mesa de diálogo con la Comisión Estatal del Sistema Penitenciario, encaminada a crear una estrategia que permita o facilite la comunicación entre la coordinación médica y el director de los centros penitenciarios, con los hospitales públicos que brindan atención médica de segundo y tercer nivel para que esta sea pronta y eficiente, así como un plan que permita la continuación del tratamiento de las personas privadas de su libertad en tiempo y forma, garantizando en todo tiempo su salud, seguridad e integridad. Debiendo remitir la evidencia de su cumplimiento a esta Comisión.

TERCERA. En el término de quince días a partir de la aceptación de la presente recomendación, emitan una circular en la cual instruya a todos los médicos adscritos a los Hospitales Generales del Estado de Baja California, a fin de que adopten las medidas positivas necesarias que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen cumplan con lo dispuesto en la norma de salid NOM-004-SSA3-2012 respecto a la debida integración del expediente clínico, hecho lo anterior se envíen a este organismo las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Dentro de los quince días siguientes a la aceptación, publique a través del portal institucional de la Secretaria de Salud de Baja California, la presente

recomendación, la cual deberá permanecer en dicha página hasta su total cumplimiento y envíe a este organismo autónomo las pruebas de que lo acrediten.

QUINTA. En un plazo no mayor a quince días, designe a una persona servidora pública para que funja como enlace con la Comisión Estatal, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente recomendación y se tengan reuniones sistémicas con la CEDHBC, a efecto de fomentar el diálogo y los aspectos de la presente recomendación. Asimismo, en caso de ser que la persona de enlace sea sustituida o bien sustituido, notifique oportunamente mediante oficio dicha determinación.

156. La presente recomendación tiene el carácter de pública, de conformidad a lo dispuesto por el apartado B del artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 47 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, 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 le 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 la dependencia administrativa o cualquiera otras autoridades competentes, para que, en el marco de sus atribuciones, aplique la sanción conducente y se subsane la irregularidad de que se trate.

157. De conformidad con el artículo 47, último párrafo, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California y 129 de su Reglamento Interno, le solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de diez días hábiles siguientes a su notificación, así mismo, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la presente recomendación se envíen a esta comisión estatal, en el término de cinco días hábiles contados a partir de su aceptación de la misma.

158. Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la CEDHBC 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, así como el artículo 48 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California y 129 del Reglamento Interno, la Legislatura Local podrá llamar a las autoridades o servidores públicos responsables para que comparezcan ante dicho órgano legislativo, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

PRESIDENTE

MIGUEL ÁNGEL MORA MARRUFO