



**COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
NUEVO LEÓN**

Recomendación 12VG/2026

Caso de violaciones graves a los derechos humanos, por omisión en brindar atención médica oportuna a las personas privadas de su libertad con padecimiento de tuberculosis.

Autoridad responsable:

Agencia de Administración Penitenciaria
de la Secretaría de Seguridad del Estado
de Nuevo León

Derechos humanos vulnerados:

- Al derecho a la vida.
- Al derecho a la salud.
- Al derecho a la dignidad.

Monterrey, N.L., a 23 de febrero de 2026

Mtro. César Daniel Ramírez Acevedo
Comisario General de la Agencia de Administración Penitenciaria
de la Secretaría de Seguridad del Estado de Nuevo León.

Visto para concluir los expedientes **CEDH-2020/913/03**, **CEDH-2021/817/03**, **CEDH-2021/1318/03 M.P. 15**, **CEDH-2022/127/03**, **CEDH-2022/1144/03** y **CEDH-2023/1106/03**, tramitados con motivo de las quejas promovidas por **V1**, **V2**, **V3**, **V4**, **V5** y **V6**, por posibles violaciones a sus derechos humanos, atribuidas a personal de la Agencia de Administración Penitenciaria de la Secretaría de Seguridad del Estado de Nuevo León.

Las determinaciones que emite este Organismo se centran en el respeto y garantía de los derechos humanos contemplados en el derecho interno e internacional, así como en las interpretaciones evolutivas y progresivas que realizan los organismos nacionales e internacionales, a partir de los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad y *pro persona*.¹

La presente resolución no excluye, ni afecta el ejercicio de otros derechos o medios de defensa, ni interrumpe los plazos de preclusión o prescripción y tampoco tiene el efecto de anular, modificar o dejar sin efectos las resoluciones o actos en contra de los cuales se hubiese presentado alguna otra queja o denuncia.²

Es pertinente mencionar que, en cuanto a las evidencias recabadas, por economía procesal, solo se hará referencia a los elementos de convicción que sean relevantes para la solución del caso.³

Con la finalidad de proteger la identidad de las personas involucradas y evitar que sus datos personales se divulguen, se omitirá la publicidad de estos o de cualquier otro dato que las identifique o haga identificables. No obstante, dicha información se hará del conocimiento de las partes mediante un anexo adjunto, que identifique dicha información con las claves utilizadas para tal efecto.

Finalmente, esta Comisión subraya que el estudio de los hechos y de las constancias que obran en los autos de los expedientes se realizará con base en las máximas de la lógica y la experiencia, como lo prevé el artículo 41 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León.

¹ Previstos en el artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

² Como lo señalan los artículos 32 y 46 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León.

³ Descritas en el apartado de pruebas.

Para una mejor comprensión, deberá tenerse en cuenta los siguientes glosarios e índice:

Glosario:

Agencia: Agencia de Administración Penitenciaria
de la Secretaría de Seguridad del Estado

CAV: Centro de Atención a Víctimas de la
Comisión Estatal de Derechos Humanos
de Nuevo León

Cereso 1: Centro de Reinserción Social número 1
Norte

Cereso 2: Centro de Reinserción Social número 2
Norte

Cereso 3: Centro de Reinserción Social número 3
Oriente

CENAPRECE: Centro Nacional de Prevención y Control
de Enfermedades

COEFAR: Comité Estatal de Farmacorresistencia

COESAMED: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de
Nuevo León

Comisión: Comisión Estatal de Derechos Humanos
del Estado de Nuevo León

Comisión IDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos

Constitución Federal: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Conjunto de Principios: Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión

Constitución Local: Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León

Convención Americana: Convención Americana sobre Derechos Humanos

Corte IDH: Corte Interamericana de Derechos Humanos

Coordinación de Micobacteriosis: Coordinación de Micobacteriosis de la Jurisdicción Sanitaria Número 04 de la Secretaría de Salud

DESP: Diagnóstico Estatal de Supervisión Penitenciaria

Fiscalía: Fiscalía General de Justicia del Estado

GANAFAR: Grupo Asesor Nacional de Farmacorresistencia

Guía de Práctica Clínica: Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Casos Nuevos de Tuberculosis Pulmonar del IMSS

Hospital Metropolitano: Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda”

Hospital Universitario: Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”

Ley de Víctimas: Ley de Víctimas del Estado de Nuevo León

Ley Nacional: Ley Nacional de Ejecución Penal

OMS: Organización Mundial de la Salud

Pacto Internacional: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

PNT: Programa Nacional de Tuberculosis

Principios y Buenas Prácticas: Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas

Protocolo Protocolo Dictaminación de Caso
Resistente a Fármacos
Dictaminación:

Reglas Mínimas: Reglas Mínimas de las Naciones Unidas
para el Tratamiento de los Reclusos
“Reglas Nelson Mandela”

Secretaría de Secretaría de Salud del Estado de Nuevo
León
Salud:

Secretaría de Secretaría de Seguridad del Estado de
Nuevo León
Seguridad:

SCJN: Suprema Corte de Justicia de la Nación

Glosario de términos médicos

Acetilcisteína (N-acetilcisteína, NAC): Fármaco mucolítico y antioxidante; se utiliza como coadyuvante para fluidificar secreciones respiratorias y, en ámbitos específicos, como antídoto en intoxicación por paracetamol. No forma parte del tratamiento estándar de la tuberculosis.

Aciclovir: Antiviral utilizado para infecciones por virus herpes (p. ej., herpes simple, herpes zóster/varicela), acortando

duración y severidad de lesiones en indicaciones específicas.

Adinamia: Disminución marcada de energía y actividad motora; debilidad general intensa.

Alteración del estado de conciencia: Cambios en el nivel de alerta/orientación (somnolencia, estupor, confusión, coma) que pueden afectar la interacción con el entorno y requerir evaluación médica urgente.

Ambroxol: Mucolítico/expectorante que reduce viscosidad del moco y facilita su expulsión.

Antiespasmódicos abdominales: Fármacos que disminuyen espasmo del músculo liso gastrointestinal o urinario y pueden aliviar cólico/retortijón, según indicación.

Antiinflamatorios esteroideos (corticoides): Medicamentos antiinflamatorios e inmunomoduladores (p. ej., prednisona, dexametasona) usados en indicaciones precisas; requieren vigilancia por efectos adversos.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE): Analgésicos/antiinflamatorios/antipiréticos (p. ej., ibuprofeno, diclofenaco) usados para dolor e inflamación; pueden tener efectos gastrointestinales, renales y cardiovasculares.

Ascitis: Acumulación de líquido en cavidad peritoneal.

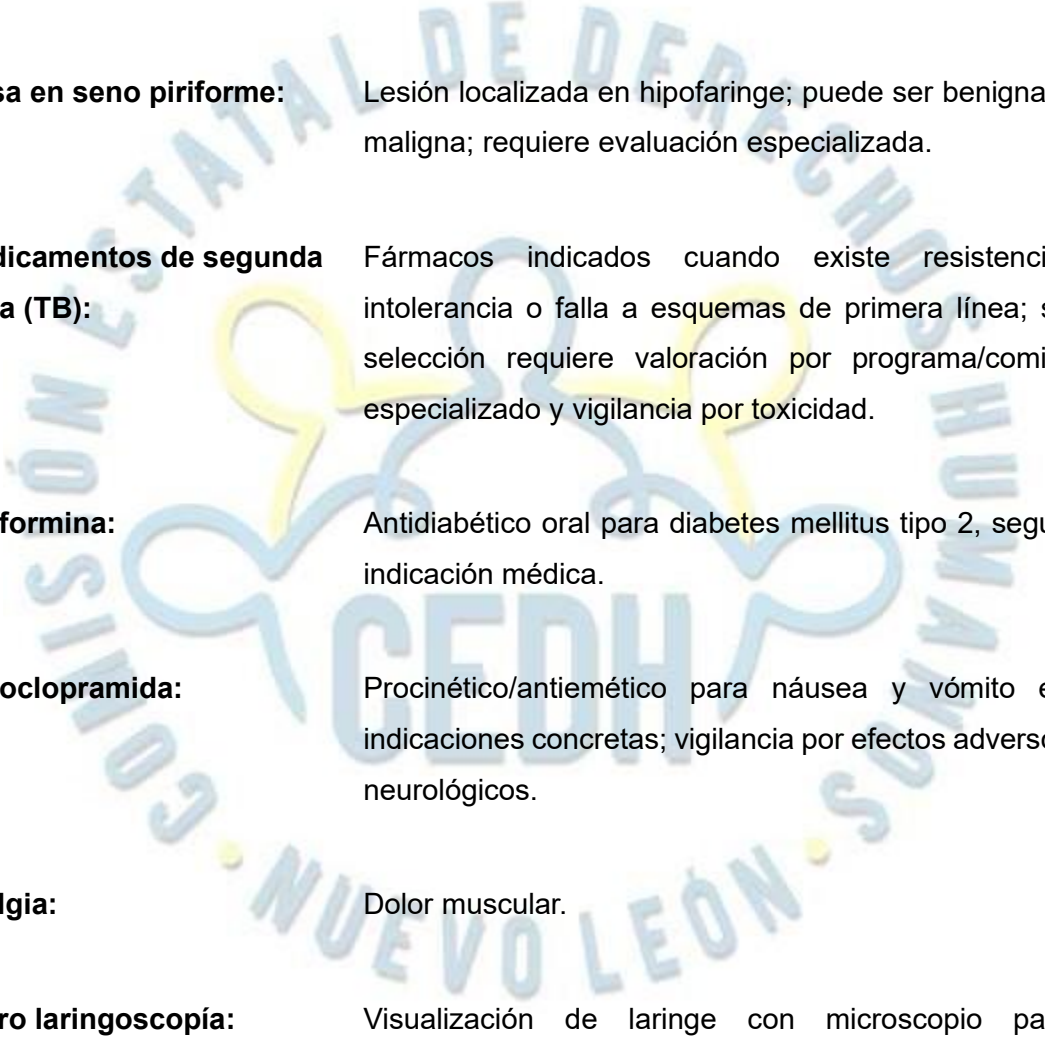
Ascitis purulenta:	Ascitis con características infecciosas (pus/leucocitos elevados), generalmente asociada a peritonitis; requiere atención inmediata.
Asistolia:	Ausencia de actividad eléctrica ventricular efectiva; causa de paro cardíaco, requiere reanimación inmediata.
Astenia:	Sensación de cansancio y falta de fuerza general.
Artralgia:	Dolor articular; puede o no acompañarse de inflamación (artritis).
Azitromicina:	Antibiótico macrólido para infecciones bacterianas específicas, según indicación médica.
BAAR (Bacilos ácido-alcohol resistentes):	Término microbiológico para microorganismos que conservan la tinción pese a decoloración con ácido-alcohol (p. ej., tinción Ziehl-Neelsen o auramina). Se usa en baciloscopia ante sospecha de TB.
Baciloscopia (BK):	Estudio microscópico de muestra (frecuentemente esputo) para detectar BAAR; orienta diagnóstico y contagiosidad, según contexto clínico.
Broncoscopía:	Procedimiento endoscópico para visualizar vías aéreas y, en su caso, tomar muestras diagnósticas.

Buscapina compuesta (ejemplo de combinación):	Asociación farmacológica antiespasmódica/analgésica (p. ej., butilhioscina + metamizol, según formulación); su uso depende de indicación y valoración médica.
Cefalea:	Dolor de cabeza.
Tos asociada a cianosis (tos “cianosante”):	Episodios de tos acompañados de coloración azulada de piel o mucosas por baja oxigenación; signo de alarma que amerita valoración inmediata.
Ciprofloxacino:	Antibiótico (fluoroquinolona) para infecciones bacterianas específicas; su uso debe justificarse clínicamente.
Cisaprida:	Procinético gastrointestinal; su uso está restringido/limitado por riesgos cardíacos en múltiples contextos; requiere vigilancia estricta si se indica.
Choque séptico:	Forma grave de sepsis con hipotensión persistente y disfunción orgánica por infección; emergencia médica.
Claritromicina:	Antibiótico macrólido; inhibe crecimiento bacteriano en infecciones específicas.
Colecistitis:	Inflamación de la vesícula biliar, aguda o crónica, usualmente por cálculos.
Diaforesis:	Sudoración excesiva; puede asociarse a fiebre, dolor, hipoglucemia o sepsis, entre otras causas.

Diclofenaco:	AINE con efecto analgésico y antiinflamatorio.
Disfagia:	Dificultad para deglutir.
Disfonía:	Alteración del timbre/tono de la voz por causas funcionales u orgánicas.
Disnea:	Sensación de falta de aire o dificultad respiratoria.
Esquema RHZE (combinación a dosis fija; “dotbal” en el expediente):	Esquema de primera línea usado en fase intensiva del tratamiento antituberculoso con combinación de rifampicina + isoniacida + pirazinamida + etambutol (según lineamientos del programa). Requiere seguimiento y supervisión para asegurar adherencia y respuesta.
Emesis:	Vómito.
Espujo:	Secreción de vías respiratorias inferiores expulsada por tos; muestra principal para baciloscopia/pruebas moleculares y cultivo.
Estridor:	Ruido respiratorio agudo por obstrucción de vía aérea; signo de alarma.
Faringitis:	Inflamación de faringe (dolor de garganta), de etiología viral o bacteriana según caso.

Tuberculosis farmacorresistente (TB-FR):	Tuberculosis con resistencia a uno o más fármacos antituberculosos; puede originarse por transmisión de cepas resistentes o por tratamiento inadecuado/interrumpido, entre otras causas.
Gastroenteritis:	Inflamación del estómago/intestino con diarrea y/o vómito.
GeneXpert/Xpert (MTB/RIF):	Prueba molecular automatizada (NAAT) que detecta material genético de <i>M. tuberculosis</i> y puede identificar resistencia a rifampicina, según plataforma/cartucho; útil para diagnóstico rápido.
Glucemia capilar:	Medición de glucosa en sangre obtenida por punción capilar.
Granulomatosa crónica (Enfermedad):	Trastorno hereditario del sistema inmune que predispone a infecciones; no equivale a tuberculosis, aunque ambas pueden cursar con granulomas.
Helicobacter pylori:	Bacteria asociada a gastritis, úlcera péptica y dispepsia; requiere diagnóstico y tratamiento específicos.
Hemoptisis:	Expectoración de sangre proveniente de vías respiratorias inferiores; signo de alarma.

Hipercapnia:	Elevación de PaCO_2 en sangre arterial (frecuentemente >45 mmHg); sugiere hipoventilación/falla respiratoria.
Hipoglucemia:	Glucosa sanguínea baja con síntomas variables; puede causar alteración del estado de conciencia.
Hiporexia:	Disminución del apetito.
Hipoventilación:	Ventilación insuficiente (respiración superficial o lenta) para las demandas del organismo.
Hipoxemia:	Disminución de oxígeno en sangre (PaO_2 o saturaciones bajas).
Hipoxia:	Disminución del aporte/uso de oxígeno a nivel tisular.
Inestabilidad hemodinámica:	Alteraciones significativas de presión arterial, frecuencia cardíaca o perfusión que comprometen la circulación efectiva; requiere evaluación y manejo urgente.
Infiltrado reticulonodular difuso	Patrón radiológico de opacidades lineales y nodulares distribuidas en ambos pulmones; requiere correlación clínica y etiológica.
Insuficiencia respiratoria tipo I (hipoxémica):	$\text{PaO}_2 < 60$ mmHg con PaCO_2 normal o baja; puede presentarse en neumonía, TB extensa, edema pulmonar, entre otros.



Intolerancia gástrica:	Síntomas digestivos (náusea, dolor, distensión) asociados a ingesta o medicamentos; requiere valoración de causa.
Laparotomía exploradora:	Cirugía para explorar cavidad abdominal y determinar causa de patología no aclarada por otros medios.
Masa en seno piriforme:	Lesión localizada en hipofaringe; puede ser benigna o maligna; requiere evaluación especializada.
Medicamentos de segunda línea (TB):	Fármacos indicados cuando existe resistencia, intolerancia o falla a esquemas de primera línea; su selección requiere valoración por programa/comité especializado y vigilancia por toxicidad.
Metformina:	Antidiabético oral para diabetes mellitus tipo 2, según indicación médica.
Metoclopramida:	Procinético/antiemético para náusea y vómito en indicaciones concretas; vigilancia por efectos adversos neurológicos.
Mialgia:	Dolor muscular.
Micro laringoscopia:	Visualización de laringe con microscopio para diagnóstico/tratamiento de lesiones laríngeas.
Multidrogorresistente (Tuberculosis TB-MDR):	Tuberculosis resistente al menos a isoniácida y rifampicina.

Mycobacterium tuberculosis:	Bacteria causante de la tuberculosis; se transmite por aerosoles en espacios cerrados y con ventilación limitada, particularmente ante casos bacilíferos no tratados.
Nasoendoscopia:	Examen endoscópico de cavidad nasal/senos paranasales para evaluar patología.
Exudado/hisopado nasofaríngeo:	Toma de muestra de secreciones de nasofaringe para análisis de laboratorio en sospecha de infecciones específicas.
Neumonía bilateral:	Infección/inflamación pulmonar en ambos pulmones.
Neumotórax:	Presencia de aire en espacio pleural con colapso parcial/total del pulmón; puede ser emergencia.
Odinofagia:	Dolor al deglutir.
Otorrinolaringología:	Especialidad médica del oído, nariz, garganta y áreas relacionadas.
Paro cardiorrespiratorio:	Cese de respiración y circulación efectivas; requiere reanimación inmediata.
Peritonitis:	Inflamación/infección del peritoneo; puede asociarse a sepsis; emergencia médica.

Polipnea:	Aumento de frecuencia respiratoria (taquipnea) y/o profundidad respiratoria, según contexto clínico.
Prurito de garganta:	Sensación de comezón/irritación en garganta.
Resistencia a rifampicina indeterminada:	Resultado no concluyente en prueba de resistencia (por señal insuficiente u otra limitación); requiere repetición/confirmación y correlación clínica.
Radiografía “AP” y lateral/decúbito:	Proyecciones radiográficas para evaluar tórax; el decúbito lateral se realiza con el paciente acostado de lado, según indicación.
Síndrome consuntivo (síndrome constitucional):	Pérdida de peso, astenia/debilidad, hiporexia y malestar general, frecuente en enfermedades crónicas como TB activa.
Sintomático respiratorio	Persona con tos persistente (usualmente ≥ 2 semanas) y/o síntomas constitucionales (fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso) que requiere estudio para TB, según evaluación clínica.
Taquicardia:	Frecuencia cardíaca elevada (adultos, >100 lpm en reposo). Puede ser sinusal u otras taquiarritmias; “taquicardia ventricular” es un subtipo, no sinónimo.
TAMEX (combinación referida en el expediente):	Asociación de betametasona + loratadina (corticoide + antihistamínico), según formulación; requiere indicación médica y vigilancia.

TB latente (infección tuberculosa):	Presencia de infección por <i>M. tuberculosis</i> sin síntomas ni evidencia de enfermedad activa; puede progresar a TB activa.
TB activa (enfermedad):	Tuberculosis con manifestaciones clínicas y/o evidencia radiológica/microbiológica; requiere tratamiento completo y seguimiento.
Tomografía computarizada (TC) toracoabdominal:	Estudio de imagen que obtiene cortes transversales de tórax y abdomen para diagnóstico y seguimiento de patologías.
Tos paroxística:	Tos en accesos súbitos e intensos, con interrupción de respiración normal.
Tos productiva:	Tos con expulsión de moco/esputo.
Tramadol:	Analgésico opioide para dolor moderado a severo; requiere vigilancia por dependencia, somnolencia y otros efectos.
Tratamiento antifímico:	Tratamiento antituberculoso. Incluye fármacos de primera línea y, en farmacorresistencia, de segunda línea; requiere adherencia y seguimiento clínico.
Tratamiento estrictamente supervisado (DOT/TAES):	Estrategia de supervisión y registro de la toma de medicamentos antituberculosos para asegurar adherencia, reducir abandono y prevenir resistencia.

Trazo isoelectrico: Línea de base del electrocardiograma (sin deflexiones); sirve de referencia para interpretar actividad eléctrica cardíaca.

VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana): Virus que afecta el sistema inmunitario; es un factor de riesgo relevante para TB y complicaciones, por lo que requiere tamizaje y manejo integral.

Bibliografía clínica de soporte del Glosario de Términos Médicos

I. Normatividad y documentos técnicos nacionales (México)

Norma Oficial Mexicana **NOM-006-SSA2-2013**, *Para la prevención y control de la tuberculosis*. Diario Oficial de la Federación, 13/11/2013.

Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, *Del expediente clínico*. Diario Oficial de la Federación, 15/10/2012

Norma Oficial Mexicana **NOM-017-SSA2-2012**, *Para la vigilancia epidemiológica*. Diario Oficial de la Federación, 19/02/2013.

II. Guías y lineamientos clínicos de tuberculosis (estándares para definiciones, diagnóstico, tratamiento, resistencia, control de infección)

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Guía de Práctica Clínica (GPC): Diagnóstico y Tratamiento de Casos Nuevos de Tuberculosis Pulmonar* (IMSS-070-08), 2009

Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 4: Tratamiento. Tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente. Actualización del 2022.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (Centers for Disease Control and Prevention CDC). Organización Panamericana de la Salud.

III. Referentes clínicos generales (definiciones de signos/síntomas, urgencias y estudios/procedimientos)

Manual MSD (Merck Manuals), versión profesional (español). *Insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda (AHRF/ARDS)*

Singer M, et al. *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3).* Las definiciones de sepsis y shock séptico (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias www.semes.org).

ÍNDICE

1. HECHOS	20
1.1. Expediente CEDH-2020/913/03.....	20
1.2. Expediente CEDH-2021/817/03.....	21
1.3. Expediente CEDH-2021/1318/03 M.P. 15	22
1.4. Expediente CEDH-2022/127/03.....	23
1.5. Expediente CEDH-2022/1144/03.....	23
1.6. Expediente CEDH-2023/1106/03.....	25
2. PRUEBAS.....	26
2.1. Expediente CEDH-2020/913/03.....	26
2.2. Expediente CEDH-2021/817/03.....	29
2.3. Expediente CEDH-2021/1318/03 M.P. 15	30
2.4. Expediente CEDH-2022/127/03.....	33
2.5. Expediente CEDH-2022/1144/03.....	37

2.6. Expediente CEDH-2023/1106/03.....	41
3. MARCO JURÍDICO.....	44
3.1. Sobre los derechos de las personas privadas de la libertad	44
3.2. Sobre el derecho a la vida	46
3.3. Sobre el derecho a la salud	48
3.4. Sobre la dignidad humana como principio de derecho y como regla jurídica	54
4. CONSIDERACIONES PRELIMINARES.....	57
4.1. Sobre la tuberculosis	57
4.2. Tuberculosis farmacorresistente.....	60
4.3. Situación sanitaria en los centros penitenciarios	64
4.4. Del Diagnóstico Estatal de Supervisión Penitenciaria.....	68
5. ESTUDIO DE FONDO	69
5.1. Planteamiento del problema	69
5.2. Análisis en torno a la actuación médica por parte del Cereso 1, Cereso 2 y Cereso 3.....	69
5.2.1. Expediente CEDH-2020/913/03	69
5.2.2. Expediente CEDH-2021/817/03	77
5.2.3. Expediente CEDH-2021/1318/03 M.P.15	83
5.2.4. Expediente CEDH-2022/127/03	90
5.2.5. Expediente CEDH-2022/1144/03	101

5.2.6. Expediente CEDH-2023/1106/03	109
6. DERECHOS HUMANOS VULNERADOS	114
7. DECLARACIÓN DE GRAVES VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS	116
8. RECONOCIMIENTO DE VÍCTIMAS	117
9. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO	118
9.1. Medidas de rehabilitación	118
9.2. Medidas de satisfacción	119
9.3. Medidas de no repetición.....	119
10. RECOMENDACIONES	122
11. NOTIFICACIONES	123

1. HECHOS

Las fechas corresponden a los años 2020, 2021, 2023 y 2024, salvo precisión en otro sentido.

1.1. Expediente CEDH-2020/913/03

- El **13 de noviembre de 2020**, ante personal de este Comisión **VI7**, mencionó que su padre **V1** se encontraba privado de su libertad en el **Cereso 2**, y solicitó que personal de este organismo entrevistara a su papá, ya que deseaba exponer una problemática respecto a su atención de salud.
- El **24 de noviembre de 2020**, **V1** refirió ante este organismo que presentaba problemas de salud en el pulmón izquierdo, se le practicó una radiografía de tórax y se le dio como diagnóstico un probable cáncer.

Días después le informaron que iniciaría con tratamiento contra tuberculosis, lo que le generó incertidumbre y preocupación ante el cambio repentino de diagnóstico.

- En fecha **02 de diciembre de 2020**, se determinó que **V1** dio positivo a mycobacterium tuberculosis con resistencia a rifampicina indeterminada y se ordenó su aislamiento.

- Fue trasladado al **Cereso 3** el día **07 de diciembre de 2020**.

- El **15 de enero de 2021**, fue enviado al Hospital Universitario para que se practicara una tomografía axial computarizada toracoabdominal.

- Posteriormente, el **07 de marzo de 2021** personal del **Cereso 3** informó que **V1** falleció en su celda y se determinó la causa de muerte como neumonía bilateral.

1.2. Expediente CEDH-2021/817/03

- El **29 de junio de 2021**, **V18** mencionó ante este organismo que su pareja **V2** quien se encontraba privado de su libertad en el **Cereso 2**, y que, desde el mes de **noviembre de 2020**, presentaba diarrea, siendo tratado con paracetamol y omeprazol.

- El **07 de enero de 2021**, **V2** fue diagnosticado con gastroenteritis y el personal médico penitenciario le indicó tratamiento a base de antibióticos y antiespasmódicos abdominales.

- El **06 de abril** del mismo año, se le practicó la prueba de BAAR siendo el resultado negativo.

- El **09 de mayo de 2021**, se diagnosticó a **V2** con diarrea crónica y se le prescribió nuevamente antibióticos y antiespasmódicos.

- Posteriormente, el **27 de mayo de 2021** fue referido al Hospital Universitario por presentar diarrea y pérdida de peso en estudio, alopecia y diabetes mellitus tipo 2.

- El **02 de junio de 2021** fue trasladado al Hospital Universitario por continuar con el cuadro diarreico, permaneciendo hospitalizado hasta el **22 del mismo mes y año**.

Durante su internamiento fue diagnosticado con tuberculosis pulmonar e inició el tratamiento antifímico.

- El **29 de junio de 2021**, **V2** fue trasladado al **Cereso 3**.
- El **13 de julio de 2021**, fue llevado de urgencia al Hospital Universitario por presentar alteración en el estado de la conciencia secundario a hipoglucemia.
- **V2** falleció el **17 de julio de 2021** en el nosocomio por un choque séptico y peritonitis.

1.3. Expediente CEDH-2021/1318/03 M.P. 15

- El **28 de septiembre de 2021**, **VI9** ante personal de este organismo dijo que su hermano **V3** se encontraba privado de su libertad en el **Cereso 1**, presentaba temperatura y se le dificultaba beber agua y que el personal penitenciario no le brindaba la atención médica que requería.
- El **08 de octubre de 2021**, la Secretaría de Salud reportó al centro penitenciario que la prueba efectuada a **V3** resultó negativa.
- El **11 de octubre de 2021**, **V3** expresó que padecía tos seca y debilidad, además de dificultad para ingerir alimentos de quince días de evolución.

En esa diligencia aseguró que el día **05 de octubre de 2021**, le fue tomada una muestra de saliva y le indicaron aislamiento por presentar síntomas compatibles a tuberculosis.

- El **19 de octubre de 2021**, ingresó al área de urgencias del Hospital Universitario por presentar disfagia, pérdida de peso no cuantificada y diarrea, realizándose radiografía de tórax y tomografía, estableciendo impresión diagnóstica de tuberculosis pulmonar.
- El **27 de octubre de 2021**, ingresó al área de urgencias del Hospital Universitario por presentar disnea y saturación baja de oxígeno, iniciando con tratamiento antifímico el 28 de octubre de 2021.
- En fecha **01 de noviembre de 2021**, **V3** falleció en el nosocomio por choque séptico a consecuencia de tuberculosis pulmonar.

1.4. Expediente CEDH-2022/127/03

- El **13 septiembre de 2021**, **V4** acudió al departamento médico por contar con tos con expectoración de seis meses de evolución acompañada de fiebre nocturna y pérdida de peso no cuantificada. Se prescribió como tratamiento diclofenaco y se solicitó prueba de baciloscopia y VIH.
- El **17 de septiembre** del mismo año, se recibió por parte de la Secretaría de Salud el resultado de estudio de laboratorio negativo para tuberculosis.
- El **21 de enero de 2022**, **V4** acudió al área médica por referir tos productiva persistente, dolor torácico hemoptisis y taquicardia, motivo por el cual se solicitó de nueva cuenta se realizara la prueba de BAAR para corroborar diagnóstico de probable tuberculosis a la espera de tratamiento antifímico, con resultado negativo.
- El **03 de febrero de 2022**, **V4** ante personal del **CAV** externó que su salud empeoró al grado de perder nueve kilos de peso aproximadamente.
- Hasta el **21 de marzo de 2022**, fue trasladado al Hospital Universitario dando positivo a tuberculosis pulmonar, iniciado tratamiento con medicamento denominado “dotbal”.
- El **02 de mayo de 2022**, fue ingresado de nueva cuenta al área de urgencias del Hospital Universitario por contar con disnea súbita, acompañada de diaforesis, falleciendo en dicho nosocomio por insuficiencia respiratoria como consecuencia de tuberculosis pulmonar.

1.5. Expediente CEDH-2022/1144/03

- El **23 de agosto de 2022**, **VI11** ante personal de este organismo manifestó que su pareja **V5** en el mes de junio de ese año, fue diagnosticado con tuberculosis y se le prescribió medicamento para tratar la enfermedad, el cual le suspendieron, por lo que, no tenía indicado ningún tratamiento.

Añadió que, el día **22 de agosto de 2022**, **V5** le comunicó que presentaba dolor de garganta, tos y temperatura.

- En fecha **25 de octubre de 2021**, **V5** solicitó al personal penitenciario atención médica por presentar molestias en la garganta, siendo tratado con antiinflamatorios no esteroideos y antiinflamatorios esteroideos.
- Fue enviado al servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario hasta el **14 de diciembre de 2021**, por presencia de disfonía que inició a partir de cuadro gripal.
- El **05 de mayo de 2022**, personal médico del Cereso 1 reportó a **V5** con odinofagia y tos productiva.
- El **04 de julio de 2022** fue diagnosticado con tuberculosis, iniciando el tratamiento a base de “dotbal” fase intensiva.

Dicho tratamiento le fue suspendido el día 07 del mismo mes y año, por diagnóstico de tuberculosis farmacorresistente, siendo notificado dicho resultado al Coordinador de Micobacteriosis de la Secretaría de Salud.

- La Secretaría de Salud solicitó se remitiera el “Protocolo de Dictaminación de Casos Resistentes a Fármacos⁴”, (el cual incluye resumen clínico-epidemiológico, historial farmacológico, escala de riesgo de abandono, resultados de bacteriología, estudios de laboratorio, radiografía de tórax y electrocardiograma), información imprescindible para la dictaminación de los casos con farmacorresistentes y, el cual es necesario para la entrega de medicamentos de segunda línea para los casos de tuberculosis con farmacorresistencia.
- El personal del **Cereso 1** remitió a la Secretaría de Salud dicho protocolo completo el **19 de septiembre de 2022**.

⁴ Protocolo de estudio de caso de la Secretaría de Salud.

- El **15 de noviembre de 2022**, **V5** fue enviado al Hospital Universitario por presentar baja saturación de oxígeno, falleciendo dos días después a consecuencia de paro cardiorrespiratorio.

1.6. Expediente CEDH-2023/1106/03

- En fecha **05 de junio de 2022**, **VI12** manifestó ante este organismo que su hijo **V6** se encontraba privado de la libertad en el **Cereso 1**, y que, en el mes de enero de ese año, fue diagnosticado con tuberculosis. Que el día **29 de mayo de 2022**, **V6** le comentó mediante llamada telefónica que en el centro penitenciario no le proporcionaban el medicamento que necesitaba, con el argumento que no les había llegado.
- En fecha **15 de noviembre de 2022**, **V6** acudió al área médica del **Cereso 1** por presentar tos con flema en color amarillo de dos meses de evolución, siendo diagnosticado con faringitis.
- Posteriormente, los días **29 de noviembre**, **13** y **22 de diciembre de 2022**, regresó al departamento médico por presentar dichos síntomas aunado a la pérdida de peso, sin embargo, no se le brindó atención especializada.
- El **10 de enero de 2023** se diagnosticó con tuberculosis pulmonar, iniciando tratamiento denominado “dotbal” en fase intensiva en fecha 12 de ese mismo mes y año.
- La Secretaría de Salud el **17 de enero de 2023** ordenó la suspensión del medicamento “dotbal” dado que **V6** fue diagnosticado con tuberculosis farmacorresistente, en espera de tratamiento de segunda línea.
- Del expediente clínico penitenciario de **V6** se desprende que presentó diversa sintomatología, entre ellas evacuaciones diarreicas y dificultad para respirar, esto sin recibir tratamiento para la tuberculosis desde el **18 de enero** al **13 de junio de 2023**.
- El **14 de junio de 2023** fue enviado al área de urgencias del Hospital Universitario por presentar cuadro diarreico, donde falleció el **17 de junio de 2023**, por un paro cardio respiratorio.

2. PRUEBAS

Las pruebas agregadas a los expedientes de queja y con las que se acreditan los hechos expuestos, son las siguientes:

2.1. Expediente CEDH-2020/913/03

- Acta circunstanciada del **13 de noviembre de 2020**, en la que se asentó la comparecencia de **VI7**, quien mencionó que su papá **V1** presentaba problemas de salud en el pulmón y probablemente cáncer, y solicitó se le brindara atención médica.
- Acta circunstanciada del **24 de noviembre de 2020**, en la que se hizo constar la diligencia de entrevista con **V1** en las instalaciones del **Cereso 2**, quien expuso que personal médico penitenciario le realizó una radiografía, tras la cual le informaron que en los resultados se observaban “manchas” en el pulmón izquierdo, lo que podría indicar la presencia de cáncer, prescribiéndole analgésicos. Posteriormente, le informaron que iniciaría tratamiento contra la tuberculosis, y que descartaron el diagnóstico de cáncer. **V1** señaló como motivo de su queja que no se le habían practicado los estudios médicos necesarios para confirmar o descartar de manera definitiva ambos diagnósticos.
- El **26 de noviembre de 2020** esta Comisión solicitó a la autoridad penitenciaria que rindiera un informe debidamente documentado en relación a la queja⁵.
- Oficio **D1**, firmado por el **Encargado de la Dirección Jurídica de la Agencia**, quien allegó los siguientes documentos:
 - Dictamen médico de ingreso e historia clínica de **V1**, en el que se asentó que padecía diabetes mellitus tipo 2.

⁵ Oficio V.3/10275/2020

- Informe **D2** de fecha 30 de noviembre de 2020, en el que se dio a conocer que el día **18 de noviembre** del mismo año, se realizó una radiografía de tele tórax a **V1**, la cual fue enviada para su interpretación al personal de la Secretaría de Salud.
- Correo electrónico de fecha **19 de noviembre de 2020**, remitido por el Coordinador de Micobacteriosis, en el que determinó que **V1** presentaba derrame pleural derecho con nivel hidroaéreo y sugirió iniciar tratamiento con dotbal en fase intensiva, solicitando muestras para BK y GENXPRT.
- Acta circunstanciada del **09 de diciembre de 2020**, en la que se asentó la comunicación telefónica con personal del **Cereso 2**, quien informó que **V1** en fecha **07 de diciembre de 2020**, fue trasladado al **Cereso 3**.
- Acta circunstanciada elaborada el **10 de diciembre de 2020** por personal de esta Comisión, en la que se hizo constar la entrevista con **V1**, quien expuso que el personal penitenciario le realizó una radiografía y tres pruebas de esputo, siendo dos de ellas negativas.

En esa diligencia **V1** aseguró haber iniciado tratamiento a base del medicamento denominado dotbal, presentando mejoría en su salud.

- Oficio **D3** rendido por el personal de la **Agencia** el **20 de enero de 2021**, al que se anexó las siguientes constancias:
 - Oficio **D4** suscrito por personal médico del **Cereso 3**, en el que se informó que **V1** se encontraba bajo tratamiento con metformina y dotbal.
 - Resultado de laboratorio FO-GC-51 firmado por personal de la **Secretaría de Salud** en fecha **02 de diciembre de 2020**, en el que se determinó que **V1** dio positivo a mycobacterium tuberculosis con resistencia a rifampicina indeterminada.
 - Pase de valoración con número de folio 19236, del **15 de enero de 2021**, al servicio de laboratorio del **Hospital Universitario**.

- Pase de valoración hospitalaria con número de folio 19243, del **15 de enero de 2021**, a la especialidad de imagen diagnóstica del **Hospital Universitario**.
- Oficio **D5** suscrito por la **Agencia**, recibido el día **12 de marzo de 2021**, en el que remitió:
 - Informe Policial Homologado **D6** de fecha **07 de marzo de 2021**, en el que se asentó el fallecimiento de **V1** en el área de servicios médicos de dicho centro.
 - Certificado de defunción **D7** expedido por la **Secretaría de Salud**, en el que se señaló como causa del fallecimiento de **V1**, por neumonía bilateral.
- Oficio **D8** enviado por personal de la **Agencia**, en el que allegó las bitácoras de entrega del tratamiento “dotbal” a **V1**, correspondientes del 07 de diciembre de 2020 al 06 de marzo de 2021.
- Oficio **D9** enviado por personal de la **Fiscalía**, en el que se remitió la denuncia **D10**, ventilada en el Centro de Denuncia Virtual, de la que se desprende autopsia **D11**, en la que se confirmó que la causa de fallecimiento de **V1** fue como consecuencia de neumonía bilateral.
- Oficio firmado por el **Director del CAV**⁶, de fecha **16 de febrero de 2022**, mediante el cual remitió opinión técnica médica de las atenciones brindadas por el personal penitenciario a **V1**.
- Oficio **D12** de fecha **05 de septiembre de 2024**, allegado por la **COESAMED**, mediante el cual remitió opinión técnica-médica institucional en relación a la atención médica brindada a **V1**.

⁶ Oficio CEDHNL/CAV/1682/2022

2.2. Expediente CEDH-2021/817/03

- Acta circunstanciada de fecha **29 de junio de 2021**, en la que se asentó la comparecencia de **VI8**, quien manifestó que su pareja **V2**, quien se encontraba privado de su libertad en el **Cereso 2**, desde el mes de **noviembre de 2020** presentaba diarrea, siendo tratado con paracetamol y omeprazol.

En esa diligencia **VI8** dijo que, hasta ese mes, es decir **junio de 2021**, **V2** fue trasladado de urgencia al **Hospital Universitario** por tener presión alta, diarrea crónica y tuberculosis.

- Oficio **D13** allegado vía correo electrónico en fecha 29 de junio de 2021, por personal del **Cereso 2**, en el que señaló que **V2** estaba diagnosticado con tuberculosis pulmonar con aislamiento indicado (sin especificar el alojamiento).

En el documento se mencionó que fue enviado al área de urgencias del **Hospital Universitario** en fecha **04 de junio del 2021**, lugar donde permaneció hasta el **22** del mismo mes y año, sin especificar el motivo de dicho traslado.

- En fecha **12 de julio de 2022**, este organismo solicitó al **Comisario de la Agencia** que remitiera un informe documentado en relación a las atenciones médicas brindadas a **V2**⁷.

- Oficio **D14** suscrito por personal de la **Agencia**, en el que se informó que en fecha **29 de junio de 2021**, se trasladó a **V3** al **Cereso 3**. Asimismo, allegó los siguientes documentos:

- Notas de evolución médicas elaboradas por personal del departamento médico del Cereso 2, en fechas **07 y 08 de julio de 2020; 07 de enero, 07 y 21 de abril; 09 y 27 de mayo; 02 de junio; 01, 03, 04, 06, 07, 09, 10, 11, 12 y 13 de julio**, elaboradas por personal médico del **Cereso 3**, todas del 2021.
- Pases de valoración al **Hospital Universitario** con números de folio 19616, 19651, 19590, 0303, 0303, 0302, 197, 0353, 0354, 0355 y 0356.

⁷ Oficio CEDHNL/3VG/6907/2021

- Nota de egreso del **Hospital Universitario** de fecha **22 de junio de 2021**.
- Certificado de defunción **D15** de fecha **17 de julio de 2021**, en el que se mencionó que **V2** falleció a causa de un choque séptico y peritonitis.
- Oficio **D16** suscrito por personal del **Hospital Universitario** en fecha **02 de noviembre de 2021**, en el que se remitió resumen clínico de la atención médica brindada a **V2**, rendido por el Jefe del Servicio de Medicina Forense de ese nosocomio.
- Oficio firmado por el **Director del CAV**⁸, mediante el cual remitió opinión técnica médica de fecha **25 de enero de 2022**.
- Oficio **D17** de fecha **25 de septiembre de 2024**, allegado por personal de la **COESAMED**, mediante el cual remitió opinión técnica-médica institucional de las atenciones brindadas a **V2** por personal del centro penitenciario.

2.3. Expediente CEDH-2021/1318/03 M.P. 15

- Acta circunstanciada de fecha **28 de septiembre de 2021**, elaborada por personal de este organismo, en la que se asentó la comparecencia de **VI9**, quien expuso que mediante comunicación telefónica su hermano **V3** le manifestó que presentaba temperatura y se le dificultaba beber agua, y que en el centro penitenciario no le brindaban atención médica que requería.
- Acta circunstanciada del día **11 de octubre de 2021**, en la que se asentó la diligencia de entrevista con **V3** en las instalaciones del **Cereso 1**, quien manifestó presentaba tos seca, debilidad y dificultad para ingerir alimentos de quince días de evolución.

⁸ CEDHNL/CAV/815/2022

Agregó que el día **05 de octubre de 2021**, le tomaron muestra de saliva y le indicaron aislamiento por presentar síntomas compatibles con tuberculosis.

- Dictamen médico elaborado en fecha **11 de octubre de 2021** por personal médico del **CAV**, en el que se hizo constar que **V3** presentaba dolor en la faringe, tos seca, debilidad y dificultad para ingerir alimento.
- Oficio de fecha **11 de octubre de 2021**, mediante el cual esta Comisión emitió medida precautoria⁹ en la cual se solicitó se adoptaran las medidas necesarias para proporcionar la atención médica especializada a **V3**¹⁰.
- Oficio **D18** suscrito por personal de la **Agencia** de fecha **11 de octubre de 2021**, en el que dio a conocer que **V3** el día **05 de octubre de 2021**, fue trasladado al **Hospital Universitario** donde se le practicó una biopsia, diagnosticándose posible tuberculosis laríngea. En el documento se dio a conocer la solicitud prueba de BAAR.

Al informe allegado por la autoridad penitenciaria se acompañaron los siguientes documentos:

- Oficio **D19**, en el que se remitió resumen clínico de **V3**, del que se advierte que al día **28 de septiembre de 2021**, presentaba disfonía de seis meses de evolución, prescribiéndole tramadol y graneodin.
- Pase de interconsulta al **Hospital Universitario** de fecha **28 de septiembre de 2021**, por diagnóstico de laringitis crónica.
- Notas de enfermería elaboradas en fechas **06, 07, 08, 09 y 10 de octubre de 2021**, por personal del Cereso 1, en las que se reportó a **V3** en observación por probable tuberculosis, con toma de signos y tratamiento a base de tramadol, azitromicina y aciclovir.

⁹ Medida precautoria número 15

¹⁰ Oficio CEDHNL/3VG/DORQ/10457/2021

- Nota de enfermería del día **11 de octubre de 2021**, en la que se asentó que **V3** se encontraba en área de observación, refiriendo náuseas y vómito.
- Oficio **D20** allegado por personal de la **Agencia**, en el que se informó que en respuesta a la medida precautoria emitida por esta Comisión en fecha **11 de octubre de 2021**, se ordenó que **V3** fuera alojado en el área servicios médicos del **Cereso 1**.
- Oficio **D21** en el que personal del **Cereso 1** allegó certificado de defunción de fecha **01 de noviembre de 2021**, del que se desprende que **V3** falleció a causa de choque séptico por tuberculosis pulmonar.

Así como resumen clínico suscrito por el Encargado de Servicios Médicos del centro, en el que se señaló que **V3** acudió al área médica en las siguientes fechas:

- El **16 de septiembre de 2021**, por referir disfonía, tos no expectorante y disfagia, a lo cual se dejó en tratamiento sintomático con diagnóstico de probable faringitis aguda de tipo alérgica.
- El **22 de septiembre de 2021**, por continuar con sintomatología similar y nula mejoría del cuadro, se agregó al tratamiento anterior antibiótico de amplio espectro y se solicitó valoración por otorrinolaringología del **Hospital Universitario**.
- El **19 de octubre de 2021**, fue atendido por referir dificultad respiratoria, tos disneizante y cionizante, además de expectoración de contenido hemoptoico.
- El **20 de octubre de 2021**, ingresó al área de pacientes sospechosos de tuberculosis e inició nuevamente protocolo de envío de muestra de esputo para baciloscopia al servicio de tuberculosis de la jurisdicción sanitaria de la **Secretaría de Salud**.
- En esa misma fecha se remitió correo electrónico al médico encargado del referido servicio, recibiendo como respuesta que el personal de esa área no se encontraba laborando por encontrarse de “vacaciones”, reiniciando labores hasta el día **01 de noviembre de 2021**.

- Resumen clínico de fecha 21 de febrero de 2021, elaborado por personal del **Hospital Universitario** en el que se informan las atenciones brindadas a **V3**, en las fechas **19 y 27 de octubre y 01 de noviembre de 2021**, mismas que quedaron especificadas en el apartado de **HECHOS** de la presente recomendación.
- Oficio firmado por el **Director del CAV**¹¹, de fecha **11 de mayo de 2022**, mediante el cual remitió opinión técnica médica respecto a las atenciones brindadas a **V3** en el **Cereso 1**.
- Opinión técnica médica institucional **D22**, emitida por personal de la **COESAMED**.

2.4. Expediente CEDH-2022/127/03

- Acta circunstanciada de fecha **21 de enero de 2022**, en la que persona servidora pública de este organismo asentó que recibió llamada telefónica de **VI10** quien solicitó que personal de esta Comisión entrevistara a su hijo **V4**, ya que éste deseaba exponer una problemática respecto a su atención médica en el **Cereso 3**.
- Acta circunstanciada elaborada por personal de este organismo de fecha **03 de febrero de 2022**, en la que se asentó la entrevista con **V4**, quien expuso ante personal de este organismo que presentaba tos con expectoración de once meses de evolución, esto al grado de vomitar, siendo atendido en el área de servicios médicos del **Cereso 3**, donde le realizaron una prueba para VIH, la cual le resultó negativa, sin embargo, no dieron seguimiento a sus malestares, por lo que su salud se deterioró y ha perdido peso.
- Dictamen médico elaborado por personal del **CAV**¹², de fecha **03 de febrero de 2022**, en el que se hizo constar que **V4** externó padecer tos, fatiga y pérdida de peso de once meses anteriores a su entrevista.

¹¹ CEDHNL/CAV/4891/2022

¹² Número de folio SM-DM31-2020

En el dictamen se señaló que **V4** acudió al área médica del centro donde solamente le suministraron medicamento denominado “ambroxol” el cual no le ayudó a mejorar su salud.

- Oficio **D23**, firmado por el **Encargado del Despacho de la Coordinación Jurídica del Cereso 3**, a través del cual remitió resumen médico **D24**, suscrito por personal del departamento médico penitenciario de fecha **15 de febrero de 2022**.

Al citado documento se acompañaron las siguientes constancias:

- Informe de resultado de baciloscopia negativa realizada en fecha **17 de septiembre de 2021** por personal de la **Secretaría de Salud**.
 - Pase de interconsulta al servicio de neumología del **Hospital Universitario** de fecha **11 de febrero de 2022**.
 - Certificado médico elaborado el **11 de febrero de 2022**.
- Acta circunstanciada de fecha **04 de marzo de 2022**, en la que **V4** expuso que el personal del área médica del centro le proporcionó medicamento para la tos, sin embargo, no recibió atención por parte de un especialista.
 - Oficio **D25** suscrito por personal del **Cereso 3**, del que se desprende el diverso **D26**, en el que se informó que **V4** en fecha **21 de marzo de 2022**, fue enviado al área de urgencias del **Hospital Universitario** por presentar dificultad para respirar, lugar donde dio positivo a tuberculosis pulmonar, iniciándole tratamiento antifímico con dotball fase intensiva.
 - Acta circunstanciada de fecha **04 de mayo de 2022**, en la que se hizo constar la diligencia de entrevista con personal del **Cereso 3**, quien dio a conocer que **V4** falleció el día **02 de mayo de 2022**, en las instalaciones del **Hospital Universitario**.
 - Oficio **D27**, signado por el **Titular del Cereso 3**, en el que remitió copia certificada del expediente clínico **D28**.

De dicho expediente se advierten los siguientes documentales:

- Nota médica de fecha **13 de septiembre de 2021**, en la que se hizo constar que **V4** manifestó que desde seis meses anteriores presentó tos y fiebres nocturnas, diagnosticando probable tuberculosis. Se solicitó realizar baciloscopia urgente, prueba de VIH.
- Nota de enfermería del **21 de enero de 2022**, en la que indicó la realización BAAR para corroborar el diagnóstico de probable tuberculosis pulmonar sin tratamiento.
- Hoja de alta médica elaborada por personal médico el **22 de enero de 2022**.
- Nota de evolución del día **23 de enero de 2022**, en la que se reportó a **V4** postrado en cama por presentar astenia, adinamia, malestar general, tos seca y dolor torácico derecho.

De dicha nota se desprende que previo consentimiento se realizaron pruebas de detección de VIH y sífilis, las cuales fueron negativas. Del documento no se advierte la práctica de la prueba de BAAR.

- Nota de evolución de fecha **11 de febrero de 2022**, en la que se asentó que **V4** acudió por presentar tos de once meses de evolución y pérdida de peso, prescribiendo diversos esquemas de medicamentos y tele tórax con datos sugestivos de tuberculosis.
- Pase valoración hospitalaria de fecha **21 de marzo de 2022**, en el que se anexó nota de envío informando que **V4** presentó más de tres meses con tos seca, disnea de medianos a pequeños esfuerzos, mala condición general. Se le practicó BAAR y prueba VIH reportándose ambas negativas; sin embargo, clínicamente malas condiciones, disneico, polipneico, con palidez, sin estertores ni soplos, solo ruidos cardiacos.
- Nota inicial del área de urgencias médicas del **Hospital Universitario** de fecha **22 de marzo de 2022**, en la que se especifica el padecimiento de **V4**, con tos crónica

de un año de predominio nocturno, acompañado de hemoptisis; seis meses previos comenzó con disnea la cual progresaba.

- Hoja de control de medicamento diario, en la que se reportó la suspensión del medicamento denominado dotbal del día 20 al 25 de abril de 2022.
 - Pase valoración hospitalaria de fecha **02 de mayo de 2022**, en el que se refirió a **V4** al Hospital Universitario por dificultad para respirar y diagnóstico de TBP.
 - Certificado de defunción **D29** expedido por la Secretaría de Salud, del que se advierte que **V4** falleció a causa de insuficiencia respiratoria tipo uno.
 - Oficio **D30** de fecha **26 de mayo de 2022**, suscrito por personal del **Hospital Universitario**, en el que se remitió resumen de las atenciones médicas hospitalarias brindadas a **V4**, del que se desprende el inicio de tratamiento antifímico en el nosocomio el **29 de marzo de 2022**.
 - Oficio **D31**, firmado por personal del **Hospital Universitario**, en el que se allegó expediente clínico **D32**.
- Del citado expediente se advierten los siguientes documentos:
- Historia clínica de **V4**, elaborada por personal del área de medicina interna del nosocomio.
 - Nota de traige de urgencias del día **02 de mayo de 2022**.
 - Opinión técnica médica de fecha **15 de noviembre de 2022**, elaborada por Perito en evaluaciones médicas del **CAV**¹³.

¹³ Oficio CEDHNL/CAV/13694/2022

- Oficio **D33**, emitido por la **COESAMED**, en el que allegó opinión técnica médica institucional de fecha **16 de marzo de 2023**.

2.5. Expediente CEDH-2022/1144/03

- Acta circunstanciada de la entrevista con **VI11**¹⁴, quien expuso que tuvo comunicación telefónica con su pareja **V5**, quien le manifestó presentar dolor de garganta, tos y fiebre.

Aseguró que personal del centro penitenciario le realizó a **V5** una prueba de tuberculosis resultando positivo, pero que el medicamento que se le prescribió para dicha enfermedad le fue retirado.

- Esta Comisión solicitó al **Titular del Cereso 1** que rindiera un informe relativo al estado de salud de **V5**¹⁵.

- En respuesta, mediante oficio **D34** de fecha **30 de agosto de 2022**, el **Titular del Cereso 1** anexó el diverso **D35** que contiene el diagnóstico de tuberculosis de **V5** de 4 de julio de 2022, en el que informa que en ésta última fecha inició el tratamiento a base de dotbal fase intensiva, el cual se suspendió el **08 de julio** del mismo año, por resultar farmacorresistente al mismo.

En alcance al oficio anterior, acompañó el diverso **D36** de fecha **07 de septiembre de 2022**, en el que remitió resumen clínico de **V5**, quien se encontraba en espera de tratamiento de segunda línea.

- Acta circunstanciada de fecha **26 de septiembre de 2022**, elaborada por personal de este organismo en la que se asentó la diligencia de entrevista con **V5**, quien señaló que hasta ese momento no había recibido el tratamiento respecto a su padecimiento de tuberculosis.

¹⁴ De fecha 23 de agosto del 2022

¹⁵ Oficio CEDHNL/DORQ/9377/2022

- Oficio **D37** firmado por el **Titular del Cereso 1** de fecha **10 de octubre de 2022**, en el que reiteró que **V5** se encontraba en espera del medicamento por parte de la **Secretaría de Salud**.

Al documento se anexó constancias del expediente clínico **D38**, del que se desprenden los siguientes documentos:

- Pase exclusivo de traslado con programación al Hospital Universitario de fecha **14 de diciembre de 2021**, para la especialidad de otorrinolaringología a estudio de nasoendoscopia.
- Nota de internamiento en el área de servicios médicos del **Cereso 1** de fecha **27 de enero de 2022**, en el que se asentó que se dejó internado por presentar signos y síntomas de probable tuberculosis pulmonar, con indicaciones de dieta normal, BAAR y tele tórax.
- Nota médica elaborada en fecha **27 de enero de 2022**, en la que se reportó a **V5** con antecedente de disfonía crónica en estudio en el **Hospital Universitario**, valorado por referir presentar tos productiva de un mes de evolución, odinofagia, pérdida de peso y escalofríos nocturnos. Se decidió dejarlo internado en servicios médicos por probable tuberculosis.
- Nota médica elaborada en fecha **05 de mayo de 2022**, en la que se asentó que **V5** presentaba odinofagia y tos, indicándosele ketorolaco y benzonatato.
- Nota médica de fecha **12 de mayo de 2022**, elaborada por personal del **Cereso 1**, en la que se reportó que **V5** acudió por presentar dolor de garganta, con diagnóstico de faringitis.
- Nota médica de fecha **16 de mayo de 2022**, signada por personal del departamento médico penitenciario, en la que reportó que **V5** con dolor, disfonía y disfagia.
- Nota de enfermería del **27 de junio de 2022**, elaborada por personal médico del **Cereso 1**, en la que se informó que **V5** presentó signos y síntomas de probable

tuberculosis, refiriendo dolor de garganta y no poder consumir dieta. Se indicó aislamiento.

- Nota de enfermería del **04 de julio de 2022**, en la que se reportó que **V5** inició tratamiento dotbal en fase intensiva.
- Notas de enfermería de fechas **05 y 06 de julio de 2022**, elaboradas por personal del **Cereso 1**, de las que se desprende que **V5** recibió tratamiento fímico asintomático durante turnos.
- Nota de enfermería de fecha **07 de julio de 2022**, en la que se indicó la suspensión del tratamiento por reporte de **V5** con tuberculosis farmacorresistente.
- Notas de enfermería del **05 al 24 de agosto de 2022**, en las que se asentó que **V5** no recibió tratamiento para su padecimiento de tuberculosis.
- Pase exclusivo de traslado al **Hospital Universitario** de fecha **25 de agosto de 2022**, para la especialidad de laboratorio por diagnóstico de tuberculosis.
- Notas de enfermería del día **03 al 27 de septiembre de 2022**, en las que se hizo constar que **V5** no recibió el medicamento de segunda línea.
- Oficio **D39**, suscrito por personal de la **Secretaría de Salud**, en el que remitió informe sobre las gestiones realizadas por el Programa Estatal de Prevención y Control de Tuberculosis relativo a **V5**¹⁶.

¹⁶Disponible:

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-006-SSA2-2013.pdf?utm_source=chatgpt.com

(consultada el 11 de febrero de 2026).

- Acta circunstanciada de fecha **07 de noviembre de 2022**, en la que se hizo constar la entrevista con **V5**, quien expuso que hasta ese momento no recibía medicamento para sus padecimientos, lo que provocó que su estado de salud empeorara.
- Oficio **D40** de fecha **22 de noviembre de 2022**, mediante el cual el **Titular del Cereso 1** informó que en **15 de noviembre de 2022**, **V5** presentó disnea con baja saturación, motivo por el cual fue trasladado al **Hospital Universitario** lugar donde falleció el **17 de noviembre** del mismo año.
- Oficio¹⁷ de fecha **27 de enero de 2022**, firmado por el **Director del CAV**, en el allegó opinión técnica médica de las atenciones brindadas a **V6** en el **Cereso 1**
- Resumen clínico elaborado en fecha **02 de febrero de 2023**, por personal del **Hospital Universitario**, en el que se asentó que V5 acudió a ese nosocomio en las siguientes fechas:
 - El 06 de mayo de 2022, en consulta con otorrinolaringología para realizar nasoendoscopia, se detectó probable leucoplaquia en estudio, cita en dos semanas y tratamiento anti reflujo.
 - El 06 de julio de 2022, en consulta con otorrinolaringología donde refirió haber comenzado de hace un año con ronquera, disfonía, pérdida de peso, persistían síntomas de reflujo, posterior a nasoendoscopia que evidenciaba pliegue vocal verdadero derecho irregular con placa, se indicó tratamiento anti reflujo.
 - El 15 de noviembre de 2022, al servicio de urgencias por iniciar semanas previas a su ingreso con disnea progresiva en reposo asociado a dolor torácico bilateral de características punzantes que exacerba a la respiración, episodio de disnea súbita en reposo posterior a la ingestión de líquidos; se realizó radiografía de tórax en la cual se encontró un infiltrado fibrocavitario bilateral, y confirmó diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

¹⁷ Oficio CEDHNL/CAV/1459/2023

- El 16 de noviembre de 2022, comenzó con disminución de la presión arterial y aumento de la frecuencia cardíaca, requirió mayor oxígeno por lo que se inició con ventilación mecánica no invasiva, sin embargo, no toleró terapéutica, se decidió intubación orotraqueal y se inició con segunda línea terapia antituberculosa.
- El 17 de noviembre de 2022, el nosocomio reportó el fallecimiento de **V5**, por paro cardio respiratorio.

● Opinión técnica médica institucional de fecha **19 de febrero de 2023** suscrita por la Comisionada de la **COESAMED**.

2.6. Expediente CEDH-2023/1106/03

- Acta circunstanciada de fecha **05 de junio de 2023**, en la que se hizo constar la entrevista con **VI12** quien refirió que, su hijo **V6** se encontraba privado de su libertad en el **Cereso 1**, siendo diagnosticado con tuberculosis y que el personal del área médica no le proporcionaba medicamento.
- Este organismo solicitó al **Titular del Cereso 1** rindiera un informe debidamente documentado en relación a los hechos expuestos por **VI12**¹⁸.
- Oficio **D41** de fecha **22 de junio de 2023**, firmado por el **Titular del Cereso 1**, mediante el cual informó que el día **12 de enero de 2023**, **V6** fue diagnosticado con tuberculosis e iniciando el tratamiento; sin embargo, el **17 de enero de 2023** le fue suspendido el medicamento por resultar farmacorresistente al mismo.
- Oficio **D42** de fecha **07 de julio de 2023**, allegado por personal del **Cereso 1**, a través del cual remitió expediente clínico de **V6**.

¹⁸ Oficio CEDHNL/3VG/8149/2023

Del expediente clínico se desprenden las siguientes notas:

- Notas médicas de fechas **15 y 29 de noviembre**, así como del **13 de diciembre de 2022**, donde se informó que **V6** fue diagnosticado con faringitis, tos con flemas en color amarillo y pérdida de peso.
- Nota de internamiento de fecha **22 de diciembre de 2022**, en la que se señaló que **V6** presentó tos crónica de un mes de evolución con pérdida de peso, solicitando prueba de BAAR e internamiento en área médica.
- Informe de laboratorio de fecha **30 de enero de 2023**, elaborado por personal de la Secretaría de Salud, del que se desprende que **V6** resultó positivo a tuberculosis.
- Nota de enfermería del **12 de enero de 2023**, en la que se reportó que **V6** inició tratamiento a base de dotbal fase intensiva.
- Nota de enfermería de fecha **17 de enero de 2023**, en la que se indicó la suspensión del tratamiento por reporte de **V6** con tuberculosis farmacorresistente.
- Notas de enfermería de los días **18 de enero al 30 de marzo de 2023**, en las que se reportó que **V6**, no recibió tratamiento antifímico.
- Notas de enfermería de los días **01, 08, 09, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28 y 28 de abril de 2023**, en las que se asentó que **V6** no recibió medicamentos de segunda línea.
- Notas de enfermería del **02 al 31 de mayo de 2023**, en las que hizo constar que **V6** presentó cuadros diarreicos, sin recibir tratamiento antifímico.
- Pase de traslado para atención hospitalaria de fecha **19 de mayo de 2023**, por pérdida de peso y diarrea.

- Notas de enfermería del **01, 02, 03, 05, 09, 10, 12 y 13 de junio de 2023**, de las que se advierte que **V6** se encontraba en cama con diarrea, sin recibir el tratamiento antifímico.
- Oficio **D44**, suscrito por personal del **Hospital Universitario** en el que remitió resumen clínico de las atenciones médicas brindadas a **V6**. Del que destaca lo siguiente:
 - En el mes de mayo de 2023 fue atendido por presentar cuadro de pérdida de peso y diarrea.
 - El día **14 de junio de 2023**, **V6** ingresó a ese nosocomio con antecedentes de tuberculosis pulmonar multidrogoresistente de seis meses evolución sin tratamiento.
 - En fecha **16 de junio del 2023**, ingresó a esa institución por, por evacuaciones diarreicas, ataque al estado general, fiebre, astenia, adinamia, hipotensión y dificultad respiratoria, de una semana de evolución.
 - El día **17 de junio del 2023**, **V6**, falleció a consecuencia de un paro cardio respiratorio.
- Oficio¹⁹ de fecha **09 de mayo de 2022**, firmado por el **Director del CAV**, en el allegó opinión técnica médica de las atenciones brindadas a **V6** en el **Cereso 01**.
- Opinión técnica médica institucional remitida por la **COESAMED**.

¹⁹ CEDHNL/CAV/6448/2024

3. MARCO JURÍDICO

Del artículo 1º de la **Constitución Federal** se advierte que:

Todas las personas deben gozar de los derechos humanos reconocidos en la **Constitución Federal** y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos o que contengan algún derecho humano, en los que el Estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección.

Las normas relativas a los derechos humanos deben interpretarse de conformidad con la **Carta Magna** y los tratados internacionales de la materia,²⁰ favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia de las personas.²¹

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, deben promover, proteger y garantizar los derechos humanos, así como prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a estos.

3.1. Sobre los derechos de las personas privadas de la libertad

Este organismo público autónomo, desde su creación tiene como uno de sus ejes de atención, la supervisión e investigación de presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de personas privadas de la libertad en Centros de Reinserción Social del Estado de Nuevo León, siendo el de suma importancia el acceso a la salud.

La **Ley Nacional** señala que la autoridad penitenciaria estará obligada a cumplir con los protocolos para garantizar las condiciones de internamiento dignas y seguras para la población privada de la libertad, así como la seguridad y bienestar del personal y de otras personas que ingresan a esos centros.²²

²⁰ Cláusula de interpretación conforme.

²¹ Principio pro persona, el cual tiene como criterio rector el mayor beneficio del ser humano.

²² Artículo 19, fracción II.

A nivel internacional se han desarrollado diversos instrumentos de derechos humanos relativos a las personas privadas de la libertad, los cuales establecen directrices o ejes de referencia para determinar las condiciones carcelarias mínimas que deben proveerse.

El **Conjunto de Principios** proclama que no debe restringirse o menoscabarse ninguno de los derechos humanos de las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión reconocidos o vigentes en un Estado en virtud de leyes, convenciones, reglamentos o costumbres, so pretexto que ese **Conjunto de Principios** no reconozca esos derechos o los reconozca en menor grado.²³

El **Pacto Internacional** reconoce que toda persona privada de libertad debe ser tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.²⁴

Asimismo, la **Convención Americana** establece que:

- Los Estados se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna²⁵, y
- Toda persona tiene derecho a que se respete su vida, su integridad física, psíquica y moral y que las personas privadas de la libertad deben ser tratadas con el debido respeto a la dignidad inherente de todo ser humano.²⁶

Los **Principios y Buenas Prácticas** establecen que tomando en cuenta la posición especial de garante que los Estados tienen frente a las personas privadas de libertad, se les deben respetar y garantizar su vida e integridad personal, debiéndoseles asegurar las condiciones mínimas que sean compatibles con su dignidad²⁷.

²³ Principio 3.

²⁴ Artículo 10.

²⁵ Artículo 1.1, Obligación de Respetar los Derechos.

²⁶ Artículos 4.1, Derecho a la Vida; 5.1 y 5.2, Derecho a la Integridad Personal.

²⁷ Principio I, Trato humano.

Respecto al personal que labora en los centros penitenciarios, dichos principios señalan que se dispondrá, en los lugares de privación de libertad, de personal calificado y suficiente para garantizar la seguridad, vigilancia, custodia, así como para atender las necesidades médicas, psicológicas, educativas, laborales y de otra índole.²⁸

3.2. Sobre el derecho a la vida

El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo.

El **Pacto Internacional** establece que el derecho a la vida es inherente a la persona humana, protegido por la ley y que nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente²⁹.

Asimismo, la **Declaración Universal de Derechos Humanos** señala en su artículo 3 que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Al respecto la **Corte IDH** ha establecido que:

“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna.

*Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él”.*³⁰

²⁸ Principio XX, Personal de los lugares de privación de libertad.

²⁹ Artículo 6.1

³⁰ Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la

En los casos que se resuelven, la autoridad penitenciaria tiene una posición de garante en la tutela de la vida e integridad personal de las personas privadas de la libertad en cualquier recinto penitenciario, afirmación que es coincidente con el criterio jurídico contenido en la tesis de rubro “*PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN LOS CENTROS DE RECLUSIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO. AUTORIDADES QUE CUENTAN CON UNA POSICIÓN DE GARANTE EN LA TUTELA DE SU VIDA E INTEGRIDAD PERSONAL.*”, emitida por el Noveno Tribunal Colegiado en Materia Penal del Primer Circuito, al haber resuelto el amparo en revisión 42/2022, el 28 de abril de 2022.³¹

Al respecto, el Tribunal Pleno de la **SCJN** ha sostenido que existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado, no solo cuando una persona es privada de la vida por un agente estatal, sino cuando no se adoptan las medidas razonables y necesarias tendentes a su preservación, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado o de otros particulares y las necesarias para investigar los actos de privación de la vida.³²

Por tal motivo, el Estado a través de las autoridades penitenciarias, al ser garantes de la tutela de las personas privadas de la libertad, deben asegurar la preservación de su vida e integridad, en razón de su deber de garante, para lo cual tienen que brindar los servicios de custodia, supervisión médica, psicológica, de trabajo social y vigilancia necesarios para cumplir con tal fin.

La misma **Corte IDH** precisa que los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones necesarias para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable, así como el deber de impedir que sus agentes, o particulares, atenten contra el mismo y ha reiterado que el cumplimiento de las obligaciones impuestas por el artículo 1.1

Vida, pág. 5. Disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>.

³¹ Tesis I.9o.P.47 P (11a.), Undécima Época, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 14, junio de 2022, Tomo VII, página 6350, registro digital 2024807.

³² Tesis P. LXI/2010, de rubro “Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado.”, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXXIII, enero de 2011, p. 24., Novena Época, registro 163169.

relacionado con el artículo 4° de la **Convención Americana**, no solo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que, además, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de todos los que se encuentran bajo su jurisdicción. La protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a toda institución.³³

En relación con el derecho a la vida de las personas privadas de libertad, el Estado se encuentra en una posición especial de garante, según la cual su deber de garantizar este derecho es aún mayor y se debe asegurar de proporcionar condiciones mínimas que sean compatibles con la dignidad humana, teniendo el deber de prevenir todas aquellas situaciones que pudieran conducir, tanto por acción, como por omisión, a la supresión de este derecho³⁴.

3.3. Sobre el derecho a la salud

La protección de la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel de bienestar³⁵.

De acuerdo con el principio de interdependencia, el derecho a la salud se encuentra vinculado, de manera directa e inmediata, con los derechos a la vida y a la integridad personal, ya que la falta de atención médica puede conllevar al deterioro a la salud, provocar

³³ CIDH. "Caso Vargas Areco vs. Paraguay". Sentencia de 26 de septiembre de 2006, párr. 75.

³⁴ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. OEA, aprobado por la CIDH el 31 de diciembre de 2011, párr. 270.

³⁵ CNDH. Recomendación 26/2019, párr. 36.

sufrimiento a la víctima y a sus familiares y ocasionar un daño irreversible, como el fallecimiento³⁶.

La **Ley Nacional** señala que a las personas privadas de la libertad durante la ejecución de la prisión preventiva o las sanciones penales impuestas, se les garantizarán de manera enunciativa y no limitativa, entre otros derechos, recibir asistencia médica preventiva y de tratamiento para el cuidado de la salud, atendiendo a las necesidades propias de su edad y sexo en por lo menos unidades médicas que brinden asistencia médica de primer nivel, en términos de la Ley General de Salud, en el Centro Penitenciario, y en caso de que sea insuficiente la atención brindada dentro de reclusión, o se necesite asistencia médica avanzada, se podrá solicitar el ingreso de atención especializada al Centro Penitenciario o que la persona sea remitida a un Centro de Salud Público.³⁷

Además, establece que los servicios médicos tendrán por objeto la atención médica de las personas privadas de su libertad, desde su ingreso y durante su permanencia en el centro.³⁸

La **Ley de Seguridad Pública del Estado de Nuevo León** en su artículo 179, establece que toda persona privada de la libertad tendrá el derecho de acceder a los servicios de salud pública gratuita. Las Secretarías de Seguridad y de Salud deberán trabajar coordinadamente en aspectos relacionados con la salud física y mental de los internos. Además, se realizarán campañas frecuentes que tengan como propósito evitar epidemias, así como fomentar una cultura de salud entre el personal penitenciario y los internos.

De conformidad con lo previsto en el artículo 32 de la **Ley General de Salud**, se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud, para lo cual los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las **Guías de Práctica Clínica** y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la **Secretaría de Salud**.

³⁶ Corte IDH. Caso Noguera y otra Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 9 de marzo de 2020. Serie C No. 401., Párrafo 69

³⁷ Artículo 9, fracción II.

³⁸ Artículo 76.

El mismo ordenamiento, en el artículo 2°, menciona que las finalidades del derecho a la protección de la salud, son:

- El bienestar físico y mental de las personas para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.

Así en su artículo 33, se advierte que las actividades de atención médica son:

- Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y
- De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

La **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico**, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, **integración**, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico. La cual **es de observancia obligatoria** para el **personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica** de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

Las **Reglas Mínimas** establecen que el personal médico debe examinar a cada persona detenida, tan pronto sea posible después de su ingreso a un establecimiento penitenciario y, ulteriormente, tan a menudo como sea necesario para determinar la existencia de una enfermedad física o mental y tomar, en su caso, las medidas necesarias.³⁹

³⁹ Regla 24.

Con relación al contenido y alcances generales del derecho de las personas privadas de la libertad a la atención médica, el principio X de los **Principios y Buenas Prácticas** establece que:

*“Las personas privadas de libertad tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial; el acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos; la implementación de programas de educación y promoción en salud, inmunización, prevención y **tratamiento de enfermedades infecciosas**, endémicas y de otra índole; y **las medidas especiales para satisfacer las necesidades particulares de salud de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos vulnerables o de alto riesgo, tales como:** las personas adultas mayores, las mujeres, los niños y las niñas, las personas con discapacidad, las personas portadoras del VIH-SIDA, **tuberculosis**, y las personas con enfermedades en fase terminal”.* (énfasis añadido).

Las **Reglas Mínimas** observan que la prestación de servicios médicos a las personas privadas de su libertad es una responsabilidad del Estado, y que gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios⁴⁰.

Dichas **Reglas Mínimas** señalan que las autoridades penitenciarias están obligadas a facilitar a las personas privadas de la libertad de quienes se sospeche sufren enfermedades contagiosas, aislamiento médico y tratamiento apropiado durante el periodo de infección⁴¹.

Los **Principios de Ética Médica Aplicables a la Función del Personal de Salud, Especialmente los Médicos, en la Protección de las Personas Presas y Detenidas contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes**, establecen que:

⁴⁰ Regla 24

⁴¹ Regla 30, inciso d)

“el personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas”⁴².

El proveer la atención médica adecuada a las personas privadas de la libertad es una obligación que se deriva directamente del deber del Estado de garantizar la integridad personal de éstas (contenida en los artículos 1.1. y 5 de la Convención Americana y I de la Declaración Americana).

En ese sentido, la **CIDH** ha establecido que en el caso de las personas privadas de la libertad la obligación de los Estados de respetar la integridad física, de no emplear tratos crueles, inhumanos y de respetar la dignidad inherente al ser humano, se extiende a garantizar el acceso a la atención médica adecuada.⁴³

A este respecto, la **CIDH** ha sostenido que, conforme al artículo 5 de la **Convención Americana**, el Estado tiene el deber de proporcionar a las personas privadas de su libertad revisión médica regular y atención y tratamiento adecuados cuando así se requiera⁴⁴.

A su vez, el Estado debe permitir y facilitar que las personas detenidas sean atendidas por un facultativo elegido por ellos mismos o por quienes ejercen su representación o custodia legal, según las necesidades específicas de la situación real.

Por su parte, el **Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas**, señala que la obligación de tratar a las personas con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano comprende, entre otras cosas, la prestación de cuidados médicos adecuados durante la reclusión, lo anterior, en relación con el artículo 10 del **Pacto Internacional**.⁴⁵

⁴² Principio I

⁴³ Corte IDH, Demanda ante la Corte I.D.H. en el Caso de Pedro Miguel Vera Vera, Caso No. 11.535, Ecuador, 24 de febrero de 2010, párr. 42.

⁴⁴ Corte IDH, Caso De la Cruz Flores Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de noviembre de 2004, párr. 132

⁴⁵ Caso Kelly (Paul) vs. Jamaica, Comunicación No. 253/1987, párr. 5.7.

La provisión de atención médica adecuada es un requisito material mínimo e indispensable que debe ser cumplido por el Estado para garantizar un trato humano a las personas bajo su custodia.⁴⁶

La pérdida de la libertad no debe representar jamás la pérdida del derecho a la salud. Del mismo modo, tampoco es tolerable que el encarcelamiento agregue enfermedad y padecimientos físicos y mentales adicionales a la privación de la libertad.⁴⁷

Por lo tanto, “la falta de atención médica adecuada” podría considerarse en sí misma violatoria de los artículos 5.1. y 5.2 de la **Convención Americana** dependiendo de las circunstancias concretas de la persona en particular, el tipo de dolencia, el lapso transcurrido sin atención y sus efectos acumulativos.

Como ya se ha establecido, las personas privadas de la libertad se encuentran en una posición de subordinación frente al Estado, del que dependen jurídicamente y de hecho para la satisfacción de todas sus necesidades. Por eso, al privar de la libertad a una persona, el Estado adquiere un nivel especial de responsabilidad y se constituye en garante de sus derechos fundamentales, en particular sus derechos a la vida y la integridad personal, de donde se deriva su deber de salvaguardar la salud de las personas privadas de la libertad brindándoles, entre otras, la asistencia médica requerida.⁴⁸

⁴⁶Corte IDH., “Caso García Asto y Ramírez Rojas Vs. Perú”, Sentencia de 25 de noviembre de 2005, párr. 226.

⁴⁷ El Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley, señala en su artículo 6 que “[l]os funcionarios encargados de hacer cumplir la ley asegurarán la plena protección de la salud de las personas bajo su custodia y, en particular, tomarán las medidas inmediatas para proporcionar atención médica cuando se precise”.

⁴⁸Corte IDH., Caso Vélez Lóor Vs. Panamá. Sentencia de Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2010. Serie C. No. 218, párr. 198.

Asimismo, la **Corte IDH** ha señalado que la falta de atención médica adecuada no satisface los requisitos materiales mínimos de un tratamiento digno conforme a la condición de ser humano en el sentido del artículo 5 de la **Convención Americana**, y que el Estado tiene el deber de proporcionar a los detenidos revisión médica regular y atención y tratamiento adecuados cuando así se requiera.⁴⁹

3.4. Sobre la dignidad humana como principio de derecho y como regla jurídica

La dignidad humana se encuentra reconocida en los artículos 1, último párrafo,⁵⁰, apartado A, fracción II; 3, fracción II, inciso c); y 25 de la Constitución Federal y se proyecta como un bien jurídico inherente al ser humano merecedor de la más amplia protección jurídica.

Dicho principio establece el mandato constitucional -dirigido a las autoridades- de preservar el núcleo más esencial del ser humano por el mero hecho de serlo y, por lo tanto, el derecho de ser tratado como tal y no como objetos, así como a no ser humillados, degradados, envilecidos o cosificados.

El derecho al trato digno se refiere a la posibilidad que tiene toda persona de hacer efectivas las condiciones jurídicas y materiales de trato, acordes con las expectativas en un mínimo de bienestar reconocidas por el orden jurídico.⁵¹

Implica un derecho que tiene como contrapartida la obligación de toda persona del servicio público de abstenerse de realizar determinadas conductas, particularmente los tratos

⁴⁹ Corte IDH. Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs Venezuela. (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 5 de julio de 2006, párrafo 102.

⁵⁰ Cuando reconoce que todas las personas son titulares de los derechos reconocidos en la propia Constitución Federal y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos en los que el Estado Mexicano es parte y cuándo prohíbe toda discriminación que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

⁵¹ Soberanes Fernández, José Luis (2008), Coordinador del Manual para las calificaciones de hechos violatorios de los derechos humanos, México, Editorial Porrúa/CNDH, 2008, página 273.

humillantes, vergonzosos o denigrantes que coloquen a la persona en condición de no hacer efectivos sus derechos, teniéndose como bien jurídico protegido un trato respetuoso dentro de las condiciones mínimas de bienestar.

A partir de esta idea se reconocen, entre otros:

- La superioridad de la persona frente a las cosas;
- La paridad entre las personas;
- La individualidad del ser humano;
- La libertad y la autodeterminación;
- La garantía de la existencia del mínimo vital; y,
- La posibilidad real y efectiva del derecho de participación en la toma de decisiones.

Lo expuesto se puede advertir de la jurisprudencia de rubro *“DIGNIDAD HUMANA. CONSTITUYE UNA NORMA JURÍDICA QUE CONSAGRA UN DERECHO FUNDAMENTAL A FAVOR DE LAS PERSONAS Y NO UNA SIMPLE DECLARACIÓN ÉTICA.”*, emitida por la Primera Sala de la SCJN,⁵² así como de la tesis de rubro *“DIGNIDAD HUMANA. CONSTITUYE UN DERECHO FUNDAMENTAL QUE ES LA BASE DE LOS DEMÁS DERECHOS HUMANOS RECONOCIDOS CONSTITUCIONAL Y CONVENCIONALMENTE.”*, emitida por el Décimo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito.⁵³

⁵² Jurisprudencia 1a./J. 37/2016 (10a.), localizable en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 33, agosto de 2016, Tomo II, página 633, Décima Época, registro 2012363.

⁵³ Tesis I.10o.A.1 CS (10a.), localizable en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 54, mayo de 2018, Tomo III, Décima Época, página 2548, registro 2016923.

- No debe prevalecer discriminación alguna que atente contra la dignidad humana.
- Se reconoce el valor superior de la dignidad humana.
- En el ser humano la dignidad debe ser respetada, porque constituye un derecho fundamental, que, a su vez, es base y condición de todos los demás, que consiste en el derecho a ser reconocido a vivir en y con la dignidad.
- De la dignidad se desprenden todos los demás derechos, en cuanto a que son necesarios para que las personas desarrollen integralmente su personalidad.
- Dentro de esos derechos se encuentran, entre otros, la integridad física y psíquica, el libre desarrollo de la personalidad y el propio derecho a la dignidad personal.
- Aún y cuando estos derechos personalísimos no se enuncian expresamente en la **Constitución Federal**, están implícitos en los tratados internacionales y deben entenderse como derechos derivados del reconocimiento al derecho a la dignidad humana, pues solo a través de su pleno respeto es posible hablar de un ser humano en toda su dignidad.⁵⁴
- Impregna todas las normas constitucionales y convencionales y dota de contenido formal y material al resto de nuestro universo jurídico.

⁵⁴ Cfr. al respecto la tesis P. LXV/2009, de rubro “DIGNIDAD HUMANA. EL ORDEN JURÍDICO MEXICANO LA RECONOCE COMO CONDICIÓN Y BASE DE LOS DEMÁS DERECHOS FUNDAMENTALES.”, emitida por el Tribunal Pleno de la SCJN, localizable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXX, diciembre de 2009, página 8, registro digital 165813.

La provisión de atención médica adecuada es un requisito material mínimo e indispensable que deber ser cumplido por el Estado para garantizar un trato humano a las personas bajo su custodia⁵⁵.

La pérdida de la libertad no debe representar jamás la pérdida del derecho a la salud. Del mismo modo, tampoco es tolerable que el encarcelamiento agregue enfermedades y padecimientos físicos y mentales adicionales a la privación de la libertad.

4. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

4.1. Sobre la tuberculosis

La tuberculosis pulmonar se ha establecido como una contrariedad en salud pública en el mundo; actualmente sigue existiendo, no obstante los logros para el diagnóstico, prevención y curación de la propia enfermedad, fundamentalmente en los países en vías de desarrollo⁵⁶.

Por su parte la **OMS** señala sobre esta enfermedad lo siguiente⁵⁷:

⁵⁵Corte IDH., Caso García Asto y Ramírez Rojas Vs. Perú. Sentencia de 25 de noviembre de 2005. Serie C N o. 137, párr. 126.

⁵⁶ Zavala EJJ, Jesús AJA, Patrón TA, et al. Percepciones relacionadas con la tuberculosis pulmonar, en los municipios del sur del estado de Nuevo León, México. Revista de Salud Pública Nutrición. 2004, <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22777> (Consultada el 11 de febrero de 2026).

⁵⁷ OMS. Tuberculosis, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> (consultada el 11 de febrero de 2026).

- Es una enfermedad infecciosa causada por el bacilo tuberculoso, una bacteria que suele afectar a los pulmones. Se transmite por el aire cuando una persona enferma tose, estornuda o escupe.
- Se puede prevenir y curar.
- Según las estimaciones, alrededor de una cuarta parte de la población mundial se ha infectado por el bacilo tuberculoso y entre el 5% y el 10% de estas personas acaba presentando síntomas y enfermando.
- La tuberculosis suele tratarse con antibióticos y puede ser mortal si no se trata.
- Hay afecciones que pueden aumentar el riesgo de contraer la tuberculosis como la diabetes (que se caracteriza por un exceso de azúcar en la sangre), un sistema inmunitario debilitado (por ejemplo, debido a la infección por el VIH o el SIDA), la malnutrición, el consumo de tabaco y el consumo nocivo del alcohol.
- Los síntomas pueden ser leves durante muchos meses, lo cual facilita la transmisión inadvertida a otras personas. Los síntomas habituales de la tuberculosis son:
 - tos prolongada (a veces con sangre)
 - dolor en el pecho
 - astenia
 - cansancio
 - pérdida de peso
 - fiebre
 - sudores nocturnos.

Además, la **OMS** refiere que algunas personas con tuberculosis no presentan síntomas, los síntomas dependen de la parte del cuerpo afectada. Establece que, aunque suele afectar a los pulmones, también pueden verse afectados los riñones, el cerebro, la columna vertebral y la piel.

Dicha organización indica que los antibióticos más comúnmente utilizados son: **isoniazida**, **rifampicina**, **pirazinamida**, **etambutol**. Para ser eficaces, estos medicamentos deben tomarse diariamente durante cuatro a seis meses. También, advierte que es peligroso suspender el tratamiento antes de tiempo o sin consejo médico, ya que los bacilos tuberculosos presentes en el organismo podrían adquirir resistencias farmacológicas.

El **Manual para la Prevención y Control de la Transmisión de la Tuberculosis** de la **CENAPRECE** (*Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades*), menciona que dicha enfermedad es muy transmisible y está directamente relacionada con el número de bacilos que se expulsan al aire, condicionada por la tos y la expectoración que genera el afectado y dependiendo de la condición en la que se encuentre⁵⁸.

Quienes más bacilos expulsan, son las personas con mayor transmisibilidad y esto se puede determinar a través del resultado de la baciloscopia (una cruz, dos cruces y tres cruces); generalmente las personas con tuberculosis pulmonar o laringotraqueal son trasmisoras debido a que producen más tos.

Por su parte la **Guía de Práctica Clínica** señala que las medidas más importantes para prevenir la transmisión de nuevos casos de tuberculosis pulmonar son: contar con las condiciones que permitan mantener una alta sospecha de esta enfermedad, la identificación temprana y el aislamiento de los casos de tuberculosis pulmonar activos (TBP)⁵⁹.

Para la **Guía de Práctica Clínica**, el objetivo primordial de las intervenciones en el control de la tuberculosis es reducir o eliminar el impacto adverso de los factores epidemiológicos de riesgo para la progresión de la enfermedad a través de:

⁵⁸Disponible en:

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/manual_control_infecciones.pdf (Consultada el 11 de febrero de 2026).

⁵⁹ Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/070GER.pdf> (consultada el 11 de febrero de 2026).

- El tratamiento adecuado de tuberculosis para disminuir el riesgo de muerte por esta enfermedad al restaurar la salud, curar la enfermedad y reducir el riesgo de transmisión de la bacteria a personas susceptibles en la comunidad.
- El tratamiento profiláctico para prevenir la infección desde su posible ocurrencia.
- La quimioterapia preventiva, que es el tratamiento de las formas subclínicas o latentes en el humano para reducir la progresión a formas diseminadas.

4.2. Tuberculosis farmacorresistente

La **OMS** señala que, cuando la tuberculosis no responde a los medicamentos habituales, se le denomina «farmacorresistente» y requiere un tratamiento con otros fármacos.

Los bacilos multirresistentes no se ven afectados por la isoniazida y la rifampicina, los dos fármacos antituberculosos de primera línea más eficaces; la tuberculosis multirresistente sigue siendo una crisis de salud pública y una amenaza para la seguridad sanitaria. Solo alrededor de dos de cada cinco personas afectadas tuvieron acceso a tratamiento en 2024⁶⁰.

La **Guía de Práctica Clínica** refiere que, una vez iniciados los medicamentos antifímicos⁶¹, hay una pequeña proporción de microorganismos que por mutación al azar presentan resistencia natural a los fármacos.

⁶⁰ OMS. Tuberculosis, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> (Consultada el 11 de febrero de 2026).

⁶¹ Antifímicos: se clasifican en fármacos de 1a y 2a línea, lo que indica el lugar de su utilidad en el tratamiento de la tuberculosis por su eficacia y grado de toxicidad. El tratamiento debe incluir agentes primarios. Los agentes de 1a línea incluyen: isoniazida, rifampicina, etambutol, pirazinamida y estreptomina.

El número aproximado de bacilos resistentes naturales a un solo medicamento se ha considerado que es de 1 en 10^6 para isoniazida, 1 en 10^8 para rifampicina, 1 en 10^6 para etambutol, 105 para estreptomina y 102 para pirazinamida. Por estas condiciones el tratamiento inicial debe incluir cuatro drogas durante la fase intensiva (o bactericida), para reducir la posibilidad de fracaso y durante un tiempo suficiente que permita destruir todas las poblaciones bacilares. Cuando existe sospecha de fracaso terapéutico, el paciente debe ser manejado por un especialista en enfermedades infecciosas.

El propósito del tratamiento antifímico es interrumpir la transmisión de M. tuberculosis, prevenir la adquisición de resistencia a drogas y curar al paciente. Los principios generales para el tratamiento antifímico son:

- Terapia inicial con cuatro drogas con diagnóstico clínico y/o de laboratorio de tuberculosis pulmonar, esencial para minimizar el riesgo de desarrollo de resistencia a fármacos.
- Nunca tratar tuberculosis activa con una sola droga.
- Nunca agregar un medicamento antifímico ante la falla a un esquema.
- Todos los medicamentos antifímicos deben ser administrados bajo supervisión estrecha para asegurar la adherencia terapéutica y reducir la emergencia de resistencia.

La importancia de la adherencia al tratamiento es el punto clave para llevar a la curación al paciente, ya que las consecuencias de su abandono pueden ser 1) el paciente tendrá pobre oportunidad de curar, 2) el paciente permanecerá como infeccioso y podrá transmitir la infección, 3) evolucionará hacia la multirresistencia.

De acuerdo con lo establecido en los **Lineamientos para el uso del equipo XPERT MTB-RIF (2014) del Centro Nacional de Prevención de Enfermedades** de la **Secretaría de Salud**⁶², la prueba Xpert MTB/RIF es un PCR (Reacción en cadena de la Polimerasa) a

⁶²Disponible en:

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/XpertMTB_RIF_PNTB.p

tiempo real completamente automatizada en un cartucho que puede detectar “mycobacterium tuberculosis” y resistencia a rifampicina en menos de 2 horas.

La prueba Xpert MTB/ RIF debe ser usada en lugar de las pruebas convencionales (baciloscopia, cultivo y pruebas de fármacosensibilidad⁶³) como prueba diagnóstica inicial en adultos con TB asociada a VIH o sospecha de tener TB-MFR (recomendación fuerte, evidencia de calidad alta).

En los siguientes Grupos de Riesgo:

- Fracasos a retratamiento primario y crónicos.
- Contacto de un caso de TB MRF.
- Fracaso a tratamiento primario.
- Caso de TB con Bk (+) al final del 2º o 3er mes de tratamiento primario o retratamiento.
- Recaídas y reingresos por abandono (pérdida de seguimiento).
- Comorbilidad TB-VIH y TB-DM descompensada⁶⁴.

[df](#) (Consultada el 11 de febrero de 2026).

⁶³ Una prueba de cultivo es un análisis de laboratorio que identifica microorganismos como bacterias, hongos o parásitos, en una muestra de fluido o tejido corporal, para diagnosticar infecciones.

Las pruebas de fármaco sensibilidad, también llamadas antibiogramas, determinan qué tan efectivo es un antibiótico contra una bacteria u hongo específico. Estas pruebas son esenciales para elegir el tratamiento antibiótico más adecuado para una infección. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-cultivo-de-bacterias/> (consultable el 11 de febrero de 2026).

⁶⁴ TB-DM se refiere a la asociación entre la tuberculosis (TB) y la diabetes mellitus (DM).

Todos los casos de tuberculosis diagnosticados por Xpert MTB/RIF y encontrados como rifampicina susceptible, independientemente del resultado del frotis, deben registrarse como caso bacteriológicamente confirmado.

Según los lineamientos, si el resultado interpreta como “indeterminado o inválido”, se deberá repetir el examen. Lo anterior, se ilustra en la siguiente tabla:

Resultado	Interpretación	Reporte
TB no detectada	Negativo	N
TB detectada, resistencia a Rifampicina no detectada	Positivo para tuberculosis, sin resistencia a Rifampicina	T
TB detectada, resistencia a Rifampicina detectada	Positivo para tuberculosis, con resistencia a Rifampicina.	RR
TB detectada, resistencia a Rifampicina indeterminada	Indeterminado. Repetir la prueba en nueva muestra.	TI
Invalidado/ Sin resultado/ Error	Invalidado. Repetir la prueba en nueva muestra.	I

La **Guía para la Atención de Personas con Tuberculosis Resistente a Fármacos** emitida por la Secretaría de Salud, establece líneas de acción de la estrategia de tratamiento en casos de farmacoresistencia, destacando la identificación oportuna, evaluación clínico-epidemiológica de casos que fracasaron al tratamiento primario, retratamiento, o contacto de casos con TB-MFR, este documento precisa que el tratamiento primero debe seguirse por seis meses al menos⁶⁵, como se ilustra en la siguiente imagen:

⁶⁵ Disponible en:

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/guia_tb_mfr_ok.pdf

(consultada el 11 de febrero de 2026).

Categorías de esquemas de tratamiento antituberculosis, de acuerdo a normas internacionales

GRUPO	CATEGORÍA	ESQUEMA UTILIZADO EN MÉXICO	DURACIÓN DEL ESQUEMA
Tratamiento primario	I	2HRZE/4H ₃ R ₃	6 meses
Retratamiento primario	II	2HRZES/1HRZE/5H ₃ R ₃ E ₃	8 meses
Extrapulmonar pediátrico	III	Véase referencia NOM-006-SSA2-1993	Véase referencia NOM-006-SSA2-1993
TB-MFR	IV Estandarizado/ individualizado	6PtoCsOfxZEAm-Km/18PtoCsOfx	24 meses

4.3. Situación sanitaria en los centros penitenciarios

La **Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe**⁶⁶, refiere que los problemas sanitarios que se encuentran en los centros penitenciarios se deben a:

- Condiciones intrínsecas de insalubridad de los centros de reclusión;
- Características inherentes a las personas detenidas, quienes por lo general provienen de los estratos más pobres de la sociedad y por consiguiente presentan problemas de salud preexistentes, conductas de riesgo, abuso de sustancias, etc.; y

⁶⁶ 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.: OPS, 2008

- Ausencia de una eficaz organización/coordinación de la atención sanitaria en los centros de reclusión.

La coordinación y organización entre el ministerio de salud y el ministerio o la instancia encargada de la administración del sistema penitenciario se dificulta debido a los siguientes factores, compartidos por ambas instancias:

- Recursos limitados (humanos y financieros);
- Prioridades diferentes;
- Insuficiente e inefectivo entrenamiento del personal;
- Problemas relacionados con la estructura administrativa;
- Insuficiente o inexistente comunicación; y
- Deficiencia de datos e información.

Estos factores son responsables de las deficientes condiciones sanitarias de los centros penitenciarios, en los que los principales problemas de salud incluyen en general VIH, **tuberculosis**, hepatitis, enfermedades psiquiátricas, drogodependencias, ectoparasitosis, afecciones respiratorias agudas y crónicas, infecciones del tracto digestivo y micosis.

La Guía en mención, refiere que es ampliamente reconocido que en los centros penitenciarios se da un fenómeno de concentración y mayor prevalencia de enfermedades, entre ellas la tuberculosis, que lo que se puede ver en la población general. Esto, por cierto, es un reflejo del hecho de que las personas privadas de libertad no son una muestra representativa de la sociedad externa y además están sujetas a factores de riesgo elevado de desarrollar tuberculosis.

No obstante, es necesario recalcar que estas poblaciones están aún más expuestas a contraer tuberculosis debido a que se trata de:

- Hombres entre 15 y 45 años, en su mayoría provenientes de estratos sociales con poco acceso a educación;
- Un grupo con elevado riesgo de infección y de contraer TB al provenir de poblaciones marginales y pobres donde existe importante transmisión del bacilo de la tuberculosis;
- Personas con bajas defensas inmunitarias debido a varios factores como la malnutrición, alcoholismo, uso de drogas, altos niveles de estrés psicológico en prisión y elevada prevalencia de infección VIH;
- Un grupo con prolongada y repetida exposición a la enfermedad dentro de los centros de reclusión;
- Personas que viven en lugares que presentan condiciones de vida precarias (hacinamiento, carencia de luz y ventilación);
- Detección tardía y tratamiento no adecuado de la enfermedad en centros de reclusión;
- Encarcelamiento prolongado que incrementa la probabilidad de contraer tuberculosis.
- Alta movilización de un centro penitenciario a otro en algunos países, así como corta estancia de presos sin condena, incrementando el riesgo de diseminación de la enfermedad y/o falla en el tratamiento.

La Comisión IDH señala que la falta de provisión de servicios médicos adecuados y de la atención médica necesaria que requieren las enfermedades contagiosas en los centros de privación de la libertad, constituyen una situación particularmente grave que puede llegar a convertirse en un problema de salud pública⁶⁷.

Asimismo, que los centros penitenciarios son considerados como grandes reservorios de TB, exponiendo a las personas privadas de su libertad a la enfermedad, atentando contra su derecho a la salud y convirtiendo a los centros de reclusión en una amenaza para la población en general.

Además, señala que los centros penitenciarios no son centros cerrados, están compuestos por personal de custodia, salud, técnicos, que ingresan y egresan todos los días de los recintos, además, los visitantes que entran y salen después de mantener contacto estrecho y frecuente con las personas privadas de la libertad.

Refiere también que la tuberculosis en centros penitenciarios, representa un importante problema de salud pública, razón por la que las autoridades políticas deben incluir la salud de las personas privadas de la libertad en las políticas de salud⁶⁸.

⁶⁷ Comisión IDH, Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de la libertad en las Américas, 2008, párrafo 533.

⁶⁸ Ídem, párrafo 571.

4.4. Del Diagnóstico Estatal de Supervisión Penitenciaria⁶⁹

Esta Comisión Estatal tiene como uno de sus ejes de atención, la supervisión de los Centros de Reinserción Social e investigación de presuntas violaciones a los derechos humanos cometidas en perjuicio de las personas privadas de la libertad.

Derivado de ello, se ha detectado un incremento notorio en el número de quejas por presuntas violaciones al derecho a la salud.

Durante el período de 2021 a 2024, esta Comisión Estatal ha publicado el DESP, en el cual se ha observado la falta de personal médico que pueda atender las necesidades de la población penitenciaria, lo cual tiende a aumentar los problemas de salud.

En particular, en el DESP 2023, se recomendó a la autoridad penitenciaria fortalecer las acciones para la detección oportuna de casos de tuberculosis, el acceso inmediato a medicamentos y seguimiento médico adecuado; asimismo, disponer en los Centros de un área de aislamiento respiratorio distinta a la destinada para alojar a pacientes con sospecha de tuberculosis.

⁶⁹ Disponible en: <https://www.cedhnl.org.mx/bs/secciones/publicaciones/publicaciones-especiales/CEDHNL-Diagnostico-Estatal-Supervision-Penitenciaria-2021.pdf>

Disponible en: <https://www.cedhnl.org.mx/bs/secciones/publicaciones/publicaciones-especiales/CEDHNL-DESPNL-2022.pdf>

Disponible en: <https://www.cedhnl.org.mx/bs/secciones/publicaciones/publicaciones-especiales/CEDHNL-DESPNL-2023.pdf>

Disponible en: <https://www.cedhnl.org.mx/bs/secciones/publicaciones/publicaciones-especiales/CEDHNL-DESPNL-2024.pdf>

(Consultadas el 11 de febrero de 2026).

De los datos recabados en el DESP 2024, se tiene que de las 10,197 (diez mil ciento noventa y siete) personas privadas de la libertad, 50 (cincuenta) estaban diagnosticadas con tuberculosis, es decir, el 0.49% de la población total.

5. ESTUDIO DE FONDO

5.1. Planteamiento del problema

Es necesario delimitar lo que será objeto de análisis y pronunciamiento, para estar en posibilidad de determinar si se vulneraron o no los derechos humanos de V1 a V6. En tal sentido, esta Comisión considera que el problema a elucidar consiste en determinar si la autoridad penitenciaria adoptó o no las medidas apropiadas y razonablemente suficientes para proteger y preservar los derechos a la integridad y la vida de personas privadas de la libertad que padecían de tuberculosis, que evitaran, con alto grado de probabilidad, que las personas privadas de la libertad fallecieran.

5.2. Análisis en torno a la actuación médica por parte del Cereso 1, Cereso 2 y Cereso 3.

Para una mejor comprensión, el análisis de cada uno de los expedientes contendrá las siguientes partes:

- Los planteamientos de queja formulados por **V1, VI8, V3, V4, V5 y VI12**.
- Los informes allegados por la autoridad penitenciaria.
- Las evidencias allegadas durante la investigación.
- Las conclusiones de la atención brindada de acuerdo a las opiniones técnica-médica elaboradas por la CAV y la COESAMED.

5.2.1. Expediente CEDH-2020/913/03

En el presente asunto, **V1** fue entrevistado por personal de este organismo el **24 de noviembre de 2020** en el **Cereso 2**, manifestó que tenía problemas de salud en el pulmón izquierdo, fue valorado por médicos del penal, realizándole una radiografía y se le informó que su padecimiento se trataba de un posible cáncer. Días después, le indicaron

tratamiento contra tuberculosis de nombre dotbal, situación que le generó incertidumbre ante el cambio de diagnóstico médico repentino, al desconocer su estado de salud.

Del informe suscrito por personal médico adscrito al **Cereso 2**⁷⁰, se desprende un resumen de las atenciones médicas brindadas a **V1**⁷¹, destacando lo siguiente:

18 de noviembre de 2020 se le realiza radiografía de tórax.

19 de noviembre de 2020 se envía radiografía vía correo para valoración con el Coordinador de micobacteriosis de la Jurisdicción No.4 de la Secretaría de Salud. En la radiografía presenta derrame pleural derecho con nivel hidroaéreo y por cuadro clínico que ha venido presentando el paciente, sugirió iniciar tratamiento con dotbal fase intensiva de lunes a sábado cuatro tabletas diarias, así mismo se envían muestras de esputo para realizar genexpert y cultivo el 25 de noviembre de 2020.

Cabe mencionar, que personal penitenciario del **Cereso 2** informó que **V1** fue trasladado al **Cereso 3** en fecha **07 de diciembre de 2020**, para su mejor atención médica, toda vez que no se contaba con un área específica para alojar pacientes con tuberculosis⁷².

Posteriormente, esta Comisión requirió a la **Agencia** información sobre las atenciones médicas brindadas a **V1**. En respuesta⁷³ el **Cereso 3** informó lo siguiente:

El **07 de diciembre de 2020** ingresó a esta institución penitenciaria con los diagnósticos de tuberculosis pulmonar y diabetes mellitus tipo 2, dentro de la documentación clínica con la que fue recibido se encuentra el **resultado del análisis de laboratorio** realizado, la última muestra de esputo tomada en el penal

⁷⁰ En fecha 30 de noviembre de 2020.

⁷¹ D2.

⁷² Acta circunstanciada de 09 de diciembre de 2020.

⁷³ D4.

número 2, el cual **evidencia presencia de mycobacterium tuberculosis con resistencia a rifampicina indeterminada.**

Se le administra como tratamiento para la diabetes mellitus tipo 2 metformina 850 mg tabletas, 1 tableta vía oral cada doce horas diariamente y para la tuberculosis pulmonar que padece dotbal tabletas.

En un segundo informe, rendido por el médico en turno adscrito al **Cereso 3**, se comunicó lo siguiente:

20 de diciembre de 2020 acude al área médica refiriendo presentar disnea de pequeños esfuerzos y fiebre ocasional, diagnosticando probable derrame pleural. Se solicita "RX AP" y lateral decúbito lateral, interconsulta a neumología, quedando bajo observación en el área médica.

01 de enero de 2021, presenta disnea posterior a emesis después de la ingesta de dotbal, por lo que se ingresa al área de observación para monitoreo de saturación y oxigenoterapia.

03 de enero de 2021, se realiza valoración, encontrándose en el área médica en observación con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y diabetes mellitus, refiere disnea de pequeños esfuerzos, con O2 suplementario, consciente, cooperador, bien orientado, con probable derrame pleural, continúa esquema dotbal y con esquema de insulina para diabetes mellitus.

09 de febrero de 2021, se realiza nueva valoración médica, encontrándose consciente, orientado, estable, ubicado en las esferas, afebril, refiere buen apego a tratamiento, tolera vía oral, defecación y micción presente. Exploración física, sin datos patológicos. Se da de alta del área de observación del departamento de servicios médicos, continuando con tratamiento en el área para pacientes con tuberculosis.

07 de marzo de 2021, al encontrarse internado en el área para pacientes con tuberculosis, fue encontrado acostado en la cama sin signos vitales, **decretándose fallecimiento** a las 07:40 horas.

De la autopsia que le fue practicada a **V1**, se concluyó que la causa de la muerte fue como consecuencia de neumonía bilateral⁷⁴.

En virtud de la complejidad médica de los hechos, se solicitó opinión técnico-médica, al **CAV** y a la **COESAMED**, las cuales señalaron, respectivamente, las consideraciones y conclusiones respecto a la atención médica que se le proporcionó a V1 durante su permanencia en el **Cereso 3**:

- ❖ En la **opinión técnica-médica** del **CAV** se asentó lo siguiente, en el apartado de consideraciones:

*“Se trata de persona de nombre V1, quien ingresó al Centro de Reinserción Social No. 2, el día **19 de noviembre de 2019**, con diagnósticos de Diabetes Mellitus, tipo 2 (...)*

*Cabe señalar, que el médico tratante tenía el resultado radiográfico del tórax correspondiente a V1, de fecha **19 de noviembre de 2020**, siendo las 08:55 horas, donde señala: “el paciente presenta derrame pleural derecho con nivel hidroaéreo, por el cuadro clínico y radiográfico se sugiere iniciar tratamiento con dotbal intensiva y solicita tres muestras para Bk, Genexpert y cultivo (...).*

*El día **07 de diciembre de 2020**, V1 ingresa al **Cereso 3**, proveniente del **Cereso 2**, con diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2 y tuberculosis pulmonar (...)*

*Además, durante su estancia en dicho reclusorio, el día **20 de diciembre de 2020** presentó derrame pleural, corroborado con estudios radiográficos, siendo tratado médicamente en dicha institución, y dado de alta el día **09 de febrero de 2021**, para continuar con su tratamiento de tuberculosis pulmonar. Sin embargo, ya no se aprecia nota clínica posterior a esa fecha sobre valoración clínica, hasta la última nota del día **07 de marzo de 2021** en la cual se asienta que es encontrado sin signos vitales, cuya muerte de acuerdo a la autopsia practicada fue neumonía bilateral.*

De acuerdo a lo anterior, la fecha en que fue dado de alta del derrame pleural (09 de febrero del 2021), no señala en la nota que haya sido valorado radiográficamente ni por

⁷⁴ D11.

un neumólogo, para concluir que su problema médico haya sido controlado totalmente; además no se señala en qué momento empezó a desarrollar la neumonía o si esta fue como consecuencia del derrame pleural tratado. (...)”

En la opinión técnica médica, el perito en evaluaciones médicas del **CAV**, concluye que **V1**, **no recibió una adecuada atención médica** por parte del personal del **Cereso 3**, por lo siguiente:

1. Posterior a su evaluación médica del día 9 de febrero de 2021, no se cuenta con evidencia de que se le brindara la atención pertinente por ser paciente vulnerable.
2. Se omitió valorar radiográficamente para confirmar que ya había sido tratado totalmente del derrame pleural que presentaba.
3. No se valoró su estado de salud integral, toda vez que el inicio de la neumonía bilateral no se le diagnosticó oportunamente.
4. La neumonía bilateral (causa de su muerte) al ser detectada a tiempo pudo haber sido tratada en hospital, donde se le habría brindado el manejo médico o quirúrgico que hubiese requerido.

❖ En la opinión técnica-médica institucional de la **COESAMED**, se asentó lo siguiente:

“1) Tuberculosis pulmonar

*(...) De acuerdo al expediente clínico, el paciente V1 padecía de Diabetes Mellitus tipo 2 a su llegada al Centro de Reinserción Social No. 2 Norte el día **19 de noviembre de 2019**. La cual estaba bajo tratamiento con Metformina y Glibenclamida según lo indicado en el dictamen médico previo a su ingreso. Conforme a la información presentada, en el párrafo anterior esto supone un factor de riesgo para contraer Tuberculosis especialmente al encontrarse en prisión donde existe una tasa de contagio incrementada (...)*

Diagnóstico de la Tuberculosis

*En el expediente clínico **no se cuenta con documentos suficientes para determinar si el paciente había sido atendido previamente por alguna sintomatología de este tipo.** Sin embargo, se tiene conocimiento de que se realizaron estudios de imagen; el día **19 de noviembre de 2020**, en un correo electrónico por parte del Coordinador de Micobacteriosis, explica que el paciente presenta derrame pleural derecho con nivel hidroaéreo. Por lo que sugiere iniciar con tratamiento con dotbal intensiva y orden de solicitar tres muestras para Bk, Genxpert y Cultivo.*

*Además, se encuentra adjunto un informe de resultado del laboratorio estatal de Salud Pública del día **02 de diciembre de 2020**, en el cual se señala el aislamiento e identificación de mycobacterium tuberculosis en muestra de esputo y como observaciones están Genexpert positivo en concentración trazas resistencia a rifampicina indeterminada.*

Según la Guía de Práctica Clínica, el examen microscópico del esputo, es un estudio altamente específico para el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, por tres razones: 1) Método más rápido para determinar si una persona tiene tuberculosis pulmonar. 2) Identifica a los pacientes con mayor riesgo de morir por esta enfermedad. 3) Identifica los pacientes con mayor riesgo de transmitir la enfermedad. Esta Comisión observa que los exámenes solicitados para el diagnóstico de la patología si son los adecuados y están indicados por la bibliografía médica mundialmente aceptada. No obstante, debido al resultado de la resistencia indeterminada de la rifampicina se debió haber analizado nuevamente otra muestra de acuerdo al algoritmo de la CENAPRECE⁷⁵.

⁷⁵ Lineamientos para el uso del equipo Xpert MTB- RIF (2014),

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/XpertMTB_RIF_PNTB.pdf (Consultada el 11 de febrero de 2026).

Tratamiento de la tuberculosis

*(...) Se encuentra anexada la bitácora de suministro de insumos de farmacia la cual tiene como fecha de inicio el **07 de diciembre de 2020** hasta el día **06 de marzo de 2021**. Por lo que el paciente estuvo tres meses en tratamiento siguiente el esquema recomendado por la Guía de práctica clínica.*

*Se tiene constancia de que el **01 de enero de 2021**, presenta disnea posterior a emesis después de la ingesta de Dotbal, por lo que se ingresa al área de observación para monitoreo de saturación y oxigenoterapia. Posteriormente, el día 03-tres de enero del mismo año continúa con empeoramiento de la sintomatología por lo que se indica interconsulta con neumología, 02 4lt, furosemida 1 tableta cada 24 hrs., nebulizaciones 3 veces al día, azitromicina tabletas 500, mg 1 tab cada 24 hrs por 5 días, continúa esquema Dotbal y con su esquema de insulina para diabetes mellitus.*

*A su vez, el día **15 de enero de 2021** se indicó Tomografía Axial Computarizada toracoabdominal y acudir con resultado de creatinina sérica para el día **18 de enero de 2021** en el Hospital Universitario. Pese a las indicaciones, el paciente decidió negar la valoración por parte del mismo Hospital debido a las condiciones sanitarias ocasionadas por la pandemia de SARS-COV 2.*

*El día **09 de febrero de 2021**, el paciente se encontraba con una exploración física sin datos patológicos, por lo que se le da de alta del área de observación del departamento de servicios médicos, continuando con su tratamiento en el área para pacientes con tuberculosis. Esta Comisión considera que no se cuenta con la información suficiente acerca de la sintomatología y evolución del paciente en el **Cereso 3** durante todo ese mes hasta que finalmente falleció el día **07 de marzo de 2021**. Por lo visto en el documento de la autopsia realizada por el Instituto de Criminalística y Servicios Periciales el paciente debió haber presentado síntomas respiratorios progresivos provocados por el hidrotórax y la neumonía bilateral la cual fue denominada la causa del deceso.”*

En la opinión técnica médica, el Subcomisionado médico de la **COESAMED**, concluyó que la conducta del personal del **Cereso 3** implicó **impericia y negligencia**, al brindarle una **inadecuada atención médica a V1**, al respecto, efectuó las siguientes observaciones:

1. El expediente médico que fue remitido por dicho centro se encuentra incompleto, debido a la falta de documentación que antecede a los resultados de estudios de imagen del **19 de noviembre de 2020** y durante el mes previo al fallecimiento de **V1**, pues no se cuenta con documentos que den certeza sobre la fecha de inicio de la sintomatología o cuando solicitó atención médica por primera vez; además, que se observó que si bien se le brindó atención de manera urgente de acuerdo a las guías de práctica clínica, se dejan espacios en donde no se puede observar qué tratamiento médico y atención se le brindó a **V1**. Lo anterior evidencia una falta a la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico, que es de carácter obligatorio para todos los prestadores del servicio médico.
2. A pesar de seguir la pauta médica recomendada, no se registra con exactitud, si el paciente presentaba o no resistencia a la rifampicina, debido a los datos indeterminados arrojados por el estudio de GenExpert; ante esta situación, las guías recomiendan tomar otra muestra y realizar nuevamente la prueba, procedimiento que aparentemente no se efectuó. Además, no se plasma en el expediente que se le ofrecieran a **V1** alguna medida terapéutica alternativa de las mencionadas en la literatura para estos casos (resistencia a los fármacos de primera línea de tratamiento).
3. De acuerdo a la causa de fallecimiento según la autopsia consistente en neumonía bilateral, se intuye que **V1** padecía de síntomas respiratorios graves a causa de tuberculosis pulmonar, como disnea, tos, y otros síntomas de tuberculosis, mismos que aparentemente no fueron tratados con oportunidad, pues no tiene sentido que no existan notas de consulta brindadas, y al no existir estas notas, se traduce a que no recibió atención médica oportuna y digna.

Por lo tanto, se tiene que las opiniones técnico-médicas elaboradas por personal del **CAV** y de la **COESAMED**, fueron coincidentes en concluir que la **atención médica brindada a V1 por el personal del Cereso 3 fue inadecuada.**

5.2.2. Expediente CEDH-2021/817/03

Ante personal de esta Comisión compareció **V18** el **29 de junio de 2021**, manifestando que su pareja **V2**, quien se encontraba privada de su libertad en el **Cereso 2**, presentaba diarrea, que en un primer momento fue diagnosticado con gastroenteritis, indicándole como tratamiento antibiótico y antiespasmódicos, y que, hasta **abril del 2021**, personal del centro le realizó una prueba de BAAR resultando negativo a tuberculosis.

Del informe suscrito por personal de la Agencia⁷⁶, se dio a conocer las atenciones médicas brindadas a **V2** en el **Cereso 2**, y posteriormente, en el **Cereso 3**, dado que fue trasladado el **29 de junio de 2021**, siendo las siguientes:

Atención médica en Cereso 2:

07 de enero de 2021: diagnóstico de gastroenteritis, tratamiento médico ciprofloxacino, buscapina compuesta y metoclopramida.

07 de abril de 2021: diagnóstico de intolerancia gástrica, cisaprida y omeprazol.

21 de abril de 2021: Seguimiento por gastroenteritis, ataque al estado general, resultado negativo de prueba BAAR de fecha 06 de abril de 2021.

09 de mayo de 2021: Diarrea crónica en estudio. Tratamiento segundo paso por probable helicobacter pylor.

⁷⁶ **D14** de fecha 22 de julio del 2021

27 de mayo de 2021: Contra referido a Hospital Universitario por diagnóstico diarrea en estudio, pérdida de peso en estudio, alopecia y diabetes mellitus tipo 2.

22 de junio de 2021: Egresado por motivo de alta médica del Hospital Universitario con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

26 de junio de 2021: Valoración por médico en turno del Cereso 2, con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y diabetes mellitus tipo 2.

29 de junio de 2021: Traslado al Cereso 3, a efecto de brindarle una óptima atención en cuanto a servicios médicos se refiere.

Atención médica en Cereso 3:

01 de julio de 2021: Fue trasladado al área de urgencias del Hospital Universitario para su debida valoración y tratamiento, toda vez que presentaba una pérdida importante de peso, caquexia, hiporexia y debilidad generalizada presentando deterioro en su salud.

03 de julio de 2021: Se recibe egresado del Hospital Universitario e ingresa al área de observación médica del centro.

08 de julio de 2021: Es referido al Hospital Universitario, tras presentar dolor abdominal agudo, siendo reportado farmacorresistente a tuberculosis.

09 de julio de 2021: Egresado del Hospital Universitario, al ser valorado por cirugía general realizando un ultrasonido de abdomen detectando colecistitis no complicada, se ingresa nuevamente al área médica de Cereso 03.

10 de julio de 2021: Se encuentra muy mal en estado general, caquexia, deshidratado, responde en forma parcial al interrogatorio. Diagnóstico: tuberculosis pulmonar resistente.

11 de julio de 2021: Caquéxico, postrado en cama con dificultad para movilidad, refiere dolor abdominal severo tipo intermitente.

12 de julio de 2021: Continúa con misma sintomatología.

13 de Julio de 2021: Personal de enfermería procedió a realizar toma de signos vitales a **V2**, en la cual se detectó que presentaba una alteración en el estado de conciencia y glicemia capilar de 23 mg/dl, es por ello que de manera inmediata fue trasladado al Hospital Universitario, acompañado de personal médico y de enfermería. Durante su estancia hospitalaria en dicho nosocomio, le fue practicado un TAC abdominal detectando aire libre, por lo que le fue realizado una laparoscopia exploratoria observándose datos sugestivos a tuberculosis intestinal

17 de julio de 2021, aproximadamente a las 09:07 horas, la persona **V2** falleció a causa de un choque séptico, así como peritonitis, como se asienta en el certificado de defunción.

A dicho documento se anexó nota de egreso del **Hospital Universitario**⁷⁷, de la que se desprende que el día **10 de junio de 2021**, **V2** dio resultado positivo de baciloscopia, iniciándose manejo con dotbal.

Personal médico del **Hospital Universitario** mediante oficio⁷⁸ de fecha **02 de noviembre de 2021**, allegó el resumen clínico de **V2**, del que se desprende:

Acude a consulta de medicina familiar el **27 de mayo de 2021**, refiriendo diarrea y pérdida de peso, inicia el padecimiento hace un año con diarrea de tres a cuatro evacuaciones líquidas, pastosas que no ceden al tratamiento, acompañada de dolor abdominal difuso tipo opresivo de predominio postprandial y vómitos de contenido gástrico, además de hiporexia, pérdida de peso y debilidad.

El **08 de junio 2021** se realiza interconsulta por neumología, se reporta BAAR positivo, indican estudios y broncoscopia.

⁷⁷ De fecha 22 de junio del 2021.

⁷⁸ **D16.**

El **09 de junio 2021**, se realiza broncoscopía y toma de muestras de lavado broncoalveolar para estudios; TAC toracoabdominal contrastado reporta datos de tromboembolismo pulmonar por lo que se realiza TAC de tórax donde se observa trombo en arteria subsegmentaria en lóbulo inferior derecho, paciente con oxigenoterapia posterior a desaturación.

El **16 de julio de 2021** se decide permanencia en sala quirúrgica por inestabilidad hemodinámica.

El **17 de julio de 2021** se verifica paciente con ausencia de pulsos centrales, se activa código azul y se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada a las 08:55 horas, se da un total de cinco ciclos, se administran tres mg adrenalina IV, sin lograr revertir el evento, se realiza trazo isoeléctrico reportando ritmo de asistolia, declarándose la hora de la defunción a las 09:07 horas.

Al respecto, se solicitó opinión técnico-médica, al **CAV** y a la **COESAMED**, las cuales señalaron las consideraciones y conclusiones respecto a la atención médica que se le proporcionó a **V2** durante su permanencia en el **Cereso 2**:

❖ En la opinión técnica médica, el perito en evaluaciones médicas del **CAV**, concluyó que **V2, no recibió una adecuada atención médica** por parte del personal del **Cereso 2**, por lo siguiente:

1. **V2** presentó desde el inicio del año 2021 un cuadro diarreico persistente, tratado con paracetamol y omeprazol; sin embargo, ante la persistencia de la diarrea, era prudente haberlo canalizado al hospital para realizarle las interconsultas a gastroenterología y que recibiera atención médica pertinente, oportuna y especializada.
2. En abril del 2021 la prueba de dextrostix tiene una lectura de 140 mg/dl, por lo que era importante considerar una interconsulta a endocrinología para abrir expediente de especialidad y tratar complicaciones que pudieran presentarse.
3. En junio 2021 se diagnostica tuberculosis pulmonar tratada con dotball, sin embargo, para el mes de julio resultó resistente al tratamiento. Siendo

necesario haber efectuado desde el inicio de la detección de la tuberculosis pulmonar, interconsulta a neumología e infectología para establecer el tratamiento idóneo.

4. En el certificado de defunción de **V2**, la causa de muerte fue choque séptico, como consecuencia de peritonitis, lo cual indica que las patologías que presentaba no fueron detectadas oportunamente y, en consecuencia, no se trataron de forma eficaz.

❖ En la opinión técnica-médica institucional de la **COESAMED**, se asentó lo siguiente:

“(...) Diagnóstico de la tuberculosis.

*En las notas remitidas a esta H. Comisión no se cuenta con la historia clínica de ingreso al Centro de Reinserción número 2 Norte, sin embargo, en la nota de egreso del Hospital Universitario con fecha del día **22 de junio de 2021** se menciona lo siguiente:*

"Inicia padecimiento un año previo a su ingreso con diarrea acuosa, 3 al día, acompañada de debilidad, hiporexia y deshidratación acude con médico de penal que da tratamiento no específico sin mejoría continuando con sintomatología intermitente, 5 meses previos refiere pérdida de peso de aproximadamente 6 kilos en 3 meses, pero no es llevado a hospital por pandemia, 2 semanas previas a su ingreso refiere hipertermia en una ocasión y es referido por persistencia de sintomatología".

Con esto se expone que el paciente tenía al menos un año con sintomatología específica y no específica sugestiva de tuberculosis pulmonar la cual no fue investigada y se daba solamente tratamiento sintomático (...)

*Se observa también que no fue sino hasta el **6 de abril de 2021** que al paciente se le solicitó un estudio denominado BAAR el cual se menciona en la nota del Centro de Reinserción número 2 Norte que se obtuvo un resultado negativo de la misma, esta Comisión considera importante puntuar (sic) que no se menciona que tipo de prueba de BAAR se realizó, ya que existen diferentes pruebas y su importancia en el diagnóstico es la diferencia ya que si se realizó un "frotis BAAR" al obtener un resultado*

negativo y seguir el paciente con sintomatología sugerente de tuberculosis se debe repetir la prueba, y se realizó un cultivo BAAR, este tarda hasta 6 semanas en dar un resultado por lo que se hubiera realizado su reporte en una fecha posterior a la que mencionan las notas.

*Aún con sintomatología altamente probable de tuberculosis por las condiciones en las que se encontraba la persona privada de la libertad, no fue sino hasta **junio del 2021** que se encontraba internado dentro del Hospital Universitario, y que es importante mencionar que durante ese tiempo se encontraba privado de su libertad, con sintomatología y solicitando consulta a los servicios médicos del **Cereso 2**, que los médicos de dicho nosocomio determinaron de manera urgente solicitar los estudios correspondientes para descartar tuberculosis, misma que fue diagnosticada por el Hospital Universitario. Por lo que se considera que hubo un **franco retraso en el uso de medios para llegar al diagnóstico de la tuberculosis** en la persona privada de la libertad quien en vida llevaba el nombre de **V2**. (Lo destacado es nuestro).*

Tratamiento de tuberculosis y manejo de la tuberculosis pulmonar resistente a fármacos.

*Esta Comisión consideró en las constancias remitidas que el tratamiento de dotbal correcto para tuberculosis según la literatura médica mundialmente aceptada fue administrado a **V2** hasta el día **22 de junio de 2021**, mientras se encontraba internado en el Hospital Universitario, y se tiene constancia de que se dejó la indicación por parte de los médicos de dicho nosocomio de que se siguiera administrando este medicamento al paciente, pero en ninguna constancia médica de **Cereso 3**, se encontró que este medicamento haya sido otorgado por parte de los servicios médicos del Cereso, por lo que **esta Comisión observa que se dejó que la enfermedad avanzará de manera natural, afectando el organismo de la persona privada de la libertad y complicándose hasta su deceso, además de que V2 no fue aislado y siguió en contacto con las demás personas privadas de la libertad, observando un grave problema en la prevención de nuevos contactos**" (Lo destacado es nuestro).*

En la opinión técnica médica, el Subcomisionado médico de la **COESAMED**, concluyó que la **atención médica brindada a V2 fue inadecuada**, por parte del área de servicios médicos del **Cereso 2**, implicando **imprudencia, impericia y negligencia**, realizando las siguientes **observaciones**:

1. **V2** en repetidas ocasiones solicitó al personal médico del **Cereso 2** la atención médica a su padecimiento, la cual no se brindó a la brevedad, agravando su estado de salud, provocando su fallecimiento.
2. No se tomaron medidas de prevención de contagios, toda vez que, a pesar de la sintomatología y la evolución, no se aisló a **V2** en los servicios médicos del centro.
3. **V2** presentó los síntomas de tuberculosis desde 1 año antes de ingresar al Hospital Universitario, sin embargo, de las constancias médicas se observa que **V1** solicitó consultas al área médica del **Cereso 2**, pero el tratamiento dotbal se inició hasta que acudió a dicho hospital en un estado avanzado de la enfermedad, en lugar de haber sido proporcionado por el centro penitenciario. Refiriendo que, si se dan los medicamentos en tiempo oportuno, se previene el daño a órganos como los pulmones o intestino.

Por lo tanto, se tiene que las opiniones técnico-médicas elaboradas por personal del **CAV** y de la **COESAMED**, fueron coincidentes en concluir que **fue inadecuada la atención médica brindada a V2 por el personal del Cereso 2**.

5.2.3. Expediente CEDH-2021/1318/03 M.P.15

El **11 de octubre del 2021**, **V3** manifestó que desde finales del mes de septiembre del mismo año, presentaba tos seca y dificultad para ingerir alimentos de quince días de evolución, por lo que solicitó su atención médica en el **Cereso 1**, siendo trasladado al Hospital Universitario el **05 de octubre del 2021**; ese mismo día, a su regreso a dicho centro, le fue recabada una muestra de saliva, esto porque personal médico le indicó que podía padecer tuberculosis, aislándolo con otras personas privadas de su libertad diagnosticadas con esa enfermedad, situación que le provocó preocupación al estar en riesgo su salud.

En el informe rendido, personal de la Agencia,⁷⁹ dio a conocer las atenciones médicas brindadas a **V3** en el **Cereso 1**:

*“(…) El **28 de septiembre de 2021**, por referir disfonía de evolución crónica de aproximadamente seis meses, agregándose disfagia y odinofagia el día de ayer.*

***04 de octubre de 2021**, acude a valoración médica en la que refiere cursar dolor y prurito de garganta, tos paroxística, de seca a flemas en ocasiones acompañada de mialgia, artralgia, cefalea, últimamente refiere disfagia de tres meses de evolución sin mejoría a los diferentes tratamientos especializados, así mismo, disfonía. Diagnóstico: laringitis crónica”.*

*En fecha **05 de octubre de 2021**, fue trasladado al Hospital Universitario a fin de ser valorado en el área de otorrinolaringología, recetándole omeprazol y diclofenaco, siendo programado para microlaringoscopia, así como toma de biopsia por sospecha de enfermedad granulomatosa crónica, arrojando como diagnóstico final una posible tuberculosis laríngea, solicitando estudios por parte del hospital (...).*

*Desde el día **06 de octubre de 2021** que se diagnosticó como probable tuberculosis, de manera inmediata fue aislado de la población, asignándolo en área médica, hasta en tanto se tenga el resultado correspondiente, mismo que será emitido por la Secretaría de Salud.*

*(…) El día **08 de octubre del 2021** se recibe reporte del resultado de la muestra de esputo para la baciloscopia por parte de la Secretaría de Salud, en la cual el resultado se reporta como negativo, por lo cual se da de alta del área de pacientes sospechosos de tuberculosis dejando con tratamiento sintomático (...).*

⁷⁹ A través de los oficios **D18, D19 y D21**

Además, el **Hospital Universitario** allegó resumen clínico de las atenciones hospitalarias brindadas a **V3**, de las que destacan:

“(…) En el año de 2019: se realiza procedimiento quirúrgico por parte de Urología por absceso de testículo derecho, ameritando orquiectomía, donde se identifica la presencia de bacilos ácido alcohol resistentes.

El 05 de octubre de 2021: acude a la consulta de otorrinolaringología por disfonía de cuatro meses, iniciando con tos que progresó a la disfonía de manera gradual; en la nasoendoscopia se observa masa en seno piriforme, tomando biopsias para descartar la presencia de tuberculosis laríngea.

El 19 de octubre de 2021: ingresa a urgencias por intolerancia a la vía oral, refiere iniciar en días previo con disfagia, indicando pérdida de peso no cuantificada y diarrea.

*El 27 de octubre de 2021: reingresa a urgencias con resultado de **baciloscopia positivo**; es valorado por neumología, **indicando manejo antifímico**, el cual inicia el 28 de octubre del mismo año.*

El 30 de octubre de 2021, se valora el realizar broncoscopia, así como GENEXPERT para confirmar diagnóstico.

El 01 de noviembre de 2021, inicia con datos de insuficiencia respiratoria, desarrollando paro cardiorrespiratorio, iniciando maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada, declarándose la defunción a las 19:03 horas (...).”

Al respecto, se solicitó opinión técnico-médica, al **CAV** y a la **COESAMED**, las cuales señalaron las consideraciones y conclusiones respecto a la atención médica que se le proporcionó a **V3** durante su permanencia en el **Cereso 1**:

❖ En la opinión técnica médica, el perito en evaluaciones médicas del **CAV**, concluyó que **V3, recibió una atención médica insuficiente e inoportuna** por parte del personal del **Cereso 1**, por lo siguiente:

1. En cuanto al cuadro clínico de **V3**, en la nota médica de fecha **28 de septiembre de 2021** del **Cereso 1**, se refirió disfonía de evolución crónica, disfagia y odinofagia de aproximadamente 6 meses de evolución; además, en la nota del día **04 de octubre de 2021**, se refiere cursar dolor y prurito de garganta, tos paroxística y disfagia de 3 meses de evolución sin mejoría a los tratamientos, así como disfonía de evolución crónica, dándose un diagnóstico de laringitis crónica; por lo que ése último diagnóstico emitido por el personal del **Cereso 1** y su posterior referencia a un nosocomio sin previo análisis en la probabilidad de tuberculosis pudo haber atrasado el diagnóstico del mismo.
2. En el resumen clínico del Hospital Universitario de la visita del **05 de octubre de 2021**, se establece la presencia de tos y disfonía de 4 meses de evolución y se solicitan estudios para confirmar el probable diagnóstico de tuberculosis laríngea, y se solicitan estudios en 15 días; al retorno al centro penitenciario, es trasladado al área de pacientes con tuberculosis, sin haber tenido un diagnóstico confirmatorio, lo cual lo pondría en riesgo de contagio en caso de ser negativo.
3. El **19 de octubre de 2021** se le realizaron estudios paraclínicos en el Hospital Universitario y se le da el diagnóstico de tuberculosis pulmonar ese mismo día, aun así, no se les indica tratamiento especializado, ni profiláctico; siendo hasta el 27 de dicho mes y año, que en cita con neumología se le indica el tratamiento necesario, retrasando la posibilidad de curación.
4. En el resumen clínico realizado por el Hospital Universitario, al mencionar los antecedentes, se hace referencia a un procedimiento quirúrgico por el departamento de urología, y establece que en el **2019** se realiza procedimiento quirúrgico con absceso de testículo derecho, donde se identifica la presencia de bacilos ácido alcohol resistentes"; lo cual, se acuerdo al Manual de Técnicas de Laboratorio para el Examen Bacilosκόpio, al hacer la referencia del previo diagnóstico de bacilos ácido alcohol resistentes, se sienta un **precedente** de la infección en **V3**, mismo que no se mencionó en la atención brindada en el año 2021, es decir, se omitió el

abordaje del diagnóstico del año 2019, imposibilitando correlacionarlo con el diagnóstico del 2021.

- ❖ En la opinión técnica-médica institucional de la **COESAMED**, se tiene lo siguiente:

“Diagnóstico de la Tuberculosis

*(...) En este caso tenemos que el paciente se presentó a consulta en el mes de **septiembre del año 2021**⁸⁰ por referir tos no expectorante, a lo que el doctor del centro que lo atendió diagnosticó como probable faringitis aguda de tipo alérgica dejando tratamiento sintomático. Se entiende que, ante un síntoma inespecífico como este, acompañado de disfonía, disfagia y prurito faríngeo que no son los acompañantes comunes de la tuberculosis, se pudiera sospechar de otras patologías. Sin embargo, al tratarse de un paciente en un Cereso donde ya existen múltiples casos de tuberculosis y las tasas de contagio es alto, lo más recomendable sería realizar el cribado necesario para la detección de esta enfermedad.*

Una semana posterior a la primera consulta⁸¹ (...) se menciona que el paciente regresó para valoración al no presentar mejoría y le fue prescrito antibiótico de amplio espectro y se solicitó valoración por otorrinolaringología en el Hospital Universitario. Durante este tiempo el paciente continuó conviviendo dentro del Centro de Reinserción Social poniendo en riesgo la salud de otros internos al no haber una sospecha de tuberculosis y así prevenir su propagación. (...)

*Hasta el día **05 de octubre de 2021**, a las 12:00 pm, en un pase exclusivo de traslado con programación al hospital que cuenta con firma y sin nombre del médico, se menciona el diagnóstico de probable tuberculosis laríngea debido a la presencia de lesiones irregulares en glotis y supraglotis al realizar endoscopia rígida en el Hospital Universitario.*

⁸⁰ 28 de septiembre de 2021

⁸¹ 04 de octubre de 2021

Según la Guía de Práctica Clínica, "el examen de esputo para la búsqueda de Bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR)" es la prueba diagnóstica más importante en aquellos pacientes en los que se sospecha tuberculosis pulmonar.

El día **08 de octubre de 2021** de acuerdo al "resumen clínico" se recibió reporte del resultado de la muestra de esputo para baciloscopia por parte de la Secretaría de Salud, en la cual se encontró negativa para tuberculosis; se dio de alta al paciente del área de pacientes sospechosos de tuberculosis y fue dejado con tratamiento sintomático; a pesar, del resultado obtenido se debió tomar a consideración el historial clínico del paciente donde en el año **2019**, debido a un procedimiento quirúrgico en el testículo derecho se identificó la presencia de bacilos ácido alcohol resistentes .

Asimismo, la Guía de Práctica Clínica menciona:

"La frecuencia de positividad de acuerdo al número de muestras de esputo en la investigación de BAAR es la siguiente: **53.7% para la primera muestra, 60.2% para la segunda, 63.9% para la tercera y 65.7% en la cuarta**. Se requieren al menos tres muestras de esputo para estudio microscópico en búsqueda de BAAR, las muestras deben enviarse al laboratorio dentro de las primeras veinticuatro horas de su emisión.

Por consiguiente, existía la posibilidad de que el paciente obtuviera un falso negativo en esta prueba realizada, tomando en cuenta todos estos factores y los síntomas se debió considerar una segunda prueba de BAAR.

En las notas médicas del mes de **octubre de 2021**, se puede observar que el paciente se encontraba con declive del estado de salud, por lo cual se considera que debieron existir más acciones encaminadas hacia el diagnóstico de tuberculosis, no obstante, fue hasta el día **19 de octubre de 2021**, que **V3** es atendido en el área médica del Cereso por referir dificultad respiratoria y expectoración de contenido hemoptoico, por lo cual médico de turno decide enviarlo al Hospital Universitario donde es internado y se dio de alta al siguiente día con diagnóstico probable de tuberculosis pulmonar, ingresando nuevamente al área de pacientes sospechosos de tuberculosis e inicia protocolo de envío de muestra de esputo para baciloscopia.

Por lo que **esta Comisión considera que existe un franco retraso en el diagnóstico**, si bien si se le realizó un estudio de baciloscopia mismo que fue negativo, considerando que los síntomas persistían y eran característicos de tuberculosis y toda vez que la bibliografía médica menciona que la población de las personas privada de la libertad es de las más afectadas y en riesgo de desarrollar esta patología, esta Comisión considera que existió una falta de uso de medios y no se tomaron las acciones necesarias para descartar la patología. (Lo destacado es nuestro).

De acuerdo al resumen clínico el mismo **19 de octubre de 2021**, **V3** ingresó al Hospital Universitario; posteriormente, no se tiene documentación acerca del estado del paciente hasta el día **27 de octubre de 2021** que de acuerdo al mismo oficio reingresa a urgencias con resultado de baciloscopia positivo (...).

Tratamiento de tuberculosis

El día **27 de octubre de 2021**, de acuerdo al resumen clínico y tras el resultado positivo de baciloscopia es valorado por neumología, **indicando manejo antifímico**, esquema apropiado para el tratamiento. Posteriormente, el día 30 treinta de octubre se valora el realizar broncoscopia, así como GENEXPERT para confirmar diagnóstico; sin embargo, el **01 de noviembre de 2021**, **V3** inicia con datos de insuficiencia respiratoria, desarrollando paro cardiorrespiratorio y se declaró la defunción a las 19:03 horas.

En total el paciente recibió únicamente cuatro días de tratamiento para tuberculosis, la cual fue diagnosticada de manera tardía (...)"

En la opinión técnica médica, el Subcomisionado médico de la **COESAMED**, concluyó que la **atención médica brindada a V3 fue inadecuada**, por parte del área de servicios médicos del **Cereso 1**, implicando **impericia y negligencia**, realizando las siguientes **observaciones**:

1. El personal del **Cereso 1** actuó de manera negligente, toda vez que **V3** en repetidas ocasiones solicitó al personal médico del centro la atención médica, la cual no fue tratada correctamente agravando su estado de salud hasta que ocurrió el deceso.

2. **V3** presentó síntomas francos de tuberculosis desde septiembre de 2021, sin embargo, fue tratado con antifímicos hasta **28 de octubre de 2021**, aun conociendo la incidencia de tuberculosis pulmonar en un centro y pese a la nula mejoría con el tratamiento y la exacerbación de síntomas, lo cual representa impericia y negligencia por parte del personal médico que atendió a **V3**.
3. La tuberculosis tuvo una evolución natural en **V3**, dado que desde su inicio evolucionó como si en esa fecha no existieran fármacos para tratarla, pero si hubiera recibido el tratamiento adecuado y oportuno pudo tener una mejor calidad de vida, así como reducir la cantidad de personas infectadas en un año y la reducción de tasa de mortalidad.
4. Tomando en cuenta la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, en el que menciona las notas que debe contener un expediente completo, se observa que en los documentos remitidos no se localizan diversas secciones como, la historia clínica inicial, las notas de evolución que comprenden el año 2019 y antes de septiembre de 2021, fecha en la que **V3** solicitó atención en el centro penitenciario, contrastando con el resumen clínico del Hospital Universitario donde menciona que **V3** ya había sido atendido 6 meses previos por la misma sintomatología, observando inconsistencias entre los expedientes; lo cual confirma un retraso en el diagnóstico a pesar de las continuas solicitudes de atención, e incumplimiento a la norma oficial.

Las opiniones técnico-médicas elaboradas por personal del **CAV** y de la **COESAMED**, fueron coincidentes al concluir que **fue inadecuada la atención médica brindada a V3 por el personal del Cereso 2.**

5.2.4. Expediente CEDH-2022/127/03

V4 en fecha **03 de febrero de 2022** manifestó ante personal de este organismo que presentaba tos con expectoración de once meses de evolución, esto al grado de vomitar, por lo que acudió al área de servicios médicos del **Cereso 3**, donde le realizaron una prueba

para VIH, la cual le resultó negativa, sin embargo, no dieron seguimiento a sus malestares, por lo que su salud se deterioró y ha perdido peso.

En el informe rendido mediante oficio signado por el Titular del **Cereso 3**⁸², remitió el resumen clínico de **V4**⁸³, del que se desprende la siguiente información:

*“(...) el día **13 de septiembre de 2021**, fue atendida dicha persona por acudir a este departamento tras presentar tos con expectoración de seis meses de evolución aproximadamente, acompañada de fiebre nocturna y pérdida de peso no cuantificada.*

Una vez concluida la valoración, se diagnosticó probable infección por TB (tuberculosis) y sugirió realizar baciloscopía, así como realizar prueba de VIH.

*Asimismo, de acuerdo al expediente clínico se desprende que a **V4**, le fue realizado el estudio baciloscopía con toma de muestra del **16 de septiembre de 2021** y con **resultado negativo**, además que también practicó prueba rápida para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) con resultado no reactiva.*

*El **11 de febrero de 2022**, se brindó atención médica en el lugar de alojamiento actual de la persona privada de su libertad, y una vez examinado se diagnosticó con cuadro probable de tuberculosis pulmonar, indicándole como tratamiento acetilcistena (sic), claritromicina y tamex.*

En virtud del diagnóstico presuntivo y tele tórax con datos sugestivos de tuberculosis, se determinó realizar solicitud de interconsulta en la especialidad de neumología del Hospital Universitario, y llevar a cabo de nueva cuenta BAAR seriado (...).”

⁸² **D23**

⁸³ **D24**

También, se tiene el oficio allegado por el **Cereso 3**⁸⁴, en el que se remitió el diverso informe sobre atenciones médicas de **V4**⁸⁵, en el que se asentó lo siguiente:

*“Fue enviado al Hospital Universitario por urgencias el pasado **21 de marzo de 2022**, por dificultad respiratoria y síndrome consuntivo, en donde permaneció internado por once días, **BAAR con resultado positivo (++)**, iniciándole tratamiento antifímico (dotball fase intensiva) y oxígeno suplementario, hasta mejoría clínica, egresando del Hospital el día **01 de abril de 2022**.*

Actualmente desde su ingreso del Hospital se encuentra en el departamento médico, en aislamiento respiratorio, con disnea espontánea, manejado con nebulizaciones y oxígeno suplementario por razón necesaria, en espera de continuar el tratamiento antifímico, sujeto a ser suministrado por Secretaría de Salud, así como seguimiento y control mensual de su evolución mediante Baciloscopia y Cultivo, y Cita para valoración por Neumología, actualmente en vías de programar (sic).”

Al informe se anexaron copias del expediente clínico remitido por **Cereso 3**⁸⁶ del que destacan las constancias siguientes:

- Hoja de alta médica de **V4**, elaborada por personal del departamento médico del **Cereso 3**, en fecha **22 de enero de 2022**.
- Nota de enfermería de fecha **21 de enero de 2022**, en la que se asentó:

“(…) con antecedente de tuberculosis pulmonar de larga evolución (5 meses), sin confirmación de tratamiento refiere iniciar con dolor torácico, tos productiva persistente y hemoptisis en una ocasión y taquicardia (...).

⁸⁴ **D25** de fecha 21 de abril de 2022

⁸⁵ **D26** de fecha 20 de abril de 2022

⁸⁶ **D28**

...Se decide observar, se solicita "BAAR" para corroborar el diagnóstico de probable tuberculosis pulmonar sin tratamiento (sic)".

- Hoja de control de medicamentos de fecha **22 de enero de 2022**, en la que se hizo constar que a **V4** se le indicaron nebulizaciones y omeprazol; sin embargo, no se asentó su entrega.

- Nota de evolución del día **23 de enero de 2022**, en la que consta lo siguiente:

"(...) Se reportó que el paciente se encontraba con astenia, adinamia, malestar general, tos seca frecuente, dolor torácico derecho, en ese momento estable, sin datos de insuficiencia respiratoria, afebril. Diagnóstico probable VIH a descartar y tuberculosis pulmonar (sic)".

- Solicitud de interconsulta hospitalaria del **11 de febrero de 2022**, de la que se advierte:

(...) en donde se menciona como servicio de interconsulta con neumología, el motivo de la interconsulta es por neumopatía probable tuberculosis pulmonar.

*Paciente masculino con tos mixta de once meses de evolución tratado con diversos esquemas de medicamentos, acompañado de pérdida de peso, escalofríos, intolerancia a la vía oral, astenia, adinamia, con BAAR (estudio bacilo ácido alcohol resistente) negativo en **septiembre de 2021**, sin mejoría se le realiza tele de tórax con datos sugestivos de tuberculosis (...)"*

- Notas de enfermería elaboradas por personal del **Cereso 3**, del **09 de abril al 02 de mayo de 2022**, en las que se reportó a **V4** con indicaciones a base de nebulizaciones y dotbal.

- Pase de valoración al **Hospital Universitario** de fecha **02 de mayo de 2022**, en el que se hizo constar la siguiente información:

"(...) Inició su padecimiento actual horas previas a su ingreso presentando disnea súbita, acompañada de diaforesis motivo por el cual fue llevado al servicio de urgencias del Hospital Universitario. Se interconsultó a cirugía general para colocación de sonda en tórax; se evidenció paro respiratorio y se realizó intubación

*oro-traqueal, dando diez ciclos de maniobras RCP (reanimación cardio pulmonar) sin presentar circulación espontánea, falleciendo el mismo **02 de mayo de 2022**, a las 18:44 horas (sic)”.*

Del resumen clínico elaborado por personal del **Hospital Universitario**⁸⁷, se dio a conocer lo siguiente:

“(…) Padecimiento inicia un año previo (2021) con tos acompañada de expectoración cristalina, siendo evaluado en centro penitenciario por médico ocupacional quien realiza radiografía de tórax reportando lesiones sugestivas de tuberculosis.

*Ingresa al servicio de urgencias el día **21 de marzo de 2022** para ser valorado, el paciente da muestra de esputo reportando baciloscopía positiva con dos cruces de esputo.*

*El día **22 de marzo de 2022**: se realiza Tomografía de tórax mostrando infiltrado pulmonar en relación a proceso granulomatoso crónico a considerar Tuberculosis como primera posibilidad diagnóstica consistente con mismo infiltrado en radiografía.*

*El día **23 de marzo de 2022**: se decide su ingreso en el área de Medicina Interna con diagnóstico de Tuberculosis.*

*El **24 de marzo de 2022**: se realiza broncoscopía donde se realiza lavado broncoalveolar el cual reporta cultivo microbiota normal, panel viral negativo, dotbal.*

*El **25 de marzo de 2022**: se comentó con medicina preventiva quienes difieren (sic) dotbal hasta tener reporte de estudio Genexpert.*

Posteriormente paciente con necesidad urgente de iniciar dotbal ya que clínicamente empeora cuadro respiratorio, paciente Hipoxémico con oxígeno,

⁸⁷ **D30** de fecha 25 de mayo del 2022

persistentemente febril, taquicárdico y con leucocitosis, paciente debutando con tuberculosis sin datos de ser resistente.

El 29 de marzo de 2022: inicia tratamiento con dotbal.

El día 02 de abril del 2022: cursando el quinto día de manejo con dotbal, ya no muestra datos de disnea al aire ambiente.

El mismo 02 de abril de 2022: tras evolución favorable se brinda el alta hospitalaria, para seguimiento por consulta externa de neumología, indicando no suspender tratamiento con dotbal (sic)".

Al respecto, se solicitó opinión técnico-médica, al **CAV** y a la **COESAMED**, las cuales señalaron las consideraciones y conclusiones respecto a la atención médica que se le proporcionó a **V4** durante su permanencia en el **Cereso 3**:

❖ En la opinión técnica médica, el perito en evaluaciones médicas del **CAV**, concluyó que **V4, recibió una atención médica inadecuada e inoportuna** por parte del personal del **Cereso 3**, por lo siguiente:

1. La primera atención médica brindada fue el **13 de septiembre de 2021**, por presentar tos y se elaboró estudio diagnóstico (BAAR) el cual resultó negativo, posterior a ello, no se hace referencia de algún seguimiento médico, hasta el **11 de febrero de 2022**, posterior a la presentación de la queja, en que se refiere al Hospital Universitario para estudio; por lo que tomando en cuenta la primera atención y la atención especializada, se considera que el abordaje, diagnóstico y tratamiento inicial fueron inadecuados e inoportunos.
2. El cuadro clínico que presentaba **V4** podía iniciarse un protocolo de tratamiento que involucraba su valoración pronta por el especialista e inicio de tratamiento para evitar progresión de la enfermedad, haciendo un diagnóstico inoportuno.
3. El **21 de marzo de 2022**, se realiza consulta en el Hospital Universitario, se le practicó estudio BAAR, el cual tuvo resultado positivo; en ese sentido, la primera mención de indicación de tratamiento es el **24 de marzo de 2022**, siendo hasta el

29 de marzo de 2022 que se le administra medicamento. En consecuencia, se desprende que el tratamiento indicado para el diagnóstico establecido fue adecuado, pero no oportuno.

4. Considerando que el tratamiento antifímico con dotbal es el adecuado pues fue establecido por el Hospital Universitario, **V4** debió haber presentado una mejoría clínica, sin embargo, posterior a su alta hospitalaria, no hay notas de su evolución en el **Cereso 3**, ya que **V4** el **05 de mayo de 2022** presentó un cuadro de insuficiencia respiratoria en el centro penitenciario, siendo trasladado al Hospital Universitario al servicio de urgencias shock trauma, con signos vitales descompensados, saturación de 80% de oxígeno y disnea, falleciendo a las 18:26 del mismo día, por insuficiencia respiratoria, como consecuencia de neumotórax derecho, provocado por la tuberculosis pulmonar.

❖ En la opinión técnica-médica institucional de la **COESAMED**, destaca lo siguiente:

“(…) Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar.

*En el presente caso **V4**, según las constancias que se encuentran dentro del expediente médico del **Cereso 3** acude al área médica por primera vez el día **13 de septiembre de 2021** refiriendo: tos con expectoración de 6-seis meses de evolución aproximadamente, acompañada de fiebre nocturna y pérdida de peso no cuantificado.*

Fue diagnosticado con probable tuberculosis y ordenó realizar estudios de baciloscopia urgente, prueba de VIH, BH (biometría hemática), QS (química sanguínea) y EGO (examen general de orina).

*En el expediente consta que este estudio sí se indicó y sí se realizó, por lo que esta conducta es adecuada por parte del médico tratante, ya que el paciente acudió a consultar por primera vez el **13 de septiembre de 2021**, y este estudio fue solicitado el **16 de septiembre de 2021**, lo que indica que sí se buscó el diagnóstico oportuno.*

*El **17 de septiembre de 2021**, se recibió el resultado del estudio de laboratorio, el cual fue negativo, sin embargo, según constancias continuó con la*

sintomatología referida en la consulta del día **13 de septiembre de 2021**, este mismo resultado pudo ser un falso negativo y debió repetirse sin retraso una vez que el paciente no respondió al tratamiento para los síntomas y estos persistieron.

En nota de enfermería de fecha **20 de enero de 2022**, se encontró que el paciente es recibido en shock trauma con dificultad respiratoria. Se le administró oxígeno, se diagnosticó con probable tuberculosis pulmonar. Se solicita BAAR para corroborar diagnóstico y como tratamiento se indicó dexametasona 8mg/ml y bromuro de ipatropio.

En nota de enfermería del **21 de enero de 2022** el paciente tenía antecedente de tuberculosis pulmonar, sin embargo, no se encontró en el expediente médico algún resultado de estudio positivo para este bacilo que ocasiona la tuberculosis pulmonar, en la misma nota se especifica que el usuario se encontraba sin confirmación de tratamiento y en una nota posterior del mismo día se menciona que el paciente se encuentra hospitalizado para tratamiento y atención médica.

No se encuentra en el expediente qué tratamiento se le indicó, si el estudio de BAAR que se solicitó fue realizado, ni las indicaciones médicas que se siguieron para este caso. Solo se ubica un documento de alta en donde consta que la fecha de ingreso de esta atención es del **18 de enero de 2022**, con diagnóstico de probable tuberculosis pulmonar y la fecha de egreso es del **22 de enero de 2022**, con diagnóstico de egreso con probable tuberculosis pulmonar y VIH negativo, dado de alta del área médica del centro penitenciario por mejoría, pero sin diagnóstico preciso. Como se mencionó no existe constancia de la atención recibida ya que el apartado de hospitalización se encuentra vacío. Esto es de importancia ya que como se menciona previamente esta es una enfermedad con una alta tasa de mortalidad, además de eso, entre más tiempo pase el paciente sin tratamiento específico para el padecimiento este se encuentra en la posibilidad de seguir infectando a más internos. Según los registros que constan en el expediente remitido, el paciente tenía seis meses de sintomatología el día **13 de septiembre de 2021**, para el **18 de enero de 2022** que el paciente fue ingresado al área médica ya serían diez meses sin un diagnóstico preciso ocasionando esto un retraso en el tratamiento.

Acta circunstanciada de la Comisión Estatal de Derechos Humanos

El 10 de febrero de 2022, la CEDHNL solicitó al Cereso 3 que se le brindara atención médica inmediata a V4.

El 11 de febrero de 2022, V4 fue valorado en el departamento médico del Cereso 03, en la nota de evolución se menciona que el paciente presenta tos de once meses de evolución; sin embargo, no se tiene evidencia de un diagnóstico preciso, aun cuando presentaba síntomas cada vez más fuertes y específicos de tuberculosis pulmonar, por lo que se retrasó el tratamiento.

Es de hacer notar, que en el expediente obra estudio de tele tórax con datos sugestivos de tuberculosis pulmonar que se le practicó el 09 de febrero de 2022, se solicitó interconsulta con la especialidad de neumología del Hospital Universitario para llevar a cabo BAAR seriado, para confirmar diagnóstico. No obstante, no se tiene ninguna constancia de tratamientos ni interconsultas, es hasta el día 22 de marzo de 2022, cuando el paciente ingresó al Hospital Universitario por disnea, y se especificó que un año previo a su ingreso al nosocomio el paciente ya presentaba síntomas de tos crónica, hemoptisis y fiebre de predominio nocturno.

Atención y Diagnóstico por el Hospital Universitario.

El día 22 de marzo de 2022, que ingresó al Hospital Universitario se le realiza baciloscopia la cual arrojó resultado positivo (++), y fue hasta el día 29 de marzo de 2022 que se le inició el tratamiento con dotbal en fase intensiva, y consta que fueron once días de internamiento y egreso del Hospital Universitario por mejoría clínica después de cinco días de tratamiento con dotbal intensivo por disminución de la disnea, por lo que los primeros días de tratamiento se aprecia que el paciente respondió satisfactoriamente al mismo.

Suspensión del tratamiento y empeoramiento de los síntomas hasta su fallecimiento:

Se observa en el memorándum D26 emitido por el Cereso 3, que cuando ingresó de nuevo a este centro penitenciario se ubicó en aislamiento respiratorio, con disnea espontánea; resalta que desde el egreso del Hospital Universitario el día

01 de abril de 2022, hasta el día **20 de abril de 2022**, este tratamiento de dotbal fue suspendido ya que según este memorándum el paciente se encontraba en espera de que este medicamento fuera proporcionado por Secretaría de Salud del Estado, lo cual es una clara omisión al diagnóstico previamente otorgado en el Hospital Universitario ya que como menciona la **Guía de Práctica Clínica**, el éxito del tratamiento radica en el apego estricto al mismo incluso mencionando esta guía que no es suficiente con que el paciente esté diagnosticado y correctamente indicado el medicamento si no que hay una técnica de supervisión en la cual se debe de "observar" que el paciente trague sus medicamentos para asegurar el tratamiento adecuado:

"El tratamiento directamente supervisado, sugerido por la OMS, extendido mundialmente para asegurar la adherencia al tratamiento, permite identificar aquellos pacientes con riesgo de abandono del mismo y a quienes desarrollan efectos secundarios a los fármacos antifímicos⁸⁸".

Sin más información en el expediente sobre el tratamiento brindado se encuentra el día **02 de mayo de 2022**, una nota de egreso por defunción en donde se menciona que el paciente inicio su padecimiento horas previas a su ingreso al Hospital Universitario con disnea súbita, en los estudios de imagen se evidencia neumotórax derecho e infiltrado reticulonodular difuso, al momento de intentar se evidenció paro cardiorespiratorio y posterior a diez ciclos de reanimación cardio pulmonar sin recuperación de la circulación espontanea falleciendo el mismo día a las 18:44.

Por lo anteriormente expuesto se considera que la atención medica brindada por el personal médico del **Cereso 03**, a **V4** fue negligente toda vez que la atención de su padecimiento desde el inicio, es decir, para llegar (sic) al diagnóstico preciso fue deficiente, así como una vez que el paciente fue egresado del Hospital Universitario, el día **02 de abril de 2022**, ya que en dichas notas se menciona

⁸⁸ Guía de Práctica Clínica.

*que el paciente fue dado de alta ya que el tratamiento con dotbal fase intensiva que le fue brindado en dicho nosocomio a los cinco días de su inicio ya había ayudado en disminuir la disnea del paciente, mismo tratamiento fue suspendido a su regreso al **Cereso 03**".*

La **COESAMED** concluyó que la **atención médica brindada a V2 fue inadecuada e inoportuna**, por parte del área de servicios médicos del **Cereso 3**, realizando las siguientes **observaciones**:

1. La enfermedad de tuberculosis tuvo una evolución natural, como si en esa fecha no existieran fármacos para tratarla.
2. El centro penitenciario no le brindó a **V4** la atención médica a la brevedad, pese a que lo solicitó en repetidas ocasiones, agravando su estado de salud.
3. Hasta el **21 de marzo de 2022**, **V4** fue trasladado al Hospital Universitario, con signos de gravedad de tuberculosis, que hasta ese momento no había sido diagnosticada por el **Cereso 3**, teniendo 11 meses de retraso en el tratamiento por diagnóstico inoportuno, siendo en dicho hospital en donde se diagnostica por primera vez el padecimiento posterior a los estudios realizados, y se inició el tratamiento adecuado dotbal fase intensiva.
4. Resalta la omisión en la prevención, ya que, si bien **V4** no contaba con un diagnóstico confirmatorio de la enfermedad, éste continuó con los síntomas y no fue aislado en un área específica, con la posibilidad de transmitir la enfermedad al resto de la población penitenciaria.
5. La atención médica brindada no fue oportuna, en virtud de que no se le suministraron los fármacos adecuados ni se le realizaron pruebas suficientes para diagnosticar en tiempo y forma, lo que ocasionó su fallecimiento, toda vez que aun teniendo el diagnóstico y conocimiento de que **V4** respondió adecuadamente al tratamiento indicado por el hospital, la administración del mismo por parte del centro fue retrasado sin dar oportunidad a que el paciente tuviera una mejoría, ello es así

pues un mes después ingresó por síntomas de gravedad al Hospital Universitario, en donde fallece.

Las opiniones técnico-médicas elaboradas por personal del **CAV** y de la **COESAMED**, fueron coincidentes al concluir que **fue inadecuada e inoportuna la atención médica brindada a V4 por el personal del Cereso 3.**

5.2.5. Expediente CEDH-2022/1144/03

En fecha **23 de agosto de 2022**, ante personal de este organismo **VI11** manifestó que su pareja **V5** presentó dolor de garganta, fiebre y tos con flemas, siendo diagnosticado en el mes de **julio de 2022** con tuberculosis, por lo que se le indicó medicamento el cual le fue suspendido, sin que se le prescribiera tratamiento de nueva cuenta.

Del informe rendido por personal del **Cereso 1**⁸⁹ se desprende resumen clínico de las atenciones brindadas a **V5**⁹⁰, en el que se asentó:

“(…) 14 de diciembre de 2021 se envía al servicio de otorrinolaringología por presentar disfonía crónica; en donde es valorado y se le realiza estudio nasofaríngeo, es contra referido con diagnóstico de disfonía en estudio más lesión en pliegue vocal el estudio, con tratamiento a base de analgésico, antiulceroso y expectorante.

Con fechas 22 de marzo de 2022, 06 de mayo de 2022, 02 de junio de 2022 acudió a consultas de otorrinolaringología; el 25 de agosto de 2022 acude a Hospital Universitario para realizarse exámenes de laboratorio, radiografía de tórax y electrocardiograma.

⁸⁹ D34

⁹⁰ D35

*(...) presenta tuberculosis diagnosticada el **04 de julio de 2022**, iniciando tratamiento fase intensiva con “dot ball” el cual se suspende el **07 de julio de 2022**, por resultar farmacorresistente al mismo, se encuentra en seguimiento por parte de la Secretaría de Salud, así mismo en espera de su tratamiento (...).”*

Posteriormente, en fecha **26 de septiembre de 2022**, **V5** manifestó que hasta ese momento no había recibido tratamiento de segunda línea respecto a su padecimiento de tuberculosis.

Por su parte, a través del oficio firmado por el Titular del **Cereso 1**⁹¹, se remitió un resumen clínico elaborado en fecha **03 de octubre de 2022**, en el que se dio a conocer que **V5** se encontraba diagnosticado con tuberculosis pulmonar farmacorresistente, y en seguimiento por parte de la **Secretaría de Salud**, en espera de su tratamiento.

Al informe se anexaron copias de constancias del expediente clínico penitenciario de **V5**, de las que se resaltan las siguientes:

- Nota de internamiento del **27 de enero de 2022**, en la que se asentó que **V5** contaba con signos y síntomas de probable tuberculosis, por lo que se solicitó BAAR y tele tórax.
- Notas médicas de fechas **05 de mayo** al **27 de junio de 2022**, en las que se asentó que **V5** continuó con dolor de garganta con dificultad para ingerir alimentos y disfonía, con diagnóstico de faringitis y probable tuberculosis.
- Nota de enfermería del **04 de julio de 2022**, en la que se hizo constar que **V5** inició tratamiento dotbal fase intensiva.
- Nota de enfermería de fecha **07 de julio de 2022**, se reportó la suspensión del tratamiento a **V5** por resultado farmacorresistente.

⁹¹ **D37**

- Notas médicas del día **08 de julio** al **27 de septiembre de 2022**, en el que se asentó que **V5** no recibió tratamiento de segunda línea.

Con relación a lo anterior, la Secretaría de Salud en fecha **28 de octubre de 2022** remitió a esta Comisión el informe del asunto médico de **V5**⁹² en el que dio a conocer:

*"(...) El día **7 de julio de 2022**, se realizó diagnóstico de tuberculosis farmacorresistente por XPERT MTB/RIF ULTRA en el laboratorio estatal de salud pública; se notificó este resultado vía correo electrónico al Coordinador de Microbacteriosis; ese mismo día, se solicitó al **Cereso 01** que remitiera el "Protocolo de Dictaminación".*

*El **19 de septiembre de 2022**, el Programa Estatal recibe el "Protocolo Dictaminación" completo.*

*El día **20 de septiembre de 2022** se dictaminó el caso en el COEFAR, y la documentación fue enviada, vía correo electrónico, al PNT para su revisión por parte del (GANAFAR).*

Es importante destacar que, el tiempo de respuesta del COEFAR y GANAFAR, dependerá de la obtención de los documentos y reportes que incluyen el Protocolo Dictaminación.

*El día **28 de septiembre del 2022**, se recibió vía correo electrónico, la auditoría de revisión de caso por parte del GANAFAR, donde se autorizó el esquema de tratamiento recomendado; en esta fecha, el programa estatal realizó la solicitud de fármacos al (PNT), mismos que serán enviados vía paquetería terrestre.*

⁹² D39

Los fármacos de segunda línea para los casos resistentes no se obtienen en México, estos son adquiridos e importados por el PNT.

Una vez que los fármacos llegan al Estado y se reciben en el almacén estatal, se realiza la distribución a la jurisdicción sanitaria correspondiente quien posteriormente los hace llegar a la unidad tratante para dar inicio al esquema, que deberá ser estrictamente supervisado, continuará la atención y seguimiento clínico-bacteriológico hasta su curación o término de tratamiento.

Actualmente, nos encontramos en espera que el PNT, envíe los fármacos al Estado (sic)."

Finalmente, el **Cereso 1**, dio a conocer que **V5** fue enviado al **Hospital Universitario** en fecha **15 de noviembre de 2022**⁹³, por presentar disnea y saturación baja de oxígeno, falleciendo en ese nosocomio.

Una vez que se tuvo conocimiento del deceso de **V5**, personal del **Hospital Universitario** allegó su informe en vía de colaboración del que se desprende la siguiente información:

*"(...) El día **15 de noviembre de 2022**, acude al servicio de urgencias por iniciar semanas previas a su ingreso con disnea, por lo que es referido a nuestro servicio de urgencias donde se valora confirmando el diagnóstico de tuberculosis pulmonar.*

***16 de noviembre de 2022**, en relación a la tuberculosis pulmonar se indica vigilar datos de dificultad respiratoria o estridor (...), el paciente comienza a tener disminución de la presión arterial y aumento de frecuencia cardiaca, comienza a requerir mayor oxígeno, por lo cual se inicia con ventilación mecánica no invasiva, paciente no tolera terapéutica por lo que se decide*

⁹³ **D40**

intubación orotraqueal debido a los altos requerimientos de oxígeno y no protección de vías aéreas, se realiza intubación y se inicia con segunda línea de antituberculosa.

El 17 de noviembre de 2022, el paciente se encuentra en terapia mecánica invasiva con control de volumen, comienza a tener hipoxia con hipercania, una disminución de la capacidad tisular y alveolar, cae de nuevo en paro respiratorio, realizándose ciclos de reanimación y maniobras avanzadas sin tener éxito, falleciendo a las 11:27 horas (sic)".

Al respecto, se solicitó opinión técnico-médica, al **CAV** y a la **COESAMED**, las cuales señalaron las consideraciones y conclusiones respecto a la atención médica que se le proporcionó a **V5** durante su permanencia en el **Cereso 1**:

❖ En la opinión técnica médica, el perito en evaluaciones médicas del **CAV**, concluyó que **V5, recibió una atención médica inadecuada e inoportuna** por parte del personal del **Cereso 1**, por lo siguiente:

1. La primera atención médica brindada por el tema de molestia en la garganta fue el **14 de diciembre de 2021**, en el servicio de otorrinolaringología en el Hospital Universitario, con diagnóstico de disfonía en estudio y lesión de pliegue vocal en estudio, indicando tratamiento. Luego se cuenta con un seguimiento el 22 de marzo, **06 de mayo** y **02 de junio de 2022**, solicitando más estudios, sin modificar diagnóstico. El **04 de julio de 2022**, se diagnosticó con tuberculosis pulmonar, comenzándose a tratar con el medicamento de fase intensiva dotbal, y cuatro días después, se suspende tratamiento por diagnosticar farmacoresistencia. En ese sentido, se tiene que el tiempo de la primera mención del cuadro clínico y la atención especializada, su abordaje, diagnóstico y tratamiento fueron inadecuados e inoportunos.
2. A su ingreso al área médica, se tienen registros del estado de salud de V5, en las que se hace mención del estado de salud deficiente, pérdida de peso, tos productiva, escalofríos, sudoración nocturna y fiebre, se menciona la espera del tratamiento fímico para **V5**, y considerando que la última nota médica es del **27 de**

julio de 2022, se tiene que el paciente se encontró sin atención médica por largos periodos de tiempo. En una nota del **24 de septiembre de 2022**, que refiere pendiente de valoración médica y sin tratamiento; así como cita del **29 de noviembre** del mismo año, para la práctica de un Tac en otorrinolaringología; de modo que **V5** permaneció sin vigilancia médica general o especializada la mayor parte de su internamiento y tiempo convaleciente.

3. El diagnóstico del estado farmacorresistente de la tuberculosis de **V5** fue hecho el **07 de julio de 2022** y la solicitud de los medicamentos se hizo el **20 de septiembre de 2022**, por lo que **V5** se encontró sin seguimiento, ni tratamiento y un diagnóstico confirmado por aproximadamente 3 meses, por lo que concluyó que el tratamiento fue el indicado, pero no fue oportuno.

❖ En la opinión técnica-médica institucional de la **COESAMED**, se asentó lo siguiente:

“(...) Diagnóstico de la Tuberculosis

*Si bien menciona que los síntomas son diversos, en este caso tenemos que el paciente se presentó por disfonía desde el año **2021**, por lo cual acudió al Hospital Universitario, se entiende que ante un síntoma tan inespecífico como este, el médico no haya pensado en una enfermedad como lo es la tuberculosis, sin embargo, estando en un Cereso en donde se presenta hacinamiento y existen casos nuevos de tuberculosis en gran número sería recomendable realizar cribados de esta patología en pacientes que han perdido peso pero presentan síntomas inespecíficos en este tipo de centros (...)*

*Ahora bien, **V5** se presentó en fecha **27 de enero de 2022**, al servicio médico del **Cereso 1**, en donde existe una nota médica en la que se especifican los síntomas, el médico refiere que la persona privada de la libertad se presentó por tos productiva de un mes de evolución, acompañado de disfonía y pérdida de peso, también escalofríos, hipoventilación pulmonar derecha, mismos síntomas que se podría sospechar de una infección respiratoria producida por un agente etiológico. (...)*

*Si bien no se tiene constancia de la fecha del diagnóstico, se encontró que la primera ocasión que el paciente recibió tratamiento fue el día **4 de julio de 2022**.*

Tratamiento de tuberculosis y manejo de la tuberculosis pulmonar resistente a fármacos.

*(...) En este paciente se evidencia según el expediente médico remitido que estuvo sin tratamiento hasta el **04 de julio de 2022**, por lo que como se mencionó previamente no conforme con un diagnóstico tardío una vez diagnosticado no recibió un tratamiento oportuno razón por la cual esta infección avanzó dentro del organismo del paciente ya que cada vez mencionaba síntomas estos se encontraban agravados. (sic).*

*Posteriormente, como se observa dentro del resumen clínico que consta en el expediente del **Cereso 1**, un estudio de farmacoresistencia en donde se obtuvo el día **07 de julio de 2022** el resultado de tuberculosis farmacoresistente a rifampicina, el cual es uno de los fármacos más efectivos para tratar esta patología, por lo que ese mismo día se solicitó que se le suspendiera el tratamiento al usuario.*

*(...) Es importante mencionar que **V5** estuvo "en espera de tratamiento fímico" según las notas de los servicios médicos del **Cereso 1**, hasta el día **16 de noviembre de 2022**, día en que ingresa al Hospital Universitario, por lo que fue diagnosticado con un retraso.*

La **COESAMED** concluyó que la **atención médica brindada a V5 fue inadecuada e inoportuna**, por parte del área de servicios médicos del **Cereso 1**, por lo siguiente:

1. Se aprecia dentro de las constancias médicas que fueron remitidas que en repetidas ocasiones **V5** solicitó al personal médico del Cereso 01 la atención médica en relación a su padecimiento, misma que no se le brindó a la brevedad, agravando su estado de salud lo cual provocó su muerte.

2. No se tomaron medidas de prevención de contagios, toda vez que se observa que sólo se aisló al paciente en una sola ocasión en los servicios médicos del **Cereso 1**, y, esto fue a raíz de la sintomatología agudizada de esta patología, como lo es la disnea y la hipoxia, por no resguardar al usuario para que no contagiara a otras personas privadas de la libertad.
3. **V5** fue trasladado al Hospital Universitario en dos ocasiones, con signos de gravedad de la patología de base que es tuberculosis, que hasta el momento no había sido diagnosticada por el personal del **Cereso 1**, si bien su primer síntoma fue la disfonía, el cual no es un síntoma específico de tuberculosis según la literatura médica estudiada, es una complicación de una patología no tratada correctamente. Una vez que presentó los síntomas francos de tuberculosis hasta **27 de enero de 2022**, se tiene que el tratamiento de dotbal se inició el **04 de julio de 2022**, mediando siete meses de retraso en el tratamiento por no tener el diagnóstico, a pesar de estar especificado en las notas médicas sobre la sospecha de tuberculosis desde **enero de 2022**.
4. Se tiene constancia que tras cuatro días de tratamiento (dotbal fase intensiva), el cual fue suministrado por el **Cereso 1**, no se tiene constancia de la evolución de **V5** y solo se menciona que fue diagnosticado con tuberculosis farmacorresistente basando este resultado en un estudio llamado geneXpert el cual estudia la resistencia a rifampicina, dando este positivo a resistencia para el mismo fármaco, posterior a este resultado de resistencia se observa que **V5** estuvo en espera de tratamiento hasta el día **15 de noviembre de 2022**, fecha en que ingresó al Hospital Universitario, con sintomatología respiratoria grave y con descompensación metabólica, esto es un total de cuatro meses aproximadamente en los que posterior a un diagnóstico tardío se encontró sin el tratamiento de segunda línea para esta patología.
5. Al no brindarse tratamiento médico la infección de la tuberculosis avanzó de manera agresiva en el organismo de **V5**, ya que no recibió tratamiento desde el 8 de julio de 2022, falleciendo el **17 de noviembre de 2022** al ser ingresado al área de urgencias del Hospital Universitario.

Por lo tanto, se tiene que las opiniones técnico-médicas elaboradas por personal del **CAV** y de la **COESAMED**, fueron coincidentes en concluir que **fue inadecuada e inoportuna la atención médica brindada a V5 por el personal del Cereso 3.**

5.2.6. Expediente CEDH-2023/1106/03

El **05 de julio de 2023**, **VI12** manifestó que su hijo **V6** quien en ese momento se encontraba privado de la libertad en el **Cereso 1**, en el mes de **enero de 2023** fue diagnosticado con tuberculosis, sin embargo, personal médico penitenciario le suspendió el medicamento indicado para dicha enfermedad.

Mediante oficio⁹⁴ personal del **Cereso 1** rindió el informe solicitado con el resumen médico de fecha 21 de diciembre de 2022, en el que se asentó:

“(…) El día 15 de noviembre de 2022 acude a consulta por faringitis, se indica tratamiento.

El 29 de noviembre de 2022 acude a consulta por faringitis, se indica otro tratamiento.

El día 13 de diciembre de 2022 acude a consulta por faringitis, se indica nuevo tratamiento. Actualmente refiere continuar con tos y expectoración amarilla de un mes de evolución y pérdida de peso. Diagnóstico: Tos crónica, pérdida de peso y descartar tuberculosis (sic).

A través del diverso informe de fecha **21 de junio de 2023**⁹⁵, personal penitenciario dio a conocer el resumen clínico⁹⁶, del que se advierte:

⁹⁴ **D42**

⁹⁵ **D41**

⁹⁶ **D43**

*“(…) fue diagnosticado por el Sector Salud con tuberculosis pulmonar el **12 enero de 2023**, iniciando tratamiento indicado por Secretaría de Salud y el cual se suspende por indicación de misma Secretaría el día **17 de enero de 2023**, informándonos que **V6** es farmacorresistente, se procede a iniciar protocolo de solicitud consistente en estudios de laboratorio de imagen y de gabinete los cuales fueron enviados en tiempo y forma siendo aceptados y posterior a ello, enviarnos dicho tratamiento el cual no se envió a ese centro (sic)”.*

Por otra parte, del expediente clínico allegado por el **Cereso 1**⁹⁷ se pueden apreciar notas médicas y de enfermería elaboradas del **18 de enero** hasta **09 de junio de 2023**, en las que se asentó que **V6** presentó los mismos síntomas, ahora con diarrea, sin recibir el tratamiento antituberculoso.

El Hospital Universitario⁹⁸ allegó el resumen hospitalario en fecha **02 de agosto de 2023**, mediante el cual informó las atenciones médicas brindadas a **V6**:

*“(…) Paciente masculino de 23 años de edad, residente del penal del Estado, antecedentes diagnóstico de tuberculosis pulmonar multidrogo resistente desde hace seis meses, sin tratamiento, valorado en mayo del presente año en esta institución por cuadro de pérdida de peso y diarrea siendo egresado a las setenta y dos horas, ingresa nuevamente al departamento de emergencias shock trauma el día **16 de junio** por cuadro de una semana de evolución por evacuaciones diarreicas, ataca (sic) al estado general, fiebre, astenia, adinamia, hipotensión y dificultad respiratoria (...), paciente presenta paro cardiorrespiratorio, iniciando maniobras sin respuesta, declarándose su muerte el día **17 de junio de 2023** a las 16:52 minutos”.*

⁹⁷ D42

⁹⁸ D44

Al respecto, se solicitó opinión técnico-médica, al **CAV** y a la **COESAMED**, las cuales señalaron las consideraciones y conclusiones respecto a la atención médica que se le proporcionó a **V6** durante su estancia en el **Cereso 1**:

- ❖ En la opinión técnica médica, el perito en evaluaciones médicas del **CAV** concluyó que **V6**, **recibió una atención médica inadecuada** por parte del personal del **Cereso 1**, por lo siguiente:

*“(…) **Consideraciones.***

*Las notas clínicas del expediente clínico del **Cereso 1**, y que corresponden a **V6**, señalan que fue diagnosticado de tuberculosis el día **06 de enero de 2023**, debido a estudios de laboratorio BAAR positivos el día **04 de enero de 2023**. Se le indica tratamiento antifímico a base de dotball, sin embargo, la Secretaría de Salud ordena la suspensión del medicamento por ser fármaco resistente, el día **17 de enero de 2023**, practicándosele un protocolo ante dicha Secretaría para volverlo a medicar.*

*El medicamento ya no se le suministró, por lo que permaneció su enfermedad de tuberculosis sin fármaco alguno. Existe una nota médica donde los días **1 y 2 de febrero de 2023** se le administró medicamento para TBP.*

Adicionalmente, la nota clínica del 1 de abril de señalan que el paciente refiere diarrea de cuatro días de evolución, de evolución tórpida.

*El día **19 de junio de 2023** se envía al servicio de urgencias del Hospital Universitario por presentar síndrome diarreico (sic) y, posteriormente se informa del fallecimiento ocurrido el día **17 junio de 2023**.”*

- La atención médica brindada a **V6**, no fue la adecuada, esto en virtud que, al diagnosticarle la enfermedad de tuberculosis pulmonar no se le proporcionó el tratamiento pertinente en tiempo y forma.

Lo anterior, se deduce también del cuadro diarreico que desarrolló desde los días últimos de **marzo de 2023**, mismo que no fue controlado, provocándole un deterioro severo en su estado de salud. Teniendo como consecuencia su fallecimiento el **24 de junio de 2023** en el Hospital Universitario, donde había ingresado el **19 de junio de 2023** por un síndrome diarreico.

- ❖ En la opinión técnica-médica institucional de la **COESAMED**, se asentó lo siguiente:

“Diagnóstico de la Tuberculosis. (...)

*Si bien menciona que los síntomas son diversos, en este caso tenemos que el paciente se presentó por tos con flemas de dos meses de evolución desde el mes **noviembre de 2022**, y el personal del **Cereso 1** que hizo la nota médica determinó que el diagnóstico era "faringitis" y el tratamiento fue específico para una infección bacteriana de garganta. Se entiende que ante un síntoma tan inespecífico como este, el médico no haya pensado en una enfermedad como lo es la tuberculosis, sin embargo, estando en un Cereso en donde se presenta hacinamiento y existen casos nuevos de tuberculosis, sería recomendable realizar cribados de esta patología en pacientes que han perdido peso pero presentan síntomas inespecíficos en este tipo de centros, incluso de ser posible tomar en cuenta los casos nuevos en otras personas privadas de la libertad y tomar a los mismos como "contactos", es decir, personas que en un período corto tienen riesgo de presentar algún síntoma de tuberculosis ya que convivieron con personas que la padecen o que en ese momento no se conocían infectados pero que se confirmó el diagnóstico posterior a que convivieron con más personas dentro del Centro de Reinserción.*

*Se tiene constancia de que el resultado positivo del BAAR seriado les llegó al **Cereso 1** por parte de la Secretaría de Salud en **enero de 2023**, por lo que observando los meses que transcurrieron entre consultas con el mismo motivo (tos con expectoración recurrente y posteriormente pérdida de peso), **existió un retraso importante en el diagnóstico de la patología denominada tuberculosis**, este retraso en el diagnóstico de una sola persona privada de la libertad se traduce en una omisión negligente de los cuidados necesarios para prevenir nuevos casos de tuberculosis dentro del **Cereso 01**. (...)*

Tratamiento de tuberculosis y manejo de la tuberculosis pulmonar resistente a fármacos.

*(...) El día **17 de enero 2023**, en una nota proveniente del área de enfermería, se menciona paciente masculino conocido sin tratamiento fímico, ya que nos informan Secretaría el Salud que el paciente es farmacorresistente, sin tratamiento por el*

momento. Y posterior a la detección de la farmacorresistencia las notas por parte de enfermería correspondientes a los días 18 al 31 de enero 2023, solo mencionan a paciente masculino conocido sin tratamiento fímico.

Se observa un seguimiento médico errático desconociendo esta Comisión si es por falta de recursos dentro del Cereso.

*Es importante mencionar que **V6** estuvo "sin tratamiento fímico" según las notas de los servicios médicos del **Cereso 01** desde el día que se reportó la farmacorresistencia a rifampicina por lo **que se suspendió el tratamiento de primera línea por aproximadamente cinco meses sin tratamiento específico de segunda línea para este bacilo**, una vez que este fue diagnosticado ya **con un retraso en el mismo diagnóstico de aproximadamente siete meses.**"*

La **COESAMED**, concluyó que la **atención médica brindada a V6 fue inadecuada e inoportuna**, presentando una actitud negligente, por parte del área de servicios médicos del **Cereso 1**, por lo siguiente:

1. **V6** en repetidas ocasiones solicitó al personal médico del Cereso 1 la atención médica a su padecimiento, mismo que no se le brindó a la brevedad, agravando su estado de salud lo cual provocó su muerte, observándose una actitud negligente.
2. Una vez conocidas las características de la enfermedad, no se tomaron medidas de prevención de contagios, toda vez que solo se aisló a **V6** en una ocasión en los servicios médicos del centro, a raíz de sintomatología agudizada de esa patología como es la disnea y a hipoxia.
3. **V6** presentó síntomas francos de tuberculosis desde el **15 de noviembre de 2022**, y el tratamiento dotbal se inició en enero de 2023, presentándose 2 meses de retraso en el tratamiento por no tener el diagnóstico.
4. Tras 3 días de tratamiento, dotbal fase intensiva, el cual fue suministrado por el Cereso 1, no se tiene constancia de la evolución del paciente, solo se menciona que fue diagnosticado con tuberculosis farmacorresistente, posterior a esto, se observa que **V6** estuvo en espera de tratamiento hasta el **09 de junio de 2023**,

fecha en que ingresó al Hospital Universitario con sintomatología respiratoria grave y con descompensación metabólica, esto es un total de 7 meses aproximadamente en los que **V6** posterior a un diagnóstico tardío se encontró sin el tratamiento de segunda línea para esta patología, lo cual culminó con el fallecimiento el **24 de junio de 2023** dentro del citado hospital. Por lo que se observa una negligencia por parte del personal médico del Cereso 1.

5. La tuberculosis tuvo una evolución natural en **V6** desde su inicio como si no existieran fármacos para tratar dicha patología, en cambio con el tratamiento adecuado y oportuno el paciente podía tener una mejor calidad de vida.

Por lo tanto, se tiene que las opiniones técnico-médicas elaboradas por personal del **CAV** y de la **COESAMED**, fueron coincidentes en concluir que **fue inadecuada e inoportuna la atención médica brindada a V6 por el personal del Cereso 1.**

6. DERECHOS HUMANOS VULNERADOS

Con base en lo expuesto en el apartado anterior, se concluye que el personal adscrito a los **Centros de Reinserción Social 1, 2 y 3** incurrió en omisiones graves que derivaron en la **vulneración de los siguientes derechos humanos:**

- Derecho a la vida;
- Derecho a la salud; y
- Derecho a la dignidad.

En particular, se constató que el personal de dichos centros **no adoptó las medidas mínimas necesarias para garantizar y proteger** los derechos humanos de las personas identificadas como **V1, V2, V3, V4, V5 y V6**. Entre las principales omisiones se identifican las siguientes:

- **Atención médica brindada de manera inadecuada e inoportuna**, pues se evidenció el retraso y deficiencias en la valoración, diagnóstico, tratamiento y

seguimiento de su estado de salud, lo que repercutió de manera directa en el deterioro y fallecimiento de las víctimas.

- **Falta de personal médico suficiente y debidamente capacitado**, para garantizar el acceso al derecho a la salud, lo que provocó retraso en la prestación del servicio médico.
- **Omisión de adoptar medidas de aislamiento individual**, necesarias para evitar la propagación de la tuberculosis y salvaguardar el derecho a la salud tanto de las víctimas como del resto de la población penitenciaria.
- **Falta de coordinación interinstitucional** con la Secretaría de Salud en el seguimiento a los diagnósticos de tuberculosis farmacorresistente. Esta omisión resultó en una falta de tratamiento médico oportuno.

Como consecuencia de estas negligencias, se **vulneró de manera directa el derecho a la salud**, lo cual está intrínsecamente vinculado con el **derecho a la vida**. La ausencia de atención médica oportuna provocó el deterioro progresivo del estado de salud de las víctimas, derivando finalmente en el fallecimiento de **V1, V2, V3, V4, V5 y V6**.

Estas omisiones, al impedir la prevención y atención adecuada de la tuberculosis, **socavaron el deber del Estado de tratar a las personas privadas de la libertad con dignidad**, conforme lo establecen los principios fundamentales de derechos humanos.

En consecuencia, las acciones y omisiones atribuibles al personal de los **Ceresos 1, 2 y 3** constituyen una **violación grave a los derechos humanos**, de conformidad con lo dispuesto en:

- El artículo 4°, párrafo cuarto, de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**;
- Los artículos 9, fracción II y 76 de la **Ley Nacional de Ejecución Penal**.
- Los artículos 4.1, 5.1 y 5.2 de la **Convención Americana sobre Derechos Humanos**, los cuales protegen el derecho a la vida y la salud;

- Los artículos 1º y 6.1 del **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**, los cuales reconocen que todas las personas deben ser tratadas con dignidad y el derecho a la vida;

7. DECLARACIÓN DE GRAVES VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS

En los presentes casos se actualizan los supuestos de violaciones graves a derechos humanos establecidos tanto en los estándares nacionales, como internacionales.

A nivel internacional, la Corte IDH⁹⁹ estableció tres criterios para la calificación de violaciones graves:

- Que haya multiplicidad de violaciones en el evento.
- Que la magnitud de las violaciones esté relacionada con el tipo de derechos humanos violentados.
- Que haya una participación importante de Estado, ya sea vía de acción u omisión.

En tanto que, en el ámbito nacional, la SCJN¹⁰⁰ ha fijado un doble parámetro sobre la base de que se compruebe la trascendencia social de las violaciones:

- La gravedad de los tipos de violaciones cometidas (criterio cualitativo).
- La cantidad de personas afectadas por la actuación de la autoridad (criterio

⁹⁹ En el párrafo 139 de la sentencia emitida en el caso “Rosendo Radilla vs. México”

¹⁰⁰ En la tesis 1a. XI/2012 (10a.), de rubro “VIOLACIONES GRAVES A DERECHOS HUMANOS. SU CONCEPTO PARA EFECTOS DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA AVERIGUACION PREVIA QUE LAS INVESTIGA.”, emitida por la Primera Sala de la SCJN, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro V, febrero de 2012, Tomo 1, p. 667, Décima Época, registro digital 2000296.

cuantitativo); el cual se refiere a los casos en los que se presentan afectaciones colectivas o grupales, aunque no hay una exigencia de un número mínimo de personas agraviadas, ni que tengan una identidad común¹⁰¹. Solo se trata que haya una colectividad afectada.

Con los criterios anteriores, al analizar las circunstancias del caso, se considera que se actualizan los elementos señalados, en atención a lo siguiente:

- El fallecimiento de **V1, V2, V3, V4, V5 y V6**, bajo el cuidado y custodia del centro penitenciario, es suficiente para clasificar estos hechos como violaciones graves a los derechos humanos, dadas las circunstancias específicas en que sucedieron.
- Especialmente, por no contar con personal suficiente para atender medicamente a la población que se encuentra en dichos centros de reinserción social, ya que ello impide contar con mecanismos para hacer frente a este tipo de situaciones; ante las difíciles situaciones y condiciones en las que se encuentran las personas privadas de la libertad.
- Cabe señalar que el primer caso tuvo a lugar en el año 2020, y la autoridad omitió adoptar las acciones necesarias para brindar atención médica, tratamiento y seguimiento médico, de las ahora víctimas, ya que las situaciones similares se suscitaron en el 2021, 2022 y 2023.

8. RECONOCIMIENTO DE VÍCTIMAS

De conformidad con lo previsto en las fracciones XXVII y XXVIII del artículo 4 de la Ley de Víctimas, se reconoce a **V1, V2, V3, V4, V5 y V6** como víctimas directas, por haber sufrido las violaciones a los derechos humanos de los que se ha dado cuenta en la presente

¹⁰¹ Familiar, ideología, sexo, edad, religión, etc.

determinación, concretamente, los relativos al derecho a la vida, al derecho a la salud, y a la dignidad.

Paralelamente, en términos de las fracciones XXVII y XXIX del artículo 4 de la Ley de Víctimas se reconoce como víctimas indirectas a **VI7, VI8, VI9, VI10, VI11 y VI12**, porque sufrieron las conductas omisivas de la autoridad responsable, así como afectación psicológica y emocional por el fallecimiento de **V1, V2, V3, V4, V5 y V6**.

Por tal motivo, la Agencia deberá colaborar en todo lo que sea necesario con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas a fin de que ejerza sus facultades legales, con motivo de la declaratoria de víctimas. La declaratoria de mérito deberá incluirse en el Registro Estatal de Víctimas con fundamento en los artículos 78, 79, 80, 81 y demás relativos de la Ley de Víctimas.

9. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

9.1. Medidas de rehabilitación

En términos de los artículos 54, 55 y 56 de la Ley de Víctimas, las medidas de rehabilitación incluyen, entre otras:

- La atención médica y psicológica.
- La asesoría jurídica tendente a facilitar el ejercicio de los derechos de las víctimas indirectas.
- Debe privilegiarse que estas medidas se brinden por las instituciones de salud o seguridad social públicas en las que la o las víctimas sea derechohabientes o en las instituciones de asistencia social públicas.

En tal sentido, la autoridad deberá ofrecer atención médica (inclusive psiquiátrica) y/o psicológica que requieran las víctimas indirectas hasta en tanto alcancen el nivel más alto de salud posible.

Dicha atención deberá ser gratuita, inmediata y en un lugar accesible, previo consentimiento informado de las víctimas.

9.2. Medidas de satisfacción

Procedimientos de responsabilidad administrativa.

La adopción de medidas eficaces para que cesen las violaciones a los derechos humanos que forman parte de la satisfacción, así como la aplicación de sanciones administrativas a quienes sean responsables de las violaciones acreditadas.

Por lo tanto, resulta procedente que el **Comisario General** de la **Agencia**, le dé vista a la **Unidad General de Inspección y de Asuntos Internos** para conocer de los hechos descritos, con la finalidad de que, a la brevedad, inicie, si es que no lo han hecho, los procedimientos de investigación que correspondan en contra del personal del servicio público responsable, a fin de deslindar las responsabilidades administrativas y, en su caso, imponer las sanciones que resulten conducentes, por la grave violación a los derechos humanos acreditadas en esta Recomendación. Debiéndose comunicar a esta Comisión el inicio y los resultados de tales procedimientos, únicamente con fines informativos.

Difusión de la recomendación

La presente recomendación deberá hacerse del conocimiento a todo el personal de los CERESOS y se deberá colocar un extracto en lugares visibles y accesibles para las personas privadas de la libertad.

Todo lo anterior, con la finalidad de que se permita su fácil y pronta divulgación. Debiendo enviar a este organismo las pruebas que lo acrediten.

9.3. Medidas de no repetición

Con la finalidad de garantizar la no repetición de las conductas analizadas, la autoridad estatal deberá adoptar las medidas necesarias tendentes a prevenir que se vuelvan a cometer violaciones similares¹⁰² las cuales a continuación se detallan:

¹⁰² Artículo 43 fracción V y 59 de la Ley de Víctimas.

Incremento de personal médico y de enfermería que labora en los Centros

Deberán llevarse a cabo las acciones necesarias para incrementar el número de personal médico y de enfermería, para la atención integral de las personas privadas de la libertad, de acuerdo con las necesidades de cada centro, con motivo de la presente recomendación, en particular la atención de personas privadas de la libertad diagnosticadas con tuberculosis.

Protocolos de actuación

En coordinación interinstitucional, elaborar un Protocolo de Atención Clínica Integral y Seguimiento de Tuberculosis en Centros de Reinserción Social, aplicable a toda persona privada de la libertad con sospecha o diagnóstico confirmado de tuberculosis, que asegure la atención continua, oportuna, adecuada y documentada hasta su recuperación, incluyendo como mínimo:

- A. **Ruta clínica y plan individualizado de atención** desde la sospecha: evaluación clínica inicial, determinación de gravedad, plan terapéutico, manejo de comorbilidades y programación de seguimiento con metas clínicas verificables.
- B. **Diagnóstico oportuno, pertinente y confirmatorio**, estableciendo tiempos internos máximos para la realización y reporte de estudios (clínicos, imagenológicos y de laboratorio), así como mecanismos para la repetición/confirmación cuando existan resultados negativos iniciales persistiendo la sospecha clínica, o resultados indeterminados en pruebas de resistencia.
- C. **Continuidad terapéutica y seguimiento hasta curación/alta**, mediante administración estrictamente supervisada (o el mecanismo equivalente que determine el programa), registro diario de dosis, vigilancia de respuesta al tratamiento, prevención de interrupciones y medidas específicas para continuidad en casos de traslados intrapenitenciarios, egresos hospitalarios o cambios de centro.
- D. **Farmacovigilancia y seguridad del tratamiento**, con detección temprana y manejo de reacciones adversas, criterios claros de referencia a segundo/tercer nivel, y gestión prioritaria para la entrega e inicio oportuno de esquemas de segunda línea cuando exista farmacorresistencia o sospecha fundada de la misma.

- E. **Control de infección y salud pública**, incorporando: la aplicación sistemática de pruebas de detección en personas privadas de la libertad que presenten síntomas sugestivos de tuberculosis, como tos persistente ≥ 2 semanas o pérdida de peso, medidas de aislamiento respiratorio cuando proceda, vigilancia de contactos, estudio de brotes, y seguimiento epidemiológico, asegurando condiciones razonables de prevención de contagios masivos en espacios compartidos.
- F. **Integración y completitud del expediente clínico**, garantizando que toda atención, referencia, interconsulta, resultados de estudios y administración de tratamiento se encuentre **debidamente asentada**, con soporte documental suficiente, evitando vacíos de información clínica que impidan la continuidad del cuidado.
- G. **Indicadores de cumplimiento y supervisión periódica**, al menos: (i) tiempo de sospecha a prueba, (ii) tiempo de prueba a inicio de tratamiento, (iii) interrupciones de tratamiento, (iv) referencia oportuna, (v) seguimiento hasta recuperación/alta, y (vi) completitud de expediente clínico.

Considerando que las personas privadas de la libertad se encuentran en una posición más vulnerable de contraer tuberculosis, debido a que viven en entornos compartidos, como medida preventiva, en coordinación con la Secretaría de Salud se deberá crear un calendario de campañas de detección de casos de esta enfermedad, en cada uno de los centros penitenciarios.

Cursos

De igual manera, capacitar al personal médico penitenciario sobre atención adecuada y el tratamiento de la tuberculosis, la importancia de la debida integración del expediente médico de las personas privadas de la libertad, la cual contribuye para brindar una atención más oportuna, responsable y eficiente a las personas privadas de la libertad; así como, de sensibilización en materia de derechos humanos y de la salud. Asimismo, fortalecer sus conocimientos respecto del contenido de la *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Casos Nuevos de Tuberculosis Pulmonar* del Instituto Mexicano del Seguro Social.

10. RECOMENDACIONES

Primero. Medidas de rehabilitación. Dentro del término de treinta días naturales, deberá ofrecer la atención médica, psiquiátrica y psicológica que requieran las víctimas indirectas, hasta que alcancen el nivel más alto de salud posible, previo consentimiento informado, de forma gratuita, inmediata y en lugar accesible.

Segundo. Procedimientos de responsabilidad administrativa. En un lapso no mayor de quince días naturales, dé vista a la Unidad General de Inspección y de Asuntos Internos para que inicie los procedimientos que correspondan en contra del personal que intervino en la violación de los derechos humanos de **V1, V2, V3, V4, V5 y V6**, a fin de deslindar las responsabilidades administrativas y, en su caso, imponer las sanciones que resulten conducentes.

Tercero. Protocolos de actuación. En un plazo no mayor a tres meses se deberá elaborar un Protocolo de Atención Clínica Integral y Seguimiento de Tuberculosis en Centros de Reinserción Social.

Coordinarse con la Secretaría de Salud para implementar campañas de detección de casos de tuberculosis, en cada uno de los centros penitenciarios.

Cuarto. Cursos. En un plazo no mayor a seis meses, se deberán brindarse los cursos al personal médico penitenciario.

Quinto. Difusión de la recomendación. Se deberá hacer del conocimiento la presente Recomendación, debiendo enviar las pruebas que lo acrediten en un plazo no mayor a quince días.

Sexto. Incremento del personal. Deberán realizar las acciones y gestiones necesarias para incrementar el número de personal médico que labora en los **Cereso 01, Cereso 02 y Cereso 03**.

Séptimo. Colaboración con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas. La Agencia deberá colaborar en todo lo necesario con la Comisión en la forma y los términos previstos en la Ley de Víctimas del Estado.

El plazo para la satisfacción de los puntos recomendatorios comenzará a computarse a partir del día hábil siguiente al de la aceptación de la presente Recomendación.

De ser aceptada la Recomendación, la Agencia deberá designar a la persona del servicio público que funja como el enlace con la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León, con el propósito de dar seguimiento al cumplimiento de la Recomendación.

Si la persona designada en los términos del párrafo anterior es sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Estatal.

En caso de responder en sentido **afirmativo**, la Agencia dispondrá de un plazo adicional de 10 días hábiles, contados a partir del siguiente a la notificación, a fin de informar si la **acepta** o no.

En caso de **rechazarse** o **incumplirse**, esta Comisión Estatal procederá en términos del artículo 46, incisos a), b), c) y d) de la Ley de Víctimas.

Finalmente, esta Comisión enfatiza que con la emisión de la presente **Recomendación** se concluyen los expedientes en que se actúa, con fundamento en el artículo 83, fracción III, del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León.

11. NOTIFICACIONES

Notifíquese la presente Recomendación:

- **A VI7, VI8, VI9, VI10, VI11 y VI12**, en su calidad de víctimas indirectas, quienes, en caso de no encontrarse de acuerdo con esta determinación, podrán interponer, dentro del plazo de 30 días naturales, contados a partir del día siguiente de su notificación, el recurso de impugnación, el cual podrá ser presentado directamente ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos o ante esta Comisión en su domicilio oficial, atento a lo establecido en los artículos 47, 55, 58, 59, 60 y 61 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León.

En caso de estar en desacuerdo con esta determinación, **VI7, VI8, VI9, VI10, VI11 y VI12** podrán interponer, dentro del plazo de 30 días naturales contados al día siguiente de su notificación, **recurso de impugnación**.

Aquel recurso podrá ser presentado directamente en las instalaciones de Comisión Nacional de Derechos Humanos o ante esta Comisión Estatal, en su domicilio oficial, con fundamento en los artículos 47, 55, 58, 59,60 y 61 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León.

- A la Agencia de Administración Penitenciaria del Estado.
- A la Secretaría de Seguridad del Estado.
- Al Centro de Reinserción Social Número 1 Norte.
- Al Centro de Reinserción Social Número 2 Norte.
- Al Centro de Reinserción Social Número 3 Oriente.
- Al Centro de Reinserción Social Femenil.
- Al Centro de Internamiento y Adaptación para Adolescentes Infractores.
- A la Secretaría de Salud.

DRA. OLGA SUSANA MÉNDEZ ARELLANO,
Presidenta de la Comisión Estatal de
Derechos Humanos del Estado de Nuevo León

L'ELLH/L'L'LVO/L'RRGP/L'CRJ