

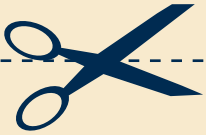


COMISIÓN NACIONAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS
M É X I C O

gaceta

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

262
MAYO
2012



COMISIÓN NACIONAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS
M É X I C O

CENTRO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

Acuse de recibo

Hemos recibido la Gaceta 262 correspondiente al mes de mayo de 2012
Número de ejemplares: _____

Nombre: _____

Cargo: _____

Institución: _____

Dirección (calle, número, colonia, municipio, código postal, ciudad, estado y país):

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

¿Desea continuar recibiendo las publicaciones editadas por la CNDH?: Sí () No ()

Evite la cancelación de los envíos, remita este acuse a nombre del Centro Nacional de Derechos Humanos de la CNDH

Av. Río Magdalena 108, colonia Tizapán, Delegación Álvaro Obregón, C. P. 01090, México, D. F.
Tels.: 56 16 86 92 al 98; Fax: 56 16 86 86, Lada sin costo 01800 00 869 00,
página electrónica: www.cndh.org.mx, correo electrónico: publicaciones@cndh.org.mx



COMISIÓN NACIONAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS
M É X I C O

gaceta

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

262
MAYO
2012

Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Certificado de licitud de título núm. 5430 y de licitud de contenido núm. 4206, expedidos por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas, el 13 de noviembre de 1990. Registro de derechos de autor ante la SEP núm. 1685-90. Franqueo pagado, publicación periódica, núm. 1290291. Distribución gratuita. Periodicidad mensual. Características: 318221815.

ISSN: 0188-610X

Año 22, núm. 262, mayo de 2012. Suscripciones: Oklahoma 133, colonia Nápoles, Delegación Benito Juárez, C. P. 03810, México, D. F. Teléfono: 56 69 23 88, ext. 6116

Coordinadora y editora responsable: *María del Carmen Freyssinier Vera*
Edición: *Raúl Gutiérrez Moreno*
Formación tipográfica: *Carlos Acevedo Rescalvo y Héctor R. Astorga Ortiz*
Diseño de portada: *Flavio López Alcocer*

Impreso en los talleres de GVG GRUPO GRÁFICO, S. A. de C. V., Leandro Valle núm. 14-C, colonia Centro, C. P. 06010, México, D. F. El tiraje consta de 1,000 ejemplares.

GACETA

Contenido

• EDITORIAL	9
• INFORME MENSUAL	11
• ACTIVIDADES DE LA CNDH	
PRESIDENCIA	
Firma de un convenio de colaboración con el Centro Mexicano de Derecho Ambiental	65
Firma de un convenio general colaboración con la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal	65
Presentación de una demanda de acción de inconstitucionalidad (reforma de los artículos 133 Quáter del Código Federal de Procedimientos Penales, y 16, fracción I, apartado D, y 40 bis, de la Ley Federal de Telecomunicaciones)	65
Reunión con representantes de la Marcha de la Dignidad Nacional, Madres Buscando a sus Hijos y Buscando Justicia	66
Solicitud de apoyo al Presidente de la Comisión de los Derechos Humanos de Malasia contra la sentencia a pena de muerte de dos mexicanos en Kuala Lumpur	66
Participación en el Primer Congreso Jurídico de la Riviera Maya	66
Firma de un convenio colaboración con la Asociación de Medallistas Olímpicos de México, A. C.	66
Impartición de la conferencia magistral "Control de convencionalidad y su trascendencia en la impartición de justicia", en Mexicali, Baja California	67
PRIMERA VISITADURÍA GENERAL	
<i>Programa de VIH</i>	
Participación en el Primer Foro Estatal de Trabajo Sexual y Derechos Humanos, VIH/SIDA e ITS y Trata de Personas, en la ciudad de Oaxaca	67
Impartición de las conferencia "Derechos Humanos de las personas con VIH/SIDA", en Chetumal, Quintana Roo	67
Presentación de resultados de la Primera Encuesta Nacional sobre <i>Bullying</i> Homofóbico, en el Distrito Federal	68

Participación en el Diálogo Homofobia, Transfobia y Lesbofobia: una Mirada desde la Juventud, en el Distrito Federal	68
Impartición de la conferencia "El impacto de la homofobia en la familia, la educación, la salud y el ámbito laboral", en Mazatlán, Sinaloa	68
Impartición de un taller a personas con VIH, en Mazatlán, Sinaloa	69
Conferencia acerca de la homofobia y sus consecuencias contra la repuesta a la epidemia de SIDA, en Puebla	69
Conferencia sobre el Día Mundial de Lucha contra la Homofobia, en Saltillo, Coahuila	69
Impartición de una conferencia sobre <i>bullying</i> y homofobia, en Mazatlán, Sinaloa	70
Impartición de un taller para personas dedicadas al trabajo sexual, en Mazatlán, Sinaloa	70
Impartición de la conferencia "El impacto de la homofobia en la familia, la educación, la salud y el ambiente laboral", en Mazatlán, Sinaloa	71
Impartición del Taller Derechos Humanos de las Personas que se Dedicán al Trabajo Sexual, en Saltillo, Coahuila	71
Impartición del Taller Los Derechos Humanos de las Personas con VIH, en Navojoa, Sonora	71
Impartición de la conferencia "Instancias protectoras de los Derechos Humanos en México", en Monterrey, Nuevo León	72
Impartición del Taller Derechos Humanos de las Personas con VIH o SIDA, en Navojoa, Sonora	72
Impartición de la conferencia "Conceptos básicos de VIH/SIDA, homofobia y Derechos Humanos de las personas con VIH o SIDA", en Nogales, Sonora	72
Impartición de la conferencia "Derechos Humanos de las personas con VIH o SIDA", en Colima, Colima	72
Impartición de la conferencia "Estigma, discriminación y Derechos Humanos de las personas que viven con VIH", en Querétaro, Querétaro	73
<i>Dirección General de Atención a la Discapacidad</i>	
Ruta por Municipios de San Luis Potosí: Derechos Humanos y Discapacidad	73
Foro Estatal por la Inclusión de las Personas con Discapacidad, en Oaxaca, Oaxaca	73
TERCERA VISITADURÍA GENERAL	
<i>Programa de Visitas a Lugares de Detención en Ejercicio de las Facultades del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos y Degradantes</i>	
Estaciones migratorias	74
Centros de internamiento para adolescentes	75
Subcomité de Prevención de la Tortura	76
Vinculación con Organismos Protectores de Derechos Humanos en materia de prevención de la tortura	77
Distribución de material de difusión	77
CUARTA VISITADURÍA GENERAL	
<i>Dirección de Promoción y Difusión de Derechos Humanos de los Pueblos y Comunidades Indígenas</i>	
Actividades de divulgación	77

<i>Programa de Gestión de Beneficios de Libertad Anticipada a Indígenas en Reclusión</i>	79
<i>Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres</i> Actividades de divulgación	80
QUINTA VISITADURÍA GENERAL	
<i>Programa de Atención al Migrante</i>	
Capacitación al personal del Programa de Atención al Migrante	81
Participación en eventos relacionados con los Derechos Humanos de los migrantes	81
Presencia de la CNDH en la Caravana Monta la Bestia	81
Jornada de trabajo por Sonora	82
<i>Programa contra la Trata de Personas</i>	
Impartición de Taller Educar para Prevenir la Trata de Personas, en Cocoyoc, Morelos	82
Impartición del Curso El Papel de las Comunicaciones en la Trata de Personas, en Mexicali, Baja California, y en Guadalajara, Jalisco	82
Impartición del Taller Derechos Humanos y Trata de Personas, en Ciudad Victoria, Tamaulipas,	82
Impartición del Taller Persecución del Delito de Trata de Personas, en Monterrey, Nuevo León	83
Impartición de las sesiones I y II de la Jornada de Capacitación denominada Actualización en Materia de Trata de Personas, en Chiapas	83
Impartición de capacitación a maestros de primaria en Oaxaca	83
Impartición de la segunda sesión de la Jornada de Capacitación Integración de la Averiguación Previa, en Monterrey, Nuevo León	83
<i>Programa de Agravio a Periodistas y Defensores Civiles de Derechos Humanos</i>	
Impartición de una plática en la CEDH Sonora, sobre los servicios que brinda el Programa	83
SECRETARÍA TÉCNICA DEL CONSEJO CONSULTIVO	
<i>Dirección de Vinculación con Organismos Públicos de Derechos Humanos</i>	
XXXVI Congreso Nacional Ordinario de la Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos (FMOPDH), en Puebla, Puebla	84
<i>Dirección de Vinculación con Organismos No Gubernamentales</i>	
Firma de cuatro convenios de colaboración con ONG del Distrito Federal	85
CENTRO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS	85
• RECOMENDACIONES	
Recomendación 19/2012. Sobre el caso de inadecuada atención médica en diversos hospitales del IMSS, en agravio de V1	91
Recomendación 20/2012. Sobre el caso de inadecuada atención médica en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE, en agravio de V1	113

Recomendación 21/2012. Sobre el caso de inadecuada atención médica proporcionada por personal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora, en agravio de V1	129
Recomendación 22/2012. Sobre el caso de detención arbitraria y retención ilegal de V1	145
Recomendación 23/2012. Sobre el caso de inadecuada atención médica en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, en agravio de V1 y V2 y pérdida de la vida de V2, menor de edad	157
• BIBLIOTECA	
Nuevas adquisiciones del Centro de Documentación y Biblioteca	177

15 de mayo. Día Internacional de la Familia

“Lograr un equilibrio entre el trabajo y la familia”.

El Día Internacional de la Familia se observa cada año el día 15 de mayo desde 1994. Esta fecha fue proclamada en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (A/RES/47/237) haciendo eco de la importancia que la comunidad internacional le otorga a la familia; es la ocasión propicia para promover la concienciación y un mejor conocimiento de los procesos sociales, económicos y demográficos que afectan a este importante núcleo de la sociedad.

En la Resolución A/RES/62/129 la Asamblea General también observó que las disposiciones relacionadas con la familia que figuran en los textos aprobados en las grandes conferencias y cumbres de las Naciones Unidas celebradas en el decenio de 1990 y en sus procesos de seguimiento continúan proporcionando orientación normativa sobre la manera de reforzar los componentes de las políticas y los programas centrados en la familia, como parte de un enfoque amplio e integrado del desarrollo.

*El Día Internacional de la Familia de las Naciones Unidas ha inspirado una serie de actos de sensibilización, entre los cuales destaca la celebración de esos días en el plano nacional. En numerosos países ese día ofrece una oportunidad para poner de relieve los distintos ámbitos de interés para las familias. Entre las actividades se incluyen cursos prácticos y conferencias, programas de radio y televisión, artículos periodísticos y programas culturales que hacen hincapié en los temas pertinentes.**

En su mensaje, el Secretario General de Naciones Unidas, señor Ban Ki-moon, hace mención que este año el Día Internacional de la Familia pone de relieve la necesidad de lograr un equilibrio entre el trabajo y la familia. El objetivo es ayudar a los trabajadores de todo el mundo a atender las necesidades económicas y afectivas de sus familias, a la vez que se contribuye al desarrollo socioeconómico de la sociedad en la que viven.

* <http://www.un.org/es/events/familyday/>

Las tendencias actuales destacan la creciente importancia de las políticas relativas al trabajo y la familia. Éstas incluyen una mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo y la creciente urbanización y movilidad en la búsqueda de empleo. A medida que disminuye el tamaño de las familias y las distintas generaciones viven separadas, se reduce la disponibilidad de las familias para cuidar de sus miembros y los padres trabajadores se enfrentan a nuevas dificultades.

Millones de personas de todo el mundo carecen de condiciones dignas de trabajo y del apoyo social para cuidar de sus familias. Los servicios de guardería infantil accesibles y de calidad son poco habituales en los países en desarrollo, donde muchos padres se ven obligados a dejar a sus hijos en edad preescolar solos en casa. Además, muchos niños pequeños están bajo el cuidado de hermanos mayores que, a su vez, dejan de ir a la escuela.

Las modalidades de trabajo flexibles, incluidas las horas de trabajo escalonadas, los horarios comprimidos de trabajo o el trabajo a distancia, se están generalizando cada vez más, pero hay mucho margen de mejora en todas partes. El compromiso de la Organización de las Naciones Unidas es examinar nuestras propias disposiciones, para ver qué podemos hacer mejor.

*Tenemos que responder a las complejidades cambiantes de la vida laboral y familiar. Aco-
gemos con beneplácito la creación de lugares de trabajo favorables para la familia me-
diante las licencias para los padres, las modalidades flexibles de trabajo y mejores servi-
cios de guardería infantil.*

*Dichas políticas y programas son fundamentales para contribuir al equilibrio entre el tra-
bajo y la familia. Estas medidas también pueden dar lugar a la mejora de las condiciones
de trabajo y de la salud y la productividad de los empleados y a un enfoque más coor-
dinado en materia de igualdad entre los géneros.*

*Las políticas de conciliación del trabajo y la familia demuestran el compromiso de los go-
biernos con el bienestar de las familias y el compromiso del sector privado con la res-
ponsabilidad social.*

*Con motivo del Día Internacional de la familia renovemos nuestro compromiso de pro-
mover el equilibrio entre el trabajo y la familia en beneficio de las familias y la sociedad
en general.*

INFORME MENSUAL

GACETA 262 • MAYO/2012 • CNDH

Expedientes de Queja

A. Expedientes de queja registrados en el periodo por Visitaduría y total

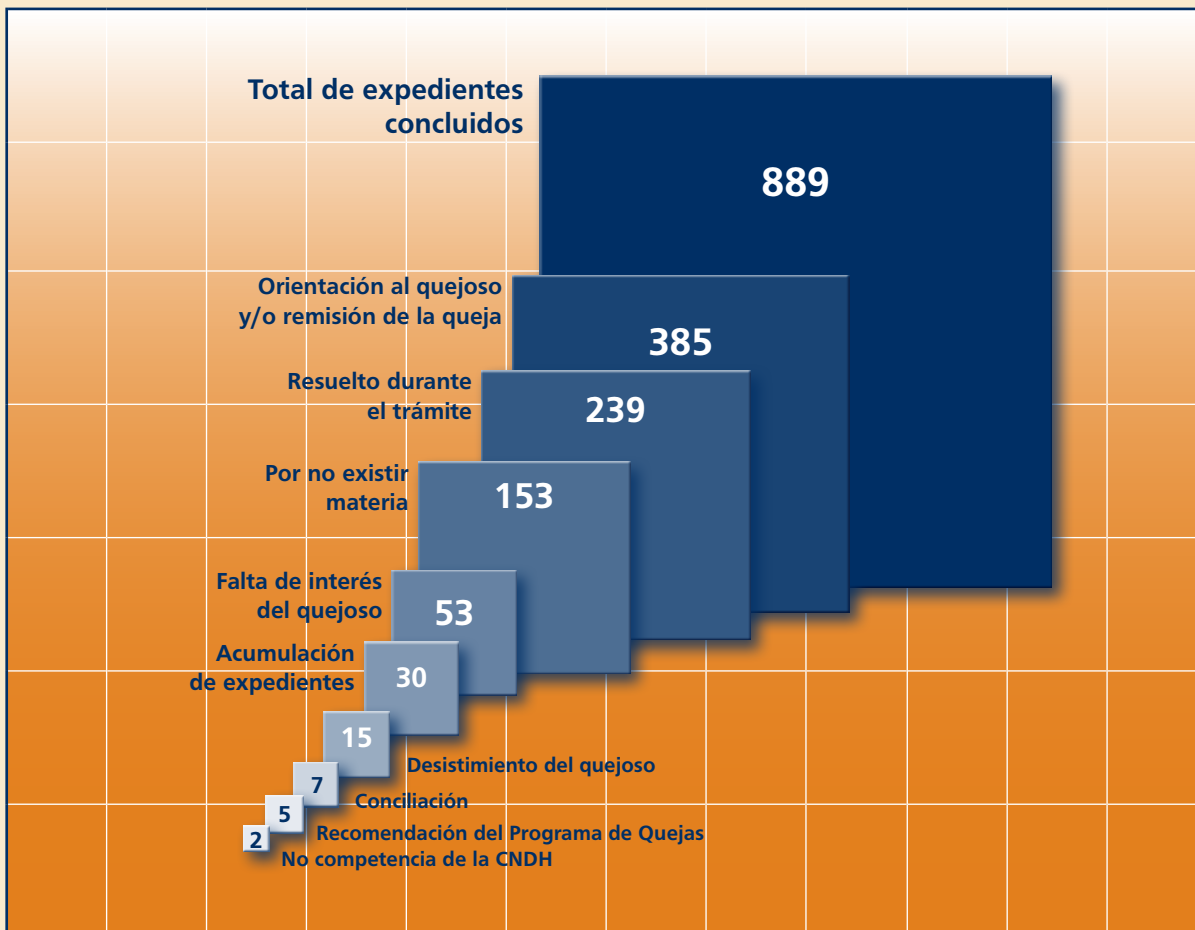


B. Expedientes de queja en trámite por Visitaduría y total

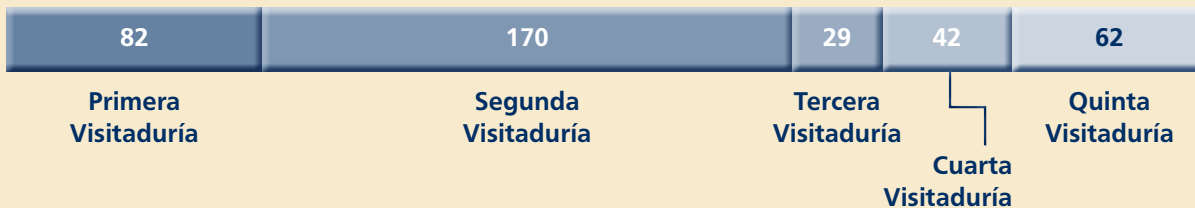


C. Total de expedientes concluidos y por Visitaduría

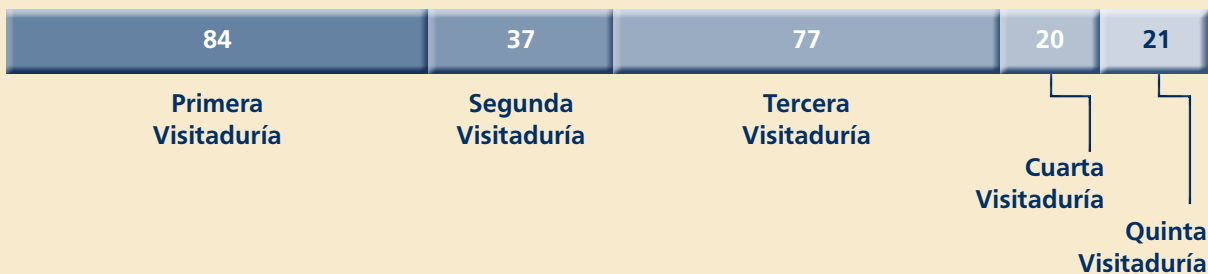
a. Formas de conclusión de expedientes en cada Visitaduría



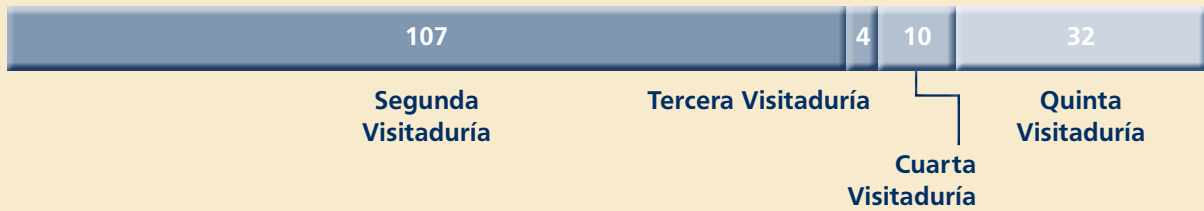
Orientación al quejoso y/o remisión de la queja: 385



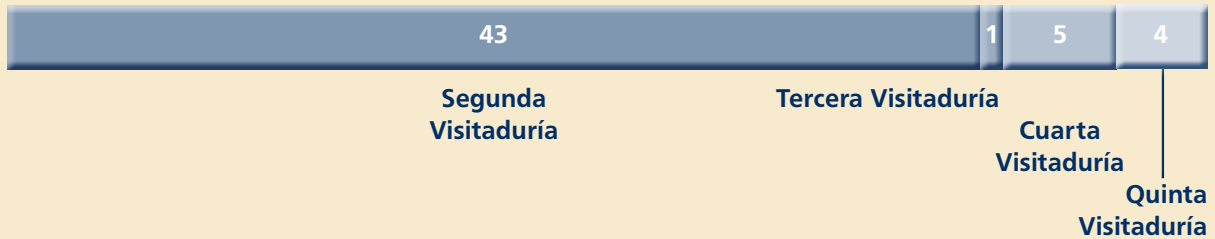
Resuelto durante el trámite: 239



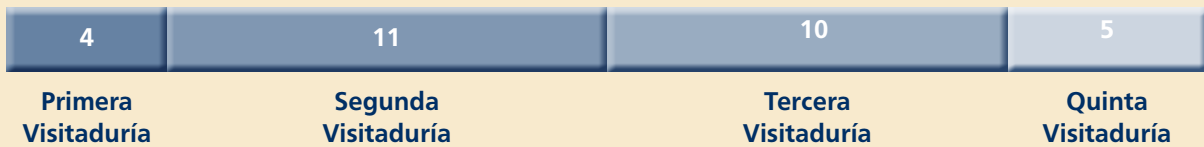
Por no existir materia: 153



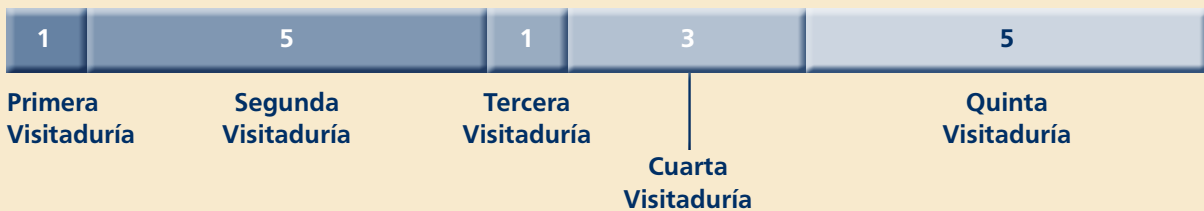
Falta de interés del quejoso: 53



Acumulación de expedientes: 30



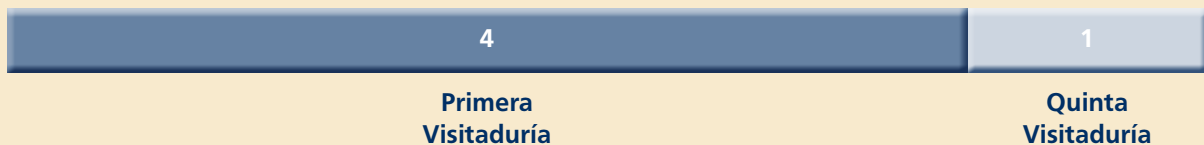
Desistimiento del quejoso: 15



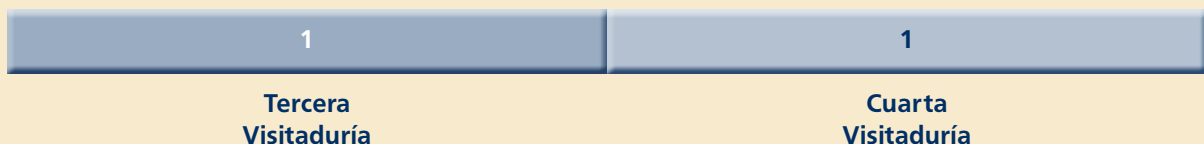
Conciliación: 7



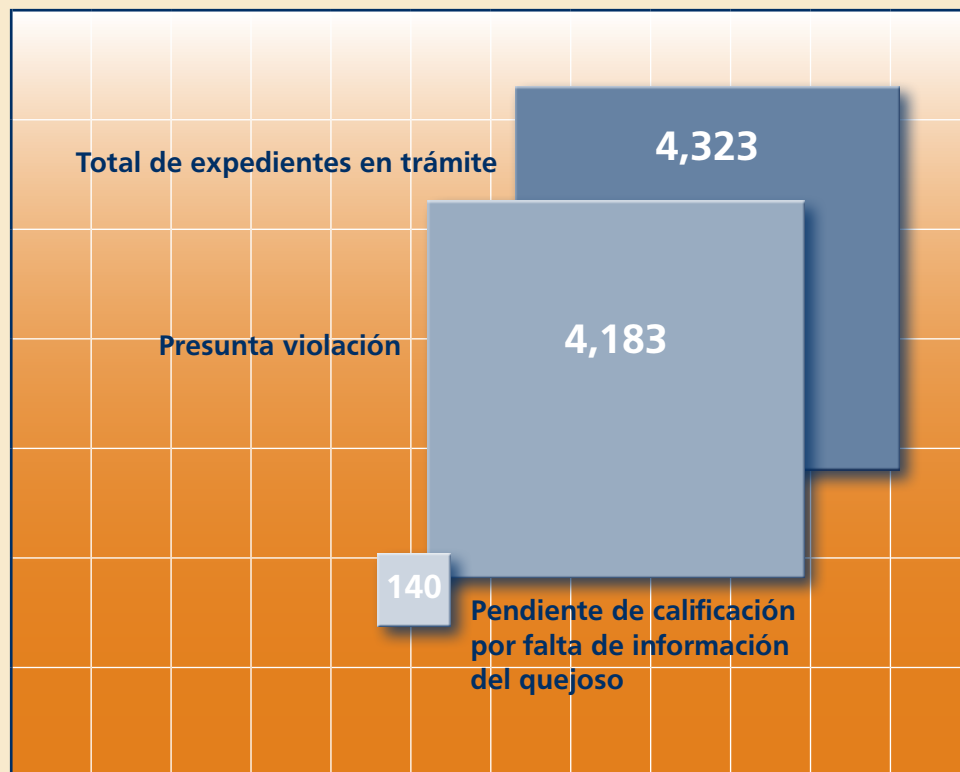
Recomendación del Programa de Quejas: 5



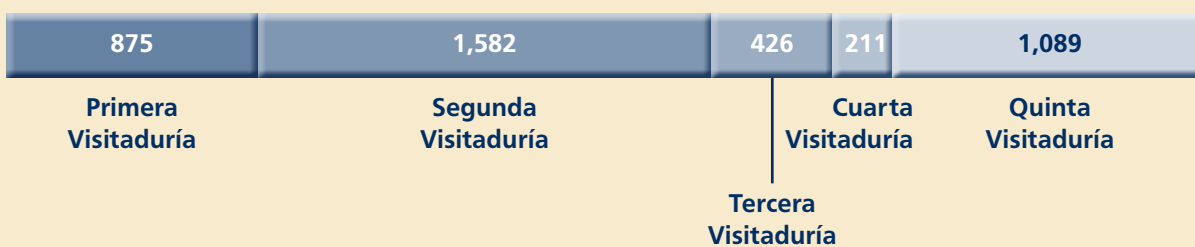
No competencia de la CNDH: 2



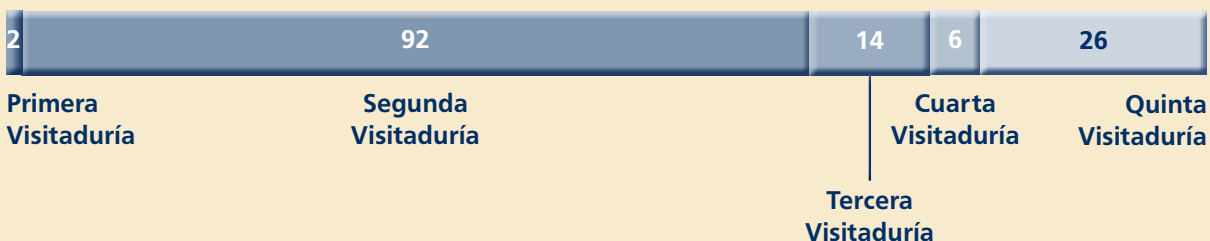
b. Situación de los expedientes de queja registrados y concluidos



Presunta violación: 4,183



Pendiente de calificación por falta de información del quejoso: 140



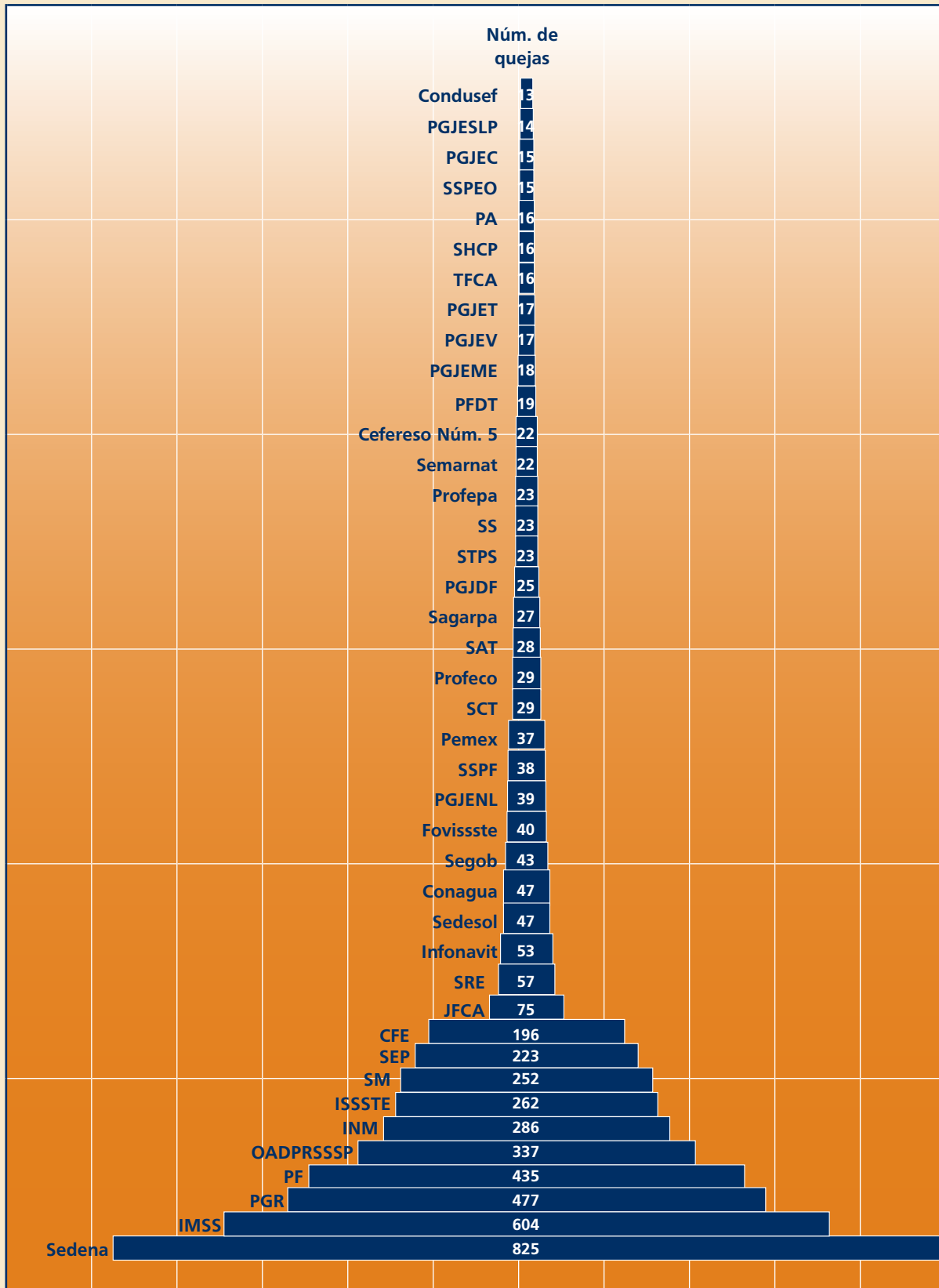
D. Expedientes de queja concluidos de los registrados en el periodo



E. Expedientes de queja registrados y concluidos

Mes	Expedientes registrados en el periodo	Expedientes concluidos en el ejercicio	Expedientes concluidos de los registrados en el mes	Expedientes concluidos de los registrados en meses anteriores
Enero	729	722	45	677
Febrero	1,033	914	233	681
Marzo	1,052	1,056	284	772
Abril	1,183	1,027	443	585
Mayo	1,080	889	94	795

F. Autoridades señaladas como responsables de violaciones, respecto de las quejas en trámite



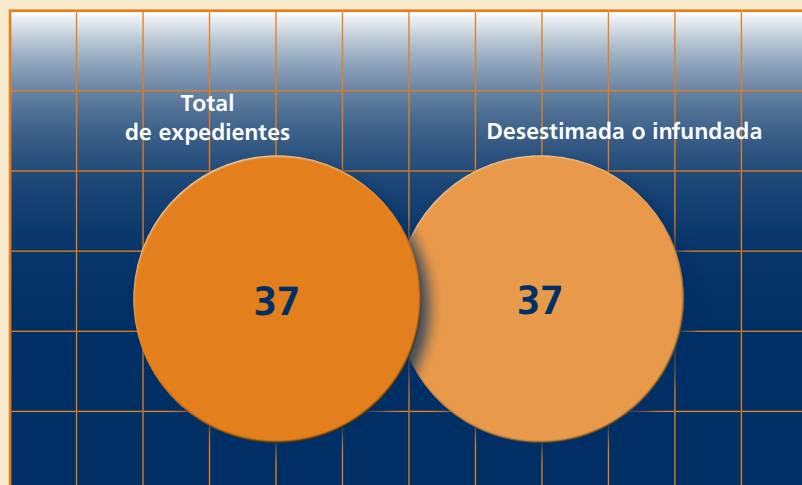
Siglas	Autoridad responsable
Condusef	Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros
PGJESLP	Procuraduría General de Justicia del Estado de San Luis Potosí
PGJEC	Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas
SSPEO	Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Oaxaca
PA	Procuraduría Agraria
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
TFCA	Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje
PGJET	Procuraduría General de Justicia del Estado de Tabasco
PGJEV	Procuraduría General de Justicia del Estado de Veracruz
PGJEME	Procuraduría General de Justicia del Estado de México
PFDT	Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo
Cefereso Núm. 5	Centro Federal de Readaptación Social Núm. 5 "Oriente", en Villa Aldama, Veracruz
Semarnat	Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Profepa	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente
SS	Secretaría de Salud
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
PGJDF	Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal
Sagarpa	Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
SAT	Servicio de Administración Tributaria de la SHCP
Profeco	Procuraduría Federal del Consumidor
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
Pemex	Petróleos Mexicanos
SSPF	Secretaría de Seguridad Pública Federal
PGJENL	Procuraduría General de Justicia del Estado de Nuevo León
Fovissste	Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Segob	Secretaría de Gobernación
Conagua	Comisión Nacional del Agua
Sedesol	Secretaría de Desarrollo Social
Infonavit	Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores
SRE	Secretaría de Relaciones Exteriores
JFCA	Junta Federal de Conciliación y Arbitraje
CFE	Comisión Federal de Electricidad
SEP	Secretaría de Educación Pública
SM	Secretaría de Marina
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
INM	Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación
OADPRSSSP	Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Seguridad Pública
PF	Policía Federal
PGR	Procuraduría General de la República
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
Sedena	Secretaría de la Defensa Nacional

Expedientes de recursos de inconformidad

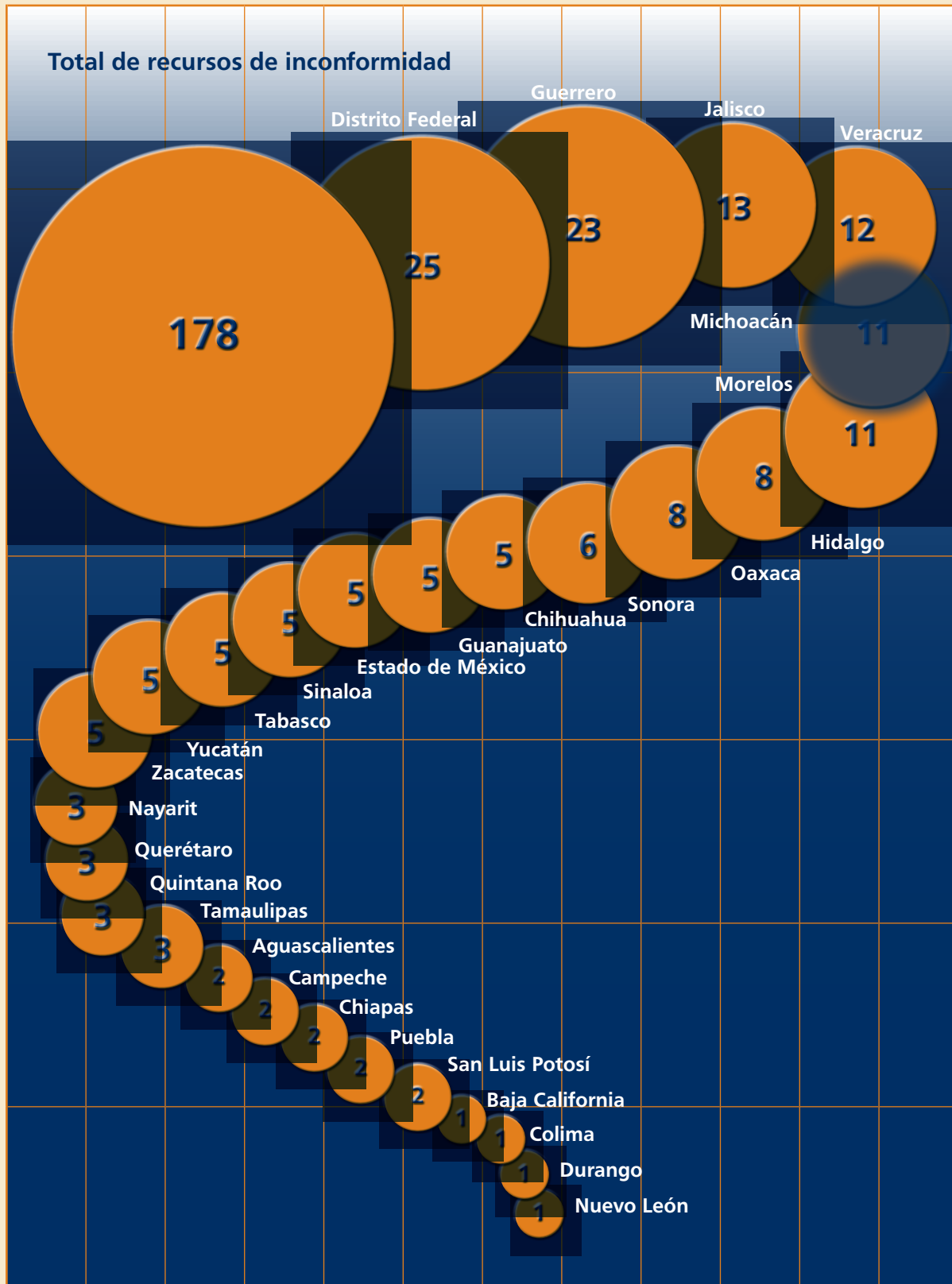
A. Expedientes de recursos de inconformidad registrados en el periodo



B. Causas de conclusión



C. Recursos de inconformidad recibidos en contra de Comisiones Estatales



Recomendaciones

A. Recomendaciones emitidas durante el mes

Recomendación núm.	Autoridad	Derecho vulnerado	Motivo de violación	Visitaduría
Programa General de Quejas				
19	Instituto Mexicano del Seguro Social	Protección de la salud	Realizar deficientemente los trámites médicos.	1a.
		Seguridad jurídica	Integrar la averiguación previa de manera irregular o deficiente.	
20	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Protección de la salud	Omitir proporcionar atención médica.	1a.
21	Gobernador Constitucional del Estado de Sonora	Seguridad jurídica	Prestar indebidamente el servicio público.	1a.
22	Gobernador Constitucional del Estado de Zacatecas	Integridad y seguridad personal	Trato cruel, inhumano o degradante.	5a.
		Legalidad	Detención arbitraria. Retención ilegal.	
		Seguridad jurídica	Efectuar una detención sin contar con la orden correspondiente, fuera de los casos de flagrancia. Empelar arbitrariamente la fuerza pública. Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. Prestar indebidamente el servicio público.	
23	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	A la salud	Omitir proporcionar atención médica.	1a.

B. Seguimiento de Recomendaciones del mes

Año	Número de Recomendaciones emitidas	No aceptadas	Aceptadas con pruebas de cumplimiento total	Aceptadas con cumplimiento insatisfactorio	Aceptadas con pruebas de cumplimiento parcial	Aceptadas sin pruebas de cumplimiento	Aceptadas en tiempo para presentar pruebas de cumplimiento	En tiempo de ser contestadas	Características peculiares	Total de autoridades destinatarias
1990	34	3	41	0	0	0	0	0	0	44
1991	131	3	142	8	1	0	0	0	0	154
1992	271	3	284	12	1	0	0	0	0	300
1993	273	5	243	42	2	2	0	0	0	294
1994	140	5	136	30	1	0	0	0	0	172
1995	166	8	154	28	1	0	0	0	0	191
1996	124	4	120	30	0	1	0	0	0	155
1997	127	21	96	34	0	0	0	0	5	156
1998	114	15	93	34	0	3	0	0	0	145
1999	104	27	78	29	0	1	0	0	0	135
2000	37	10	19	12	2	2	0	0	0	45
2001	27	3	21	5	2	0	0	0	0	31
2002	49	8	28	17	1	1	0	0	1	56
2003	52	16	27	11	0	1	0	0	1	56
2004	92	29	36	22	2	1	0	0	6	96
2005	51	9	23	14	4	0	0	0	6	56
2006	46	12	27	12	1	1	0	0	7	60
2007	70	21	46	32	9	2	0	0	4	114
2008	67	21	25	20	13	3	0	0	2	84
2009	78	28	18	12	51	2	0	0	2	113
2010	86	30	7	3	67	4	2	0	2	115
2011	95	12	4	0	111	10	4	0	0	141
2012	23	0	0	0	5	1	7	13	0	26
Totales	2,257	293	1,668	407	274	35	13	13	36	2,739

Conciliaciones

Conciliaciones formalizadas durante el mes de mayo

Autoridad	Motivo de violación	Núm. de expediente	Visitaduría
Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación	– Detención arbitraria. – Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. – Imputar indebidamente hechos. – Integrar la averiguación previa de manera irregular o deficiente. – Practicar de manera negligente las diligencias. – Prestar indebidamente el servicio público. – Retención ilegal.	2010/560	5a.
Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas	– Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. – Integrar la averiguación previa de manera irregular o deficiente. – Prestar indebidamente el servicio público. – Retardar o entorpecer la función de investigación o procuración de justicia.	2010/6681	5a.
Secretaría de la Defensa Nacional	– Detención arbitraria. – Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. – Trato cruel, inhumano o degradante.	2011/1450	1a.
Policía Federal	– Apoderarse de un bien mueble sin el consentimiento del propietario, sin que exista causa justificada. – Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. – Intimidación. – Prestar indebidamente el servicio público. – Retención ilegal. – Trato cruel, inhumano o degradante.	2011/2622	1a.

Autoridad	Motivo de violación	Núm. de expediente	Visitaduría
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	– Omitir responder en breve término a aquel que hizo la petición.	2011/6473	1a.
Instituto Mexicano del Seguro Social	– Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. – Omitir prestar atención médica. – Prestar indebidamente el servicio público.	2011/7938	4a.
Instituto Mexicano del Seguro Social	– Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. – Limitar el acceso al servicio público de salud. – Prestar indebidamente el servicio público.	2011/9861	4a.

Orientación y remisión

A. Orientaciones formuladas en las Visitadurías y en la Dirección General de Quejas y Orientación

Área	En el mes
Primera	5
Segunda	119
Tercera	131
Cuarta	100
Quinta	35
D.G.Q.O.	142
Total	532

B. Remisiones tramitadas por las Visitadurías y la Dirección General de Quejas y Orientación

Área	En el mes
Primera	211
Segunda	119
Tercera	44
Cuarta	59
Quinta	92
D.G.Q.O.	19
Total	544

C. Destinatarios de las remisiones

Destinatarios	Total mensual
Comisión de Inconformidades del Infonavit	3
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	40
Comisión Nacional del Agua	1
Comisiones Estatales de Derechos Humanos	296
Consejo de la Judicatura Federal	5
Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación	4
Contraloría Interna de la Secretaría de la Función Pública	1
Contraloría Interna de la Secretaría de Seguridad Pública Federal	2
Inspección y Contraloría General del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana, Sedena	11
Inspección y Contraloría General de Marina	2
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	1
Instituto Federal de la Defensoría Pública	15
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores	1
Instituto Politécnico Nacional	2
Órgano Interno de Control de la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de Control de la Secretaría de la Función Pública en la Secretaría de Relaciones Exteriores	1
Órgano Interno de Control en el Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	1
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de la Secretaría de la Función Pública	21
Órgano Interno de Control en el Instituto Federal Electoral	1
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social de la Secretaría de la Función Pública	53
Órgano Interno de Control en el Instituto Politécnico Nacional en la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de Control en el Servicio de Administración Tributaria de la Secretaría de la Función Pública	2
Órgano Interno de Control en la Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal	3
Órgano Interno de Control en la Comisión Federal de Electricidad de la Secretaría de la Función Pública	3
Órgano Interno de Control en la Comisión Nacional del Agua de la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de Control en la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de la Secretaría de la Función Pública	1

Destinatarios	Total mensual
Órgano Interno de Control en la Policía Federal	59
Órgano Interno de Control en la Procuraduría Federal del Consumidor	4
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Comunicaciones y Transportes de la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Desarrollo Social de la Secretaría de la Función Pública	2
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Educación Pública de la Secretaría de la Función Pública	12
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público de la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de Control en la Secretaría de la Defensa Nacional de la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de Control en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social	3
Órgano Interno de Control en Petróleos Mexicanos de la Secretaría de la Función Pública	1
Procuraduría Agraria	5
Procuraduría de la Defensa del Contribuyente	3
Procuraduría de la Defensa de los Trabajadores al Servicio del Estado	18
Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo	40
Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	1
Procuraduría Federal del Consumidor	3
Procuraduría General de la República	31
Recalificación	6
Secretaría de Educación Pública	1
Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales	1
Secretaría de Protección Civil del Gobierno del Distrito Federal	1
Secretaría de Relaciones Exteriores	4
Secretaría de Salud	1
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	1
Unidad de Evaluación y Control de la Comisión de Vigilancia de la Auditoría Superior de la Federación	1
Unidad de Quejas, Denuncias y Responsabilidades de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	1
Universidad Autónoma Metropolitana	1
Universidad Nacional Autónoma de México	2
Total	678

Atención al público

A. En el edificio sede de la CNDH

Actividad	Total mensual
Remisión vía oficio de presentación	31
Orientación jurídica personal y telefónica	1,897
Revisión de escrito de queja o recurso	60
Asistencia en la elaboración de escrito de queja	95
Recepción de escrito para conocimiento	3
Aportación de documentación al expediente	8
Acta circunstanciada que derivó en queja efectuada vía personal o telefónica	22
Acta circunstanciada que derivó en solución inmediata vía personal o telefónica	17
Información sobre la función de la CNDH para trabajos escolares o de investigación vía personal o telefónica	43
Total	2,176

B. En la oficina del Programa de Atención a Víctimas del Delito en el Centro Histórico

Actividad	Total mensual
Remisión vía oficio de presentación	19
Orientación jurídica personal y telefónica	243
Revisión de escrito de queja o recurso	6
Asistencia en la elaboración de escrito de queja	13
Recepción de escrito para conocimiento	1
Aportación de documentación al expediente	3
Acta circunstanciada que derivó en queja	2
Información sobre la función de la CNDH para trabajos escolares o de investigación	4
Total	291

C. Servicio de guardia en el edificio sede

Actividad	Total mensual
Orientación jurídica personal y telefónica	312
Revisión de escrito de queja o recurso	10
Asistencia en la elaboración de escrito de queja	21
Aportación de documentación al expediente	4
Acta circunstanciada que derivó en queja efectuada vía personal o telefónica	13
Acta circunstanciada que derivó en solución inmediata vía personal o telefónica	43
Información sobre la función de la CNDH para trabajos escolares o de investigación vía personal o telefónica	3
Total	406

D. Servicio de atención telefónica

El Departamento de Atención Telefónica ofrece, además de los rubros ya mencionados, información sobre el curso de los escritos presentados ante este Organismo Nacional.

Actividad	Total mensual
Primera Visitaduría	90
Segunda Visitaduría	255
Tercera Visitaduría	58
Cuarta Visitaduría	55
Quinta Visitaduría	30
Dirección General de Quejas y Orientación	31
Total	519

E. Servicio de Oficialía de Partes

El Departamento de Oficialía de Partes es el responsable de recibir, registrar y turnar todos los documentos que se reciben, por las distintas vías, en las instalaciones de la Comisión Nacional. A cada documento se le asigna número de folio y fecha de recepción, además de que se identifica por el tipo de documento, remitente, número de fojas y destinatario.

Tipo de documento	Total mensual
Escritos del quejoso	3,420
Documentos de autoridad	6,189
Documentos de transparencia	8
Documentos de CEDH	867
Presidencia	84
Para el personal de la CNDH	976
Total de documentos recibidos:*	11,544

*De los 11,544 documentos, 401 fueron recibidos por el Área de Guardias y 1,429 en la oficina de la Dirección General de Quejas y Orientación en el Centro Histórico.

Capacitación

Actividades realizadas durante el mes de mayo

Educación básica

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
2-may	Primaria "Benito Juárez"	Morelos	Curso	Aspectos básicos y violencia escolar	Alumnos
2-may	Primaria "Benito Juárez"	Morelos	Curso	Cruzada infantil y juvenil por la paz y la legalidad, aspectos básicos de Derechos Humanos	Alumnos
2 y 23-may (9 ocasiones)	Primaria "Benito Juárez"	Morelos	Curso-Taller	Cruzada infantil y juvenil por la paz y la legalidad	Alumnos
3-may	Secundaria "Teodomiro Manzano Campero"	Hidalgo	Curso-Taller	El papel del docente en la enseñanza de los Derechos Humanos	Docentes
3-may (9 ocasiones)	Secundaria "Teodomiro Manzano Campero"	Hidalgo	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos
4-may (9 ocasiones)	Secundaria Magatzi	Hidalgo	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos
4-may	Escuela Magatzi	Hidalgo	Curso-Taller	El papel del docente en la enseñanza de los Derechos Humanos	Docentes
7-may	Secundaria General Núm. 2 "Mariano Escobedo"	Querétaro	Curso-Taller	Violencia escolar	Alumnos
7-may (4 ocasiones)	Primaria "Julián Adame a la Torre"	Querétaro	Curso-Taller	Violencia escolar	Alumnos
7-may (5 ocasiones)	Primaria "Benito Juárez"	Querétaro	Curso-Taller	Violencia escolar	Alumnos y padres de familia
7 y 8-may (8 ocasiones)	Secundaria General Núm. 2 "Mariano Escobedo"	Querétaro	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
8-may (2 ocasiones)	Primaria "Benito Juárez"	Querétaro	Curso	Los Derechos Humanos y violencia escolar	Alumnos
8-may (4 ocasiones)	Secundaria "Arnulfo Pacheco"	Hidalgo	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos
9-may (4 ocasiones)	Primaria "Miguel Salinas"	Morelos	Curso	Cruzada infantil y juvenil por la paz y la legalidad	Alumnos
9-may (16 ocasiones)	Secundaria "Jose María y Pavón"	Hidalgo	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos
9-may	Primaria "Miguel Salinas"	Morelos	Curso	Aspectos básicos de Derechos Humanos	Alumnos
11-may (3 ocasiones)	Primaria Urbana Matutino "Justo Sierra"	Querétaro	Curso-Taller	Los Derechos Humanos y violencia escolar	Alumnos
11-may (3 ocasiones)	Primaria Urbana Matutino "Justo Sierra"	Querétaro	Curso-Taller	Violencia Escolar	Alumnos
11-may (6 ocasiones)	Escuela General Núm. 3, "1o. de Septiembre de 1982"	Querétaro	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos
16-may (3 ocasiones)	Primaria "Juan Jacobo Rosseau"	Morelos	Curso-Taller	Cruzada infantil y juvenil por la paz y la legalidad	Alumnos
16-may (3 ocasiones)	Primaria "Venustiano Carranza"	Morelos	Curso-Taller	Cruzada infantil y juvenil por la paz y la legalidad	Alumnos
16-may (3 ocasiones)	Secundaria Técnica Núm. 34	Morelos	Curso-Taller	Cruzada infantil y juvenil por la paz y la legalidad	Alumnos
16-may (9 ocasiones)	Secundaria General "Moisés Sáenz"	Hidalgo	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos
17-may (9 ocasiones)	Secundaria General Núm. 2	Hidalgo	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos
18-may	Colegio Tuyoli	Distrito Federal	Curso-Taller	La participación de los padres de familia en la construcción de una cultura de la legalidad	Padres de familia
18-may (9 ocasiones)	Secundaria General "Tepexic"	Hidalgo	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos
22-may (8 ocasiones)	Secundaria General "Tierra y Libertad"	Hidalgo	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos
23-may (2 ocasiones)	Primaria "Benito Juárez"	Morelos	Curso-Taller	Derechos Humanos y violencia escolar	Alumnos
23-may (4 ocasiones)	Secundaria General "Lic. Luis Donaldo Colosio Murrieta"	Hidalgo	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos
23-may	Primaria "Benito Juárez"	Morelos	Curso	Cruzada infantil y juvenil por la paz y la legalidad y violencia escolar	Alumnos

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
23-may	Secundaria General "Emiliano Zapata"	Morelos	Curso-Taller	Cruzada infantil y juvenil por la paz y la legalidad	Alumnos
23-may	Secundaria General "Emiliano Zapata"	Morelos	Curso-Taller	Cruzada juvenil por la paz y la legalidad	Alumnos
23-may	Secundaria General "Emiliano Zapata"	Morelos	Curso-Taller	Derechos Humanos y violencia escolar	Alumnos
23-may	Secundaria General "Emiliano Zapata"	Morelos	Curso-Taller	Los Derechos Humanos y violencia escolar	Alumnos
24-may (6 ocasiones)	Secundaria General "Ramón López Velarde"	Hidalgo	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos
25-may	Colegio Tiyoli	Distrito Federal	Curso-Taller	El papel del docente en la enseñanza de los Derechos Humanos	Docentes
25-may (4 ocasiones)	Secundaria General "Cultura y Patria"	Hidalgo	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos
30-may	Primaria General "Felipe Ángeles"	Morelos	Curso	Cruzada infantil y juvenil por la paz y la legalidad	Alumnos
30-may	Primaria General "Felipe Ángeles"	Morelos	Curso-Taller	Cruzada infantil y juvenil por la paz y la legalidad, aspectos básicos de Derechos Humanos	Alumnos
30-may	Secundaria Técnica Núm. 20 "Cuauhtlizin"	Morelos	Curso	Cruzada infantil por la paz y la legalidad	Alumnos
30-may	Secundaria Técnica Núm. 20 "Cuauhtlizin"	Morelos	Curso-Taller	Cruzada infantil y juvenil por la paz y la legalidad	Alumnos
30-may	Secundaria Técnica Núm. 20 "Cuauhtlizin"	Morelos	Curso	Los Derechos Humanos y la violencia escolar	Alumnos
30-may (3 ocasiones)	Primaria General "Felipe Ángeles"	Morelos	Curso	Cruzada infantil y juvenil por la paz y la legalidad y violencia escolar	Alumnos
31-may	Primaria General "Felipe Ángeles"	Michoacán	Curso-Taller	Violencia escolar y Derechos Humanos	Alumnos
31-may	Primaria Rural Federal "José María Morelos"	Michoacán	Curso-Taller	La niñez y la juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos
31-may	Telesecundaria ESTV 16	Michoacán	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos

Educación media

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
Del 17 al 18-may (2 ocasiones)	CETIS Núm. 27	Puebla	Conferencia	Derechos Humanos y educación	Docentes, administrativos y directores
30 y 31-may (12 ocasiones)	CEBTIS 162 "Lázaro Cárdenas del Río"	Michoacán	Curso-Taller	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Alumnos

Educación superior

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
7-may	Centro de Estudios del Ejército y Fuerza Aérea de la SEDENA	Distrito Federal	Diplomado	Los Derechos Humanos y las fuerzas armadas	Alumnos
8-may	Escuela Superior de Ingeniería Textil	Distrito Federal	Conferencia	Derechos civiles y políticos para jóvenes	Alumnos
24-may	Escuela Superior de Ingeniería Química e Industrias Extractivas	Distrito Federal	Conferencia	Derechos civiles y políticos para jóvenes	Alumnos
25-may	Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y CDH de Tabasco	Tabasco	Conferencia	Los Derechos Humanos de las víctimas	Alumnos
25-may	Universidad Nova Spania	Michoacán	Conferencia	Reformas constitucionales en materia de Derechos Humanos	Alumnos
29-may	Universidad de Tijuana	Baja California	Conferencia	Derechos Humanos de las víctimas u ofendidos del delito	Alumnos, docentes, directivos y administrativos
29-may	Universidad de Tijuana	Baja California	Conferencia	Explotación sexual comercial y Derechos Humanos	Alumnos, docentes, directivos y administrativos
30-may	Universidad de Tijuana	Baja California	Conferencia	Derechos Humanos de los periodistas y la libertad de expresión	Alumnos, docentes, directivos y administrativos
30-may	Universidad de Tijuana	Baja California	Conferencia	La reforma constitucional en materia de Derechos Humanos del 10 de junio de 2011	Alumnos, docentes, directivos y administrativos
31-may	Universidad Autónoma de Chiapas	Distrito Federal	Conferencia	Reforma constitucional en materia de Derechos Humanos	Alumnos de posgrado
31-may	Universidad de Tijuana	Baja California	Conferencia	Marco jurídico para la protección de las niñas, niños y adolescentes	Alumnos, docentes, directivos y administrativos
31-may	Universidad de Tijuana	Baja California	Conferencia	Principales actos de violación a los Derechos Humanos en materia laboral	Alumnos, docentes, directivos y administrativos
31-may	Universidad de Tijuana	Baja California	Conferencia	Violencia escolar	Alumnos, docentes, directivos y administrativos

Grupos en situación vulnerable (niñez)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
14-may	Comisión de Protección y Asistencia al Menor	Sonora	Conferencia	Derecho y deberes de niñas y niños	Niñez
14-may	Comité de Colaboración Comunitaria de México, A. C.	Sonora	Conferencia	Derecho y deberes de niñas y niños	Niñez
16-may	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Conferencia	Derechos Humanos y <i>bullying</i>	Niñez
16-may (2 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Conferencia	Violencia familiar	Niñez
16 y 31-may (4 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Conferencia	Violencia escolar	Niñez
24 y 25-may (10 ocasiones)	Confederación Internacional para Salvaguardar los Derechos Humanos, A. C.	Estado de México	Conferencia	Derechos Humanos y <i>bullying</i>	Niñez
24 y 25-may (12 ocasiones)	Confederación Internacional para Salvaguardar los Derechos Humanos, A. C.	Estado de México	Conferencia	Violencia escolar	Niñez
26-may	Mujeres y Cultura Subterránea, A. C.	Estado de México	Conferencia	Derechos de los niños	Niñez
29-may	Casa de Niños Frank González, A. C.	Nayarit	Curso	Derechos y deberes de niñas y niños	Niñez
31-may (2 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Curso	Valores en la familia	Niñez
31-may (3 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Curso	Valores y Derechos Humanos	Niñez

Grupos en situación vulnerable (mujer)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
6-may	Organización Civil de Gestoría Social para los Derechos Humanos en México, A.C.	Estado de México	Conferencia	Aspectos generales de los Derechos Humanos	Mujeres
21-may	Educación para la Democracia, A. C.	Yucatán	Conferencia	Derechos Humanos de la mujer	Mujeres
21-may	Educación para la Democracia, A. C.	Yucatán	Conferencia	Equidad de género	Mujeres
23-may	Guaraní, A. C.	Distrito Federal	Conferencia	Derechos Humanos y derechos de la mujer	Mujeres
22-may	Guaraní, A. C.	Distrito Federal	Conferencia	Equidad y violencia de género	Mujeres
26-may	Mujeres y Cultura Subterránea, A. C.	Estado de México	Conferencia	Derechos de las mujeres	Mujeres

Grupos en situación vulnerable (indígenas)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
1-may	Coalición de Derechos Humanos, A.C.	Estado de México	Conferencia	Discriminación y Derechos Humanos	Población indígena

Grupos en situación vulnerable (jóvenes)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
16 y 17-may (12 ocasiones)	Rompiendo Barreras para una Vida Mejor, A. C.	Puebla	Conferencia	Derechos de niñas, niños, adolescentes y trata de personas	Jóvenes
16, 17 y 18-may (10 ocasiones)	Rompiendo Barreras para una Vida Mejor, A. C.	Puebla	Conferencia	Derechos Humanos de las niñas y niños y trata de personas	Jóvenes
17-may	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Conferencia	Derechos Humanos y <i>bullying</i>	Jóvenes
17-may (13 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Conferencia	Violencia escolar	Jóvenes
17 y 18-may (4 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Conferencia	Derechos Humanos y violencia familiar	Jóvenes
24-may	Universidad Autónoma del Estado de Morelos	Morelos	Conferencia	Globalización y Derechos Humanos	Jóvenes
30-may (2 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Conferencia	Valores y Derechos Humanos	Jóvenes
30-may (2 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Conferencia	Violencia escolar	Jóvenes
30-may (2 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Conferencia	Valores	Jóvenes
30-may	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Conferencia	Violencia escolar	Jóvenes
30-may (2 ocasiones)	Confederación Internacional para Salvaguardar los Derechos Humanos, A. C.	Morelos	Conferencia	Valores en la familia	Jóvenes
30 y 31-may (3 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Conferencia	Valores en la familia	Jóvenes
30 y 31-may (6 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Conferencia	Valores en la familia	Jóvenes

Servidores públicos (fuerzas armadas)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
4 y 7-may (2 ocasiones)	Secretaría de la Defensa Nacional	Chiapas	Curso	Análisis de casos de violaciones a los Derechos Humanos	Personal militar
7 y 10-may (2 ocasiones)	Secretaría de la Defensa Nacional	Distrito Federal	Curso	Situación actual de los Derechos Humanos en México	Jefes, personal militar y oficiales
8-may	Secretaría de la Defensa Nacional	Estado de México	Curso-Taller	Análisis de casos de violaciones a los Derechos Humanos	Personal militar

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
8-may	Secretaría de la Defensa Nacional	Distrito Federal	Curso	Situación actual del sistema universal de protección de los Derechos Humanos	Personal militar
9-may	Centro de Estudios del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos	Distrito Federal	Seminario	Situación actual de los organismos no jurisdiccionales de protección de los Derechos Humanos	Personal militar
9-may	Secretaría de la Defensa Nacional	Coahuila	Curso Taller	Análisis de casos de violaciones a los Derechos Humanos	Personal militar
9-may	Secretaría de la Defensa Nacional	Estado de México	Curso	Análisis de casos de violaciones a los Derechos Humanos	Jefes y oficiales
11-may	Secretaría de la Defensa Nacional	Distrito Federal	Curso	Análisis de casos de violaciones a los Derechos Humanos	Jefes y oficiales
11-may	Secretaría de la Defensa Nacional	Chihuahua	Curso	Análisis de casos de violaciones a los Derechos Humanos	Personal militar
11-may	Secretaría de la Defensa Nacional	Distrito Federal	Curso	La situación actual del sistema interamericano de protección de los Derechos Humanos	Jefes y oficiales
14-may	Secretaría de la Defensa Nacional	Distrito Federal	Curso	Libertad de expresión y Derechos Humanos de los periodistas	Jefes, oficiales y tropa
17-may	Secretaría de la Defensa Nacional	Nuevo León	Curso	Análisis de casos de violaciones a los Derechos Humanos	Jefes, oficiales y tropa
22-may	Secretaría de la Defensa Nacional	Chihuahua	Curso	Análisis de casos de violaciones a los Derechos Humanos	Personal militar
22-may	Secretaría de la Defensa Nacional	Distrito Federal	Curso	Análisis de casos de violaciones a los Derechos Humanos	Personal militar
25-may	Secretaría de la Defensa Nacional	Varias	Conferencia a distancia	Cadena de custodia y su importancia en el respeto irrestricto a los Derechos Humanos	Personal militar
29-may	Secretaría de la Defensa Nacional	Distrito Federal	Conferencia	Código de Conducta de los Servidores Públicos del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana	Personal militar

Servidores públicos (seguridad pública)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
3-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Coahuila	Curso	Prevención de violaciones a los Derechos Humanos	Policías federales
4-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Sonora	Curso	Prevención de violaciones a los Derechos Humanos	Agentes de la Policía Federal de la Coordinación Estatal

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
4-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Tabasco	Curso	Prevención de violaciones a los Derechos Humanos	Policías federales
4-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Sinaloa	Curso	Prevención de violaciones a los Derechos Humanos	Personal de la Policía Federal en Sinaloa
8-may	Policía Federal	Distrito Federal	Curso	Seguridad pública y Derechos Humanos	Personal de la Policía Federal
9-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Morelos	Curso	Seguridad pública y Derechos Humanos, desaparición forzada, retención legal e incomunicación	Alumnos
15-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Distrito Federal	Curso	Marco jurídico de las niñas, niños y adolescentes	Policías federales
16-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Morelos	Curso	Derecho a la presunción de inocencia	Personal del Servicio de Protección Federal
16-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Morelos	Curso	Uso legítimo de la fuerza y de las armas de fuego	Policías federales
17-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Guerrero	Curso	Prevención de violación a Derechos Humanos	Policías federales
18-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Puebla	Curso	Prevención de violación a Derechos Humanos	Agentes de la Policía Federal de la coordinación estatal
18-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Colima	Curso	Prevención de violación a Derechos Humanos	Personal de la Policía Federal
22-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Distrito Federal	Curso	Actos legítimos en puestos de verificación y control	Personal de la Policía Federal
22-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Estado de México	Curso	Prevención de violaciones a los Derechos Humanos	Personal de la Policía Federal
23-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Durango	Curso	Prevención de violaciones a los Derechos Humanos	Personal de la Policía Federal
23-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Oaxaca	Curso	Prevención de violaciones a los Derechos Humanos	Personal de la Policía Federal
24-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Guanajuato	Curso	Prevención de violaciones a los Derechos Humanos	Policías federales
25-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Querétaro	Curso	Prevención de violaciones a los Derechos Humanos	Policías federales
31-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Tabasco	Curso	Aspectos básicos de los Derechos Humanos y detención	Servidores públicos
31-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Hidalgo	Curso	Prevención a violaciones de los Derechos Humanos	Policías federales
31-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	San Luis Potosí	Curso	Prevención a violaciones de los Derechos Humanos	Agentes de la Policía Federal
31-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Quintana Roo	Curso	Prevención a violaciones de los Derechos Humanos	Policías federales

Servidores públicos (procuración de justicia)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
Del 9-ene al 9-may	Procuraduría General de la Republica	Distrito Federal	Curso-Taller	Derechos de las víctimas u ofendidos del delito	Oficiales Ministeriales
7-may (2 ocasiones)	Procuraduría General de la Republica	Distrito Federal	Seminario	No discriminación y los derechos de las personas con discapacidad	Servidores Públicos
15, 16, 17 y 18-may (10 ocasiones)	Procuraduría General de Justicia	Oaxaca	Curso-Taller	Educación en Derechos Humanos: Prevención de violaciones	Agente estatal de investigación
29, 30 y 31-may (7 ocasiones)	Procuración General de Justicia e Instituto de Formación y Capacitación Profesional	Oaxaca	Curso	Procuración de justicia y Derechos Humanos	Agentes estatales de investigación
30-may	Procuración General de Justicia e Instituto de Formación y Capacitación Profesional	Distrito Federal	Curso	Sobre la detención	Agentes del Ministerio Público

Servidores públicos (Sistema Penitenciario)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
2-may	Instituto de Tratamiento de Menores Infractores	Colima	Curso	Implementación del Protocolo de Estambul	Personal médico, jurídico y custodios
8 y 9-may (3 ocasiones)	Centro de reinserción social de la paz	Baja California Sur	Curso	Convención contra la Tortura y Protocolo de Estambul	Personal de custodia de centros de reinserción social
9-may	Cefereso Núm. 4	Nayarit	Curso	Prevención de violaciones a los Derechos Humanos y de la tortura	Personal penitenciario, de vigilancia y custodia
10 y 11-may (2 ocasiones)	Cefereso Núm. 4	Nayarit	Curso	Prevención de violaciones a los Derechos Humanos y de la tortura, uso legítimo de la fuerza en el sistema penitenciario y Derechos Humanos en el restablecimiento del orden	Personal penitenciario, de vigilancia y custodia
16 y 17-may (2 ocasiones)	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Estado de México	Curso	Uso legítimo de la fuerza, prevención de la tortura y violaciones a los Derechos Humanos	Custodios y personal administrativo
23-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Sinaloa	Curso	Sobre el uso legítimo de la fuerza, prevención de la tortura y violaciones a los Derechos Humanos	Custodios y personal administrativo
24 y 25-may (2 ocasiones)	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Sinaloa	Curso	Sobre el uso legítimo de la fuerza, prevención de la tortura y violaciones a los Derechos Humanos	Custodios y personal administrativo
31-may	Secretaría de Seguridad Pública Federal	Jalisco	Curso	Sobre el uso legítimo de la fuerza, prevención de la tortura y violaciones a los Derechos Humanos	Custodios y personal administrativo

Servidores públicos (salud)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
22-may (2 ocasiones)	ISSSTE, Estancia para el Bienestar y Desarrollo Infantil	Distrito Federal	Curso-Taller	Derechos de los niños	Niñez
25-may	Hospital Juárez	Distrito Federal	Curso	Derechos Humanos, principio de igualdad, no discriminación y perspectiva de género	Médicos y directores del Hospital Juárez
25-may	Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental y CDH de Tabasco	Tabasco	Curso	Protocolo de Estambul	Personal médico

Servidores públicos (Organismos Públicos de Derechos Humanos)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
22-may	CNDH oficina foránea de La Paz	Baja California Sur	Curso	Derechos Humanos de las víctimas del delito y abuso de poder	Personal de la Oficina Foránea

Servidores públicos (otros servidores públicos)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
2-may	Tribunal Superior de Justicia del Estado de Puebla	Puebla	Conferencia	El sistema de protección jurisdiccional de los Derechos Humanos	Personal del Tribunal Superior de Justicia del Estado de Puebla y Público en General
2-may	Poder Judicial de la Federación	Tamaulipas	Curso	Derechos de las víctimas u ofendidos del delito	Magistrados jueces, actuarios, secretarios de juzgados, oficiales actuarios y administrativos
2-may	Poder Judicial de la Federación	Tamaulipas	Curso	Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos	Magistrados jueces, actuarios, secretarios de juzgados, oficiales actuarios y administrativos
2-may	Poder Judicial Federal	Baja California Sur	Curso	Reformas constitucionales en materia de Derechos Humanos	Defensores públicos y asesores
3-may	Secretaría de Comunicaciones y Transportes	Puebla	Curso	Conducta y ética en el servicio público	Personal de la SCT
3-may (3 ocasiones)	Secretaría de Comunicaciones y Transportes	Distrito Federal	Curso	Conducta y ética en el servicio público	Servidores Públicos
3 y 4-may (5 ocasiones)	Secretaría de Comunicaciones y Transportes	Distrito Federal	Curso	Conducta ética en el servicio público, tolerancia y discriminación	Personal de la SCT

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
4, 17 y 18-may (5 ocasiones)	Secretaría de Comunicaciones y Transportes	Distrito Federal	Curso	Conducta ética en el servicio público, tolerancia y discriminación	Servidores públicos
17-may	Secretaría de Comunicaciones y Transportes	Aguascalientes	Curso	Conducta ética en el servicio público, tolerancia y discriminación	Personal administrativo
17-may	Secretaría de Comunicaciones y Transportes	Distrito Federal	Curso	Derechos Humanos, tolerancia, discriminación, conducta y ética en el servicio	Personal de la SCT
17-may	Secretaría de Desarrollo Social	Distrito Federal	Curso	Actualización en materia de Derechos Humanos, aspectos básicos de Derechos Humanos, discriminación, equidad y perspectiva de género, discriminación a grupos en situación de vulnerabilidad y derechos de las niñas y los niños	Personal de estancias infantiles de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno Federal
18-may	Secretaría de Comunicaciones y Transportes	Baja California	Curso	Conducta ética en el servicio público, tolerancia y discriminación	Personal de la SCT
18-may	Secretaría de Comunicaciones y Transportes	Baja California	Curso	Derechos Humanos, tolerancia, discriminación, conducta y ética en el servicio público	Personal de la SCT
19-may	CEDH de Sonora	Sonora	Curso	Periodismo y Derechos Humanos	Periodistas y personal de la CEDH de Sonora
22-may	CEDH de Sonora	Sonora	Curso	Tolerancia y discriminación, código de ética en el servidor público, derechos de las niñas y los niños y ley federal de responsabilidades	Personal de SEDESOL
22-may	DIF Nacional	Baja California Sur	Curso	Actualización en materia de Derechos Humanos, aspectos básicos de Derechos Humanos, discriminación, equidad y perspectiva de género, discriminación a grupos en situación de vulnerabilidad y derechos de las niñas y los niños	Personal DIF Nacional
22-may	DIF Nacional	Aguascalientes	Curso	Conducta ética en el servicio público, discriminación y Derechos Humanos, equidad de género, ley de responsabilidades administrativas de los servidores públicos	Personal administrativo
22-may	DIF Nacional	Baja California	Curso	No discriminación, derechos de los niños (as), ética y responsabilidad de los servidores públicos	Personal administrativo y auxiliares de estancias infantiles

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
22-may	Secretaría de desarrollo social	Campeche	Curso	Conducta ética en el servicio público, discriminación y Derechos Humanos, equidad de género, ley de responsabilidades administrativas de los servidores públicos	Personal administrativo
22-may	Secretaría de Desarrollo Social	Baja California Sur	Curso	Actualización en materia de Derechos Humanos, aspectos básicos de Derechos Humanos, discriminación, equidad y perspectiva de género, discriminación a grupos en situación de vulnerabilidad y derechos de las niñas y los niños	Personal de estancias infantiles de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno Federal
22-may	Secretaría de Desarrollo Social	Aguascalientes	Curso	Conducta y ética en el servidor público, discriminación, equidad y perspectiva de género, derecho de las niñas y los niños y la ley de responsabilidades administrativas de los servidores públicos	Personal administrativo
22-may	Secretaría de Desarrollo Social	Baja California	Curso	No discriminación, derechos de los niños (as), ética y responsabilidad de los servidores públicos	Personal administrativo y auxiliares de estancias infantiles
22, 29 y 31-may (4 ocasiones)	DIF Nacional	Distrito Federal	Curso	Tolerancia y discriminación, código de ética en el servidor público, derechos de las niñas y los niños y ley federal de responsabilidades	Personal del DIF Nacional
22, 29 y 31-may (4 ocasiones)	Secretaría de Desarrollo Social	Distrito Federal	Curso	Tolerancia y discriminación, código de ética en el servidor público, derechos de las niñas y los niños y ley federal de responsabilidades	Personal de Sedesol
23-may	Poder Judicial de la Federación	Guerrero	Curso	Eficacia y pertinencia de la promoción de quejas ante los órganos protectores de Derechos Humanos de los defendidos	Defensores públicos
24-may	Secretaría de Comunicaciones y Transportes	Baja California Sur	Curso	Derechos Humanos, tolerancia, discriminación; conducta ética en el servicio público	Personal de SCT
25-may (2 ocasiones)	Secretaría de Comunicaciones y Transportes	Campeche	Curso	Conducta y ética de los servidores públicos, tolerancia y no discriminación	Personal de SCT
29-may	DIF Nacional	Estado de México	Curso	Conducta y ética en el servicio público, discriminación, equidad y perspectiva de género, derechos de las niñas y los niños y ley de responsabilidades administrativas de los servidores públicos	Personal del DIF Nacional

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
29-may	DIF Nacional	Durango	Curso	Conducta y ética en el servidor público, discriminación, equidad de género y derechos de las niñas y los niños	Personal del DIF Nacional
29-may	Secretaría de Desarrollo Social	Colima	Curso	Conducta y ética en el servidor público, discriminación, equidad de género y derechos de las niñas y los niños	Personal de Sedesol
29-may	DIF Nacional	Coahuila	Curso	Conducta y ética en el servicio público, discriminación, equidad y perspectiva de género, derechos de las niñas y los niños y la ley de responsabilidades administrativas de los servidores públicos	Personal administrativo DIF nacional
29-may	DIF Nacional	Hidalgo	Curso	Derechos Humanos, grupos en situación de vulnerabilidad y servidores públicos	Personal administrativo Sedesol
29-may	DIF Nacional	Guanajuato	Curso	Programa de actualización en Derechos Humanos	Servidores públicos
29-may	Secretaría de Desarrollo Social	Coahuila	Curso	Conducta y ética en el servicio público, discriminación, equidad y perspectiva de género, derechos de las niñas y los niños y la ley de responsabilidades administrativas de los servidores públicos	Personal administrativo Sedesol
29-may	Secretaría de Desarrollo Social	Hidalgo	Curso	Derechos Humanos, grupos en situación de vulnerabilidad y servidores públicos	Personal administrativo Sedesol
29-may	Secretaría de Desarrollo Social	Guanajuato	Curso	Programa de actualización en Derechos Humanos	Servidores públicos
29-may	Secretaría de Desarrollo Social	Durango	Curso	Conducta y ética en el servicio público, discriminación, equidad y perspectiva de género, derechos de las niñas y los niños y la ley de responsabilidades administrativas de los servidores públicos	Personal de la Sedesol
29-may (2 ocasiones)	DIF Nacional	Guerrero	Curso	Conducta y ética en el servicio público, discriminación, equidad y perspectiva de género, derechos de las niñas y los niños y la ley de responsabilidades administrativas de los servidores públicos	Personal administrativo DIF nacional

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
29-may (2 ocasiones)	DIF Nacional	Chihuahua	Curso	No discriminación, derechos de los niños (as), ética y responsabilidad de los servidores públicos	Personal administrativo y auxiliares de estancias infantiles
29 y 31-may (2 ocasiones)	DIF Nacional	Distrito Federal	Curso	Conducta y ética en el servicio público, discriminación, equidad y perspectiva de género, derechos de las niñas y los niños y ley de responsabilidades administrativas de los servidores públicos	Personal del DIF Nacional
29 y 31-may (2 ocasiones)	Secretaría de Desarrollo Social	Distrito Federal	Curso	Conducta y ética en el servicio público, discriminación, equidad y perspectiva de género, derechos de las niñas y los niños y ley de responsabilidades administrativas de los servidores públicos	Personal de Sedesol
31-may	Municipio de Centla	Tabasco	Curso	Aspectos básicos de los Derechos Humanos y medio ambiente	Personal de protección civil
31-may (2 ocasiones)	Secretaría de Comunicaciones y Transportes	Coahuila	Curso	Derechos Humanos, tolerancia, discriminación y ética en el servidor público	Personal de la SCT

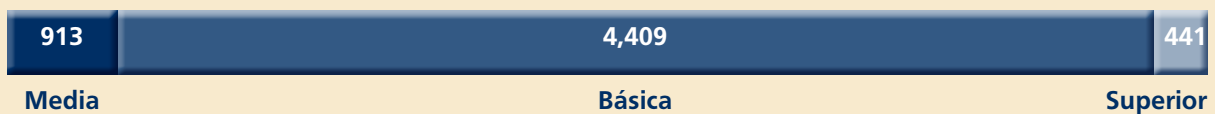
Organizaciones sociales (Organismos No Gubernamentales)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
3-may	Transformando Hogares, A. C.	Puebla	Curso	Derechos Humanos y equidad de género	Integrantes
4-may	Transformando Hogares, A. C.	Puebla	Curso	Derechos Humanos y violencia escolar	Integrantes
7-may	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Conferencia	Reformas constitucionales en materia de Derechos Humanos	Integrantes
7-may	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Conferencia	Introducción a los Derechos Humanos	Integrantes
9-may	Asociación Mexicana de Mediación y Prevención Integral de Conflictos, A.C	Morelos	Reunión	Programación de Actividades de Capacitación	Integrantes
9-may	S. P., EAGLE, A. C.	Estado de México	Conferencia	Defensa de los Derechos Humanos	Integrantes
16-may	Organización Civil de Gestoría Social para los Derechos Humanos, A. C.	Estado de México	Conferencia	Violencia familiar	Integrantes
5-may	Formación de Emprendedores Profesionales, S. C.	Guerrero	Conferencia	Evolución de los Derechos Humanos	Integrantes

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
22-may	Jóvenes Comprometidos, A. C.	Zacatecas	Conferencia	Reformas constitucionales en materia de Derechos Humanos	Integrantes
25-may (2 ocasiones)	Organización Civil de Gestoría Social para los Derechos Humanos, A. C.	Estado de México	Conferencia	Derechos Humanos y violencia familiar	Integrantes

Educación

Participantes en las 193 actividades



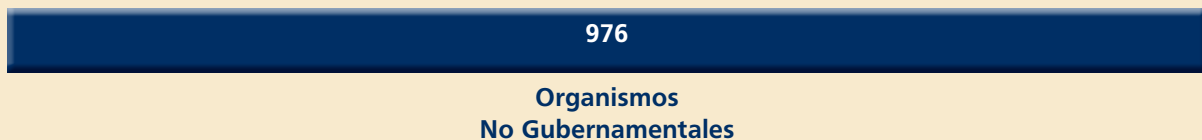
Grupos en situación vulnerable

Participantes en las 104 actividades



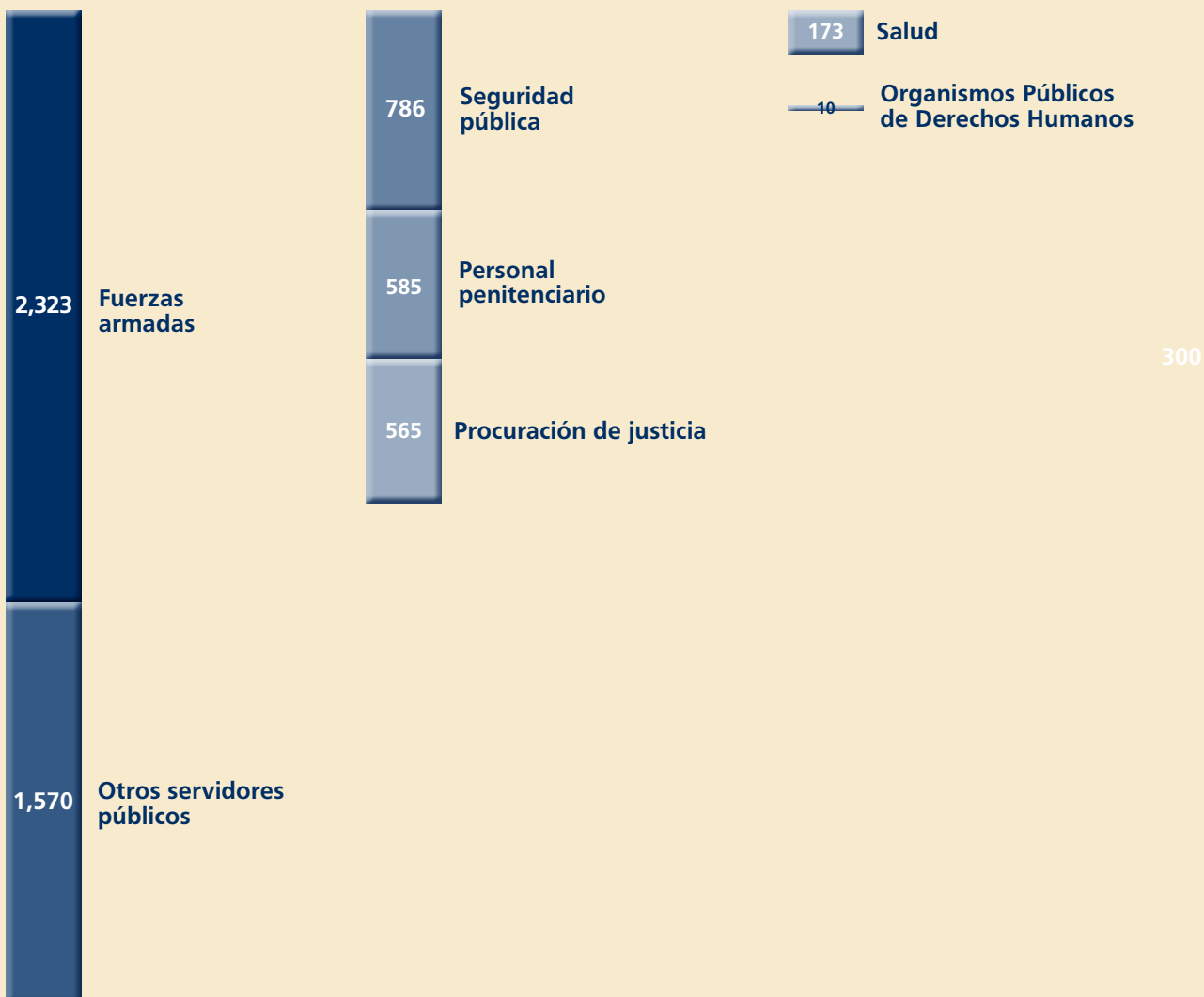
Organizaciones sociales

Participantes en las ocho actividades



Servidores públicos

Participantes en las 144 actividades



Publicaciones

A. Listado de publicaciones del mes

Material	Título	Núm. de ejemplares
Libro	<i>Gaceta</i> número 259, correspondiente a febrero de 2012	1,000
CD	<i>Gaceta</i> número 259, correspondiente a febrero de 2012	150
Libro	<i>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</i> (decimoctava edición)	2,000
Libro	<i>Compendio de Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos</i> Tomo I	1,000
Libro	<i>Compendio de Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos</i> Tomo II	1,000
Libro	<i>Compendio de Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos</i> Tomo III	1,000
Díptico	<i>Plan federal de reparación y respuesta para sismo de grandes magnitudes en México</i>	2,200
Tríptico	<i>Campaña Nacional para Promover el Respeto a las Diferentes Masculinidades</i>	4,000
Díptico	<i>Una llamada una voz amiga</i>	10,000
Tríptico	<i>A mí no me va a pasar...</i>	3,000
Tríptico	<i>Evitemos el maltrato a los niños, las niñas y los adolescentes</i>	5,200
Tríptico	<i>La CNDH ¡trabajando por la niñez trabajadora!</i>	3,000
Tríptico	<i>La CNDH difunde los derechos y obligaciones en la escuela</i>	30,000
Tríptico	<i>Y tú... ¿Sabes de qué se trata... la trata?</i>	10,000
Tríptico	<i>Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. Violencia de estudiantes a maestros</i>	30,000
Tríptico	<i>Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. Violencia entre estudiantes</i>	30,000
Tríptico	<i>Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. Violencia de padres de familia a estudiantes</i>	30,000

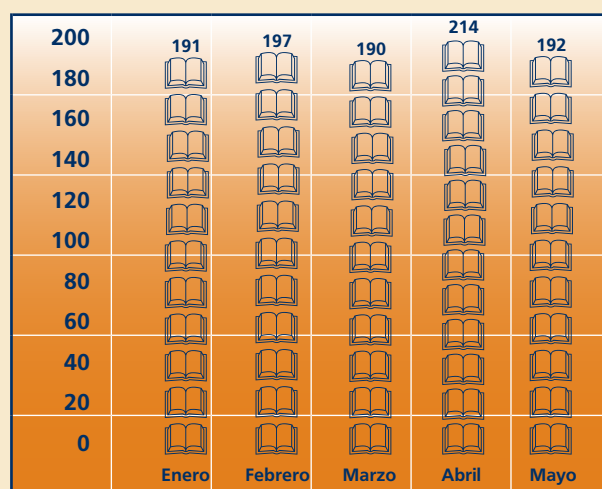
Material	Título	Núm. de ejemplares
Tríptico	<i>Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. Violencia de maestros a estudiantes</i>	30,000
Tríptico	<i>Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. Violencia entre padres de familia y maestros y/o autoridades escolares</i>	30,000
Díptico	<i>Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. El derecho de las niñas, los niños y los adolescentes a recibir una educación libre de Violencia</i>	30,000
Díptico	<i>Convenio 169 de la OIT. Derechos Humanos de los Pueblos y Comunidades Indígenas</i>	10,000
Díptico	<i>Derechos de las Mujeres Indígenas. Derechos Humanos de los Pueblos y Comunidades Indígenas</i>	12,000
Díptico	<i>Los derechos de la Niñez Indígena. Derechos Humanos de los Pueblos y Comunidades Indígenas</i>	10,000
Tríptico	<i>Mi nombre es importante dirección y teléfono también</i>	50,000
Tríptico	<i>Rescatemos a la familia y sus valores</i>	1,000
Folleto	<i>Campaña Nacional de Prevención y Protección de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del maltrato y Conductas Sexuales</i>	1,600
Folleto	<i>Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. El derecho de las niñas, los niños y los adolescentes a recibir una educación libre de violencia</i>	30,000
Folleto	<i>Derechos Humanos de las mujeres indígenas</i>	5,000
Folleto	<i>Los derechos de la niñez indígena</i>	5,000
Folleto	<i>Los derechos de los pueblos y comunidades indígenas</i>	5,000
Cartilla	<i>La discriminación y el derecho a la no discriminación</i>	19,000
Cartilla	<i>La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y su Protocolo Facultativo</i>	11,000
Cartilla	<i>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su mecanismo de Vigilancia</i>	7,000
Cartilla	<i>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y su Protocolo Facultativo</i>	2,000
Cartilla	<i>Los derechos humanos de las personas que viven con VIH o SIDA</i>	20,000
Cartilla	<i>Las mujeres adultas mayores y los Derechos Humanos</i>	1,000
Cartel	<i>Dale voz a tus manos</i>	10,000
Cartel	<i>Campaña Nacional para Promover el Respeto a las Diferentes masculinidades</i>	1,000
Cartel	<i>Educación en mi lengua</i>	5,000
Cartel	<i>Tienes derecho a ser tú</i>	5,000
Cartel	<i>La consulta previa es tu derecho</i>	5,000
Cartel	<i>Un desarrollo digno es tu derecho</i>	5,000

Material	Título	Núm. de ejemplares
Cartel	<i>Dignidad en la atención de tu salud</i>	5,000
Cartel	<i>Unidos contra la trata de personas. La trata de personas lastima la dignidad y la libertad de todos</i>	10,000
Cartel	<i>Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. "Para un mundo sin violencia... ¡Hay que empezar por nosotros en nuestra escuela!"</i>	30,000
Cartel	<i>Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. "¡Quiero crecer ejerciendo mi derecho a una vida y a una educación libre de violencia!"</i>	30,000
Cartel	<i>Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. "Di no a la violencia escolar"</i>	30,000
Cuaderno	<i>Las mil caras de la trata de personas</i>	10,000
Rompecabezas	<i>Campaña Nacional para Promover la Equidad entre Mujeres y Hombres en el Hogar. Responsabilidades Familiares Compartidas. Entre tod@s es mejor</i>	3,000
Memorama	<i>Los derechos de la niñez</i>	12,000
Tarjeta de presentación	<i>Mi nombre es importante dirección y teléfono también</i>	50,000
Sobre	<i>Mi nombre es importante dirección y teléfono también</i>	50,000
Tarjeta	<i>Derechos humanos en la familia I</i>	50,000
Tarjeta	<i>Derechos humanos en la familia II</i>	50,000
Cartel	<i>Seminario sobre las reformas constitucionales en materia de amparo y derechos humanos</i>	100
Invitación	<i>Seminario sobre las reformas constitucionales en materia de amparo y derechos humanos</i>	100
Cartel	<i>Género y Derechos Humanos</i>	70
Invitación	<i>Género y Derechos Humanos</i>	70
Total		804,490

B. Distribución

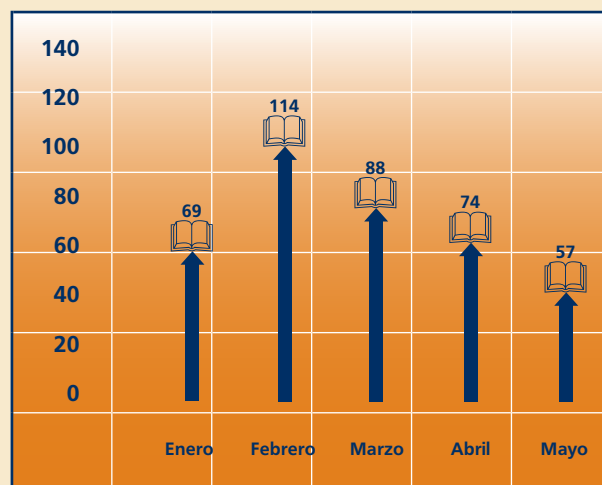
Material	Título	Núm. de ejemplares
Carteles	Varios títulos	41,500
Cartillas	Varios títulos	27,300
Cuadernos	Varios títulos	1,200
Cuadrípticos	Varios títulos	9,000
Dípticos	Varios títulos	12,550
Discos compactos	Varios números	428
Dominó	<i>Programa de Defensa y Protección de los Derechos Humanos de las Niñas y los Niños. Niños promotores</i>	150
Folletos	Varios títulos	19,433
Gacetas	Varios números	2,627
Informes	Varios años y títulos	2
Libros	Varios títulos	1,702
Memoramas	<i>Los derechos de las niñas y los niños</i> (caja de 32 tarjetas)	100
Revistas	Varios números	18
Rompecabezas	<i>Campaña Nacional para Promover la Equidad entre Mujeres y Hombres en el Hogar</i>	3,000
Trípticos	Varios títulos	16,700
Total		135,710

A. Incremento del acervo

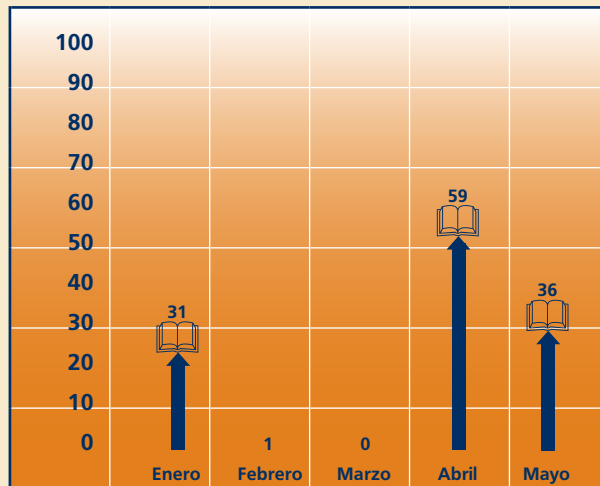


B. Compra, donación, intercambio y depósito

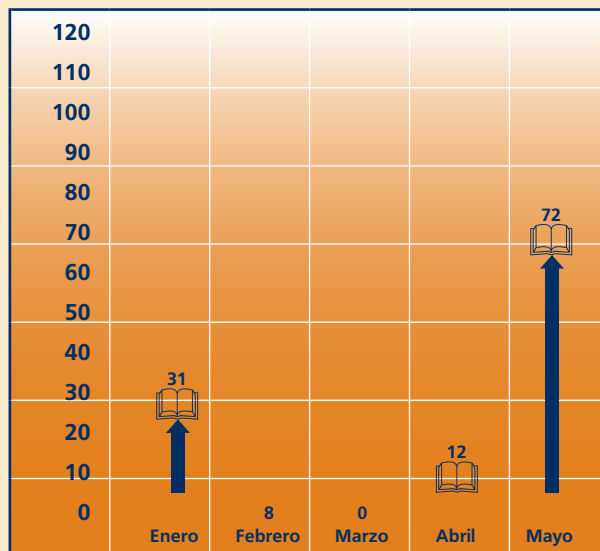
a. Compra



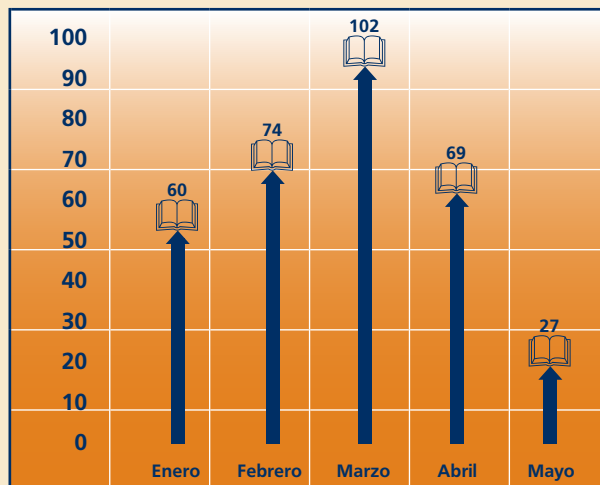
b. Donación



c. Intercambio



d. Depósito



Transparencia

A. Solicitudes de información en trámite, recibidas y contestadas

Mayo	
Solicitudes de	Núm.
Información en trámite	43
Información recibidas	37
Información contestadas	34

B. Solicitudes de información contestadas en el periodo

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
00005912	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copia de la versión pública de las conciliaciones y seguimiento dado ante el Instituto Nacional de Migración.	Información proporcionada
00006912	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó diversa información sobre hechos violatorios referentes a contaminación ambiental y daño ecológico, así como a acciones tomadas por la CNDH. Asimismo, solicitó copia del expediente de Tabasco, Cunduacán.	Se acordó entregar la información en términos de ley No pagó
00007512	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copia de comprobantes de los pagos efectuados para la realización del spot denominado "Embajadores".	Se acordó entregar la información No asistió
00009012	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copias de los gastos efectuados para la realización de eventos convocados por la CNDH y el grupo denominado "Embajadores", fuera de la ciudad de Monterrey, Nuevo León.	Se acordó entregar la información No asistió

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
00009212	Tercera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copias certificadas del expediente CNDH/3/2011/1486/Q.	Información proporcionada en términos de ley
00010312	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó versión pública de las conciliaciones y seguimiento dado ante el Instituto Nacional de Migración.	Información proporcionada
00011412	Primera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó diversa información sobre servidores públicos de la CNDH.	Información proporcionada
00011712	Cuarta Visitaduría General	Solicitó copia de su expediente de queja.	Información proporcionada en términos de ley
00011812	Primera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó diversa información de personas extraviadas o fallecidas pertenecientes al estado de Oaxaca, o considerados parte de esa comunidad, a partir de 2006 a la fecha.	Información proporcionada
00012312	Tercera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copia certificada del expediente CNDH/3/2008/5886/Q.	Información proporcionada en términos de ley Pagó No asistió
00014012	Primera Visitaduría General	Solicitó los documentos que componen el archivo 812727.pdf.	No aclaró
00014612	Unidad de Enlace	No adjuntó el anexo referido en su solicitud vía Infomex.	No aclaró
00014712	Unidad de Enlace	No adjuntó el anexo referido en su solicitud vía Infomex.	No aclaró
00014812	Unidad de Enlace	No adjuntó el anexo referido en su solicitud vía Infomex.	No aclaró
00015112	Primera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre el expediente CNDH/1/1998/4297/Q.	Información proporcionada
00015512	Oficialía Mayor Comité de Información (clasificó)	Cuál es el salario de un subdirector de área de la CNDH.	Información proporcionada
00015812	Oficialía Mayor Comité de Información (clasificó)	Solicitó fichas curriculares del Presidente, Secretario Particular y Secretario Privado de la CNDH.	Información proporcionada
00015912	Oficialía Mayor Comité de Información (clasificó)	Solicitó fichas curriculares del Presidente, Secretario Particular y Secretario Privado de la CNDH. *Señaló diverso medio para recibir la notificación.	Información proporcionada
00016012	Segunda Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copia del oficio de envío y del informe especial dirigido al gobernador del estado de Jalisco, relativo a los hechos de violencia suscitados en la celebración de la III Cumbre de América Latina, el Caribe y la Unión Europea.	Información proporcionada
00016212	Primera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó se le informe el destino de diversos documentos que presentó a la CNDH.	Información proporcionada
00016312	Dirección General de Asuntos Jurídicos Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre las acciones de inconstitucionalidad que la CNDH ha presentado.	Información proporcionada

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
00017012	Órgano Interno de Control Comité de Información (clasificó)	Solicitó la declaración patrimonial actualizada de los miembros del Consejo Consultivo de la CNDH.	No se encontró la información
00017112	Segunda Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó información referente al expediente CNDH/2/2010/3919/Q.	Información reservada
00017312	Unidad de Enlace	Solicitó información relativa a casos especiales de violaciones graves a Derechos Humanos.	Información proporcionada
00017412	Segunda Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó se le proporcione el correo electrónico de personal de la CNDH.	Información proporcionada
00017612	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre inconformidades respecto a las resoluciones de las Comisiones Estatales de Derechos Humanos.	Información proporcionada
00017812	Unidad de Enlace	Solicitó que los documentos del archivo que adjuntó se anexasen al expediente CNDH/1/2012/2813/Q.	Orientación
00018112	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó el número de quejas derivadas del operativo que se llevó a cabo en el penal de Tepic Nayarit.	Información proporcionada
00018212	Unidad de Enlace	Solicitó información de Recomendaciones formuladas por la CNDH sobre el arraigo penal.	Información proporcionada
00018312	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó el número de casos que se han atendido de denuncias o quejas presentadas por periodistas o comunicadores en el transcurso del presente año.	Información proporcionada
00018412	Segunda Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó los expedientes completos de las dos quejas presentadas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el día 8 de mayo de 2012, por parte del Sindicato Mexicano de Electricistas.	Información reservada
00019512	Unidad de Enlace	Solicitó copia de la Recomendación 61/2011, o, en su caso, se le indique en qué parte del portal de internet la puede obtener.	Información proporcionada
00020112	Unidad de Enlace	Solicitó el nombre del coordinador de la oficina de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el estado de Chiapas, así como domicilio, teléfono y correo electrónico.	Información proporcionada
00020812	Unidad de Enlace	Señaló haber recibido un oficio de un juzgado familiar para diligenciar en la CNDH, el cual no especifica el domicilio para poder tramitarlo.	Orientación

C. Recursos en trámite, recibidos y resueltos

Mayo	
Recursos	Núm.
En trámite	3
Recibidos	3
Resueltos	2

Solicitudes contestadas en el periodo

Expediente	Recurso	Descripción de conclusión
00000812	Consideró que la información de la respuesta que se dio en el folio 00002712, está incompleta.	Se determinó sobreseimiento del Recurso de Revisión
00000712	Mostró inconformidad en la respuesta otorgada en el folio 00001112.	Se determinó el sobreseimiento del Recurso de Revisión

Programa de Visitas a Lugares de Detención en Ejercicio de las Facultades del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura

Centros visitados

Núm.	Entidad	Municipio	Centro
1	Aguascalientes		Centro Estatal para el Desarrollo de Adolescentes
2	Baja California		Centro de Diagnóstico y Ejecución de Medidas para Adolescentes, Ensenada
3	Baja California		Centro de Ejecución de Medidas para Adolescentes, Mexicali y Centro de Diagnóstico para Adolescentes, Mexicali
4	Baja California		Centro de Diagnóstico y Ejecución de Medidas para Adolescentes, Tijuana
5	Baja California Sur		Centro de Internamiento y Tratamiento para Adolescentes, La Paz
6	Campeche		Centro de Internamiento para Adolescentes Campeche
7	Chiapas		Centro de Internamiento Especializado para Adolescentes Villacrisol Berriozábal
8	Chiapas		Centro de Internamiento Especializado para Adolescentes, Tapachula
9	Chihuahua		Escuela de Mejoramiento Social para Menores Infractores, Ciudad Juárez
10	Chihuahua		Coordinación General del Centro Especializado en Reinserción Social para Adolescentes Infractores, Chihuahua
11	Chihuahua		Centro de Rehabilitación para Menores Infractores "Escuela 12 de Octubre", Ciudad Cuauhtémoc

Núm.	Entidad	Municipio	Centro
12	Coahuila		Centro de Internamiento Diagnóstico y Tratamiento de Adolescentes Varonil, Saltillo
13	Coahuila		Centro de Internamiento Diagnóstico y Tratamiento de Adolescentes Femenil, Saltillo
14	Coahuila		Centro de Internamiento Diagnóstico y Tratamiento de Adolescentes Varonil, Laguna
15	Coahuila		Centro de Internamiento Diagnóstico y Tratamiento de Adolescentes Varonil, Piedras Negras
16	Colima		Instituto para el Tratamiento de Menores Infractores de Colima
17	Distrito Federal		Comunidad de Diagnóstico Integral para Adolescentes
18	Distrito Federal		Comunidad para Adolescentes
19	Distrito Federal		Comunidad de Desarrollo para Adolescentes
20	Distrito Federal		Comunidad Especializada para Adolescentes "Dr. Alfonso Quiroz Cuarón"
21	Distrito Federal		Comunidad para Mujeres
22	Durango		Centro Especializado de Reinserción y Tratamiento para Menores Infractores Número 1, Durango
23	Durango		Centro Especializado de Reinserción y Tratamiento para Menores Infractores, Gómez Palacio
24	Estado de México		Escuela de Reinserción para Adolescentes del Estado
25	Guanajuato		Centro de Integración para Adolescentes
26	Guerrero		Centro de Ejecución de Medidas para Adolescentes
27	Hidalgo		Centro de Internamiento para Adolescentes Infractores de la Ley Penal
28	Jalisco		Centro de Observación, Clasificación y Diagnóstico, Zapopan
29	Jalisco		Centro Preventivo para Menores Infractores, Puerto Vallarta
30	Jalisco		Centro de Atención Integral, Juvenil del Estado, El Salto
31	Michoacán		Centro de Integración para Adolescentes

ACTIVIDADES

GACETA 262 • MAYO/2012 • CNDH

Actividades de la CNDH

■ Presidencia

- **Firma de un convenio de colaboración con el Centro Mexicano de Derecho Ambiental**

El 2 de mayo de 2012, el Titular de la CNDH, doctor Raúl Plascencia Villanueva, firmó un convenio general de colaboración con el Centro Mexicano de Derecho Ambiental. Durante la firma, el *Ombudsman* nacional subrayó la importancia de trabajar en esquemas de prevención y difusión de los derechos ambientales, como una medida para frenar su deterioro; asimismo, hizo un llamado a la sociedad en su conjunto para unir esfuerzos y proteger el medio ambiente para provocar que el tema sea de primer orden en la agenda nacional y no un aspecto coyuntural o de contingencia.

- **Firma de un convenio general colaboración con la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal**

El 8 de mayo de 2012, el doctor Raúl Plascencia Villanueva rubricó un convenio general de colaboración con la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal. En la ceremonia de firma, el Presidente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos aseguró que uno de los principales retos que enfrenta el México del siglo XXI es lograr que las instituciones públicas articulen esfuerzos con la sociedad para resolver los problemas; asimismo, señaló que el tema de ayuda, apoyo, acompañamiento y asistencia hacia quienes más lo necesitan es una de las prioridades del Organismo Público Autónomo.

- **Presentación de una demanda de acción de inconstitucionalidad (reforma de los artículos 133 Quáter del Código Federal de Procedimientos Penales, y 16, fracción I, apartado D, y 40 bis, de la Ley Federal de Telecomunicaciones)**

El 11 de mayo de 2012, el doctor Raúl Plascencia Villanueva presentó ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación una demanda de acción de inconstitucionalidad relacionada con la reforma de los artículos 133 Quáter del Código Federal de Procedimientos Penales, y 16, frac-

ción I, apartado D, y 40 bis, de la Ley Federal de Telecomunicaciones, en las cuales se otorga a los titulares de la Procuraduría General de la República y de Justicia de las entidades federativas atribuciones para solicitar a los concesionarios del servicio de telecomunicaciones la localización geográfica, en tiempo real, de equipos de telefonía móvil, para la investigación de diversos delitos. La demanda se ejerció en razón de que las reformas carecen de limitación temporal y otorga facultad discrecional e ilimitada a las Procuradurías. En la norma controvertida no se prevé la intervención de jueces para que autoricen la medida, la supervisen y revoquen en su momento. Esta Comisión Nacional considera que las mencionadas reformas vulneran los Derechos Humanos de las personas, en tanto son contrarias a las tuteladas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que México es parte.

- **Reunión con representantes de la Marcha de la Dignidad Nacional, Madres Buscando a sus Hijos y Buscando Justicia**

El 11 de mayo de 2012, el Presidente de la CNDH sostuvo dos reuniones con alrededor de 70 familiares de personas desaparecidas en diversas entidades del país, quienes presentaron su queja para que el Organismo Nacional intervenga. El doctor Raúl Plascencia Villanueva expresó a los representantes de la Marcha de la Dignidad Nacional, Madres Buscando a sus Hijos y Buscando Justicia, que para la CNDH es una prioridad atender estos casos y reiteró el compromiso institucional para que no sean olvidados.

- **Solicitud de apoyo al Presidente de la Comisión de los Derechos Humanos de Malasia contra la sentencia a pena de muerte de dos mexicanos en Kuala Lumpur**

El 17 de mayo de 2012, el doctor Raúl Plascencia Villanueva envió a su homólogo, señor Tan Sri Hasmy Agam, Presidente de la Comisión de los Derechos Humanos de Malasia, una solicitud de apoyo en colaboración para que actúe en defensa de dos ciudadanos mexicanos que fueron sentenciados a la pena de muerte por un tribunal de Kuala Lumpur, Malasia. En este sentido la Comisión Nacional mantiene firme su exigencia para que los mexicanos sentenciados en el extranjero reciban asistencia consular y jurídica, y analiza los pronunciamientos correspondientes para que, en los casos que proceda, se les conmute esta pena por la de prisión.

- **Participación en el Primer Congreso Jurídico de la Riviera Maya**

El 24 de mayo de 2012 el doctor Raúl Plascencia Villanueva participó en el Primer Congreso Jurídico de la Riviera Maya, que se realizó en la ciudad de Playa del Carmen, Quintana Roo. En su participación, el *Ombudsman* nacional señaló que una amplísima gama de leyes debe modificarse, renovarse e impulsarse para dar lugar a una nueva dinámica nacional en Derechos Humanos, donde no sean sólo un texto, sino una realidad.

- **Firma de un convenio colaboración con la Asociación de Medallistas Olímpicos de México, A. C.**

El 29 de mayo de 2012, el Presidente de la CNDH suscribió un convenio general de colaboración con la Asociación de Medallistas Olímpicos de México, A. C. En la ceremonia, el doctor Raúl Plascencia Villanueva afirmó que el deporte es una disciplina que enriquece y fortalece

al ser humano, educa al cuerpo y a la mente a través del conocimiento, pero sobre todo de la perseverancia que forma el carácter, temple el espíritu y fomenta el respeto al oponente; asimismo, aseguró que la vinculación del tema de los Derechos Humanos con el deporte implica no sólo el acceso a un derecho, sino también la oportunidad de reconstruir el tejido social y la posibilidad de superar problemas.

- **Impartición de la conferencia magistral “Control de convencionalidad y su trascendencia en la impartición de justicia”, en Mexicali, Baja California**

El 31 de mayo de 2012, el *Ombudsman* nacional se trasladó a la ciudad de Mexicali, Baja California, donde dictó la conferencia magistral “Control de convencionalidad y su trascendencia en la impartición de justicia”, en el marco del Foro La Reforma en Materia de Derechos Humanos y el Control de Convencionalidad, organizado por el Instituto de la Judicatura del Estado de Baja California.

■ Primera Visitaduría General

PROGRAMA DE VIH

- **Participación en el Primer Foro Estatal de Trabajo Sexual y Derechos Humanos, VIH/SIDA e ITS y Trata de Personas, en la ciudad de Oaxaca**

Por invitación de la Asociación Civil Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer “Elisa Martínez”, A. C., el licenciado Ricardo Hernández Forcada, Director del Programa de VIH de esta Comisión Nacional, acudió, el 8 de mayo de 2012, a la ciudad de Oaxaca para participar en el Primer Foro Estatal de Trabajo Sexual, Derechos Humanos, VIH/SIDA e ITS y Trata de Personas.

Durante su intervención en este Foro, se refirió a los retos del trabajo sexual a partir de la reforma constitucional en materia de Derechos Humanos, subrayando que no es posible tener personas de segunda o tercera categoría, como es el caso del trato que se les da a las y a los trabajadores sexuales, quienes son víctimas de abusos y represión por parte de las autoridades, tal es el caso de que se les obliga a realizarse la prueba de anticuerpos al VIH de manera coercitiva y además se les cobra por los “controles sanitarios” que se les efectúan, en laboratorios particulares, a pesar de estar cubiertos por el seguro popular. Además, cuestionó la existencia de las llamadas zonas de tolerancia, ya que éstas facilitan la impunidad del crimen organizado y formas análogas a la esclavitud sexual. La coerción aplicada a los sistemas de control sanitario viola la dignidad y autonomía de los seres humanos y es contraproducente como medida de salud pública, pues crea falsas seguridades de salud, además de alejar a las personas de los servicios de salud.

- **Impartición de la conferencia “Derechos Humanos de las personas con VIH/SIDA”, en Chetumal, Quintana Roo**

El 9 de mayo de 2012, por invitación de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, el licenciado Ricardo Hernández Forcada, Director del Programa de VIH de esta Comisión, se dirigió a la ciudad de Chetumal, Quintana Roo, para impartir la conferencia “Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA”, ocasión en la que se hizo énfasis

en temas de bioética, como el derecho a la atención médica, a la calidad de la misma y a una muerte digna.

El licenciado Hernández Forcada también hizo hincapié en los deberes del personal de salud al tratar con las personas con VIH, enfatizando los Derechos Humanos de éstas, además de informar sobre los derechos del propio personal de salud.

La audiencia estuvo conformada por personal médico y paramédico del DIF del municipio de Othón Blanco, así como estudiantes y docentes de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Quintana Roo.

- **Presentación de resultados de la Primera Encuesta Nacional sobre *Bullying* Homofóbico, en el Distrito Federal**

Por solicitud de la Coalición de Jóvenes para la Educación y la Salud Sexual en México (COJESS, México), el 15 de mayo el licenciado Ricardo Hernández Forcada, Director del Programa de VIH de esta Comisión, participó, dentro del marco de las actividades del Día Mundial de Lucha contra la Homofobia, en la presentación de los resultados de la Primera Encuesta Nacional sobre *Bullying* Homofóbico. Dicha encuesta, levantada por medio de internet, arrojó, entre otros resultados, que 73 % de los gays había sufrido algún tipo de agresión acorde a lo que se ha definido como *bullying*. Por su parte, 50 % de las lesbianas y 66 % de las personas transgénero también han sido víctimas de estas prácticas abusivas.

Los insultos y burlas se dieron en 80 % de los casos de *bullying*, mientras que 150 personas fueron golpeadas y 216 llegaron a tener pensamientos suicidas.

El evento fue sumamente exitoso, ya que asistieron miembros de organizaciones de la sociedad civil, activistas, estudiantes jóvenes de las poblaciones lésbico, gay, bisexual, travesti, transgénero, transexual, intersexual y queer (LGBTTIQ) y otros grupos vulnerables, además de que fue cubierto por varios medios de comunicación.

- **Participación en el Diálogo Homofobia, Transfobia y Lesbofobia: una Mirada desde la Juventud, en el Distrito Federal**

Con motivo del Día Internacional contra la Homofobia, el 16 de mayo, en el Distrito Federal, se realizó el Diálogo Homofobia, Transfobia y Lesbofobia: una Mirada desde la Juventud, en el Museo Nacional de Arte, con la presencia de la licenciada Rocío Ivonne Verdugo Murúa, Subdirectora del Programa de VIH de esta Comisión, quien aportó conceptos relativos al Informe Especial sobre Violaciones a los Derechos Humanos y Delitos Cometidos por Homofobia, realizado por el Programa de VIH de esta CNDH.

En México existe una situación de discriminación contra la población LGBTTT que pone en riesgo su integridad y sus Derechos Humanos. La nueva visibilidad de las poblaciones LGBTTT genera mayor vulnerabilidad contra sus integrantes, por lo que se requieren políticas de educación, salud, justicia y empleo, que permitan combatir la intolerancia y promuevan el acceso a una situación de mayor seguridad para estos grupos poblacionales.

- **Impartición de la conferencia “El impacto de la homofobia en la familia, la educación, la salud y el ámbito laboral”, en Mazatlán, Sinaloa**

El 16 de mayo, por invitación de Compartiendo Retos, A. C., el capacitador Juan Alfonso Torres se dirigió a Mazatlán, Sinaloa, para impartir la conferencia “El impacto de la homofobia en la familia, la educación, la salud y el ámbito laboral”. El tema de la homofobia, de por sí complejo, desglosado de la manera que el título indica, requiere de una enorme sutileza en su abor-

daje, pues no es lo mismo el impacto de la homofobia en la familia de un infante que es percibido como afeminado, que el de un adolescente que revela su orientación a sus padres o el de un adulto que abre su preferencia a su esposa; cada caso fue abordado antes de pasar al ámbito escolar, donde se pueden presentar diferencias similares, pues no es lo mismo que un niño de cinco años sea víctima de *bullying* por no querer jugar fútbol, a que un joven universitario enfrente abiertamente a sus compañeros; tampoco es igual la reacción que enfrentan los hombres gay que la que enfrentan las mujeres lesbianas.

El ámbito de la salud es de relevante importancia por el impacto que causa la epidemia de VIH en las comunidades de varones gay, bisexual y trans (de varón a mujer). La homofobia en el campo de la salud ha provocado desde muertes hasta suicidios, y se requiere de una sensibilización cada vez mayor entre profesionales de la salud y personal del ámbito sanitario.

El ámbito laboral también resulta de gran relevancia, pues hay profesiones en donde hay mayor tolerancia que en otras. Sin embargo, la homofobia es un fenómeno generalizado que requiere ser enfrentado en donde se encuentre.

Asimismo, se hizo referencia al Informe Especial sobre Violaciones a los Derechos Humanos y Delitos Cometidos por Homofobia, de esta CNDH

- **Impartición de un taller a personas con VIH, en Mazatlán, Sinaloa**

El 16 de mayo, por invitación de Compartiendo Retos, A. C., el capacitador Juan Alfonso Torres, del Programa de VIH de esta Comisión, estuvo en Mazatlán, Sinaloa, donde se reunió con personas que viven con VIH, para impartir un taller acerca de la mejor manera de vivir en esta condición. Algunos de los aspectos abordados fueron los Derechos Humanos de las personas con VIH, y la necesidad del apego a los tratamientos y a las pruebas de monitoreo para llevar un registro del avance o retroceso del virus en el organismo, así como de la situación del sistema inmunológico.

También se hizo énfasis en la posibilidad (y necesidad) de ejercer la sexualidad de una manera responsable, protegiéndose adecuadamente durante cada contacto sexual.

Se mencionó la posibilidad de planear un embarazo y llevarlo a término de manera adecuada y con escasas probabilidades de que el producto nazca con VIH, gracias a los modernos antirretrovirales que impiden en 98 % de los casos la transmisión materno-infantil del VIH (siempre y cuando se siga el régimen de manera adecuada).

- **Conferencia acerca de la homofobia y sus consecuencias contra la repuesta a la epidemia de SIDA, en Puebla**

El 16 de mayo, por invitación de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, el licenciado Ricardo Hernández Forcada, Director del Programa de VIH de esta Comisión, participó en un panel sobre el Día Mundial de Lucha contra la Homofobia.

En esa ocasión, el licenciado Hernández Forcada se refirió al impacto que ha tenido la homofobia en relación con el VIH, e hizo referencia a los resultados obtenidos presentados el Informe Especial sobre Violaciones a Derechos Humanos y Delitos Cometidos por Homofobia, realizado por el Programa de VIH de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

- **Conferencia sobre el Día Mundial de Lucha contra la Homofobia, en Saltillo, Coahuila**

Por invitación de la Unidad de Derechos Humanos del Ejecutivo del estado de Coahuila de Zaragoza, el 17 de mayo el licenciado Ricardo Hernández Forcada se dirigió a la ciudad de Saltillo para impartir una conferencia acerca del Día Mundial de Lucha contra la Homofobia.

En esa ocasión se hizo hincapié en el costo social y económico que la homofobia produce, particularmente en el contexto de la epidemia del VIH o SIDA, ya que por temor al estigma y a la discriminación que la homofobia acarrea, muchas personas que se saben en riesgo de vivir con VIH se rehúsan a practicarse la prueba de detección de anticuerpos. Como resultado de esto, una gran cantidad de ellas sólo descubre que tiene VIH al presentarse las primeras infecciones oportunistas típicas del SIDA, lo que trae como consecuencia gastos hospitalarios, pérdida de días laborales y, muchas veces, la pérdida de vidas humanas, quedando otras personas desprotegidas, en estado de viudez u orfandad.

Asimismo, se refirió al costo de ser víctima de la homofobia en el sentido de la discriminación de que son objeto desde la infancia las personas en razón de una orientación sexual distinta a la heterosexual, ya sea real, o una falsa percepción por parte de quienes rodean a la persona hostigada por ese hecho.

Por otra parte, se mencionaron las experiencias recogidas en el Informe Especial sobre Violaciones a los Derechos Humanos y Delitos Cometidos por Homofobia, realizado por el Programa de VIH de esta Comisión Nacional, que hizo una investigación exhaustiva en 32 Procuradurías Generales de Justicia de las entidades federativas, en 32 Organismos Públicos de Derechos Humanos, así como ONG, aparte de analizar las quejas tramitadas ante la CNDH y 696 casos de agravios contra las poblaciones LGBTTT. Se encontró que a menudo se les impide circular por la vía pública por dar “mal ejemplo” a la sociedad, además de que se fomenta el *bullying* contra ellos. Las violaciones más frecuentes son la falta de legalidad, la imparcialidad e ineficacia en el desempeño de las funciones públicas, además de prestar indebidamente los servicios públicos y educativos, y transgredir el derecho a la libertad sexual.

- **Impartición de una conferencia sobre *bullying* y homofobia, en Mazatlán, Sinaloa**

Por invitación de Compartiendo Retos, A. C., el capacitador Juan Alfonso Torres, del Programa de VIH de esta Comisión, impartió, el 17 de mayo, en Mazatlán, Sinaloa, una conferencia sobre el *bullying* contra las personas homosexuales o que son percibidas como tales.

Se describió este fenómeno, que dista mucho de ser nuevo, y que afecta a 73 % de los varones gay, a 50 % de las lesbianas y a 66 % de las personas “trans” (travestis, transgéneros y transexuales), además de provocar violencia física, como golpizas, y psicológica, como pensamientos suicidas.

Se refirió al Informe Especial sobre Violaciones a los Derechos Humanos y Delitos Cometidos por Homofobia, realizado por el Programa de VIH de esta CNDH, en el que, entre otras cosas, se menciona el fenómeno del *bullying* contra las y los jóvenes por el simple hecho de tener una orientación sexual distinta a la heterosexual (o que así lo aparentan).

- **Impartición de un taller para personas dedicadas al trabajo sexual, en Mazatlán, Sinaloa**

El 17 de mayo, por invitación de Compartiendo Retos, A. C., el capacitador Juan Alfonso Torres Sánchez, del Programa de VIH de esta Comisión, se trasladó a Mazatlán, Sinaloa, para impartir un taller sobre trabajo sexual para dar a conocer a las personas que se dedican a esta labor sus derechos, ya que gran parte de quienes conforman este grupo poblacional ha sufrido abusos, al grado de considerarlos como algo “normal” que forma parte de las condiciones de su trabajo.

Dar a conocer, por ejemplo, que la prueba de VIH no es obligatoria para nadie (como señala la NOM-010-SSA2-2010) y que además se ofrece gratuitamente para quienes no gocen

de seguridad social en centros de salud como los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención del SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), revela el abuso de que son objeto cuando se les practican dichas prueba de manera compulsiva y además se les obliga a pagar por ellas.

Se señaló que las zonas de tolerancia favorecen formas análogas a la esclavitud y el abuso sexual contra estas personas, por lo que deben ser eliminadas de los Bandos de Policía y Buen Gobierno.

- **Impartición de la conferencia “El impacto de la homofobia en la familia, la educación, la salud y el ambiente laboral”, en Mazatlán, Sinaloa**

El 17 de mayo, por invitación de Compartiendo Retos, A. C., el capacitador Juan Alfonso Torres se dirigió a Mazatlán, Sinaloa, para impartir la conferencia “El impacto de la homofobia en la familia, la educación, la salud y el ambiente laboral”.

- **Impartición del Taller Derechos Humanos de las Personas que se Dedican al Trabajo Sexual, en Saltillo, Coahuila**

El 18 de mayo, por invitación de Eux Arte y SIDA, A. C., el licenciado Ricardo Hernández Forcada impartió, en el Recinto Juárez, de Saltillo Coahuila, el Taller Derechos Humanos de las Personas que se Dedican al Trabajo Sexual. En esa ocasión refirió que las personas que se dedican al trabajo sexual suelen ser violentadas no sólo por parte de tratantes y lenones, sino incluso por las autoridades, que suelen realizar redadas y aplicar pruebas de detección del VIH sin consentimiento informado ni asesoría pre y posprueba, como lo indica la normativa respectiva, además de que llegan a cobrar por dichas pruebas, cuando para el resto de la población se ofrecen gratuitamente.

Asimismo se refirió a la situación de vulnerabilidad ante la infección por VIH de las personas que se dedican al trabajo sexual, debido a que en ocasiones se les presiona para el consumo de alcohol o drogas, lo cual disminuye la percepción del riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y favorece la transmisión de dichas infecciones, así como del VIH.

- **Impartición del Taller Los Derechos Humanos de las Personas con VIH, en Navojoa, Sonora**

El 22 de mayo, por invitación de La Tenda di Cristo, la licenciada Rocío Verdugo Murúa, Subdirectora del Programa de VIH de esta Comisión, se dirigió a la localidad de Navojoa, Sonora, en compañía del capacitador Juan Alfonso Torres Sánchez, para impartir el Taller Los Derechos Humanos de las Personas con VIH.

El objetivo fue que los asistentes conocieran los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH así como la competencia de la CNDH. Se explicó cómo presentar una queja ante esta Comisión, ya sea por fax, por teléfono, mediante larga distancia gratuita o por correo electrónico, además de la vía personal; también se informó sobre algunas quejas presentadas contra autoridades federales y Organismos Estatales de Derechos Humanos, cuando éstos han hecho caso omiso a dichas quejas.

- **Impartición de la conferencia “Instancias protectoras de los Derechos Humanos en México”, en Monterrey, Nuevo León**

El 23 de mayo, por invitación del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, el licenciado Ricardo Hernández Forcada, Director del Programa de VIH de esta Comisión, acudió a la ciudad de Monterrey, Nuevo León, para impartir la conferencia “Instancias protectoras de los Derechos Humanos en México”, dentro del marco de una serie de talleres coorganizados por el Colectivo Sol, Letra “S” y la Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, titulados “Vigilancia ciudadana y Derechos Humanos para integrantes de organizaciones de la sociedad civil”.

El licenciado Hernández Forcada abundó acerca de la competencia de la CNDH, en los casos donde las violaciones a los Derechos Humanos son cometidas por autoridades federales o bien cuando las Comisiones Estatales de Derechos Humanos se muestran omisas ante las quejas a dichas violaciones. Por último, se explicó a los asistentes sobre las formas de ponerse en contacto con el Programa de VIH de la CNDH o la manera de presentar una queja ante las frecuentes violaciones de sus derechos que sufren las personas con VIH o SIDA.

- **Impartición del Taller Derechos Humanos de las Personas con VIH o SIDA, en Navojoa, Sonora**

El 23 de mayo, la licenciada Rocío Ivonne Verdugo Murúa, en compañía del capacitador Juan Alfonso Torres, estuvo en Hermosillo, Sonora, por invitación de la organización La Tenda di Cristo, para impartir el Taller Derechos Humanos de las Personas con VIH o SIDA, que tuvo por objetivo informar directamente a las personas que viven con VIH sobre sus Derechos Humanos, además de responder una serie de dudas acerca de los derechos a tratamientos antirretrovirales. Además, explicaron la manera más apropiada para poner una queja ante esta Comisión Nacional, en caso de que sea contra una instancia federal, o bien que la Comisión Estatal haya hecho caso omiso a la queja respectiva, y se explicaron los medios para hacer llegar dichas quejas a la CNDH.

- **Impartición de la conferencia “Conceptos básicos de VIH/SIDA, homofobia y Derechos Humanos de las personas con VIH o SIDA”, en Nogales, Sonora**

El 24 de mayo, la licenciada Rocío Verdugo Murúa y el capacitador Juan Alfonso Torres, ambos del Programa de VIH de esta Comisión, se dirigieron a Nogales, Sonora, para impartir conferencias sobre los conceptos básicos del VIH/SIDA, así como los efectos de la homofobia sobre las personas con VIH, sus familias y comunidades.

El objetivo fue informar a las y los asistentes sobre cuáles son los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH, cómo no discriminarlas y no cometer actos de homofobia; además, se explicaron las maneras de poner una queja ante esta Comisión Nacional.

- **Impartición de la conferencia “Derechos Humanos de las personas con VIH o SIDA”, en Colima, Colima**

El 29 de mayo, por invitación de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Colima, el licenciado Ricardo Hernández Forcada, Director del Programa de VIH de esta Comisión Nacional, asistió a la capital de dicho estado para dictar la conferencia “Derechos Humanos de las personas con VIH o SIDA”.

Se hizo énfasis en el hecho de que las personas con VIH no deben ser objeto de ningún tipo de discriminación; no pueden ser obligadas a realizarse la prueba de VIH, y en caso de hacerlo por decisión propia, tienen derecho a que sea bajo el esquema del consentimiento informado, que incluye consejería y apoyo emocional antes y después de la prueba, sin importar cuál haya sido el resultado.

La prueba tampoco debe ser requisito para recibir atención médica, contraer matrimonio o formar parte de instituciones educativas. Asimismo, se resaltaron los derechos laborales de que gozan las personas con VIH, ya que su condición no puede ser motivo para el despido de su trabajo.

- **Impartición de la conferencia “Estigma, discriminación y Derechos Humanos de las personas que viven con VIH”, en Querétaro, Querétaro**

El 30 de mayo, por invitación del CAPASITS de la ciudad de Querétaro, el licenciado Ricardo Hernández Forcada, Director del Programa de VIH de esta Comisión, se dirigió a dicha ciudad para dictar una conferencia sobre el estigma, la discriminación y los Derechos Humanos, particularmente contra quienes viven con VIH o SIDA o son percibidos como personas con este virus.

Asimismo, se expuso la normativa que rige al VIH/SIDA (NOM-010-SSA2-2010) y las facultades de la CNDH para defender aquellos casos de violación de derechos que se den a partir, por ejemplo, de un diagnóstico de seropositividad al VIH o bien de la realización compulsiva de las pruebas de detección de este virus en distintos ámbitos, tales como el laboral, el escolar o en la misma comunidad.

Se refirió a la reciente reforma constitucional, que permite a esta Comisión Nacional acudir al Senado de la República cuando una Recomendación no sea atendida por la institución requerida.

A la conferencia acudieron médicos y paramédicos del CAPASITS, así como personas que acuden a tratamiento a dicha institución.

DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD

- **Ruta por Municipios de San Luis Potosí: Derechos Humanos y Discapacidad**

Del 22 al 24 de mayo, en el marco de la Campaña Nacional por la Inclusión de las Personas con Discapacidad, la CNDH llevó a cabo la Ruta por los Municipios de San Luis Potosí: Derechos Humanos y Discapacidad, en la cual se impartieron pláticas y conferencias sobre Derechos Humanos y discapacidad, dirigidas a diversas comunidades de los municipios de Mexquitic de Carmona y Ahualulco, impactando a padres de familia y maestros de personas con discapacidad, funcionarios públicos, personas con discapacidad de todas las edades y a la sociedad en general.

- **Foro Estatal por la Inclusión de las Personas con Discapacidad, en Oaxaca, Oaxaca**

El 29 de mayo, en el marco de la Campaña Nacional por la Inclusión de las Personas con Discapacidad, en la ciudad de Oaxaca se llevó a cabo el Foro Estatal por la Inclusión de las Personas con Discapacidad, organizado por la CNDH, el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia de Oaxaca y organismos de la sociedad civil, como la Coalición México por los Derechos de las Personas con Discapacidad; el Centro de Atención Integral Piña Palmera, A. C., y Planeta Inclusión, A. C. Se contó con la participación 220 asistentes, y 16 panelistas que

analizaron temas relacionados con la educación, la salud, la accesibilidad, la legislación y el derecho a la autonomía y a la vida independiente.

■ Tercera Visitaduría General

PROGRAMA DE VISITAS A LUGARES DE DETENCIÓN EN EJERCICIO DE LAS FACULTADES DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS Y DEGRADANTES

• Estaciones migratorias

Con el propósito de verificar las condiciones de aseguramiento y el trato que reciben los extranjeros en las estaciones migratorias y estancias provisionales del Instituto Nacional de Migración, así como prevenir actos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, en mayo el Mecanismo Nacional visitó un total de 27 estaciones migratorias y estancias provisionales, ubicadas en Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Jalisco y Michoacán, los cuales se señalan a continuación:

<i>Entidad</i>	<i>Estación/Estancia migratoria</i>
Aguascalientes	Estación Migratoria Aguascalientes
Baja California	Estación Migratoria Mexicali
	Estación Migratoria Tijuana
Baja California Sur	Estación Migratoria Los Cabos
Campeche	Estancia Provisional, Campeche
	Estancia Provisional, Ciudad del Carmen
	Estación Migratoria Escárcega
Chiapas	Estación Migratoria Tapachula
	Subdelegación Local El Hueyate
	Subdelegación Local Huehuetán
	Delegación Local Comitán
	Subdelegación Local Echegaray
	Subdelegación Local San Gregorio
	Subdelegación Ciudad Cuauhtémoc
Chihuahua	Delegación Local San Cristóbal de Las Casas
	Estación Ciudad Juárez, Chihuahua
	Estación Migratoria Chihuahua
Coahuila	Estación Migratoria De Janos, Chihuahua
	Estación Migratoria Saltillo, Coahuila
	Estancia Migratoria Piedras Negras
Distrito Federal	Estancia Migratoria Torreón
	Estación Migratoria Distrito Federal (Iztapalapa)

Entidad	Estación/Estancia migratoria
Guerrero	Estancia Migratoria Acapulco
	Estancia Migratoria Zihuatanejo
Hidalgo	Estación Migratoria Pachuca
Jalisco	Delegación Regional Guadalajara
Michoacán	Estación Migratoria Morelia

Cabe resaltar que al momento de la visita se registraron un total de 896 migrantes retenidos, 624 eran varones y 229 mujeres, entre ellos 6 adolescentes mujeres y 43 hombres.

• Centros de internamiento para adolescentes

Durante mayo, a fin de evitar actos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, el Mecanismo Nacional de Prevención llevó a cabo visitas de supervisión a 31 centros de internamiento para adolescentes, ubicados en Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco y Michoacán, donde el universo de población privada de su libertad al momento de la visita era de 3,774 adolescentes, de los cuales 191 eran del sexo femenino.

Estado	Centro para adolescentes
Aguascalientes	• Centro Estatal para el Desarrollo de Adolescentes
Baja California*	• Centro de Diagnóstico y Ejecución de Medidas para Adolescentes, Ensenada • Centro de Ejecución de Medidas para Adolescentes, Mexicali • Centro de Diagnóstico para Adolescentes, Mexicali • Centro de Diagnóstico y Ejecución de Medidas para Adolescentes, Tijuana
Baja California Sur	• Centro de Internamiento y Tratamiento para Adolescentes, La Paz
Campeche	• Centro de Internamiento para Adolescentes, Campeche
Chiapas	• Centro de Internamiento Especializado para Adolescentes Villacrisol Beriozábal • Centro de Internamiento Especializado para Adolescentes, Tapachula
Chihuahua	• Escuela de Mejoramiento Social para Menores Infractores, Ciudad Juárez • Coordinación General del Centro Especializado en Reinserción Social para Adolescentes Infractores, Chihuahua • Centro de Rehabilitación para Menores Infractores "Escuela 12 de Octubre", Ciudad Cuauhtémoc
Coahuila	• Centro de Internamiento, Diagnóstico y Tratamiento de Adolescentes Varonil, Saltillo • Centro de Internamiento, Diagnóstico y Tratamiento de Adolescentes Femenil, Saltillo • Centro de Internamiento, Diagnóstico y Tratamiento de Adolescentes Varonil, Laguna • Centro de Internamiento, Diagnóstico y Tratamiento de Adolescentes Varonil, Piedras Negras

* El Centro de Diagnóstico para Adolescentes de Mexicali se fusionó al Centro de Ejecución de Medidas para Adolescentes.

Estado	Centro para adolescentes
Colima	• Instituto para El Tratamiento de Menores Infractores de Colima
Distrito Federal	• Comunidad de Diagnóstico Integral para Adolescentes • Comunidad para Adolescentes • Comunidad de Desarrollo para Adolescentes • Comunidad Especializada para Adolescentes "Dr. Alfonso Quiroz Cuarón" • Comunidad para Mujeres
Durango	• Centro Especializado de Reinserción y Tratamiento para Menores Infractores Número 1, Durango • Centro Especializado de Reinserción y Tratamiento para Menores Infractores, Gomez Palacio
Estado de México	• Escuela de Reinserción para Adolescentes del Estado
Guanajuato	• Centro de Integración para Adolescentes
Guerrero	• Centro de Ejecución de Medidas para Adolescentes
Hidalgo	• Centro de Internamiento para Adolescentes Infractores de la Ley Penal
Jalisco	• Centro de Observación, Clasificación y Diagnóstico, Zapopan • Centro Preventivo para Menores Infractores, Puerto Vallarta • Centro de Atención Integral, Juvenil del Estado, El Salto
Michoacán	• Centro de Integración para Adolescentes

• Subcomité de Prevención de la Tortura

El 23 mayo de 2012, personal del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura tuvo un encuentro con autoridades federales y estatales vinculadas al *Informe sobre la visita a México del Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*, donde se estableció un diálogo sobre la presentación de avances en la implementación de las recomendaciones del Subcomité para la Prevención de la Tortura, en materia de:

- Avances legislativos o normativos en materia de prevención de la tortura.
- Capacitación de servidores públicos en materia de prevención de la tortura.
- Políticas públicas en materia de erradicación de la tortura.
- Acciones para el fortalecimiento de los mecanismos de acceso a la justicia.
- Acciones para el mejoramiento de las condiciones de los centros de detención.
- Gestiones realizadas para incrementar los recursos económicos y administrativos de los centros de detención.

Al respecto, cabe destacar que la participación del Mecanismo Nacional en dicho encuentro se centró esencialmente en la cooperación con el Subcomité de Prevención de la Tortura y establecer un diálogo constructivo con el Estado mexicano, para efectos del seguimiento a dichas recomendaciones.

Derivado de lo anterior, y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1 y 19 del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, con el fin de fortalecer la protección de las personas privadas de la libertad contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, y en seguimiento a las visitas efectuadas en 2008 por el Subcomité de Prevención de la Tortura a diversos lugares de detención ubicados en el Distrito Federal, Estado de México, Jalisco, Nuevo León y

Oaxaca, durante este mes de mayo de 2012 el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura visitó el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, el Centro de Investigaciones Federales (Centro de Arraigo Nacional Federal), el Centro de Internamiento de Readaptación Social para Adolescentes Infractores de Monterrey, la Agencia Estatal de Investigaciones de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Nuevo León (Gonzalitos) y las instalaciones de la Policía Municipal Alamey, además del Centro de Arraigo de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Jalisco (Avenida Cruz del Sur), en Guadalajara, Jalisco.

- **Vinculación con Organismos Protectores de Derechos Humanos en materia de prevención de la tortura**

En el marco del XXXVI Congreso Nacional Ordinario de la Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos, celebrado el 25 de mayo de 2012, en la ciudad de Puebla, Puebla, con el fin de conjuntar acciones en el diseño y ejecución programas para prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura suscribió 25 convenios generales de colaboración para prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, con los Organismos Locales de Derechos Humanos de los estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

- **Distribución de material de difusión**

Con la finalidad de consolidar el trabajo realizado por el Mecanismo Nacional, durante mayo se llevó a cabo la entrega de 2,450 trípticos en los lugares de detención visitados, relativos al Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

■ Cuarta Visitaduría General

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS

- **Actividades de divulgación**

La Cuarta Visitaduría General ha realizado diversas actividades que se inscriben en el contexto de la capacitación y enseñanza con el propósito de fortalecer el respeto a los Derechos Humanos de los indígenas, su cultura y sus tradiciones, a través de las tareas de divulgación y promoción.

Este esfuerzo se ha extendido a las entidades federativas en cuyo territorio se asientan los pueblos y comunidades indígenas, y ha contado con la participación activa de las Comisiones, Defensorías y Procuradurías Estatales de Derechos Humanos, con quienes se ha trabajado de manera coordinada y armónica.

Las actividades que en materia de divulgación y promoción se desarrollaron del 1 al 31 de mayo se resumen a continuación:

- 7 de mayo, se ofreció la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en el Instituto del Estado de Estudios en Derechos Humanos de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, Campeche, contándose con la asistencia de 26 estudiantes de nivel medio superior.
- 8 de mayo, se ofreció la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en la Escuela Normal Rural “Justo Sierra Méndez”, en Hecelchacán, Campeche, a la que asistieron 87 estudiantes de nivel medio superior.
- 8 de mayo, se platicó sobre los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas, en la Escuela Normal de Licenciatura en Educación Primaria, en Calkiní, Campeche, contándose con la asistencia de 74 estudiantes de nivel superior.
- 11 de mayo, se llevó a cabo el Foro El Trabajo de la Niñez y la Adolescencia Indígena y sus Derechos Humanos, en el Auditorio Municipal “Manuel Estrada Escalante”, en Mezquital, Durango, al que asistieron 217 personas indígenas.
- 11 de mayo, se impartió el Taller Integral Mujeres Indígenas, en la Biblioteca Pública Municipal, en Mezquital, Durango, al que asistieron 19 mujeres indígenas.
- 21 de mayo, se ofreció la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en la Secundaria “María Montessori”, en Tlacotepec de Benito Juárez, Puebla, a la que asistieron 108 estudiantes.
- 21 de mayo, se platicó sobre los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas, en la Secundaria “María Montessori”, en Tlacotepec de Benito Juárez, Puebla, contándose con la asistencia de 66 estudiantes.
- 21 de mayo, se ofreció la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en la Secundaria “María Montessori”, en Tlacotepec de Benito Juárez, Puebla, a la que asistieron 62 estudiantes.
- 21 de mayo, se impartió la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en la Secundaria “María Montessori”, en Tlacotepec de Benito Juárez, Puebla, a la que asistieron 61 estudiantes.
- 22 de mayo, se platicó sobre los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas, en la Escuela de Bachilleres “Manuel Gómez Morín”, de la comunidad Santa María la Alta, en Tlacotepec de Benito Juárez, Puebla, contándose con la asistencia de 35 alumnos.
- 22 de mayo, se ofreció la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en la Escuela de Bachilleres “Manuel Gómez Morín”, de la comunidad Santa María la Alta, en Tlacotepec de Benito Juárez, Puebla, a la que asistieron 57 alumnos.
- 22 de mayo, se impartió la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en la Escuela de Bachilleres “Manuel Gómez Morín”, de la comunidad Santa María la Alta, en Tlacotepec de Benito Juárez, Puebla, a la que asistieron 36 alumnos.
- 28 de mayo, se platicó sobre los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas, en el Ayuntamiento de San Bartolo Tutotepec, Hidalgo, contándose con la asistencia de 29 personas indígenas.
- 29 de mayo, se ofreció la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en la Primaria “Miguel Hidalgo”, en la comunidad Tizapán, Zacualtipán, Hidalgo, a la que asistieron 53 personas indígenas.
- 29 de mayo, se impartió la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en la comunidad Laguna de Atezca, en Molango de Escamilla, Hidalgo, a la que asistieron 29 personas.
- 29 de mayo, se platicó sobre los Derechos Humanos de la niñez indígena, en la comunidad Tizapán, en Zacualtipán, Hidalgo, a la que asistieron 65 niños de primaria.
- 29 de mayo, se ofreció la plática “Los Derechos Humanos de la niñez indígena”, en la comunidad Tlahuelompa, en Zacualtipán, Hidalgo, a la que asistieron 34 niños de primaria.

- 29 de mayo, se impartió la plática “Los Derechos Humanos de la niñez indígena”, en la comunidad Atopixco, en Zacualtipán, Hidalgo, a la que asistieron 48 niños de primaria.
- 30 de mayo, se platicó sobre los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas, en la comunidad Tlahuelompa, en Zacualtipán, Hidalgo, contándose con la asistencia de 54 alumnos de secundaria.
- 30 de mayo, se impartió la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en el municipio de Huautla, Hidalgo, a la que asistieron 64 personas indígenas.
- 30 de mayo, se ofreció la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en el municipio de Atlapexco, Hidalgo, a la que asistieron 23 personas indígenas.
- 30 de mayo, se platicó sobre los Derechos Humanos de la niñez indígena, en la comunidad Santo Domingo, en Zacualtipán, Hidalgo, contándose con la asistencia de 60 niños de primaria.
- 30 de mayo, se impartió la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en la comunidad de Santo Domingo, en Zacualtipán, Hidalgo, a la que asistieron 26 personas indígenas.
- 30 de mayo, se ofreció la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en la comunidad Tzincoatlán, en Zacualtipán, Hidalgo, a la que asistieron 38 alumnos de secundaria.
- 30 de mayo, se platicó sobre los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en la comunidad Tlahuelompa, en Zacualtipán, Hidalgo, contándose con la asistencia de 33 estudiantes de secundaria.

PROGRAMA DE GESTIÓN DE BENEFICIOS DE LIBERTAD ANTICIPADA A INDÍGENAS EN RECLUSIÓN

En el marco del Programa de Gestión de Beneficios de Libertad Anticipada a Indígenas en Reclusión, se visitaron diversos centros de readaptación (reinserción) social que cuentan con población indígena y cuyas actividades se reflejan en el siguiente cuadro:

<i>Entidad federativa</i>	<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Cereso</i>	<i>Orientaciones</i>	<i>Peticiones</i>	<i>Internos entrevistados</i>
Estado de México	11 de mayo	Centro Preventivo y de Readaptación Social Ecatepec	4	20	24
Chiapas	17-18 de mayo	Centro Estatal para la Reinserción Social de Sentenciados Núm. 16 El Encino	17	62	79
Veracruz	21 de mayo	Centro de Readaptación Social de Tuxpan	7	42	49
Veracruz	22 de mayo	Centro de Readaptación Social de Poza Rica	4	5	9
Totales			32	129	161

PROGRAMA DE ASUNTOS DE LA MUJER Y DE IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES

• Actividades de divulgación

Durante mayo de 2012 se realizaron 17 actividades de capacitación con un total de 1,587 personas capacitadas (1,129 mujeres y 458 hombres), mismas que a continuación se describen:

- 3 de mayo, se impartió la conferencia “Masculinidades”, en Cuernavaca, Morelos, dirigida a nueve mujeres y cinco hombres (magistrados, estudiantes y sociedad civil).
- 4 de mayo, se llevó a cabo el Foro Estereotipos de Género, Medios de Comunicación y Desigualdad, en Xalapa de Enríquez, Veracruz, al que asistieron 490 mujeres y 185 hombres (representantes de medios de comunicación; integrantes de ONG y de instituciones de la administración pública, y sociedad civil del estado de Veracruz).
- 9 de mayo, se impartió la conferencia “Conciliación familia-trabajo”, en Cuernavaca, Morelos, a la que asistieron 27 mujeres y ocho hombres (jueces, magistrados y Secretarios de Acuerdo del Tribunal Superior de Justicia del Estado de Morelos).
- 11 de mayo, se llevó a cabo el Taller Mujeres Indígenas, Derechos Humanos e Igualdad, en el municipio El Mezquital, Durango, al que asistieron 19 mujeres indígenas.
- 15 de mayo, se impartió la conferencia “La CNDH, promotora y defensora de la igualdad entre mujeres y hombres, y temas de prevención de la violencia que se ejerce hacia las mujeres”, en Cuautitlán Izcalli, Estado de México, a la que asistieron 37 mujeres y un hombre (integrantes y titulares de parroquias).
- 16 de mayo, se dictó la conferencia “Derechos Humanos en la escuela”, en el Distrito Federal, a la que asistieron 18 mujeres y siete hombres (padres de alumnos de educación primaria).
- 17 de mayo, se impartió la conferencia “Derechos Humanos en la escuela”, en el Distrito Federal, a la que asistieron 23 mujeres y siete hombres (padres de alumnos de educación primaria).
- 17 de mayo, se dictó la conferencia “Prevención de la violencia que se ejerce hacia las mujeres”, en San Andrés Cholula, Puebla, a la que asistieron 20 mujeres del municipio.
- 18 de mayo, se impartió la conferencia “Derechos Humanos en la escuela”, en el Distrito Federal, a la que asistieron 44 mujeres y 23 hombres (padres de alumnos de educación primaria).
- 21 de mayo, se dictó la conferencia “Derechos Humanos en la escuela”, en el Distrito Federal, a la que asistieron 50 mujeres y 10 hombres (padres de alumnos de educación primaria).
- 22 de mayo, se impartió la conferencia “Derechos Humanos en la escuela”, en el Distrito Federal, a la que asistieron 50 mujeres y 10 hombres (padres de alumnos de educación primaria).
- 23 de mayo, se dictó la conferencia “Derechos Humanos en la escuela”, en el Distrito Federal, a la que asistieron 16 mujeres y ocho hombres (padres de alumnos de educación primaria).
- 24 de mayo, se impartió la conferencia “Derechos Humanos y Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres”, en el Distrito Federal, a la que asistieron seis mujeres y nueve hombres (alumnos de posgrado).
- 25 de mayo, se dictó la conferencia “Derechos Humanos en la escuela”, en el Distrito Federal, 15 mujeres y cuatro hombres (maestros de educación primaria).
- 28 de mayo, se impartió la conferencia “La familia como derecho humano fundamental”, en Guadalajara, Jalisco, a la que asistieron 300 personas, 180 mujeres y 120 hombres (integrantes de ONG, servidores públicos y estudiantes de educación superior).

- 30 de mayo, se dictó la conferencia “Conciliación familia-trabajo”, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, a la que asistieron 92 mujeres y 46 hombres (alumnos de Licenciatura en Contabilidad).
- 31 de mayo, se impartió la conferencia “Protección jurídica del trabajo doméstico”, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, a la que asistieron 33 mujeres y 15 hombres (alumnos de Licenciatura en Derecho).

■ Quinta Visitaduría General

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MIGRANTE

• Capacitación al personal del Programa de Atención al Migrante

Con objeto de actualizar al personal del Programa de Atención al Migrante en los escenarios contemporáneos que se presentan en la migración, el 3 de mayo de 2012, en las instalaciones del edificio sede de esta Comisión Nacional, la licenciada Andrea Gálvez, enlace en México de la United Food and Commercial Workers, capacitó a miembros del Programa que nos ocupa, a efectos de exponer un panorama general de los derechos de los trabajadores mexicanos que se integran al Programa de Trabajadores Temporales con Canadá, y con esto contextualizar las condiciones contractuales y el marco jurídico que rige en instituciones canadienses y mexicanas; se hizo referencia a las condiciones que en ocasiones enfrentan los trabajadores temporales, como son las medidas discriminatorias y el desempeño de trabajos precarios, y se analizó el fallo de la Comisión de Derechos Humanos y de la Juventud de Quebec en materia de la discriminación sistémica que, por desgracia, sufren los trabajadores migrantes temporales.

• Participación en eventos relacionados con los Derechos Humanos de los migrantes

Durante mayo, personal del Programa de referencia estuvo presente en eventos relacionados con la situación de los Derechos Humanos de las personas migrantes, tales como la presentación del Informe sobre Migraciones en el Mundo 2011, que hizo la Organización Internacional de las Migraciones, el cual contiene tendencias de la opinión pública sobre migración, la política, los medios de comunicación y los desplazamientos internos.

De igual forma, personal del Programa asistió a un foro convocado por la organización México por la Paz, durante la cual se trabajó en la construcción de conceptos de paz y las formas en que la violencia afecta en el contexto mexicano actual, como son las situaciones de trauma, estrés postraumático y el enfoque mente-cuerpo ante este tipo de estrés.

• Presencia de la CNDH en la Caravana Monta la Bestia

Monta la Bestia es una caravana organizada por el Movimiento Migrante Mesoamericano, que se llevó a cabo el 17 de mayo, en la que estuvo presente personal del Programa. La caravana tuvo como finalidad visibilizar las violaciones a los Derechos Humanos que sufren las personas migrantes en su recorrido por Apizaco, Tlaxcala, e Irapuato, Guanajuato.

- **Jornada de trabajo por Sonora**

Durante una jornada de trabajo por Sonora, que se llevó a cabo en mayo, personal del Programa se acercó a Iniciativa Kino, esfuerzo de algunas organizaciones religiosas que brindan acompañamiento a migrantes; en el contexto de esta reunión cabe destacar que, como miembro de la iniciativa de referencia, el presbítero Ricardo Machuca expuso a los integrantes del Programa los avances en el proyecto binacional entre albergues y defensores de Derechos Humanos en los estados de Sonora y Arizona.

En otra de las actividades de la jornada de referencia, cabe mencionar que el Programa estableció una relación institucional con el Centro Comunitario de Atención a Migrantes y Necesitados, a cargo del presbítero Prisciliano Peraza, quien trabaja en el corredor de migrantes de la población de El Sásabe, en el estado de Sonora.

Por último, cabe resaltar que dicha jornada incluyó una visita al Albergue para Migrantes “San Juan Bosco” y otra al Comedor para Migrantes “Benjamin Hill”, a efectos de conocer el trabajo que éstos realizan, así como para presentar las acciones que cotidianamente efectúa la CNDH a través del Programa en comento, en favor de la población migrante a su paso por México.

PROGRAMA CONTRA LA TRATA DE PERSONAS

- **Impartición de Taller Educar para Prevenir la Trata de Personas, en Cocoyoc, Morelos**

El pasado 3 de mayo, personal del Programa contra la Trata de Personas impartió dos talleres de sensibilización y capacitación en Cocoyoc, Morelos, titulados Educar para Prevenir la Trata de Personas, dirigidos a personal, alumnos y padres de familia de la Escuela Superior Técnica Número 33, con objeto de transmitirles las herramientas necesarias, capaces de generar una cultura de prevención en materia de trata.

- **Impartición del Curso El Papel de las Comunicaciones en la Trata de Personas, en Mexicali, Baja California, y en Guadalajara, Jalisco**

El 3 de mayo, personal del Programa impartió, en las ciudades de Ensenada y Mexicali, Baja California, en el marco de la II y III Jornadas de Sensibilización y Capacitación, respectivamente, el Curso El Papel de las Comunicaciones en la Trata de Personas, dirigido a servidores públicos y capacitadores vinculados con el ramo de los transportes, con objeto de reducir la vulnerabilidad de la población expuesta al delito de trata de personas, a través del fortalecimiento de capacidades para combatir este fenómeno en actores clave en el medio del transporte y entre los transportistas.

Es de destacarse que esa misma exposición se brindó el pasado 8 de mayo, por parte del Programa que nos ocupa, pero en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, concretamente en el marco de la IV Jornada de Sensibilización y Capacitación en Materia de Trata de Personas.

- **Impartición del Taller Derechos Humanos y Trata de Personas, en Ciudad Victoria, Tamaulipas,**

El 15 de mayo, en Ciudad Victoria, Tamaulipas, integrantes del Programa impartieron el Taller Derechos Humanos y Trata de Personas, dirigido al personal de Aeropuertos y Servicios Auxiliares, a fin de reducir la vulnerabilidad de niños, mujeres y adolescentes como posibles víctimas

de trata de personas, a través de la formación de actores clave en la detección e identificación de víctimas.

- **Impartición del Taller Persecución del Delito de Trata de Personas, en Monterrey, Nuevo León**

Por otra parte, en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, los días 14 y 15 de mayo, se impartió el Taller Persecución del Delito de Trata de Personas, dirigido a policías ministeriales y personal del Ejército Mexicano con objeto de proveer a los servidores públicos involucrados en la persecución de este ilícito las herramientas indispensables para el combate y prevención del mismo, así como para la protección integral de sus víctimas.

- **Impartición de las sesiones I y II de la Jornada de Capacitación denominada Actualización en Materia de Trata de Personas, en Chiapas**

Integrantes del Programa, los días 23 y 24 de mayo, impartieron la primera y segunda sesiones de la Jornada de Capacitación al Poder Judicial denominada Actualización en Materia de Trata de Personas, dirigida a jueces del Tribunal Superior de Justicia del Estado de Chiapas, así como a fiscales de dicha entidad, con objeto de brindarles las herramientas necesarias para mejorar el combate a la trata de personas y la protección a las víctimas de este delito.

- **Impartición de capacitación a maestros de primaria en Oaxaca**

Posteriormente, los días 25 y 26 de mayo, en la ciudad de Oaxaca, se impartió un taller de capacitación dirigido a maestros de educación primaria de esa entidad, con la finalidad de que funjan como multiplicadores de este tema entre la población de educación básica.

- **Impartición de la segunda sesión de la Jornada de Capacitación Integración de la Averiguación Previa, en Monterrey, Nuevo León**

En Monterrey, Nuevo León, se impartió la segunda sesión de la Jornada de Capacitación Integración de la Averiguación Previa, dirigida a Ministerios Públicos adscritos a fiscalías de delitos sexuales, secuestro y delitos contra migrantes, con objeto de proporcionar a los servidores públicos encargados de hacer cumplir la ley las herramientas necesarias para mejorar el combate de este delito y optimizar la protección a las víctimas.

PROGRAMA DE AGRAVIO A PERIODISTAS Y DEFENSORES CIVILES DE DERECHOS HUMANOS

- **Impartición de una plática en la CEDH Sonora, sobre los servicios que brinda el Programa**

El 29 de mayo de 2012, el Director General del Programa de Agravio a Periodistas y Defensores Civiles de los Derechos Humanos dirigió una plática a personal de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora, en relación con los servicios que brinda el Programa de referencia; asimismo, durante su estancia en esa entidad federativa celebró diversas reuniones

con directivos de medios de comunicación locales, a fin de establecer canales de comunicación y colaboración.

■ Secretaría Técnica del Consejo Consultivo

DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN CON ORGANISMOS PÚBLICOS DE DERECHOS HUMANOS

• XXXVI Congreso Nacional Ordinario de la Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos (FMOPDH), en Puebla, Puebla

El 25 de mayo de 2012, en la ciudad de Puebla, Puebla, se llevó a cabo el XXXVI Congreso Nacional Ordinario de la FMOPDH, en el que se trataron los siguientes temas:

- Víctimas, prioridad en la atención de los Organismos Públicos de Derechos Humanos, a cargo del Segundo Visitador General de la CNDH, licenciado Marat Paredes Montiel.
- Supervisión penitenciaria en centros de reclusión, a cargo del Tercer Visitador de la CNDH, licenciado Guillermo Andrés Aguirre Aguilar.
- Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y firma del convenio para prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, a cargo del Director General del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura de la CNDH, maestro Rogelio Estrada Pacheco.

Además, se firmaron los siguientes convenios de colaboración con los Organismos Públicos de Derechos Humanos del país:

- Recepción de quejas en materia de capacitación, formación y divulgación en Derechos Humanos y recepción de quejas, a cargo del maestro Óscar Elizundia Treviño, Secretario Técnico de la CNDH, el cual se firmó con 29 estados del país: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Estado de México, Guerrero, Guanajuato, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
- Para promover la cultura de respeto a los Derechos Humanos de las personas con discapacidad mediante el impulso a la educación superior incluyente, a través de la carrera de técnico superior universitario en inclusión a personas con discapacidad, a cargo del doctor José Cárdenas Cavazos, Rector de la Universidad Tecnológica de Santa Catarina, mismo que se firmó con 31 estados del país: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Estado de México, Guerrero, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

En el Congreso se contó con la presencia de representantes de 31 Organismos Públicos de Derechos Humanos del país y personal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Durante el Congreso se expusieron temas muy importantes, que contribuyen en el avance de la promoción y defensa de los derechos fundamentales de los mexicanos, y se logró un mayor acercamiento con la FMOPDH.

DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN CON ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES

• Firma de cuatro convenios de colaboración con ONG del Distrito Federal

Los días 2, 8, 29 y 31 de mayo se llevó a cabo la firma de cuatro convenios de colaboración con ONG del Distrito Federal, con la finalidad de establecer un canal de comunicación y sentar las bases para llevar a cabo acciones conjuntas de capacitación en materia de Derechos Humanos.

Las organizaciones con las que se firmó convenios son las siguientes: Centro Mexicano de Derecho Ambiental; Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal; Medallistas de México, A. C., y Cooperativa de la Cruz Azul, S. C. L.

■ Centro Nacional de Derechos Humanos

1. Investigaciones y proyectos académicos

Durante mayo de 2012, los investigadores del CENADEH entregaron para su evaluación, por parte del Comité Editorial, y su eventual publicación los siguientes productos académicos:

Artículos:

1. "Aproximación a un concepto crítico de víctima en Derechos Humanos".
2. "El reconocimiento constitucional del interés superior del niño".
3. "Las obligaciones de las autoridades en materia de Derechos Humanos, el caso de la tortura a menores de edad".
4. "La recepción de la interpretación de los tratados de Derechos Humanos en México".

Libro:

Los Derechos Humanos y los municipios de usos y costumbres: resultados de una encuesta.

Fascículo:

La desaparición forzada de personas.

Asimismo, se celebró el Claustro Académico con el tema: "Reforma constitucional sobre Derechos Humanos 2011 y tratados internacionales. Los retos para su implementación: el caso de los triquis de Copala (un primer acercamiento)".

2. Programas de formación académica del CENADEH

a) Doctorado en Derechos Humanos que imparte la CNDH en coordinación con la Universidad Nacional de Educación a Distancia

El 11 de mayo, cinco alumnos se presentaron a la prueba de suficiencia investigadora en la sede de la UNED, en Madrid, España, y todos acreditaron satisfactoriamente su examen, por lo que pudieron obtener su Diploma de Estudios Avanzados (DEA).

b) Especialidad en Derechos Humanos en coordinación con la Universidad de Castilla-La Mancha

En mayo se llevó a cabo el Seminario sobre las Reformas Constitucionales en Materia de Amparo y Derechos Humanos, el cual tuvo una duración de tres días y contó con la participación de distintos especialistas en la materia, como Alfonso Herrera García (SCJN), Rodolfo Terrazas Salgado (UNAM), Fernando Silva García (Poder Judicial de la Federación), Daniel Vázquez (Flacso), Alejandro Anaya Muñoz (CIDE), Laura Patricia Rojas (SCJN) e Ydalia Pérez Fernández (IIJ-UNAM).

c) Programa de Tutorías

Actualmente dos investigadores del Instituto de Investigaciones Jurídicas son tutores en dicho Programa, así como dos miembros del personal académico del CENADEH. Durante mayo se realizaron dos tutorías.

d) Programa de Becarios 2012

Los cinco alumnos del Programa entregaron sus informes mensuales, acompañados de los avances de sus investigaciones, con el visto bueno del tutor respectivo. Además, el 31 de mayo los becarios presentaron dichos avances en el Claustro Académico del CENADEH, en el que recibieron sugerencias y comentarios por parte del personal académico de este Centro.

3. Eventos académicos del CENADEH

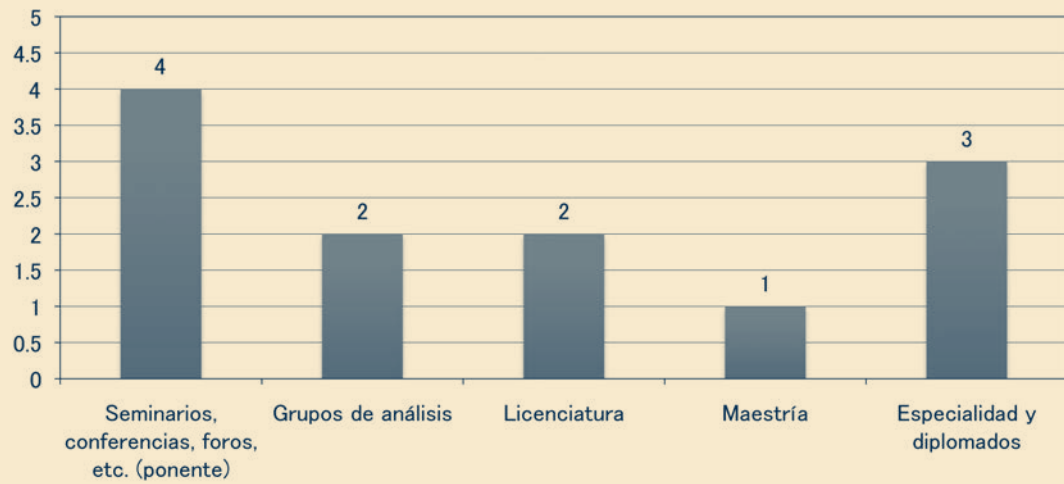
Durante mayo, el CENADEH realizó los siguientes eventos académicos:

<i>Evento</i>	<i>Fecha</i>	<i>Número de asistentes inscritos</i>
Seminario sobre las Reformas Constitucionales en Materia de Amparo y Derechos Humanos. Ponentes: licenciado Rodolfo Terrazas Salgado, magistrado Carlos Ronzón Sevilla, doctor Alfonso Herrera García, doctor Luis Daniel Vázquez, doctor Fernando Silva García, doctor Alejandro Anaya Muñoz, doctor Jorge Ulises Carmona, licenciada Laura Patricia Rojas y licenciada Ydalia Pérez Fernández.	14, 15 y 16 de mayo	407
Conferencia: "Género y Derechos Humanos". Ponente: doctor Juan Antonio Cruz Parceró, investigador del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM.	24 de mayo	20

4. Actividades de formación académica y divulgación de la cultura de los Derechos Humanos de los investigadores del Centro Nacional

En la siguiente tabla se detallan el tipo y el número de actividades en las que el personal académico participó en este periodo:

Actividades de divulgación realizadas por el personal académico



Nota: El apoyo que brinda el personal del CENADEH a los diplomados y otros eventos que realiza la Secretaría Técnica de esta Comisión Nacional son reportados por dicha Unidad Responsable.

RECOMENDACIONES

GACETA 262 • MAYO/2012 • CNDH

Recomendación 19/2012

Sobre el caso de inadecuada atención médica en diversos hospitales del IMSS, en agravio de V1

SÍNTESIS

1. El 10 de septiembre de 2003, V1 nació en Mexicali, Baja California, y Q1 y Q2 notaron que lloraba y presentaba fiebre y malestares abdominales, así como dificultades para respirar, por ello, el 3 de octubre optaron por trasladarlo al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar Número 31 del IMSS, sitio en el que fue valorado por AR1, situación que se repitió los días 12 y 21 de noviembre del año citado.
2. Posteriormente, los días 24 y 28 de noviembre, así como 18 y 19 de diciembre, todos de 2003, V1 fue valorado por AR2, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar Número 31, a la Unidad de Medicina Familiar Número 26 y a la Clínica Número 37, todos ellos del IMSS, en Mexicali, Baja California, sin embargo, debido a que su estado de salud no mejoró, Q1 y Q2 decidieron llevarlo con un médico particular, quien lo diagnosticó con un cuadro clínico de infección en vías urinarias y anemia aguda.
3. El 29 de diciembre de 2003, V1 ingresó al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar Número 31 del IMSS, recibiendo atención por parte de AR6, AR7, AR8 y AR9, quienes le practicaron diversos estudios que permitieron confirmar el diagnóstico emitido por el médico particular, determinándose su remisión al Hospital General Regional Número 1 del citado Instituto; una vez que V1 ingresó a este último hospital recibió atención de AR10, quien lo diagnosticó con un cuadro clínico de valvas uretrales e indicó como plan de manejo la realización de una fulguración; al respecto, Q1 y Q2 señalaron que dicho médico les sugirió practicar el procedimiento en su consultorio particular, situación a la cual se negaron por no contar con los recursos económicos suficientes, por lo que después de solicitar la intervención de personal del IMSS se acordó que la misma se realizaría en dicho Instituto.
4. El 27 de enero de 2004, AR10 practicó a V1 el citado procedimiento, sin embargo, los quejosos observaron que su hijo seguía presentando los mismos síntomas, por lo que solicitaron al citado servidor público que realizara estudios a los riñones, situación a la cual se negó; asimismo, el 6 de febrero de ese año, V1 fue valorado por AR11, médico adscrito al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar Número 31 del IMSS.
5. Durante agosto de 2004, V1 nuevamente presentó síntomas relacionados con un cuadro clínico de infección en vías urinarias y anemia, razón por la cual sus padres lo llevaron a consulta con AR10, médico adscrito al Hospital General Regional Número 1 del IMSS, en Tijuana, Baja California, quien después de valorarlo ordenó que se le practicaran una serie de estudios, los cuales reportaron que el riñón derecho no estaba funcionando, y que la función del riñón izquierdo era forzada; asimismo, en septiembre de 2004 se le realizó a V1 una remodelación vesicouretral bilateral en las vías urinarias.
6. Toda vez que durante febrero de 2005 el estado de salud de V1 se deterioró, se determinó su internamiento en el Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar Número 31 del IMSS, sitio en el que el personal médico que lo atendió optó por remitirlo al Centro Médico Nacional de Occidente de ese Instituto en Guadalajara, Jalisco, donde en el año 2006 se diagnosticó que su riñón izquierdo era el único que se encontraba funcionando, pero se estaba deteriorando, por lo que se pronosticó que cursaría con un cuadro clínico de insuficiencia renal progresiva terminal; finalmente fue canalizado para su atención al Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto en la ciudad de México, donde se determinó que le sería trasplantado el riñón de Q1, procedimiento que se llevó a cabo el 19 de enero de 2010.

Observaciones

7. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2010/3021/Q se contó con elementos que permitieron acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud en agravio de V1, atribuibles a personal médico del IMSS, en atención a lo siguiente:
8. El 3 de octubre de 2003, V1 fue llevado al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar Número 31 del IMSS, lugar en el que fue atendido por AR1, quien lo diagnosticó con constipación nasal; AR1 omitió evaluar el estado nutricional y desarrollo psicomotor de V1, así como tomar sus signos vitales, pesarlo y medir su talla y perímetro cefálico, a fin de vigilar su crecimiento; posteriormente, el 12 de noviembre de 2003, Q2 nuevamente llevó a V1 con AR1, quien lo diagnosticó con intolerancia a disacáridos; en este contexto, se advirtió que el citado servidor público omitió solicitar que se le practicaran a V1 exámenes de laboratorio básicos de control, a fin de estar en posibilidad de averiguar el origen de la fiebre referida por Q2.
9. El 21 de noviembre de 2003, V1 ingresó al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar Número 31 del IMSS, siendo atendido por AR1, quien lo diagnosticó con faringitis probablemente viral, síndrome anémico moderado y datos sugerentes de infección de vías urinarias, e indicó como plan de manejo su egreso; a pesar de que AR1 reportó a V1 con criterios que indicaban que requería permanecer hospitalizado lo egresó, desestimando que estuviera cursando con una malformación de vías urinarias.
10. El 24 de noviembre de 2003, V1 fue valorado por AR2, médico del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar Número 31 del IMSS, quien indicó continuar suministrando a V1 ampicilina; además, solicitó que se le practicaran una biometría hemática y toma de plaquetas y acudir con los mismos con su médico familiar; al respecto, los peritos de este Organismo Nacional observaron que AR2 omitió solicitar que se le realizara a V1 un urocultivo; además de que inadecuadamente lo refirió con un médico familiar, a pesar de que había presentado síntomas que lo obligaban a indicarle que continuara con el manejo médico de un especialista.
11. Los días 24 y 28 de noviembre y 19 de diciembre de 2003, V1 fue valorado por AR3 y AR4, quienes omitieron realizar tanto un interrogatorio como una exploración física adecuados, que les permitiera estar en condiciones de ordenar que se le realizara un urocultivo y referirlo al Servicio de Pediatría; además de que, el 18 de diciembre de 2003, fue valorado por AR5, médico adscrito a la Clínica Número 37 del IMSS, quien integró como diagnóstico probable cuadro de cólico abdominal, sin embargo, omitió realizar un adecuado interrogatorio a Q2, así como una correcta exploración física a V1, situaciones que le hubieran permitido advertir que el menor de edad cursaba con anemia, fiebre e infección urinaria de más de un mes de evolución, síntomas que relacionados con el llanto irritable y la distensión abdominal eran criterios para determinar su ingreso inmediato.
12. El 29 de diciembre de 2003, AR6 valoró a V1 en el Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar Número 31 del IMSS, y precisó que tenía hemoglobina de 5.8 grs/dl, sangre y pus en la orina, diagnosticándolo con infección de vías urinarias, anemia severa, dermatitis de pañal y que estaba pendiente de descartar alguna malformación de vías urinarias, indicando como plan de manejo su ingreso; posteriormente, a las 22:00 horas, la víctima fue reportada por AR7 con fiebre controlada por antitérmico y orinando por goteo; además, dicho servidor público precisó que era necesario practicar un estudio de la anemia, un ultrasonido renal, un cistograma miccional, y suministrarle paracetamol vía oral y miconazol en región genital.
13. El 30 de diciembre de 2003, V1 ingresó al Servicio de Pediatría del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar Número 31 del IMSS, procedente del Servicio de Urgencias; alrededor de las 12:00 horas, AR8 reportó a la víctima con un cuadro clínico repetitivo de infección en vías urinarias, manejado por un médico particular, quien le practicó un urocultivo que arrojó más de 100,000 colonia/cc de proteus mirabilis, anemia de 4.9 gr. y leucocitosis de 16,000, agregando al plan de manejo control de fiebre por medios físicos, sin embargo, dejó pendiente realizar la transfusión de paquete globular hasta que fuera valorado por el Servicio de Hematología.
14. Ese mismo día a V1 se le practicó una urografía excretora y un ultrasonido renal bilateral; en síntesis, de ambos estudios se concluyó que cursaba con ectasia pielocalicial hasta el tercio superior del uretero, probablemente secundaria a una estenosis de la unión ureteropielica parcial, ectasio pielocalicial moderada, retardo de la concentración y eliminación del contraste de ambos riñones de predominio derecho, es decir, que además de la uropatía obstructiva por arriba de la vejiga provocada por la estrechez en la unión del tercio superior de ureteres con la pelvis renal, también presentaba datos de hidronefrosis, dilatación de los grupos colectores de ambas pelvículas renales y alteración de la función renal por concentración y eliminación retardada, sin que se evidenciara la existencia de reflujo vesicouteral que condicionara la estenosis de la unión ureteropielica y ectasia pielocalicial.
15. Los peritos médico-forenses de este Organismo Nacional señalaron que los médicos tratantes que valoraron a V1, entre los días 29 y 31 de diciembre de 2003, no lo refirieron de manera urgente al siguiente

nivel de atención para su valoración por los Servicios de Urología y Nefrología; asimismo, omitieron practicar un cistograma miccional y un urocultivo, estudios obligados para pacientes que presentan malformaciones urinarias y que sirven para evaluar la infección por *proteus mirabilis*, la respuesta microbiológica y estar en posibilidad de analizar si se modifica el plan de manejo; además, se advirtió que inadecuadamente se prescribió a V1 sulfametoxazol/trimetropim, fármaco contraindicado por la resistencia comprobada al *proteus mirabilis* en el urocultivo realizado de manera extrainstitucional el 29 de diciembre de 2003.

16. AR9, hematóloga del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar Número 31 del IMSS, inadecuadamente determinó que V1 presentaba una anemia ferropriva, toda vez que no consideró si la misma era secundaria al sangrado constante mediante la orina y a la incapacidad del riñón para producir suficiente hormona eritropoyetina, además de que no indicó la corrección de su estado de salud mediante una transfusión sanguínea.
17. El 13 de enero de 2004, V1 fue atendido en el Hospital General Regional Número 1 del IMSS por AR10, quien integró el diagnóstico de megauréter obstructivo izquierdo contra reflujo vesicoureteral e indicó como plan de manejo practicar preoperatorios, así como un cistograma miccional y suministrar antimicrobiano; en este contexto, el 22 de enero de 2004 a V1 le fue practicado un cistograma miccional, el cual reportó la presencia de valvas uretrales posteriores condicionando la vejiga de esfuerzo con pseudodivertículos, pero sin reflujo vesicoureteral.
18. Ahora bien, el 27 de enero de 2004 la víctima fue valorada por AR10, quien estableció que ameritaba una hemotransfusión, a fin de practicarle una fulguración de valvas; al respecto, los peritos médico-forenses de este Organismo Nacional observaron que AR10 omitió realizar un interrogatorio y una exploración física adecuados que le hubieran permitido detectar con precisión el cuadro clínico con el cual la víctima se encontraba cursando, el cual ponía en grave peligro la función renal; aunado a ello, no solicitó de manera urgente su valoración por el Servicio de Nefrología Pediátrica y practicarle un urocultivo, pruebas de funcionamiento y gammagrama renal, indicaciones que hubieran permitido preservar la función renal y limitar el deterioro del estado de salud de V1; además, no pasó inadvertido que si bien AR10 ordenó la fulguración de las valvas uretrales, también lo es que las mismas no ocasionaban la estenosis ureteropielica, sino que la estrechez se encontraba en la unión del tercio superior de los ureteros con la pelvis renal, situación que impedía parcialmente que la orina pasara del riñón a la vejiga.
19. Igualmente, se observó que AR10, sin contar con algún criterio clínico o bacteriológico, indicó como plan de manejo el suministro de dos esquemas del antibiótico cefalexina y profilaxis con trimetropim/sulfametoxazol, situación que favoreció la resistencia polibacteriana, así como la persistencia de la infección urinaria, además de que tampoco tomó en consideración la urografía excretora, el ultrasonido renal y el cistograma miccional que le fueron practicados a la víctima en razón de que los mismos indicaban que además de las valvas uretrales posteriores presentaba otra malformación ubicada a nivel superior, es decir, por arriba de la vejiga.
20. El 6 de febrero de 2004, V1 fue valorado por AR11, médico adscrito al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar Número 31 del IMSS, quien precisó que presentó hemoglobina de 6 gr, soplo cardíaco y examen general de orina patológico, indicando como plan de manejo su hospitalización en el Servicio de Urgencias Pediátricas, a fin de estabilizar su estado de salud mediante una transfusión de 100 ml de paquete globular, antes de que fuera sometido a intervención quirúrgica; al respecto, los peritos médico-forenses de este Organismo Nacional advirtieron que AR11 no solicitó un urocultivo de V1, a pesar de la persistencia del examen de orina patológico y el antecedente de infección por *proteus mirabilis*, situación a la cual se encontraba obligado para evaluar la respuesta microbiológica, la remisión de la infección y la sensibilidad antimicrobiana, por lo que continuó el plan de manejo inadecuado, es decir, con el suministro del antibiótico que favorecía la resistencia bacteriana.
21. En este sentido, el 27 de febrero de 2004, AR10, médico adscrito al Hospital General Regional Número 1 del IMSS, a pesar de que V1 continuaba con persistencia de la infección urinaria, y sin contar con un germen causal documentado por urocultivo, practicó a V1 la fulguración y resección de valvas; en este sentido, los peritos médico-forenses de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos señalaron que de haberse corregido oportunamente la estenosis de la unión ureteropielica, el retardo de la concentración, la eliminación del contraste en ambos riñones de predominio derecho, así como el mega uréter e hidronefrosis izquierdos, diagnosticados por AR10 el 13 de enero de 2004, hubiera brindado un mejor pronóstico de sobrevivencia a V1 y prolongado el tiempo de supervivencia de sus riñones.
22. El 15 de abril y el 17 de agosto de 2004, AR10 valoró a V1 e indicó inadecuadamente como plan de manejo suministro de profilaxis permanente con furadantina (antiséptico urinario) y trimetropim/sulfametoxazol y omitió ordenar su valoración urgente por parte del Servicio de Nefrología, así como que se le practicaran pruebas, a fin de estar en posibilidad de evaluar la función renal, la anemia y el proceso infeccioso urinario; el 31 de agosto de 2004, a V1 se le practicó la urografía excretora, la cual

mostró un cuadro clínico de “riñón derecho excluido y riñón izquierdo con uretero hidronefrosis secundaria a estenosis de la unión uretero vesical”, por ello, el citado servidor público indicó que la víctima requería de un reimplante ureteral izquierdo a mediano plazo y solicitó que se le realizaran preoperatorios y un gammagrama renal.

23. En suma, los peritos médico-forenses de esta Comisión Nacional advirtieron que AR10 omitió referir a V1 al Servicio de Nefrología, evaluar el vaciamiento regular y/o completo de la vejiga y solicitar un urocultivo, así como un examen general de orina, una biometría hemática y repetir con periodicidad los estudios ecográficos para detectar cambios en la dilatación de la vía urinaria alta y practicarle pruebas de funcionamiento renal, situación a la que se encontraba obligado en razón de que la víctima presentaba malformaciones urinarias; además, no pasó inadvertido el hecho de que si bien ordenó que se le realizara a V1 un gammagrama, éste se indicó de manera tardía.
24. El 20 de septiembre de 2004, AR10 le practicó a V1 un reimplante ureteral bilateral, así como un remodelaje ureteral bilateral y colocación de catéter JJ; así las cosas, el 21 de septiembre de 2004, AR10 valoró a V1, destacando la indicación en el sentido de que presentaba “diversas malformaciones urinarias”, confirmando con ello que además de las valvas de uretra posterior, la víctima presentaba otras malformaciones que no fueron corregidas oportunamente por él; finalmente, el 23 de septiembre de 2004 determinó dar de alta a V1.
25. En ese sentido, los peritos médico-forenses de este Organismo Nacional establecieron que si bien es cierto que la cirugía de remodelación estaba indicada, también lo es que la dilación para practicarla en esa etapa avanzada del padecimiento de V1 no le brindó beneficio alguno; posteriormente, el 15 de octubre de 2004, AR10 le retiró a V1 los catéteres JJ, sin embargo, omitió referirlo al Servicio de Nefrología, evaluar el vaciamiento regular y/o completo de la vejiga, solicitar pruebas de funcionamiento renal, urocultivo, examen general de orina, biometría hemática y urografía excretora, a fin de estar en posibilidad de evaluar el estatus posquirúrgico de la remodelación y detectar oportunamente cambios en la dilatación de la vía urinaria; en este contexto, se observó que fue hasta tres meses después cuando AR10 reportó a V1 con reflujo vesicoureteral izquierdo y riñón derecho hipotrófico, precisando que requería de otro reimplante ureteral izquierdo; posteriormente, en enero de 2005, el citado servidor público practicó a V1 un reimplante ureteral izquierdo, un remodelaje ureteral y le colocó un catéter JJ.
26. En dicha operación, AR10 encontró como hallazgos adherencias posquirúrgicas del músculo a la vejiga y de ésta al peritoneo, secundarias al primer reimplante y remodelación ureteral; al respecto, se observó que si bien es cierto dicha complicación es inherente e imposible de prevenir, también lo es que no fue documentada oportunamente durante tres meses, omitiendo AR10 referir a la víctima de manera urgente al Servicio de Nefrología Pediátrica, a pesar de que los laboratoriales posoperatorios documentaron insuficiencia renal; posteriormente, el 7 de enero de 2005, AR10 valoró a V1, señalando que los exámenes de laboratorio lo reportaron con signos indicativos de deterioro renal, sin embargo, determinó su egreso, refiriéndolo para su valoración al Servicio de Nefrología después de tres meses, situación que evidenció el desconocimiento del citado servidor público en el manejo de ese tipo de pacientes.
27. El 16 de febrero de 2005, V1 fue valorado por personal del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar Número 31 del IMSS, quienes lo diagnosticaron con insuficiencia renal crónica secundaria a uropatía obstructiva, riñón derecho excluido y postoperado de reimplante ureteral izquierdo reciente e infección de vías urinarias, indicando como plan de manejo su traslado al Centro Médico Nacional de Occidente, en Guadalajara, referencia que debió realizarse 14 meses atrás; el 19 de febrero de 2005, V1 ingresó al Centro Médico Nacional de Occidente, lugar en el que recibió atención médica adecuada, sin embargo, el ácido úrico continuó elevándose, por lo que no se contó con criterios para que se le practicara una diálisis; posteriormente, el 19 de mayo de 2009, Q1 y Q2 solicitaron que se le realizara un trasplante renal anticipado, razón por la cual se determinó su remisión al Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.
28. Una vez que V1 fue remitido para su atención al Centro Médico Nacional Siglo XXI, su padre Q1 también fue valorado como posible donador de riñón; así las cosas, el 19 de enero de 2010, los médicos del citado hospital le realizaron a la víctima un trasplante renal y el 27 de enero de 2010 fue egresado; posterior al trasplante, en varias ocasiones reingresó al citado hospital, donde ha sido sometido a diversos tratamientos y se ha continuado brindándole la atención médica que requiere.
29. En este orden de ideas, las omisiones y conductas en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 implicaron que la insuficiencia renal crónica de V1 derivada de una uropatía obstructiva secundaria a malformaciones urinarias se viera agravada por la permanencia de un proceso infeccioso crónico-severo que en ningún caso fue adecuadamente protocolizado, documentado y corregido por los citados servidores públicos, en particular por AR10. Esta situación tuvo como resultado que el estado de salud de la víctima se deteriora, convalidándose con ello la relación causa-

efecto entre la inadecuada atención médica y la aceleración de la pérdida irreversible de la función renal, a grado tal de que V1 requiriera un trasplante anticipado de riñón y que actualmente curse con complicaciones ureterales y vesicales, vulnerando con ello el derecho a la protección a la salud.

Recomendaciones

PRIMERA. Se repare el daño a V1, Q1 y Q2, o a quien tenga mejor derecho a ello, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del IMSS.

SEGUNDA. Se proporcionen tratamientos médicos, psicológicos y de rehabilitación vitalicia a V1, necesarios para restablecer su salud física y emocional en la medida de lo posible.

TERCERA. Se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de Derechos Humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, sobre todo por lo que hace a la atención de los menores de edad, esto con el objetivo de evitar omisiones como las que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado.

CUARTA. Se emita una circular dirigida al personal médico del IMSS en Baja California, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas.

QUINTA. Se giren instrucciones para que los servidores públicos del IMSS adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas.

SEXTA. Se colabore en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional ante la Procuraduría General de la República.

SÉPTIMA. Se colabore con este Organismo Nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el IMSS.

México, D. F., a 17 de mayo de 2012

Sobre el caso de inadecuada atención médica en diversos hospitales del IMSS, en agravio de V1

Maestro Daniel Karam Toumeh
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero; 6 fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136, de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2010/3021/Q, relacionado con el caso de V1.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 10 de septiembre de 2003, V1 nació en Mexicali, Baja California; posteriormente, Q1 y Q2, padres de la víctima, notaron que el recién nacido lloraba frecuentemente por las noches, presentaba fiebre, malestares abdominales, así como dificultades para respirar; por ello, el 3 de octubre del citado año optaron por trasladarlo al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la citada entidad federativa, sitio en el que fue valorado por AR1, situación que se repitió los días 12 y 21 de noviembre de ese año.
4. Posteriormente, el 24 y 28 de noviembre, así como el 18 y 19 de diciembre de 2003, V1 fue valorado por AR2, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31, a la Unidad de Medicina Familiar No. 26, y a la Clínica No. 37, todos ellos del IMSS, en Mexicali, Baja California; sin embargo, debido a que su estado de salud no mejoró, Q1 y Q2 decidieron llevarlo para su atención con un médico particular, quien lo diagnosticó con un cuadro clínico de infección en vías urinarias y anemia aguda, indicándoles que era necesario que la víctima fuera internada de manera urgente en un hospital.
5. Así las cosas, el 29 de diciembre de 2003, V1 ingresó al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, sitio en el que permaneció internado por varios días, recibiendo atención médica por parte de AR6, AR7, AR8 y AR9, quienes le practicaron diversos estudios, que permitieron confirmar el diagnóstico emitido por el médico particular, determinándose su remisión con un especialista en Urología al Hospital General Regional No. 1 del citado Instituto, en la ciudad de Tijuana, Baja California.
6. Ahora bien, una vez que V1 ingresó al Hospital General Regional No. 1 del IMSS, en Tijuana, Baja California, recibió atención médica de AR10, quien lo diagnosticó con un cuadro clínico de valvas uretrales e indicó como plan de manejo la realización de una fulguración; al respecto, Q1 y Q2 señalaron que dicho médico les sugirió practicar el citado procedimiento en su consultorio particular, bajo el argumento de que él contaba con los instrumentos necesarios, aunado a que podría realizarlo de manera expedita; situación a la cual los quejosos se negaron por no contar con los recursos económicos suficientes, por lo que después de solicitar la intervención de personal del IMSS, se acordó que la misma efectivamente se realizaría en dicho Instituto.
7. Así las cosas, el 27 de enero de 2004, AR10 practicó a V1 el citado procedimiento; sin embargo, días después, los quejosos observaron que su hijo seguía presentando los mismos síntomas, por lo que solicitaron al citado servidor público que realizara estudios a los riñones de la víctima, situación a la cual se negó; asimismo, el 6 de febrero de ese año, V1 fue valorado por AR11, médico adscrito al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS.
8. Posteriormente, durante el mes de agosto de 2004, V1 nuevamente presentó síntomas relacionados con un cuadro clínico de infección en vías urinarias y anemia, razón por la cual sus padres lo llevaron a consulta con AR10, médico adscrito al Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Tijuana, Baja California, quien después de valorarlo ordenó que se le practicaran una serie de estudios, los cuales reportaron que el riñón derecho no estaba funcionando, y por otra parte, que la función del riñón izquierdo era forzada; asimismo, en septiembre de 2004, se le realizó a V1 una remodelación vesicouretral bilateral en las vías urinarias; sin embargo, de acuerdo al dicho de los quejosos, su estado de salud no presentó mejoría alguna, por ello, en enero de 2005, el menor de edad nuevamente fue sometido a otro procedimiento con las mismas características.
9. Toda vez que durante el mes de febrero de 2005 el estado de salud de V1 se deterioró, se determinó su internamiento en el Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, sitio en el que el personal médico que lo atendió optó por remitirlo al Centro Médico Nacional de Occidente de ese Instituto en Guadalajara, Jalisco, donde en el año 2006, se

diagnosticó que su riñón izquierdo era el único que se encontraba funcionando pero se estaba deteriorando, por lo que se pronosticó que cursaría con un cuadro clínico de insuficiencia renal progresiva terminal.

10. Finalmente, V1 fue canalizado para su atención al Centro Médico Nacional “Siglo XXI” del IMSS en la ciudad de México, donde después de ser valorado en diversas ocasiones se determinó que le sería trasplantado el riñón de Q1, procedimiento que se llevó a cabo el 19 de enero de 2010.
11. En este contexto, el 4 de junio de 2010, Q1 y Q2 presentaron queja ante esta Comisión Nacional, por considerar que la atención proporcionada por el personal del IMSS a V1 fue inadecuada, toda vez que no fue diagnosticado oportunamente, situación que le causó complicaciones irreversibles en su estado de salud; por ello, se inició para su investigación el expediente de mérito, solicitándose los informes y la copia de los expedientes clínicos de la víctima a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, así como información sobre las averiguaciones previas a la autoridad ministerial, que se iniciaron con motivo de las denuncias de hechos que Q1 presentó.

II. EVIDENCIAS

12. Escrito de queja presentado por Q1 y Q2, el 4 de junio de 2010 ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
13. Constancias del expediente clínico generado con motivo de la atención médica que se le proporcionó a V1 en la Unidad de Medicina Familiar No. 26 y en el Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31, ambos del IMSS en el estado de Baja California, así como informes del personal médico, enviados a este organismo nacional a través del oficio No. 09521746B0/008722, de 28 de junio de 2010, suscrito por el titular de Atención a Quejas CNDH del citado Instituto, de los que destacaron:
 - a. Notas de atención médica de V1, de 3 de octubre, 12 y 21 de noviembre de 2003, elaboradas por AR1, médico adscrito al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, en Mexicali, Baja California.
 - b. Notas de atención médica de V1, de 24 y 28 de noviembre de 2003, en las que no se precisaron los datos del personal médico que las emitió.
 - c. Nota médica de V1, de 18 de diciembre de 2003, elaborada por AR5, médico adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 26 del IMSS, en Mexicali, Baja California.
 - d. Nota médica de V1, de 19 de diciembre de 2003, sin membrete de Unidad Médica, ni datos del personal médico tratante.
 - e. Resultados de estudios practicados a V1, el 29 de diciembre de 2003 en un laboratorio particular.
 - f. Notas de atención médica de V1, de 29 de diciembre de 2003, emitidas por AR6 y AR7, médicos adscritos al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, en Mexicali, Baja California.
 - g. Notas de indicaciones y atención médica de V1, realizadas el 29 y 31 de diciembre de 2003, por AR7, AR8 y AR9, médicos adscritos al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS.
 - h. Resultado de urografía excretora y ultrasonido renal bilateral practicados a V1 por personal del IMSS.
 - i. Nota de alta de V1, de 31 de diciembre de 2003, suscrita por AR8, médico adscrito al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, en Mexicali, Baja California.
 - j. Hoja de solicitud de interconsulta y/o solicitud de traslado de V1, de 31 de diciembre de 2003, emitida por AR8.
 - k. Resultado de cistograma miccional de V1, de 22 de enero de 2004, suscrito por un médico radiólogo del IMSS.

l. Nota médica y prescripción de V1, elaborada el 6 de febrero de 2004, por AR11, médico adscrito al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS.

m. Nota médica de V1, de 16 de febrero de 2005.

n. Solicitud de interconsulta y/o traslado de V1, de 16 de febrero de 2005, elaborada por personal del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS.

ñ. Notas médicas y de prescripción de V1, de 17 y 18 de febrero de 2005, elaboradas por personal del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS.

o. Resultados del estudio de gammagrama renal perfusorio con renograma de V1, de 28 de abril de 2005.

p. Informes sobre la atención médica proporcionada a V1, emitidos por los directores de la Unidad de Medicina Familiar No. 26, del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, sin fecha; así como resumen clínico de V1, suscrito por la directora del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, de 21 de junio de 2010.

- 14.** Constancias de los expedientes clínicos generados con motivo de la atención médica que se brindó a V1 en el Hospital General Regional No. 1 en Tijuana, Baja California, y en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, Jalisco, así como de los informes del personal médico tratante, enviados a este organismo nacional mediante el oficio No. 09521746B0/8704, de 2 de julio de 2010, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, de los que destacaron:

a. Hojas de órdenes médicas de V1, elaboradas el 13 y 27 de enero de 2004, por AR10, médico adscrito al Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Tijuana, Baja California.

b. Nota médica operatoria de V1, de 27 de febrero de 2004, suscrita por AR10.

c. Notas médicas de V1, emitidas el 15 de abril, 17 y 31 de agosto y 7 de septiembre de 2004, por AR10, médico adscrito al Hospital General Regional No. 1 del IMSS.

d. Nota operatoria de urología pediátrica de V1, de 20 de septiembre de 2004, suscrita por AR10.

e. Nota médica de ingreso de V1 al servicio de Pediatría, de 20 de septiembre de 2004, elaborada por un médico interno de pregrado del Hospital General Regional No. 1 del IMSS, en Tijuana, Baja California.

f. Notas médicas de evolución de V1, realizadas el 21, 22 y 23 de septiembre de 2004, por AR10, médico adscrito al Hospital General Regional No. 1 del IMSS.

g. Nota médica de alta del servicio de Urología Pediátrica de V1, de 23 de septiembre de 2004, suscrita por AR10.

h. Notas de atención médica de V1, de 15 de octubre y 14 de diciembre de 2004, elaboradas por AR10.

i. Nota de Urología Pediátrica de V1, de 3 de enero de 2005, suscrita por AR10, médico adscrito al Hospital General Regional No. 1 del IMSS, en Tijuana, Baja California.

j. Nota de reingreso de V1 al servicio de Pediatría, elaborada a las 05:15 horas del 3 de enero de 2005, por AR10.

k. Nota médica de Urología Pediátrica de V1, de 4 de enero de 2005, emitida por AR10, médico adscrito al Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Tijuana, Baja California.

l. Nota operatoria de Urología Pediátrica de V1, elaborada a las 17:00 horas del 4 de enero de 2005, por AR10.

m. Nota médica del servicio de Urología Pediátrica de V1, de 6 de enero de 2005, realizada por AR10.

n. Nota de evolución del servicio de Pediatría de V1, elaborada el 7 de enero de 2005, por AR10.

ñ. Nota de alta de V1 del servicio de Urología Pediátrica, de 7 de enero de 2005, suscrita por AR10.

o. Nota de admisión continua de V1, emitida el 19 de febrero de 2005, por personal adscrito al Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, Jalisco.

- p. Resumen clínico de V1, de 19 de mayo de 2009, realizado por personal médico del servicio de Nefrología del Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, Jalisco.
15. Oficio No. 09521746B0/009822, de 20 de julio de 2010, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, al que anexó copias de diversas constancias que integraron el expediente clínico de V1, con motivo de la atención médica que se le proporcionó en la Unidad de Medicina Familiar No. 26.
 16. Informe No. 3101 de 20 de julio de 2010, suscrito por el agente del Ministerio Público de la Federación, titular de la Mesa I de Averiguaciones Previas de la Delegación Estatal de la Procuraduría General de la República en Baja California, enviado a este organismo nacional, mediante el oficio No. 006030/10 DGPCDHAQI, de 22 de julio de 2010.
 17. Escrito de 26 de agosto de 2010, a través del cual Q1 y Q2 señalaron su inconformidad con la atención médica otorgada a V1, en el Centro Médico Nacional "Siglo XXI" del IMSS en México, Distrito Federal.
 18. Consulta realizada por personal de esta Comisión Nacional a la Averiguación Previa No.2, el 2 de septiembre de 2010, en las instalaciones de la Procuraduría General de la República en Tijuana, Baja California.
 19. Informe enviado por el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, a través del oficio No. 09521746B0/17053, de 28 de diciembre de 2010, en el que precisó el estado que guardaba la queja administrativa iniciada por el caso.
 20. Informe sin número de 26 de enero de 2011, enviado por el director jurídico pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico a este organismo nacional, en el que indicó que se encontraba imposibilitado para proporcionar copia del dictamen médico con relación al caso de V1.
 21. Informe sin número de 1 de abril de 2011, emitido por el jefe de Trasplantes del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" del IMSS, con relación al caso de V1, enviado a esta Comisión Nacional a través del oficio No. 09521746B0/4427, del 6 de ese mismo mes y año.
 22. Oficio No. 67/2011 de 12 de abril de 2011, suscrito por la directora del Hospital de Ginecopediatria con Medicina Familiar No. 31 del IMSS en Mexicali, Baja California, enviado a este organismo nacional mediante el oficio No. 09521746B0/6043, de 13 de mayo de 2011.
 23. Entrevista sostenida con Q1 y Q2, el 18 de mayo de 2011, en la que precisaron que la atención médica proporcionada a V1 por personal del IMSS con posterioridad al trasplante no había sido adecuada.
 24. Constancias del expediente clínico generado con motivo de la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" del IMSS, así como copia del informe de 20 de mayo de 2011, suscrito por la jefa de Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente del citado nosocomio, enviados a este organismo nacional a través del oficio No. 09521746B0/7230, de 25 de mayo de 2011.
 25. Visita realizada por personal de esta Comisión Nacional, el 15 de noviembre de 2011, a las instalaciones del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" del IMSS, a fin de obtener información sobre la salud de V1, entrevistándose para tal efecto a Q1 y Q2, así como al personal médico del citado nosocomio.
 26. Opinión médica emitida el 30 de noviembre de 2011, por peritos médicos forenses de esta Comisión Nacional, que conocieron del asunto y en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1 en diversos hospitales del IMSS.
 27. Entrevista sostenida con Q1 y Q2 el 30 de noviembre de 2011, en la que precisaron que la atención médica brindada a V1 en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" del IMSS, ha sido inadecuada.
 28. Entrevista vía telefónica sostenida el 6 de diciembre de 2011 con el agente del Ministerio Público de la Federación, titular de la Mesa Número Uno en Tijuana, Baja California, en la que precisó el estado que guardaba la Averiguación Previa No. 2.

29. Diligencia practicada por personal de este organismo nacional el 27 de enero de 2012, en las instalaciones del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" del IMSS, en donde se entrevistó a personal médico y a Q1.
30. Diligencia practicada, el 23 de abril de 2012, por un perito médico forense de esta Comisión Nacional en las instalaciones del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" del IMSS, con la finalidad de certificar los hallazgos del procedimiento realizado en esa fecha a V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

31. A partir del 3 de octubre de 2003 y hasta la fecha, V1, de 8 años de edad, ha recibido diverso tipo de atención médica en varios hospitales del IMSS. Ahora bien, derivado del manejo médico que la víctima recibió, ésta sufrió una infección crónica severa en los riñones toda vez que el cuadro clínico con el que cursó no le fue diagnosticado y tratado oportunamente, situación que le generó una disfunción renal crónica provocando que su estado de salud se deteriorara y sufriera diversas complicaciones uretrales y vesicales; posteriormente, el 19 de enero de 2010, le fue trasplantado el riñón de Q1; sin embargo, a la fecha de emisión de la presente recomendación su estado de salud es delicado.
32. El 8 de enero del 2005, Q1 presentó denuncia de hechos ante la titular de la Agencia del Ministerio Público del Fuero Común Iniciadora-Conciliadora en Mexicali, Baja California, en contra de servidores públicos de las Clínicas No. 26 y No. 31 del IMSS, en la citada entidad federativa, lo que motivó el inicio de la Averiguación Previa No. 1, la cual fue enviada en esa misma fecha al agente del Ministerio Público del Fuero Común, Investigador en Delitos Contra la Vida y la Salud en esa localidad, quien por razones de competencia, el 10 del mismo mes y año, la remitió a su similar del fuero federal, en Mexicali, Baja California.
33. Por lo anterior, el 15 de febrero de 2005, el entonces titular de la Mesa Número Uno de la Agencia del Ministerio Público de la Federación adscrita a la Delegación de la PGR en Tijuana, Baja California, inició la Averiguación Previa No. 2, en contra de quienes resultaran responsables, por la comisión del delito de responsabilidad profesional y técnica en agravio de V1, la cual a la fecha de emisión de este pronunciamiento se encuentra en integración.
34. Asimismo, a través del oficio No. 09521746B0/17053, de 28 de diciembre de 2010, el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS informó a este organismo nacional que se encontraba pendiente la determinación de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto, con motivo de la investigación iniciada por el caso de V1.
35. Además, el director jurídico pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, precisó en el oficio sin número de 26 de enero de 2011, que esa institución había iniciado el expediente No. 1, y que respecto al mismo se había emitido el dictamen médico correspondiente; sin embargo, indicó que se encontraba imposibilitado para proporcionar copia del mismo.

IV. OBSERVACIONES

36. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2010/3021/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se contó con elementos que permitieron acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud en agravio de V1, atribuibles a personal médico del IMSS, en atención a lo siguiente:
37. El 3 de octubre de 2003, V1, entonces recién nacido de 23 días, fue llevado por Q2 al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS en Mexicali, Baja California, debido a que presentó dificultades para respirar; en ese lugar fue atendido por AR1, quien lo

- diagnosticó con constipación nasal, indicando como plan de manejo, suministrar solución salina en las fosas nasales y seguir con su control en Medicina Familiar.
38. Al respecto, los peritos médicos forenses de esta Comisión Nacional que conocieron del caso, observaron que AR1, médico del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, omitió evaluar el estado nutricional y desarrollo psicomotor de V1, así como tomar sus signos vitales, pesarlo y medir su talla y perímetro cefálico, a fin de vigilar su crecimiento.
 39. Posteriormente, el 12 de noviembre de 2003, Q2, nuevamente llevó a V1 con AR1, en atención a que éste había presentado fiebre; el mencionado personal médico lo diagnosticó con intolerancia a disacáridos, limitándose a indicar como plan de manejo alimentación con fórmula de soya.
 40. En este contexto, se advirtió que AR1 omitió solicitar que se le practicaran a V1 exámenes de laboratorio básicos de control, a fin de estar en posibilidad de averiguar el origen de la fiebre referida por Q2, toda vez que la intolerancia a los disacáridos no provocan dicho cuadro; al respecto, la literatura médica señala que cuando un lactante presenta fiebre sin explicación alguna, se deben realizar las pruebas necesarias para descartar la presencia de una infección.
 41. El 21 de noviembre de 2003, según se desprendió del resumen clínico, suscrito por la directora del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, V1 ingresó al servicio de Urgencias de ese nosocomio, siendo atendido por AR1 quien estableció que la víctima había acudido previamente en razón de que presentaba fiebre de difícil control con dos días de evolución; asimismo, dicho personal médico, después de examinarla, determinó faringe hiperémica congestiva y fontanela anterior aumentada de volumen por probable neuroinfección.
 42. Así las cosas, AR1 determinó practicarle a V1 exámenes de laboratorio y una punción lumbar, los cuales reportaron líquido cefalorraquídeo normal, anemia por hemoglobina de 8.6 gr/dl, leucocitos de 18,000, orina con huellas de hemoglobina y 4-6 leucocitos por campo; integrando como diagnóstico faringitis probablemente viral, síndrome anémico moderado y datos sugerentes de infección de vías urinarias e indicó como plan de manejo su egreso, realizar urocultivos seriados, suministrarle ampicilina y paracetamol, acudir con su médico familiar y el siguiente lunes su revaloración.
 43. Es decir, que a pesar de que AR1 reportó a V1 con criterios que indicaban que requería permanecer hospitalizado, tales como fiebre de difícil control, anemia e infección urinaria éste lo egresó desestimando que estuviera cursando con una malformación de vías urinarias. Los peritos médicos forenses de esta Comisión Nacional señalaron que cuando un paciente pediátrico presenta una infección en vías urinarias se debe investigar la presencia de alteraciones anatómicas y/o funcionales; es decir que la víctima debió haber sido internada y practicársele, al menos, un urocultivo de manera inmediata para estar en condiciones de establecer un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno.
 44. El 24 de noviembre de 2003, V1 fue valorado por AR2, médico del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, de quien no se pudo establecer su identidad por encontrarse ilegibles e incompletas las notas médicas, quien indicó continuar suministrando a V1 ampicilina, agregando al plan de manejo, sulfato ferroso; además, solicitó que se le practicaran al menor una biometría hemática y toma de plaquetas y acudir con los mismos con su médico familiar.
 45. Al respecto, los peritos médicos forenses de este organismo nacional, observaron que AR2 omitió solicitar que se le realizara a V1 un urocultivo; además de que, inadecuadamente lo refirió para su seguimiento con un médico familiar, a pesar de que había presentado como síntomas: fiebre de difícil control, anemia, leucocitosis e infección urinaria; todos ellos datos que, efectivamente, lo obligaban a indicarle que continuara con manejo médico, pero por parte de un especialista.
 46. En suma, según se desprendió del informe del director de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 del IMSS, en Mexicali Baja California, los días 24 y 28 de noviembre, así como el 19 de

diciembre de 2003, V1 fue valorado por AR3 y AR4; en este sentido, los peritos médicos forenses de esta Comisión Nacional, advirtieron que el personal médico que atendió a V1 omitió realizar tanto un interrogatorio como una exploración física adecuados, que les permitiera estar en condiciones de ordenar que se le realizara un urocultivo y referirlo al servicio de Pediatría.

47. El 18 de diciembre de 2003, V1 fue valorado por AR5, médico adscrito a la Clínica No. 37 del IMSS, quien refirió como antecedentes hiperpirexia esto es, fiebre de más de 40° C de un día de evolución, llanto irritable y distensión abdominal, integrando como diagnóstico probable cuadro de cólico abdominal; sin embargo, omitió realizar un adecuado interrogatorio a Q2 sobre los antecedentes de la víctima, así como una correcta exploración física a V1, situaciones que le hubieran permitido advertir que el menor de edad cursaba con anemia, fiebre e infección urinaria de más de un mes de evolución, síntomas que relacionados con el llanto irritable y la distensión abdominal eran criterios para determinar su ingreso inmediato, para que se le tomaran exámenes de laboratorio de control, un urocultivo y un examen general de orina.
48. Aunado a lo anterior, AR5 omitió evaluar el estado nutricional y psicomotor de V1, pesarlo y medir el perímetro cefálico, verificar su esquema de vacunación y referirlo para su valoración al siguiente nivel de atención, a fin de que se determinara el origen de la hiperpirexia, circunstancia a la que se encontraba obligado en términos de lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño.
49. El 29 de diciembre de 2003, V1 fue trasladado por sus familiares al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, donde informaron a AR6 y AR7 que la víctima había sido atendida por un médico privado por: anorexia, llanto fácil e irritabilidad de una semana de evolución; asimismo, indicaron que se le practicaron una serie de estudios, entre ellos un urocultivo y una biometría hemática, los cuales reportaron a V1 con infección urinaria y anemia severas.
50. En este orden de ideas, AR6 valoró a V1 y precisó que los resultados arrojaron que tenía hemoglobina de 5.8 grs/dl (cuando lo normal era de 12 a 14 grs/dl), así como sangre y pus en la orina; diagnosticándolo con infección de vías urinarias, anemia severa, dermatitis de pañal y que estaba pendiente de descartar alguna malformación de vías urinarias.
51. De igual manera, dicho personal médico indicó como plan de manejo de V1 su ingreso al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS para realizarle una urografía excretora; posteriormente, a las 22:00 horas, la víctima fue reportada por AR7, con fiebre controlada por antitérmico y orinando por goteo; además, dicho servidor público precisó que era necesario practicar un estudio de la anemia, un ultrasonido renal, un cistograma miccional, y suministrarle paracetamol vía oral y miconazol en región genital.
52. El 30 de diciembre de 2003, V1 ingresó al servicio de Pediatría del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, procedente del servicio de Urgencias, con un diagnóstico de anemia en estudio, infección de vías urinarias y malformación vesicoureteral por descartar; alrededor de las 12:00 horas, AR8 reportó a la víctima con un cuadro clínico repetitivo de infección en vías urinarias, manejado por médico particular, quien le practicó un urocultivo que arrojó más de 100,000 colonia/cc de *proteus mirabilis* (germen patógeno causante de infecciones urinarias), anemia de 4.9 gr. y leucocitosis de 16,000.
53. El citado servidor público agregó al plan de manejo control de fiebre por medios físicos, practicarle un labstix en orina (detección de proteínas), química sanguínea urgente, frotis de sangre periférica, anti anémicos y polivitamínicos; sin embargo, dejó pendiente realizar la transfusión de paquete globular hasta que fuera valorado por el servicio de Hematología.
54. Ese mismo día a V1 se le practicó una urografía excretora, la cual reveló una concentración retardada por el riñón derecho, así como la excreción del mismo, aunado a que presentó aumento de tamaño; por lo que hizo al riñón izquierdo, se evidenció que la eliminación en éste era retardada y los grupos colectores estaban dilatados; por su parte, el ultrasonido renal

bilateral indicó que ambos riñones estaban en situación conservada, pero con dilatación de los grupos colectores superior, medio e inferior, ambas pelvicillas renales y un tercio superior de los ureteres. La vejiga se encontró parcialmente llena y sin alteraciones.

55. En síntesis, de ambos estudios se concluyó que V1 cursaba con ectasia pielocalicial hasta el tercio superior del uretero; probablemente secundaria a una estenosis de la unión ureteropielica parcial, ectasio pielocalicial moderada, retardo de la concentración y eliminación del contraste de ambos riñones de predominio derecho; es decir que para ese momento, además de la uropatía obstructiva por arriba de la vejiga provocada por la estrechez en la unión del tercio superior de ureteres con la pelvis renal, V1 también presentaba datos de hidronefrosis, dilatación de los grupos colectores de ambas pelvicillas renales y alteración de la función renal por concentración y eliminación retardada, sin que se evidenciara la existencia de reflujo vesicouteral que condicionara la estenosis de la unión ureteropielica y ectasia pielocalicial.
56. Ahora bien, el 31 de diciembre de 2003, V1 fue examinado por AR9, hematóloga adscrita al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, quien estableció que la víctima cursaba con anemia ferropriva no descompensada, es decir por carencia de hierro necesario para la síntesis de la hemoglobina; por otra parte, AR8 determinó referir a la víctima para su valoración al tercer nivel de atención y manejo definitivo por el servicio de Urología Pediátrica.
57. En este contexto, los peritos médicos forenses de este organismo nacional señalaron que los médicos tratantes que valoraron a V1, entre el 29 y 31 de diciembre de 2003, no lo refirieron de manera urgente al siguiente nivel de atención para su valoración por los servicios de Urología y Nefrología, a pesar de que reunía criterios de riesgo que ponían en peligro la función renal; asimismo, omitieron practicar a la víctima un cistograma miccional y un urocultivo, estudios obligados para pacientes que presentan malformaciones urinarias y que sirven para evaluar la infección por *proteus mirabilis*, la respuesta microbiológica y estar en posibilidad de analizar si se modifica el plan de manejo; además, se advirtió que inadecuadamente se prescribió a V1 sulfametoxazol/trimetropim, fármaco contraindicado por la resistencia comprobada al *proteus mirabilis* en el urocultivo realizado de manera extra institucional el 29 de diciembre de 2003.
58. Por lo que hizo a AR9, hematóloga del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, los peritos médicos forenses de esta Comisión Nacional, señalaron que inadecuadamente determinó que V1 presentaba una anemia ferropriva, toda vez que no consideró si la misma era secundaria al sangrado constante mediante la orina y a la incapacidad del riñón para producir suficiente hormona eritropoyetina, la cual es un estimulante de la médula ósea que aumenta la producción y supervivencia de los glóbulos rojos, además de que no indicó la corrección de su estado de salud, mediante una transfusión sanguínea, para que, en caso de que la víctima fuera intervenida quirúrgicamente, llegara a dicho procedimiento en las mejores condiciones posibles.
59. El 13 de enero de 2004, V1 fue atendido en el Hospital General Regional No. 1, del IMSS en Tijuana, Baja California, por AR10, quien a su exploración lo encontró con los antecedentes ya citados, enviado de Mexicali con un diagnóstico de estenosis por ultrasonido, ectasia ureteropielocalicial moderada y leve pielocaliectasia; dicho médico indicó que de los estudios de V1 no evidenció concentración y eliminación, pero sí imágenes de ureterohidronefrosis, con lo cual integró el diagnóstico de megauréter obstructivo izquierdo contra reflujo vesicouteral e indicó como plan de manejo, practicar preoperatorios, así como un cistograma miccional y suministrar antimicrobiano.
60. En este contexto, el 22 de enero de 2004 a V1 le fue practicado un cistograma miccional, el cual reportó la presencia de valvas uretrales posteriores condicionando la vejiga de esfuerzo con pseudodivertículos (protusiones parciales saculares en las áreas de la mucosa vesical que generalmente no requieren ningún tratamiento y aparecen como consecuencia de una inflamación crónica), pero sin reflujo vesicouteral.

61. Ahora bien, el 27 de enero de 2004 la víctima fue valorada nuevamente por AR10, médico adscrito al Hospital General Regional No. 1, del IMSS, quien estableció que V1 ameritaba una hemotransfusión, a fin de practicarle una fulguración de valvas a través de una uretroscopía, es decir introduciéndole en la uretra un tubo flexible con una cámara e instrumental médico, y que debería acudir a cita en un mes.
62. En ese orden de ideas, los peritos médicos forenses de este organismo nacional observaron que AR10, en las dos valoraciones que realizó a V1, es decir el 13 y 27 de enero de 2004, omitió realizar un interrogatorio y una exploración física adecuados, que le hubieran permitido detectar con precisión el cuadro clínico con el cual la víctima se encontraba cursando, el cual ponía en grave peligro la función renal; aunado a ello, AR10 no solicitó de manera urgente la valoración de V1, por el servicio de Nefrología Pediátrica y practicarle un urocultivo, pruebas de funcionamiento y gammagrama renal.
63. Las indicaciones señaladas en el párrafo anterior hubieran permitido preservar la función renal y limitar el deterioro del estado de salud de V1; además, no pasó desapercibido que si bien es cierto que AR10 ordenó la fulguración de las valvas uretrales, también lo es que las mismas no ocasionaban la estenosis ureteropielica, sino que la estrechez se encontraba en la unión del tercio superior de los ureteros con la pelvis renal, situación que impedía parcialmente que la orina pasara del riñón a la vejiga, cuadro clínico que se corroboró con el cistograma miccional de 22 de enero de 2004, en el cual no se evidenció reflujo vesicoureteral.
64. Igualmente, se observó que AR10 sin contar con algún criterio clínico o bacteriológico, en razón de que no había realizado un urocultivo a V1, indicó como plan de manejo, el suministro de dos esquemas del antibiótico cefalexina y profilaxis con trimetropim/sulfametoxazol, situación que favoreció la resistencia polibacteriana, así como la persistencia de la infección urinaria; además de que tampoco tomó en consideración la urografía excretora, el ultrasonido renal y el cistograma miccional, que le fueron practicados a la víctima el 30 de diciembre de 2003 y el 22 de enero de 2004, en razón de que los mismos indicaban que, además de las valvas uretrales posteriores con la que V1 cursaba, éste presentaba otra malformación ubicada a nivel superior, es decir por arriba de la vejiga, situación que como se señalará más adelante, sería confirmada por el propio AR10 el 21 de septiembre de 2004, cuando precisó que, efectivamente, el menor de edad tenía diversas malformaciones urinarias.
65. Así las cosas, el 6 de febrero de 2004 V1 fue valorado por AR11, médico adscrito al Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, quien precisó que V1 presentó: hemoglobina de 6 gr; soplo cardíaco (manifestación secundaria a la anemia) y examen general de orina patológico; indicando como plan de manejo su hospitalización en el servicio de Urgencias Pediátricas, a fin de estabilizar su estado de salud, mediante una transfusión de 100 ml de paquete globular, antes de que fuera sometido a intervención quirúrgica.
66. Al respecto, los peritos médicos forenses de este organismo nacional advirtieron que AR11 no solicitó un urocultivo de V1, a pesar de la persistencia del examen de orina patológico y el antecedente de infección por *proteus mirabilis*, situación a la cual se encontraba obligado para evaluar la respuesta microbiológica, la remisión de la infección y la sensibilidad antimicrobiana, por lo que continuó el plan de manejo inadecuado, es decir con el suministro del antibiótico que favorecía la resistencia bacteriana.
67. En este sentido, el 27 de febrero de 2004, AR10, médico adscrito al Hospital General Regional No. 1, del IMSS, a pesar de que V1 continuaba con persistencia de la infección urinaria y sin contar con un germen causal documentado por urocultivo, practicó a V1 la fulguración y resección de valvas, reportando como hallazgos de la operación: "valvas uretrales posteriores tipo I a nivel de uretra prostática, justo anterior a verumontanum"; toda vez que la víctima no presentó complicaciones, AR10 determinó su egreso.
68. Los peritos médicos forenses de esta Comisión Nacional señalaron que de haberse corregido oportunamente la estenosis de la unión ureteropielica, el retardo de la concentración, la eliminación del contraste en ambos riñones de predominio derecho, así como el mega uréter

e hidronefrosis izquierdos, diagnosticados por AR10 el 13 de enero de 2004, a través de un reimplante y remodelaje uretal con colocación de catéter JJ, aunado a una adecuada y oportuna valoración y manejo por parte del servicio de Nefrología, se hubiera brindado un mejor pronóstico de sobrevivencia a V1 y prolongado el tiempo de supervivencia de sus riñones, limitando con ello las complicaciones graves, progresivas e irreversibles con las cuales la víctima cursó posteriormente.

69. Igualmente, el 15 de abril y 17 de agosto de 2004, AR10, médico adscrito al Hospital General Regional No. 1, del IMSS, valoró a V1 e indicó inadecuadamente como plan de manejo suministro de profilaxis permanente con furadantina (antiséptico urinario) y trimetopim/sulfametoxazol; sin embargo, dicho servidor público omitió ordenar la valoración urgente del menor de edad por parte del servicio de Nefrología, así como que se le practicaran pruebas de funcionamiento un gammagrama renal, urocultivo, examen general de orina y biometría hemática, a fin de estar en posibilidad de evaluar la función renal, la anemia y el proceso infeccioso urinario.
70. En este contexto, el 31 de agosto de 2004 a V1 se le practicó la urografía excretora de control ordenada por AR10, médico adscrito al Hospital General Regional No. 1 del IMSS, la cual mostró un cuadro clínico de: "riñón derecho excluido y riñón izquierdo con uretero hidronefrosis secundaria a estenosis de la unión uretero vesical"; por ello, el citado servidor público indicó que la víctima requería de un reimplante ureteral izquierdo a mediano plazo y solicitó que se le realizaran preoperatorios y un gammagrama renal.
71. En suma, los peritos médicos forenses de esta Comisión Nacional que conocieron del asunto, advirtieron que en las valoraciones realizadas por AR10 el 15 de abril, 17 y 31 de agosto de 2004, se omitió referir a V1 al servicio de Nefrología, evaluar el vaciamiento regular y/o completo de la vejiga, solicitar un urocultivo así como un examen general de orina, una biometría hemática y repetir con periodicidad los estudios ecográficos para detectar cambios en la dilatación de la vía urinaria alta, practicarle pruebas de funcionamiento renal, situación a la que se encontraba obligado en razón de que la víctima presentaba malformaciones urinarias; además, no pasó desapercibido el hecho de que si bien AR10 ordenó que se le realizara a V1 un gammagrama, éste se indicó de manera tardía, es decir siete meses después, en atención a que el mismo debió practicarse desde el 13 de enero de 2004, cuando AR10 reportó que no evidenciaba una concentración y eliminación del riñón derecho, pero sí uretero hidronefrosis en el riñón izquierdo.
72. El 20 de septiembre de 2004, AR10 le practicó a V1 un reimplante ureteral bilateral, así como un remodelaje ureteral bilateral y colocación de catéter JJ y reportó a la víctima con vejiga con buena capacidad y ureteros dilatados en todo su trayecto, indicando como plan de manejo su internamiento, suministro de antiespasmódico y antibiótico, así como la permanencia de los catéteres JJ por tres a cuatro semanas.
73. Así las cosas, el 21 de septiembre de 2004, AR10 valoró a V1, destacando la indicación en el sentido de que presentaba "diversas malformaciones urinarias"; confirmando con ello, que además de las valvas de uretra posterior, la víctima presentaba otras malformaciones que no fueron corregidas oportunamente por él.
74. El 23 de septiembre de 2004, AR10, médico adscrito al Hospital General Regional No. 1 del IMSS, determinó dar de alta a V1 por buena evolución clínica, dejando los catéteres JJ por cuatro a seis semanas, así como acudir a cita al servicio de Urología Pediátrica en cuatro semanas. En ese sentido, los peritos médicos forenses de este organismo nacional establecieron que si bien es cierto, que la cirugía de remodelación estaba indicada, también lo es que la dilación para practicarla en esa etapa avanzada del padecimiento de V1 no le brindó beneficio alguno, ya que debió realizarse a más tardar el 27 de febrero de 2004, cuando se practicó la fulguración de las valvas de la uretra posterior, y no siete meses después, cuando el riñón derecho estaba excluido y el izquierdo afectado.

75. Posteriormente, el 15 de octubre de 2004, AR10 le retiró a V1 los catéteres JJ; sin embargo, nuevamente omitió referirlo a valoración por el servicio de Nefrología, evaluar el vacimiento regular y/o completo de la vejiga, solicitar pruebas de funcionamiento renal, un urocultivo, examen general de orina, biometría hemática, urografía excretora, a fin de estar en posibilidad de evaluar el estatus posquirúrgico de la remodelación y detectar oportunamente cambios en la dilatación de la vía urinaria.
76. En este contexto, se observó que fue hasta tres meses después, es decir el 14 de diciembre de ese año, cuando AR10 reportó a V1 con reflujo vesicoureteral izquierdo y riñón derecho hipotrófico; precisando que requería de otro reimplante ureteral izquierdo; posteriormente, en el mes enero de 2005, el citado servidor público practicó a V1 un reimplante ureteral izquierdo, un remodelaje ureteral y le colocó un catéter JJ.
77. En dicha operación, AR10 encontró como hallazgos adherencias postquirúrgicas del músculo a la vejiga y de ésta al peritoneo, secundarias al primer reimplante y remodelación ureteral realizado el 20 de septiembre de 2004; asimismo, indicó que dichas adherencias se encontraban comprimiendo, reduciendo y estrechando el uretero a nivel de su entrada a la vejiga, regresando el flujo urinario y dilatándolo.
78. Al respecto, los peritos médicos forenses de esta Comisión Nacional precisaron que, si bien es cierto dicha complicación es inherente e imposible de prevenir, también lo es que no fue documentada oportunamente mediante un adecuado y estrecho seguimiento durante tres meses, es decir del 15 de octubre, fecha en que se retiraron ambos catéteres JJ, al 15 de diciembre de 2004, cuando el reflujo vesicoureteral y dilatación ureteral eran irreversibles; omitiendo además AR10, referir a la víctima de manera urgente para su valoración al servicio de Nefrología Pediátrica, a pesar de que los laborales posoperatorios documentaron insuficiencia renal.
79. El 7 de enero de 2005, AR10 valoró a V1, señalando que los exámenes de laboratorio lo reportaron con signos indicativos de deterioro renal; sin embargo, determinó su egreso, desestimando la progresión del estado de salud de la víctima hacia la insuficiencia renal, refiriéndolo para su valoración al servicio de Nefrología después de tres meses, situación que evidenció el desconocimiento del citado servidor público en el manejo de ese tipo de pacientes.
80. Ahora bien, el 16 de febrero de 2005 V1 fue valorado por personal médico del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 del IMSS, quienes lo encontraron con los antecedentes multicitados, un año y cinco meses de edad, con vómitos, rechazo a la vía oral y ataque al estado general de cinco días de evolución, precisando que los laborales lo reportaron con desequilibrio electrolítico, leucocitosis indicativo de proceso infeccioso agregado y franca alteración de las pruebas de funcionamiento renal.
81. Asimismo, dicho personal diagnosticó a V1 con: insuficiencia renal crónica secundaria a uropatía obstructiva; riñón derecho excluido; pos operado de reimplante ureteral izquierdo reciente, infección de vías urinarias, indicando como plan de manejo su traslado al servicio de Nefrología Pediátrica del Centro Médico Nacional de Occidente, en Guadalajara; referencia que en opinión de los peritos médicos forenses de esta Comisión Nacional debió realizarse catorce meses atrás, pero que fue omitida tanto por el personal médico tratante del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31, como del Hospital General Regional No. 1, ambos del IMSS.
82. El 19 al febrero de 2005, V1 ingresó al Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS en Guadalajara, Jalisco, durante su estancia y consultas posteriores en el servicio de Nefrología, lugar en el que, en opinión de los peritos médicos forenses de esta Comisión Nacional recibió atención médica adecuada, en razón de que el tratamiento aplazó los mecanismos de lesión de daño y sirvieron para retardar las terapias sustitutivas y restitutivas.
83. V1 evolucionó favorablemente; sin embargo, el ácido úrico continuó elevándose, por lo que no se contó con criterios para que se le practicara una diálisis; posteriormente, el 19 de mayo de 2009, Q1 y Q2 solicitaron que se le realizara a la víctima un trasplante renal anticipado,

razón por la cual se determinó su remisión al Centro Médico Nacional "Siglo XXI" del IMSS en la ciudad de México, Distrito Federal.

84. Una vez que V1 fue remitido para su atención al Centro Médico Nacional "Siglo XXI", su padre Q1 también fue valorado como posible donador de riñón; así las cosas, el 19 de enero de 2010, los médicos tratantes del citado hospital le realizaron a la víctima un trasplante renal de donador vivo sin complicaciones y debido a que el menor evolucionó positivamente el 27 de enero de 2010 fue egresado del nosocomio.
85. En este contexto, es importante precisar que, posterior al trasplante practicado a V1, en varias ocasiones reingresó al Centro Médico Nacional "Siglo XXI" del IMSS, donde ha sido sometido a diversos tratamientos y se ha continuado brindándole la atención médica que requiere; al respecto, los peritos médicos forenses de esta Comisión Nacional, señalaron que no se advirtieron indicios de inadecuada atención médica durante las atenciones recibidas por la víctima en el citado nosocomio.
86. En este orden de ideas, las omisiones y conductas en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, personal médico del IMSS, implicaron que la insuficiencia renal crónica de V1 derivada de una uropatía obstructiva secundaria a malformaciones urinarias, se viera agravada por la permanencia de un proceso infeccioso crónico-severo que en ningún caso fueron adecuadamente protocolizados, documentados y corregidos por los citados servidores públicos, en particular por AR10. Esta situación tuvo como resultado, que el estado de salud de la víctima se deteriora convalidándose con ello la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la aceleración de la pérdida irreversible de la función renal, a grado tal de que V1 requiriera un trasplante anticipado de riñón y que actualmente curse con complicaciones uretrales y vesicales.
87. Es importante destacar que el 27 de enero de 2012, personal médico de este organismo nacional, acudió a las instalaciones del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" del IMSS, en donde se entrevistó al jefe de Urología Pediátrica, quien manifestó que durante el procedimiento de cistoscopia que se le practicó a la víctima menor de edad, al parecer, no había observado datos de la existencia de la cicatrización de valvas en V1.
88. Lo anterior fue corroborado el 23 de abril de 2012, por un perito médico forense de esta Comisión Nacional, toda vez que al acudir al citado nosocomio, a fin de certificar los hallazgos del procedimiento de cistoscopia de control y seguimiento que se realizó a V1, observó que la imagen del verumontanum, es decir de la región de la uretra prostática por la que se drenan los conductos de las vesículas seminales se encontraba sin vestigios, remanentes, restos, huellas, trazas, impresiones o cicatrices de valvas uretrales.
89. Esto es que, si bien de las constancias que integraron el expediente clínico de V1, específicamente las suscritas por AR10, médico cirujano urólogo adscrito al Hospital General Regional No. 1, del IMSS en Tijuana, Baja California, señalaron que el 27 de febrero de 2004, se le practicó a V1 una fulguración y resección de valvas, circunstancia que hubiera sido adecuada si ésta hubiera presentado tal malformación, también lo es que en las dos diligencias señaladas en los párrafos anteriores no se advirtieron datos que permitieran acreditarlo.
90. Por ello, dicha circunstancia deberá ser investigada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de determinar si existió alteración alguna en el expediente médico de V1, lo cual adquirió relevancia con el dicho de Q1 y Q2, en el sentido de que el citado servidor público les había solicitado una cantidad de dinero para practicar el procedimiento a la víctima en su consultorio particular, situación a la cual se negaron y que hicieron del conocimiento de otros servidores públicos del IMSS, quienes ordenaron a AR10 realizar el procedimiento en el citado Instituto.
91. Además, se observó que el personal médico que atendió a V1, en el Hospital de Ginecopediatria con Medicina Familiar No. 31, en la Unidad Médico Familiar No. 26, en la Clínica No. 37 y en el Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Baja California omitió observar el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-168 SSA-1-1998 Del Expediente Clínico y

NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño, ya que no le realizaron un protocolo de estudios, valoración y exploración adecuados.

92. Llamó la atención, el hecho de que varias de las notas médicas del expediente clínico generado en los multicitados hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, con motivo de la atención médica proporcionada a V1, presentaban irregularidades como su ilegibilidad, desorden cronológico, ausencia de membrete de la unidad médica para su identificación y de los nombres completos, cargos, rangos, matrículas y especialidades de los médicos tratantes, entre otras, evidenciando un incumplimiento a los preceptos que establecen los artículos 6 y 8, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.
93. Las irregularidades mencionadas, son una constante preocupación de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que tales omisiones representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose con ello el derecho que tienen las víctimas de que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.
94. Situación que ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 53/2011, 58/2011, 76/2011, 85/2011, 14/2012 y 15/2012, emitidas el 21 de enero, 18 de marzo, 4 y 13 de mayo, 30 de junio, 30 de septiembre, 27 de octubre, 9 y 16 de diciembre de 2011, 23 y 26 de abril de 2012, respectivamente, en las que se señalaron precisamente las omisiones en las que incurren el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.
95. La sentencia del caso *"Albán Cornejo y otros vs. Ecuador"*, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el numeral 68 refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. Pronunciamiento que además resulta obligatorio para el Estado mexicano, de conformidad con los numerales 1, 2 y 3, de la Declaración para el Reconocimiento de la Competencia Contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.
96. Por ello, la falta del expediente o la deficiente integración del mismo, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.
97. Además, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos observó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, personal médico del IMSS en Baja California, vulneraron el derecho a la protección de la salud en agravio de V1, contenido en los artículos 4, párrafos cuarto, octavo y noveno, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones II y V; 23, 27, fracciones III y IV; 32, 33, fracciones I y II; 51, 61, fracción II y 63, de la Ley General de Salud; así como, 6, 8, 43, 71 y 90, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social y 48 y 73, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
98. Igualmente, los servidores públicos señalados en el párrafo anterior no observaron las disposiciones relacionadas con el derecho a la protección de la salud previstas en los instrumentos jurídicos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación a las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, de acuerdo a lo dispuesto por los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

99. Al respecto, los numerales 24.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 19, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 25.1 y 25.2, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; VII y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1 y 12.2, incisos a) y c), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1, 10.2, incisos a) y d) y 16, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 24.1 y 24.2, de la Convención sobre Derechos del Niño y 4, de la Declaración de los Derechos Del Niño, ratifican el contenido del artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el sentido de que para asegurar que las personas disfruten del más alto nivel de salud el Estado tiene la obligación de otorgar un servicio médico de calidad y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho, especialmente en el caso de los niños.
100. Para esta Comisión Nacional, resultó importante destacar que las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1 tuvieron una consideración especial, en razón de su vulnerabilidad por ser menor de edad, ya que los agravios cometidos en su contra al ser analizados atendiendo al interés superior del niño, contemplado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales en la materia, implicaba que V1 recibiera una protección especial por parte de los servidores públicos del IMSS.
101. En este tenor, el artículo 3, de la Convención sobre los Derechos del Niño señala que las autoridades deben de atender al interés superior de la niñez, es decir, que para la toma de cualquier decisión o medida por parte de las mismas es necesario considerar, de manera previa y preferente, el bienestar de los menores y favorecer a su mejor desarrollo. La salvaguarda de los derechos del menor y el cuidado de su integridad debe prevalecer sobre cualquier otro interés.
102. Igualmente, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, personal médico del IMSS, en Baja California, con su conducta omitieron desempeñar con la debida diligencia las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 303, de la Ley del Seguro Social que prevén la obligación de los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.
103. Ahora bien, es preciso reconocer que la protección a la salud es un derecho humano 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.
104. En este sentido, esta Comisión Nacional emitió la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que se afirma que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad, y calidad.
105. Es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente caso, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, médicos adscritos a diversos hos-

pitales del IMSS, debieron realizar una adecuada valoración y diagnóstico oportuno que les hubiera permitido proporcionar a V1 la atención médica que requería, con la calidad y calidez que deben imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.

- 106.** Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 1, 2, y 9, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.
- 107.** En este sentido, el artículo 7, párrafo tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, en su parte conducente establece que dicho Instituto será corresponsable con el personal médico de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes.
- 108.** En el presente caso, la mencionada reparación del daño deberá considerar el impacto en el proyecto de vida que generó tanto en la víctima como en su familia; al respecto, Q1 y Q2 señalaron en su escrito de queja, que han sido víctimas de trato indigno, además de que constantemente tienen temor sobre la salud de su hijo y que con motivo de los hechos, Q2 perdió su empleo y han tenido que realizar gastos que no tenían contemplados; dicha situación adquiere relevancia si se toma en cuenta por otra parte, que la víctima es menor de edad y que la inadecuada atención médica que recibió fue durante un tiempo prolongado, lo que implicó además que el pleno desarrollo de su personalidad se viera afectado.
- 109.** Lo anterior, en razón de que si bien es cierto que V1 presentó malformaciones urinarias de nacimiento, también lo es que la inadecuada atención médica que el personal del IMSS le proporcionó mermó su estado de salud psicológico, omitiendo realizar las acciones necesarias para cuidar y fomentar el derecho al proyecto de vida del menor de edad, dejándose de considerar en todo momento el principio del interés superior del niño.
- 110.** De igual forma, con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existieron elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el Instituto IMSS, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra del personal que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso.
- 111.** No es obstáculo para lo anterior, el que exista una averiguación previa con motivo de los hechos descritos, ya que este organismo nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presentará la denuncia de hechos, para los efectos previstos en el artículo 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- 112.** En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen medidas necesarias para reparar el daño a V1, Q1 y Q2, o a quien tenga mejor derecho a ello, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal de la Unidad Médico Familiar No. 26, de la Clínica No. 37, del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 y del Hospital General Regional No. 1, todos ellos del IMSS en Baja California, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire instrucciones a quien corresponda para que se proporcione tratamientos médicos, psicológicos y de rehabilitación vitalicia a V1, necesarios para restablecer su salud física y emocional en la medida de lo posible, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Gire sus instrucciones para que en los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente en los que se vulneraron los derechos de V1, se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, sobre todo por lo que hace a la atención de los menores de edad, esto con el objetivo de evitar omisiones como las que dieron origen al presente pronunciamiento y, envíe a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se emita una circular dirigida al personal médico de la Unidad Médico Familiar No. 26, de la Clínica No. 37, así como del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar No. 31 y del Hospital General Regional No. 1, del IMSS en Baja California, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que los servidores públicos del IMSS adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados, y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

SÉPTIMA. Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, en contra del personal involucrado en los hechos, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

- 113.** La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta

irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

- 114.** De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.
- 115.** Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.
- 116.** La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en el artículo 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia para que justifique su negativa.

El Presidente
Dr. Raúl Plascencia Villanueva

Recomendación 20/2012

Sobre el caso de inadecuada atención médica en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE, en agravio de V1

SÍNTESIS

1. El 26 de abril de 2010, V1, adulto mayor, acudió al Servicio de Oftalmología del Hospital de Especialidades Churubusco del ISSSTE, donde el personal médico lo diagnosticó con un cuadro clínico de catarata madura en ojo derecho y cortical anterior de ojo izquierdo, ante lo cual fue remitido para su valoración al Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del citado Instituto, en donde fue valorado por AR1, quien le indicó que tendría que ser intervenido quirúrgicamente en ambos ojos a la brevedad; el 25 de agosto de 2010 le fue retirada la catarata del ojo derecho, sin embargo, dicho servidor público le informó que en 20 días se le tendría que practicar otra operación, a fin de colocarle un lente intraocular.
2. Asimismo, la víctima acudió en dos ocasiones a valoración con AR1. Posteriormente, al presentarse a consulta con dicho servidor público, personal médico del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE le informó que no sería posible que fuera atendido debido a que AR1 ya no laboraba en ese lugar, por lo que quedó a cargo de otro médico, quien le comunicó que tenía una complicación en el ojo derecho que no había sido detectada oportunamente, y que debería practicarle otra operación.
3. Por lo anterior, y debido a que V1 consideró que su estado de salud visual se estaba deteriorando, el 28 de enero de 2011 presentó una queja ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos; una vez iniciada la investigación, este Organismo Nacional realizó diversas diligencias con personal del citado Instituto, a fin de que se brindara a la víctima la atención que requería; posteriormente, el 23 de marzo de 2011, V1 amplió la queja señalando que un médico particular le informó que la atención que había recibido fue inadecuada, generándole una ruptura en la membrana de la cápsula posterior del ojo derecho; asimismo, el 23 de mayo de ese año, personal del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE le colocó a V1 un implante valvular de ojo derecho.

Observaciones

4. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2011/912/Q, este Organismo Nacional contó con elementos que permitieron acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud en agravio de V1, atribuibles a servidores públicos adscritos al Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE, en atención a lo siguiente:
5. El 26 de abril de 2010, V1 fue valorado por un médico adscrito al Servicio de Oftalmología de la Clínica de Especialidades Churubusco del ISSSTE, quien lo encontró con agudeza visual de ojo derecho c/lm t y ojo izquierdo con 20/30, cuando la condición normal es de 20/20; catarata madura en ojo derecho, y cortical anterior en ojo izquierdo; por ello, V1 fue remitido para su atención al Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”, también de ese Instituto.
6. Así las cosas, V1 se presentó en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE, donde AR1, médico adscrito al Servicio de Oftalmología, lo valoró y diagnosticó con un cuadro clínico de catarata brunescente de ojo derecho y catarata incipiente de ojo izquierdo, indicando como plan de manejo extracción extracapsular de cristalino de ojo derecho, y colocación de lente intraocular; asimismo, solicitó que le fueran practicados a la víctima exámenes prequirúrgicos; al respecto, el perito médico-forense de este Organismo Nacional señaló que AR1 omitió realizar un adecuado interrogatorio y exploración

física que le permitieran investigar si había padecimientos agregados, como hiperglicemia e hipertensión arterial, u otros factores de riesgo; aunado a ello, no registró los signos vitales, la presión intraocular para descartar posible hipertensión intraocular y solicitar la valoración de la víctima por parte del Servicio de Medicina Interna, situaciones a las que se encontraba obligado, toda vez que V1 es un adulto mayor.

7. De acuerdo con la nota médica de evolución del 8 de julio de 2010, se advirtió que AR1 valoró a V1, sin embargo, omitió revisar los estudios de laboratorio que había solicitado a V1 practicarse en su primera consulta, situación que hubiera permitido evidenciar que para ese momento la víctima cursaba con elevación de la glucosa en sangre, criterio de riesgo suficiente para indicar la valoración por parte del Servicio de Medicina Interna.
8. El 25 de agosto de 2010, AR1 le practicó a V1 una extracción extracapsular de cristalino de ojo derecho, indicando que el procedimiento se llevó a cabo en la siguiente forma: "se realizó asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles, se incide sobre conjuntiva realizando peritomía, se coagulan vasos, se incide sobre el limbo esclerocorneal, se introduce a cámara anterior con aguja amarilla, se reforma con viscoelástico, se realiza capsulorexis en sonrisa, dehidrodiseca y rota, núcleo se abre herida quirúrgica, se extrae núcleo, se colocan puntos de seguridad, al aspirar masas se tiene ruptura de la cámara posterior con salida de vítreo, se realiza vitrectomía anterior, se limpia cámara, se completan puntos de sutura y se da por terminada la cirugía..."
9. Al respecto, el perito médico-forense de esta Comisión Nacional señaló que la atención médica que AR1 proporcionó a V1 fue inadecuada, toda vez que sin un protocolo de estudio previo, como toma de laboratoriales, exploración física integral, ultrasonido intraocular y valoración por parte del Servicio de Medicina Interna, llevó a cabo la extracción extracapsular de cristalino de ojo derecho, presentándose durante el procedimiento una ruptura de cápsula posterior, complicación grave que se debió a la "aspiración de masas" realizada de manera incorrecta; igualmente, AR1 omitió colocar a V1 un lente intraocular en la cámara anterior, a fin de brindar mayor protección y preservar el órgano de la visión, proporcionando un mejor pronóstico en la agudeza visual del ojo afectado y evitando la hipertensión intraocular con la cual cursaría posteriormente la víctima.
10. Además, el inadecuado manejo médico brindado por parte de AR1 se corroboró con el contenido de la hoja de cirugía de corta estancia, toda vez que en la misma fecha en que sometió a V1 al citado procedimiento quirúrgico determinó su egreso, sin incluir en su plan de manejo la aplicación de colirios antibióticos, antiinflamatorios, oclusión del ojo afectado, reposar y evitar esfuerzos que pudieran incrementar la presión intraocular, no frotarse los ojos, usar gafas protectoras para dormir y acudir a cita para continuar con su valoración y seguimiento en el Servicio de Oftalmología al día siguiente.
11. Asimismo, el perito médico-forense de esta Comisión Nacional refirió que no obstante de que V1 cursó con una complicación quirúrgica grave, es decir, con la ruptura de la cámara posterior que ameritaba vigilancia estrecha al día siguiente y a los ocho días, no fue sino hasta el 21 de septiembre de 2010, es decir, 27 días después de la operación, que la víctima fue valorada por AR1 y AR2, médicos adscritos al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, quienes omitieron tomar la presión arterial e intraocular y solicitar una ultrasonografía debido a la complicación con la que cursó la cirugía; asimismo, debieron haberle programado de manera urgente la colocación de un lente intraocular, además de que inadecuadamente señalaron que el ojo derecho tenía una visión de cuenta de dedos a un metro de distancia, situación que no era posible toda vez que dicho órgano estaba afáquico, es decir, sin cristalino.
12. El hecho de que el citado personal médico no haya valorado adecuadamente a V1 tuvo como consecuencia que no se detectara que éste presentaba un cuadro clínico de hipertensión y diabetes y que evolucionaba hacia el glaucoma, es decir, a hipertensión intraocular, complicación que se vio favorecida por la ruptura de la cámara posterior durante el procedimiento quirúrgico de extracción extracapsular de cristalino realizado por AR1 de manera inadecuada.
13. El 14 de diciembre de 2010, V1 fue valorado por AR3 y AR4, médicos adscritos al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, quienes registraron que presentaba cicatriz secundaria a trauma ocular posquirúrgico, fondo de ojo con retina aplicada, cuenta de dedos a 50 cm del mismo ojo y agudeza visual de 20/250 en el ojo izquierdo, esto es, con disminución severa de la agudeza visual, sin que el citado personal médico le tomara la presión arterial e intraocular, y solicitara que se le practicara a la víctima una ultrasonografía ocular.
14. Ese mismo día, otro médico adscrito al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE indicó como plan de manejo a V1 adquirir un lente intraocular, a fin de que le fuera practicada una vitrectomía; posteriormente, el 4 de enero de 2011, V1 fue valorado por AR3, encontrándolo además de los antecedentes ya señalados con catarata de ojo izquierdo y glaucoma, es decir, con hipertensión intraocular, programado para implante secundario y vitrectomía, sin contar al momento de la revisión

con lente de cámara anterior, la agudeza visual de ojo derecho con cuenta dedos a 50 cm, y de ojo izquierdo con 20/250, indicativa de disminución severa de la agudeza visual.

15. Sin embargo, AR3 omitió tomar signos vitales, solicitar una ultrasonografía y/o tomografía de coherencia óptica del ojo derecho, paraclínicos indicados para la detección temprana de glaucoma y referirlo en ese momento al Servicio de Glaucoma, a pesar de que V1 tenía criterios para ello, tales como antecedentes de cirugía fallida con ruptura de la cápsula posterior, elevación de la presión intraocular del ojo derecho e hipertensión arterial sistémica, datos que habían sido diagnosticados los días 11 y 18 de noviembre de 2010.
16. Asimismo, el perito médico-forense de este Organismo Nacional observó que la cirugía de colocación de lente intraocular programada para el 20 de enero de 2011 en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE no se realizó por no contar con el material para la cirugía, sin embargo, el hecho de que no se operara en dicha fecha no modificó el pronóstico de su visión, toda vez que ya se encontraba con un deterioro irreversible de la agudeza visual debido a que habían pasado cinco meses desde que AR1 le había practicado una cirugía inadecuada en el ojo derecho.
17. Toda vez que V1 continuó, el 17 de febrero de 2011, con un cuadro clínico de hipertensión intraocular, la colocación del implante del lente estaba contraindicada; por ello, médicos adscritos al Servicio de Retina indicaron como plan de manejo su envío al Servicio de Medicina Interna, así como aplicación de laser YAG, a fin de evitar que se desprendiera o desgarrara la retina; sin embargo, debido al grave estado de salud visual de la víctima en el ojo derecho, dicho procedimiento ya no le brindó mejoría significativa en la agudeza visual; finalmente, el 23 de mayo de 2011 a V1 se le colocó un implante valvular de ojo derecho.
18. En suma, el perito médico-forense de esta Comisión Nacional observó que el glaucoma con el cual cursó V1 fue una complicación grave derivada de manera directa del procedimiento quirúrgico de extracción capsular de cristalino realizado de manera inadecuada por AR1, médico adscrito al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, toda vez que en el mismo rompió la cápsula posterior, situación que además no recibió un seguimiento y vigilancia estrechos por parte del personal que posteriormente valoró a V1, tales como AR2, AR3 y AR4.
19. No obstante las diligencias realizadas por personal de esta Comisión Nacional, hasta el 27 de marzo de 2012 la víctima fue valorada por un oftalmólogo adscrito al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, quien, a decir de V1, le informó "que efectivamente ya no recuperaría la vista del ojo derecho, y que en todo caso lo único que podían brindarle eran paliativos y atender el ojo izquierdo".
20. En este orden de ideas, las omisiones y conductas en que incurrieron AR1, AR2, AR3 y AR4, médicos adscritos al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, implicaron que el estado de salud visual de V1 se deteriora, convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la pérdida irreversible de la vista, y con ello la responsabilidad institucional que en materia de Derechos Humanos le es atribuible a servidores públicos del ISSSTE, vulnerando con ello el derecho a la protección de la salud en agravio de V1.

Recomendaciones

PRIMERA. Se repare el daño causado a V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE.

SEGUNDA. Se giren instrucciones para que a la víctima se le brinden los tratamientos psicológico y de rehabilitación necesarios, que permitan restablecer su salud emocional tal y como se encontraba antes de la violación a sus Derechos Humanos, además de brindar a V1 el tratamiento médico que requiera y que permita en la medida de lo posible restablecer su salud física.

TERCERA. Se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de Derechos Humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, esto con el objetivo de evitar actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado.

CUARTA. Se emita una circular dirigida al personal médico y administrativo del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, en el Distrito Federal, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas.

QUINTA. Se giren instrucciones para que los servidores públicos del ISSSTE adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas.

SEXTA. Se colabore con este Organismo Nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

SÉPTIMA. Se colabore en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional ante la Procuraduría General de la República.

México, D. F., a 17 de mayo 2012

Sobre el caso de inadecuada atención médica en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, en agravio de V1

Lic. Sergio Hidalgo Monroy Portillo

Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero; 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136, de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2011/912/Q, relacionados con el caso de V1.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicte las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 26 de abril de 2010, V1, adulto mayor, acudió al servicio de Oftalmología del Hospital de Especialidades "Churubusco" del ISSSTE, en México Distrito Federal, donde el personal médico que lo atendió lo diagnosticó con un cuadro clínico de catarata madura en ojo derecho y cortical anterior de ojo izquierdo, ante lo cual fue remitido para su valoración al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del citado Instituto.
4. V1 fue valorado por AR1, médico adscrito al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, quien le indicó que tendría que ser intervenido quirúrgicamente en ambos ojos a la brevedad; el 25 de agosto de 2010 le fue retirada la catarata del ojo derecho, sin embargo dicho servidor público le informó que en veinte días se le tendría que practicar otra operación, a fin de colocarle un lente intraocular y que él podría conseguirle uno de muy buena calidad por \$1,200.00 (Un mil doscientos pesos 00/100 M.N).
5. Asimismo, la víctima acudió en dos ocasiones a valoración con AR1. Posteriormente, al presentarse a consulta con dicho servidor público, personal médico del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, le informó que no sería posible que fuera atendido debido a que AR1 ya no laboraba en ese lugar, por lo que quedó a cargo de otro médico tratante, quien

al revisarlo le comunicó que tenía una complicación en el ojo derecho que no había sido detectada oportunamente por el personal médico que lo había atendido, pero que haría todo lo posible por brindarle la atención que requería, y que, para ello, debería practicarle otra operación, pero que necesitaría de un aparato especial con el cual no contaba el citado nosocomio, mismo que solicitaría.

6. Por lo anterior, y debido a que V1 consideró que su estado de salud visual se estaba deteriorando, el 28 de enero de 2011 presentó escrito de queja ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, radicándose con el número de expediente CNDH/1/2011/912/Q, solicitándose, a partir de ese momento, los informes y expediente clínico correspondientes a la Dirección General del ISSSTE; una vez iniciada la investigación de mérito, este organismo nacional realizó diversas diligencias con personal del citado Instituto, a fin de que se brindara a la víctima la atención que requería.
7. Posteriormente, el 23 de marzo de 2011, V1 amplió la queja señalando que un médico particular que lo había revisado le informó que la atención que había recibido fue inadecuada generando una ruptura en la membrana de la cápsula posterior del ojo derecho; asimismo, el 23 de mayo de ese año, personal del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, le colocó a V1 un implante valvular de ojo derecho.

II. EVIDENCIAS

8. Escrito de queja presentado por V1, el 28 de enero de 2011, ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
9. Diligencias realizadas el 2 de febrero de 2011, por personal de esta Comisión Nacional con servidores públicos del ISSSTE, a fin de que V1 recibiera la atención médica necesaria.
10. Ampliaciones de queja formuladas por V1, el 8 de febrero y 23 de marzo del 2011 ante este organismo nacional.
11. Diligencias realizadas el 23 de febrero y 7 de abril de 2011, por personal de esta Comisión Nacional con servidores públicos del ISSSTE, a fin de que V1 recibiera la atención médica necesaria, así como para reiterar su colaboración.
12. Oficio No. DX/197/2011 de 29 de marzo de 2011, suscrito por el director de la Clínica de Medicina Familiar "Xochimilco" del ISSSTE, en el que precisó al subdirector de Atención al Derechohabiente de ese Instituto que el 4 de marzo de 2010, personal médico del citado nosocomio remitió a V1 para su atención a la Clínica de Especialidades "Churubusco", a fin de que fuera valorado el cuadro clínico de catarata de ojo derecho que presentaba.
13. Oficio No. CECHD/079/03/11 de 31 de marzo de 2011, suscrito por la directora de la Clínica de Especialidades "Churubusco" del ISSSTE, en el que informó que V1 fue remitido para su atención al hospital de tercer nivel Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos".
14. Copias de las constancias del expediente clínico generado con motivo de la atención médica que se proporcionó a V1 en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, así como de un informe del personal médico de ese nosocomio, enviados a este organismo nacional, a través del oficio No. SG/SAD/2610/11 de 27 de abril de 2011, por el subdirector de Atención al Derechohabiente de ese Instituto, de los que destacó:
 - a. Nota de valoración de V1, de 26 de abril de 2010, suscrita por AR1, en la que se precisó como diagnóstico "catarata brunescente de ojo derecho y catarata incipiente de ojo izquierdo".
 - b. Resultados de la química sanguínea y electrolitos séricos, practicados a V1 en el Laboratorio Central del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, en el que se precisó como fecha de emisión el 1 de junio de 2010.
 - c. Hoja de evolución de V1, elaborada el 8 de julio de 2010, suscrita por AR1, médico adscrito al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE.

- d. Carta de consentimiento bajo información para la autorización de un procedimiento anestésico de 23 de agosto de 2010, suscrita por V1.
- e. Nota de valoración pre anestésica de V1, emitida el 23 de agosto de 2010, por personal del servicio de Anestesiología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE.
- f. Hoja de autorización para realización de intervención quirúrgica, de 25 de agosto de 2010, la cual no se encontró suscrita por V1 ni el personal médico tratante.
- g. Hoja de la enfermera para recuperación post-anestésica inmediata de V1, de 25 de agosto de 2010.
- h. Hoja de operaciones de V1, de 25 de agosto de 2010, suscrita por AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE.
- i. Hoja de cirugía de corta estancia de V1, emitida el 25 de agosto de 2010 por AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, sin que se encuentre suscrita.
- j. Hojas de evolución de V1, realizadas el 11 y 18 de noviembre de 2010 por personal adscrito al servicio de Anestesiología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE.
- k. Hoja de valoración perioperatoria de V1, emitida el 16 de diciembre de 2010, por personal adscrito al servicio de Medicina Interna del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE.
- l. Hojas de evolución de V1, elaboradas el 14 de diciembre de 2010 y 4 de enero de 2011 por AR4, médico adscrito al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE.
- m. Hoja de alta de corta estancia de V1, de 20 de enero de 2011, en la que personal del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE refirió que no se ingresó al paciente por no contar con el material para cirugía.
- n. Hoja de evolución de V1, emitida el 17 de febrero de 2011 por personal adscrito al servicio de Retina del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE.
- ñ. Nota de evolución de V1, elaborada el 24 de febrero de 2011 por AR3, médico adscrito al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE.
- o. Informe emitido por un médico adscrito al servicio de Retina Matutino del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", respecto a la atención médica que proporcionó a V1.
- 15. Diligencias realizadas el 12, 19 y 26 de mayo, así como el 2, 16 y 23 de junio de 2011, por personal de esta Comisión Nacional con servidores públicos del ISSSTE, a fin de que fuera entregada toda la información que fue requerida y para que se brindara a V1 la atención médica necesaria, respectivamente.
- 16. Entrevista sostenida el 24 de mayo de 2011 con un familiar de V1, en la que señaló que AR1, médico adscrito al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, se reincorporó a laborar y que había valorado a la víctima.
- 17. Diligencias realizadas el 7 y 14 de julio de 2011, por personal de este organismo nacional con servidores públicos del ISSSTE, a fin de que fuera entregada toda la información que fue requerida, y para que se brindara a V1 la atención médica necesaria, respectivamente.
- 18. Informes del personal médico del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, en relación con la atención médica proporcionada a V1, enviados a esta Comisión Nacional a través del oficio No. SG/SAD/4949/11 de 12 de julio de 2011, suscrito por el subdirector de Atención a Derechohabiente de ese Instituto.
- 19. Escrito de ampliación de queja presentado por V1, el 6 de septiembre de 2011, ante este organismo nacional.
- 20. Dictamen emitido el 24 de octubre de 2011, por el Comité de Quejas Médicas y Solicitudes de Reembolso del ISSSTE, en el que se determinó que la atención médica proporcionada por personal del servicio de Oftalmología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" fue deficiente, enviado a este organismo nacional por el jefe de servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos de ese Instituto, a través del oficio No. SG/SAD/JSCDQR-1269/12 de 22 de febrero de 2012.

21. Escritos de ampliación de queja, presentados por V1, el 6 de enero y 22 de febrero de 2012, ante esta Comisión Nacional.
22. Opinión médica de 10 de enero de 2012, suscrita por un perito médico forense de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, en el Distrito Federal.
23. Diligencias realizadas el 12 de enero y 22 de febrero de 2012, por personal de esta Comisión Nacional con servidores públicos del ISSSTE, a fin de que se brindara a V1 la atención médica que requería de manera inmediata.
24. Entrevista telefónica sostenida el 22 de febrero de 2012 con un familiar de V1, a fin de tener conocimiento del estado de salud de la víctima.
25. Entrevista sostenida el 5 de marzo de 2012 por personal de esta Comisión Nacional con V1, a fin de verificar su estado de salud actual y realizarle una certificación médica.
26. Diligencia practicada por servidores públicos de este organismo nacional, el 6 de marzo de 2012, en las instalaciones de la Coordinación de Atención al Derechohabiente del Hospital Regional "Lic. Adolfo Lopez Mateos" del ISSSTE, a fin de tratar el caso de V1 y que se le brindara la atención médica que requería.
27. Hoja de referencia de V1, emitida el 9 de marzo de 2012 por el director y médico tratante del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, a fin de que se brinde atención médica en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.
28. Comunicación telefónica sostenida con un médico adscrito a la Coordinación de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, el 21 de marzo de 2012, con personal de este organismo nacional, en la que informó que de acuerdo a la petición realizada se hiciera del conocimiento de V1, que debería presentarse el 27 de marzo de 2012 al servicio de Oftalmología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de ese Instituto.
29. Comunicación telefónica sostenida con un familiar de V1 el 21 de marzo de 2012, por personal de este organismo nacional, en la que se le indicó que la víctima debería acudir el 27 de marzo de 2012, al servicio de Oftalmología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.
30. Escrito de 29 de marzo de 2012, presentado por V1, en el que precisó que acudió a cita en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, en donde le fue informado que definitivamente había perdido la vista en el ojo derecho, pero que se le otorgaría atención médica para el cuidado del órgano izquierdo.
31. Comunicación telefónica realizada el 8 de mayo de 2012 con V1, en la que precisó que no ha recibido pago alguno por concepto de reparación del daño por parte del ISSSTE y que su estado de salud visual continúa de la misma manera que cuando fue valorado por este organismo nacional.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

32. El 26 de abril de 2010, V1, adulto mayor, fue diagnosticado por AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, con un cuadro clínico de catarata brunescente de ojo derecho y catarata incipiente de ojo izquierdo, indicándole como plan de manejo la extracción extracapsular del cristalino del ojo derecho, así como la colocación de un lente intraocular.
33. Por lo anterior, el 25 de agosto de 2010, AR1 practicó a V1 el citado procedimiento quirúrgico; sin embargo, durante el mismo la víctima sufrió de una ruptura de cápsula posterior; posteriormente, continuó siendo valorada y recibiendo atención médica por otros médicos del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", entre ellos, AR2, AR3 y AR4.

34. El 5 de marzo de 2012, un perito médico forense de este organismo nacional certificó el estado de salud de V1, encontrándolo a la exploración física con los siguientes datos: reflejos oculomotores y fotomotores normales de ambos ojos; ptergió en canto interno de ojo izquierdo (no traumático); ojo derecho con conjuntiva hiperémica del 50%, de predominio interno; cámara anterior con hemorragia del 60%; agudeza visual disminuida, solo percibe la luz y movimientos a cincuenta centímetros; resto del órgano no valorable debido a la presencia de la hemorragia.
35. Al respecto, el 24 de octubre de 2011, el Comité de Quejas Médicas y Solicitudes de Reembolso del ISSSTE, en su sesión extraordinaria No. 02/2011, emitió una opinión médica, determinando que existió deficiente atención médica en el servicio de Oftalmología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", sin embargo, no determinó la procedencia de pago alguno por el daño causado; asimismo, a través del oficio No. SG/SAD/JSCDQR-1269/12, el jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos informó a este organismo nacional que ante la presunción de que pudiera existir responsabilidad de servidores públicos de ese Instituto se daría vista al Órgano Interno de Control, sin que a la fecha haya precisado el número de investigación correspondiente, ni el estado que guarda la misma.

IV. OBSERVACIONES

36. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2011/912/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este organismo nacional contó con elementos que permitieron acreditar violaciones a la protección de la salud en agravio de V1, atribuibles a servidores públicos adscritos al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE en la ciudad de México, Distrito Federal, en atención a lo siguiente:
37. El 26 de abril de 2010, V1 fue valorado por un médico adscrito al servicio de Oftalmología de la Clínica de Especialidades "Churubusco" del ISSSTE, en el Distrito Federal, quien a su exploración física lo encontró con los siguientes datos: agudeza visual de ojo derecho c/Im t y ojo izquierdo con 20/30, cuando la condición normal es de 20/20; catarata madura en ojo derecho y cortical anterior en ojo izquierdo; por ello, V1 fue remitido para su atención al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", también de ese Instituto.
38. En este contexto, es importante destacar que la catarata consiste en la pérdida de la transparencia del cristalino, es decir del lente biconvexo ubicado detrás del iris y por delante del vítreo, el cual sirve para recoger los rayos de luz que llegan al ojo y dirigirlos en la fovea central de la retina; la aparición de las cataratas suele ser bilateral, aunque con frecuencia asimétrica. Los principales síntomas son la pérdida progresiva de la agudeza visual, la disminución de la sensibilidad a los contrastes y la alteración en la apreciación de los colores. La pérdida de visión que origina la catarata no depende exclusivamente del grado de densidad de la misma sino que es muy importante la zona de la opacidad, cuanto más posterior sea la opacidad, mayor pérdida visual se origina.
39. Así las cosas, V1 se presentó en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, donde AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología, lo valoró y registró como antecedentes: alérgicos, diabéticos, hipertensos, quirúrgicos negados, catarata (+) y glaucoma (-), con padecimiento de agudeza visual de un año y medio de evolución, del ojo derecho (dedos a un metro de distancia) y ojo izquierdo 20/70 (cuando lo normal es de 20/20); asimismo precisó que la biomicroscopia que le fue practicada lo reportó con ojos con anexos normales, córneas lisas y transparentes, iris regulares, pupilas centrales, ojo derecho con catarata brunesciente (catarata madura y evolucionada de aspecto marrón y dura) y ojo izquierdo con escleritis nuclear.

40. Por lo anterior AR1, médico adscrito al Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”, diagnosticó a V1 con un cuadro clínico de catarata brunescente de ojo derecho y catarata incipiente de ojo izquierdo, indicando como plan de manejo extracción extracapsular de cristalino de ojo derecho, y colocación de lente intraocular; asimismo, solicitó que le fueran practicados a la víctima exámenes prequirúrgicos.
41. Al respecto, el perito médico forense de este organismo nacional señaló que AR1, omitió realizar un adecuado interrogatorio y exploración física, que le permitieran investigar si había padecimientos agregados como hiperglicemia, e hipertensión arterial u otros factores de riesgo; aunado a ello, no registró los signos vitales, la presión intraocular para descartar posible hipertensión intraocular y solicitar la valoración de la víctima por parte del servicio de Medicina Interna, situaciones a las que se encontraba obligado, toda vez que V1 es un adulto mayor y era necesario obtener información sobre dichos factores.
42. De acuerdo con la nota médica de evolución de 8 de julio de 2010, se advirtió que AR1 y un residente del servicio de Oftalmología adscritos al Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE, valoraron a V1, observando que el ojo derecho tenía una agudeza visual de cuenta de dedos a 50 cm y el otro órgano izquierdo de 20/200 siendo lo normal 20/20; asimismo, se señaló que la biomicroscopia encontró a V1 con párpados normales, conjuntiva normal, córnea lisa y transparente, cámara anterior formada, iris regular refléctico, cristalino OSCP +++, es decir con opacidad cristalina subscapular posterior, catarata brunescente, presión intraocular de 14 mm/Hg, y que no pudieron evaluar el fondo del ojo debido a la opacidad, indicando como plan de manejo la realización de una extracción extracapsular de cristalino de ojo derecho.
43. En este sentido, el perito médico forense de esta Comisión Nacional advirtió que AR1 omitió revisar los estudios de laboratorio que había solicitado a V1 practicarse en su primera consulta, situación que hubiera permitido evidenciar que para ese momento la víctima cursaba con elevación de la glucosa en sangre de 166 mg/dl, cuando lo usual es de 70-110 mg/dl, criterio de riesgo suficiente para indicar la valoración por parte del servicio de Medicina Interna.
44. Ahora bien, el 23 de agosto de 2010, personal adscrito al servicio de Anestesiología del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”, del ISSSTE valoró a V1 reportándolo con riesgo quirúrgico “ASA II”, indicativo de enfermedad sistémica leve, que no contraindicaba la cirugía, por lo que se le señaló como plan de manejo ayunar por tres horas, suministrarle solución salina para vena permeable, cruzar y tipar sangre y obtener glicemias capilares por turno.
45. Así las cosas, el 25 de agosto de 2010, AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE, le practicó a V1 una extracción extracapsular de cristalino de ojo derecho, indicando en la hoja de operaciones respectiva que el procedimiento se llevó a cabo bajo anestesia retrobulbar y sedación en la siguiente forma: “se realizó asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles, se incide sobre conjuntiva realizando peritomía se coagulan vasos, se incide sobre el limbo esclerocorneal, se introduce a cámara anterior con aguja amarilla, se reforma con viscoelástico, se realiza capsulorexis en sonrisa, dehidrodiseca y rota, núcleo se abre herida quirúrgica, se extrae núcleo, se colocan puntos de seguridad, al aspirar masas se tiene ruptura de la cámara posterior con salida de vítreo, se realiza vitrectomía anterior, se limpia cámara, se completan puntos de sutura y se da por terminada la cirugía...”
46. Al respecto, el perito médico forense de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, señaló que la atención médica que AR1, médico adscrito al Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE, proporcionó a V1 fue inadecuada, toda vez que sin un protocolo de estudio previo como toma de laboratoriales, exploración física integral, ultrasonido intraocular y valoración por parte del servicio de Medicina Interna, llevó a cabo la extracción extracapsular de cristalino de ojo derecho, presentándose durante el procedimiento una ruptura de cápsula posterior, complicación grave que se debió a la “aspiración de masas” realizada de manera incorrecta.

47. Lo anterior, en razón de que la cápsula posterior debió haberse extraído de una sola pieza o la mayor parte de ella utilizando asas y/o instrumentos especializados, como lo son pinzas de microcirugía, a fin de tener una mejor visión del campo quirúrgico, para posteriormente de manera cuidadosa realizar la aspiración de los restos de la masa opacificada.
48. Igualmente, AR1 omitió colocar a V1, después de la vitrectomía que le practicó, un lente intraocular en la cámara anterior, sujetándolo al sulcus o esclera (parte posterior de la túnica fibrosa del ojo, opaca y resistente, que proporciona elasticidad, rigidez y protección al ojo), a fin de brindar mayor protección y preservar el órgano de la visión, proporcionando un mejor pronóstico en la agudeza visual del ojo afectado y evitando la hipertensión intraocular con la cual cursaría posteriormente la víctima.
49. Además, el inadecuado manejo médico brindado por parte de AR1 se corroboró con el contenido de la hoja de cirugía de corta estancia, toda vez que en la misma fecha en que sometió a V1 al citado procedimiento quirúrgico, determinó su egreso, sin incluir en su plan de manejo la aplicación de colirios antibióticos, antiinflamatorios, oclusión del ojo afectado, reposar y evitar esfuerzos que pudieran incrementar la presión intraocular, no frotarse los ojos, usar gafas protectoras para dormir y acudir a cita para continuar con su valoración y seguimiento en el servicio de Oftalmología al día siguiente.
50. Asimismo, el perito médico forense de esta Comisión Nacional que conoció el presente asunto refirió que no obstante de que V1 cursó con una complicación quirúrgica grave, es decir con la ruptura de la cámara posterior que ameritaba vigilancia estrecha al día siguiente y a los ocho días, no fue sino hasta el 21 de septiembre de 2010, es decir 27 días después de la operación, que la víctima fue valorada por AR1 y AR2, médicos adscritos al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", del ISSSTE.
51. En dicha valoración, se observó que AR1 y AR2, omitieron tomar la presión arterial e intraocular a V1 y solicitar una ultrasonografía debido a la complicación con la que cursó la cirugía; asimismo, debieron haberle programado de manera urgente la colocación de un lente intraocular, además de que inadecuadamente señalaron que el ojo derecho tenía una visión de cuenta de dedos a un metro de distancia, situación que no era posible toda vez que dicho órgano estaba afáquico, es decir sin cristalino.
52. Igualmente, el hecho de que el citado personal médico no haya valorado adecuadamente a V1 tuvo como consecuencia que no se detectara que éste presentaba un cuadro clínico de hipertensión y diabetes y que evolucionaba hacia el glaucoma, es decir a hipertensión intraocular, complicación que se vio favorecida por la ruptura de la cámara posterior durante el procedimiento quirúrgico de extracción extracapsular de cristalino realizado por AR1, médico adscrito al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, de manera inadecuada.
53. Lo anterior se corroboró con las valoraciones realizadas a V1, el 11 y 18 de noviembre de 2010, por médicos adscritos al servicio de Anestesiología, quienes en las hojas de evolución correspondientes, señalaron que la víctima se encontraba programada para practicarle una recolocación de lente en segundo tiempo, pero con cifras tensionales elevadas, esto es de 200/100 y 203/100 respectivamente, por que optaron por referirlo para valoración de riesgos quirúrgicos, anestésicos, cardíacos y control de su presión arterial con el médico tratante.
54. Así las cosas, el 14 de diciembre de 2010, V1 fue valorado por AR3 y AR4 médicos adscritos al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, quienes registraron en las hojas de evolución que la víctima presentaba los siguientes datos: cicatriz secundaria a trauma ocular postquirúrgico (situación que favorecía la formación de tejido fibroso entre el vítreo y la retina, el cual tracciona a ésta última y la pliega, hasta llegar a desprenderla o desgarrarla); fondo de ojo con retina aplicada; cuenta de dedos a 50 cm del mismo ojo; agudeza visual de 20/250 en el ojo izquierdo; esto es con disminución severa de la agudeza visual, sin que el citado personal médico le tomara la presión arterial e intraocular, y solicitara que se le practicara a la víctima una ultrasonografía ocular.

55. Ese mismo día, otro médico adscrito al Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE indicó como plan de manejo a V1 adquirir un lente intraocular de CA+18.5, a fin de que le fuera practicada una vitrectomía (técnica usada para quitar el vítreo opaco) y un implante secundario en enero de 2011.
56. Por otra parte, el 16 de diciembre de 2010, según se desprendió de la hoja de valoración perioperatoria, un médico adscrito al servicio de Medicina Interna del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE, reportó que los exámenes de laboratorio mostraron que V1 tenía glicemia en 179 mg/dl siendo el normal hasta 110 mg/dl, estableciendo que la víctima se encontraba cursando con un cuadro clínico de hiperglucemia desde el 2009, es decir, con elevación de glucosa en la sangre, signo sugestivo de diabetes mellitus, indicándole como plan de manejo dieta, seguimiento de dicho padecimiento en su clínica, así como suministrarle insulina de acción rápida durante el internamiento y medidas antitrombóticas, estableciendo un riesgo quirúrgico bajo que no contraindicaba la cirugía.
57. De acuerdo con la nota médica de 4 de enero de 2011, V1 fue valorado por AR3, médico adscrito al servicio de Oftalmología, encontrándolo además de los antecedentes ya señalados con catarata de ojo izquierdo y glaucoma, es decir con hipertensión intraocular, programado para implante secundario y vitrectomía, sin contar al momento de la revisión con lente de cámara anterior, la agudeza visual de ojo derecho con cuenta dedos a 50 cm, y de ojo izquierdo con 20/250, indicativa de disminución severa de la agudeza visual.
58. Además, la biomicroscopia que le fue practicada a V1 mostró ojo derecho con conjuntiva hiperémica, sin folículos ni papilas, córnea lisa y transparente, iris con pupila (ilegible), observándose además banda vítrea con toque endotelial (sic), y ojo izquierdo con EN ++ y opacidad subcapsular de cristalino posterior, presión intraocular de ojo derecho de 22 mm/Hg, siendo el normal de 14-21 mm/Hg, y de ojo izquierdo de 17 mm/Hg, indicando como plan de manejo Combigan (hipotensor glaucomatoso), lubricante ocular y quedando pendiente una cita para programar la cirugía de V1, hasta que contara con el lente respectivo.
59. Sin embargo, AR3, médico adscrito al Hospital Regional “Adolfo López Mateos” del ISSSTE, omitió tomar signos vitales, solicitar una ultrasonografía y/o tomografía de coherencia óptica del ojo derecho, paraclínicos indicados para la detección temprana de glaucoma y referirlo en ese momento al servicio de Glaucoma, a pesar de que V1 tenía criterios para ello, tales como antecedentes de cirugía fallida con ruptura de la cápsula posterior, elevación de la presión intraocular del ojo derecho e hipertensión arterial sistémica, datos que habían sido diagnosticados el 11 y 18 de noviembre de 2010.
60. Asimismo, el perito médico forense de este organismo nacional observó que la cirugía de colocación de lente intraocular programada para el 20 de enero de 2011 en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”, del ISSSTE no se realizó por no contar con el material para la cirugía; sin embargo, el hecho de que no se operara en dicha fecha no modificó el pronóstico de su visión, toda vez que ya se encontraba con un deterioro irreversible de la agudeza visual debido a que habían pasado cinco meses desde que AR1 le había practicado una cirugía inadecuada en el ojo derecho.
61. Ahora bien, toda vez que V1 continuó el 17 de febrero de 2011, con un cuadro clínico de hipertensión intraocular, la colocación del implante del lente estaba contraindicada, situación que se confirmó con la valoración realizada por médicos adscritos al servicio de Retina, quienes indicaron como plan de manejo del paciente su envío al servicio de Medicina Interna, así como aplicación de laser YAG para cortar y romper las membranas como un bisturí a distancia, a fin de eliminar las bandas proliferativas del vítreo y la neovascularización que presentaba V1 como complicaciones de la operación de cataratas con ruptura de cámara posterior, a fin de evitar que se desprendiera o desgarrara la retina; sin embargo, debido al grave estado de salud visual de la víctima en el ojo derecho dicho procedimiento ya no le brindó mejoría significativa en la agudeza visual.

62. Finalmente, según se desprendió de la lectura del informe emitido por personal del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, el 23 de mayo de 2011 a V1, se le colocó un implante valvular de ojo derecho debido a que no se le controlaba la presión intraocular con medicamentos hipotensores estando indicado el implante valvular para control del glaucoma de muy difícil tratamiento.
63. En suma, el perito médico forense de esta Comisión Nacional observó que el glaucoma con el cual cursó V1 fue una complicación grave derivada de manera directa del procedimiento quirúrgico de extracción capsular de cristalino realizado de manera inadecuada por AR1, médico adscrito al Hospital Regional "Adolfo López Mateos" del ISSSTE, toda vez que en el mismo rompió la cápsula posterior, situación que además no recibió un seguimiento y vigilancia estrechos por parte del personal que posteriormente valoró a V1, tales como AR2, AR3 y AR4.
64. No obstante las diligencias realizadas por personal de esta Comisión Nacional, de acuerdo con la hoja de referencia del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", hasta el 27 de marzo de 2012 la víctima fue valorada por un oftalmólogo adscrito al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, quien, a decir de V1, le informó "que efectivamente ya no recuperaría la vista del ojo derecho, y que en todo caso lo único que podían brindarle eran paliativos y atender el ojo izquierdo".
65. En este orden de ideas, las omisiones y conductas en que incurrieron AR1, AR2, AR3 y AR4, médicos adscritos al servicio de Oftalmología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, implicaron que el estado de salud visual de V1 se deteriora, convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la pérdida irreversible de la vista; y con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos le es atribuible a servidores públicos del ISSSTE.
66. Además, no pasó desapercibido para este organismo nacional el hecho de que en la carta de consentimiento para la autorización de un procedimiento anestésico de 23 de agosto de 2010, así como la hoja de autorización para realización de intervención quirúrgica del 25 de ese mismo mes y año, presentara las siguientes irregularidades: 1) Presencia de la firma de V1 solo en una de ellas, sin que se apreciara la respectiva del personal médico tratante, 2) La indicación de la intervención quirúrgica en abreviatura, sin precisar detalles de la misma, 3) Que dentro de sus complicaciones podrían presentarse la muerte, 4) Nombres incompletos de los testigos sin las firmas respectivas y 5) Ausencia de una autorización completa y debidamente detallada para practicar el procedimiento a V1.
67. Asimismo, llamó la atención de esta Comisión Nacional el hecho de que las notas médicas del expediente clínico generado en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, con motivo de la atención médica proporcionada a V1, presentaran irregularidades como su ilegibilidad, desorden cronológico, ausencia de membrete de la unidad médica para su identificación y de los nombres completos, cargos, rangos, matrículas y especialidades de los médicos tratantes y exceso de abreviatura, entre otras, dejándose de observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, así como los artículos 103, de la Ley General de Salud y 80, 81, 82 y 83, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
68. Las irregularidades mencionadas son una constante preocupación de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que tales omisiones representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose con ello el derecho que tienen las víctimas de que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.
69. Situación que ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011 y 76/2011, emitidas el 21 de enero, 18 de marzo, 4 y 13 de mayo, 30 de junio y 9 de diciembre de 2011, respectivamente, en las que se señalaron precisamente las omisiones en las que incurren el personal médico cuando las notas mé-

dicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan exceso de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

70. La sentencia del caso "*Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*", de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el numeral 68 refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. Pronunciamiento que además resulta obligatorio para el Estado mexicano, de conformidad con los numerales 1, 2 y 3, de la Declaración para el Reconocimiento de la Competencia Contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.
71. Por ello, la falta del expediente o la deficiente integración del mismo, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.
72. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3 y AR4, médicos adscritos al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, vulneraron el derecho a la protección de la salud en agravio de V1, contenido en los artículos 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I y II; 23, 27, fracción III; 32, 33 y 51, y 103, de la Ley General de Salud; 4, 8, fracciones II y III; 9, 21, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 27 y 29, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
73. De igual forma, AR1, AR2, AR3 y AR4, vulneraron las disposiciones relacionadas con el derecho a la protección de la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales, celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación a las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, de acuerdo a lo dispuesto por los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
74. En este sentido, los numerales XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; así como 10.1, 10.2, inciso a) y d) 16, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en síntesis ratifican el contenido del precepto constitucional citado, señalan la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos y establecer el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad, y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.
75. De la misma manera, el personal del citado nosocomio incurrió en un probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I, y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que prevén la obligación de los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.
76. Ahora bien, es preciso reconocer que la protección a la salud es un derecho humano 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.
77. En este sentido, esta Comisión Nacional emitió la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que se afirma que el

derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, y que la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad, y calidad.

78. Es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente asunto, el personal médico debió realizar una adecuada valoración y diagnóstico oportuno que le hubiera permitido proporcionar a V1 la atención médica que requería, con la calidad y calidez que deben imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.
79. Además de lo anterior, para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos es importante hacer un pronunciamiento en el sentido de que en el presente caso, vinculado con los agravios observados a los derechos a la protección de la salud de V1, se transgredieron otros derechos atendiendo a su calidad de adulto mayor, específicamente, a un trato digno y a la igualdad.
80. En este sentido, es importante precisar que por derecho a la protección de la salud, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se entiende un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de una enfermedad o dolencia; es decir, que una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.
81. En relación a lo anterior, los artículos 1, párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2.1 y 26, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 2.2, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 11.1 y 24, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; 1, 2, 7 y 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; y II, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en términos generales prohíben toda discriminación, específicamente aquella motivada por la edad y condiciones de salud, que atenten contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular y menoscabar los derechos y libertades de las personas; es decir, que contemplan por una parte el derecho a la no discriminación (igualdad) y por otra a un trato digno.
82. Específicamente el artículo 17 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala que toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad, por lo que los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica.
83. En este sentido, en el presente caso se evidenció una falta de sensibilización en el trato que el personal médico proporcionó a V1, adulto mayor, debido a que no se consideró que la atención médica que requería era indispensable para salvaguardar su estado de salud visual, aunado a que en el dictamen médico emitido el 24 de octubre de 2011, por el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE, donde se señaló que a pesar de haber existido una deficiencia médica en el servicio de Oftalmología del citado nosocomio no se determinó el pago de una indemnización a favor de la víctima.
84. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud, señala que el personal de enfermería y otros trabajadores relacionados con la atención médica en hospitales, clínicas, asilos de personas mayores y otros establecimientos deben estar familiarizados con los derechos de las personas mayores, practicarlos y asegurarse de que esos derechos se respeten y se protejan en cada caso de contacto con personas mayores. Los trabajadores relacionados con la aten-

ción médica deben tener en cuenta que pueden ser la última línea de defensa para proteger la integridad física, psicológica y moral de las personas mayores que no pueden cuidar de sí mismas. Si estos trabajadores son testigos de alguna violación, deben actuar para detenerla y reportarla ante los funcionarios responsables.

85. Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 1, 2, y 9, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.
86. Al respecto, el artículo 3, fracción XXII, del Reglamento de Quejas Médicas y Solicitudes de Reembolso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado indica que el Instituto será corresponsable, objetivamente, con el personal médico en las acciones y omisiones en la prestación de los servicios de salud a los pacientes.
87. De igual forma, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existen elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de su atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, además de formular la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra del personal involucrado en los hechos.
88. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño causado a V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE en el Distrito Federal, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que a la víctima se le brinden los tratamientos psicológico y de rehabilitación necesarios, que permitan restablecer su salud emocional tal y como se encontraba antes de la violación a sus derechos humanos, además de brindar a V1, el tratamiento médico que requiera y que permita en medida de lo posible restablecer su salud física, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Gire sus instrucciones para que en los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE en el Distrito Federal, se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales

Mexicanas en materia de salud, esto con el objetivo de evitar actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento y, envíe a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se emita una circular dirigida al personal médico y administrativo del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE en el Distrito Federal, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que los servidores públicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en contra del personal involucrado en los hechos de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SÉPTIMA. Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales involucrados, y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

89. La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.
90. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.
91. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.
92. La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia.

El Presidente

Dr. Raúl Plascencia Villanueva

Recomendación 21/2012

Sobre el caso de inadecuada atención médica proporcionada por personal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora, en agravio de V1

SÍNTESIS

1. El 2 de julio de 2007, V1 sufrió un accidente automovilístico, por lo que fue trasladado al Hospital del Socorro de Nogales, S. A. de C. V., subrogado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (Isssteson), en donde AR1 lo valoró y permaneció dos días internado, recibiendo atención de AR2, quien lo diagnosticó con un cuadro clínico de fisura leve de cadera y le emitió la licencia por incapacidad correspondiente.
2. Posteriormente, V1 acudió a cita con AR2 y AR3; ahora bien, según lo señaló la víctima, al momento de ser valorado por AR2 le refirió que sentía que la pierna izquierda se le estaba acortando y colapsando para el lado izquierdo, a lo que el citado servidor público le respondió que no se preocupara, reiterándole que solamente se trataba de una fisura.
3. Toda vez que V1 no notaba ninguna mejoría, nuevamente se presentó con AR2, quien le ordenó practicarse una serie de estudios, los cuales mostraron que presentaba “fractura y desprendimiento de acetábulo, hundimiento de cabeza de fémur, deformidad y necrosis de la misma”, sugiriéndole operarlo, pero V1 no aceptó por no contar con recursos para su prótesis.
4. AR2 determinó remitir a la víctima para su atención a otro Hospital del Isssteson en Hermosillo, Sonora, en donde el 29 de enero de 2008 se le implantó una prótesis total de cadera que él mismo adquirió; posteriormente, el 22 de febrero de 2008, V1 presentó una queja ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos; por ello, se inició el expediente CNDH/1/2008/965/Q, de cuya integración se desprendieron violaciones al derecho a la protección de la salud en agravio de V1.
5. El 11 de marzo de 2009, esta Comisión Nacional dirigió al entonces Director General del Isssteson una propuesta de conciliación, la cual, si bien fue aceptada, a la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se han remitido pruebas que permitan evidenciar su cumplimiento. El 13 de junio de 2011, la víctima solicitó la reapertura del caso, iniciándose el expediente CNDH/1/2011/7572/Q.

Observaciones

6. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2011/7572/Q, este Organismo Nacional contó con elementos que le permitieron acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud, a la seguridad jurídica y legalidad, en agravio de V1, atribuibles a personal del Isssteson, en atención a lo siguiente:
7. El 2 de julio de 2007, V1 sufrió un accidente automovilístico, por lo que fue trasladado al Hospital del Socorro de Nogales, S. A. de C. V., subrogado del Isssteson, en donde fue atendido por AR1, quien lo diagnosticó como policontundido, sin embargo, dicho servidor público omitió realizar un interrogatorio y exploración física completos, intencionados y dirigidos; tomar signos vitales, y buscar lesiones neurológicas, contusiones, deformidades y lesiones en extremidades, a fin de descartar fracturas comunes en pacientes traumatizados.
8. Ese mismo día y al siguiente, la víctima fue valorada por AR2, quien lo diagnosticó como politraumatizado y con fractura de ceja posterior de acetábulo de aproximadamente tres a cuatro centímetros, refiriendo que requería manejo quirúrgico, pero que dicha intervención no podía practicarse debido a que el paciente no contaba con los recursos suficientes, por lo que sería remitido para su atención a otro hospital en Hermosillo, Sonora.

9. Al respecto, el perito médico-forense de esta Comisión Nacional observó que AR2 omitió referir con carácter urgente a V1 al siguiente nivel de atención, toda vez que el plan de manejo que la víctima requería era quirúrgico y no conservador; además, si bien ordenó a la víctima usar muletas sin apoyar la extremidad inferior izquierda, también lo es que el propio peso de la extremidad causó inestabilidad de la articulación coxofemoral y del foco de fractura, propiciando el desplazamiento lento y progresivo de la cabeza femoral; igualmente, AR2 omitió solicitar que se le practicara de forma urgente una tomografía.
10. El 23 de julio y el 2 de agosto de 2007, V1 fue valorado por AR2 y AR3, quienes omitieron realizar una exploración física completa; describir la marcha, la simetría de la pelvis y el estado de la articulación y extremidad pélvica izquierda, así como determinar su ingreso o referirla para su atención a un hospital de especialidades.
11. El 6 de agosto de 2007 a V1 se le realizó una tomografía, en la cual se observó una fractura a nivel de ilion izquierdo que involucró el contorno acetabular, con pérdida del espacio articular normal; asimismo, se apreció que la cabeza femoral se encontraba irregular y con aplanamiento de los contornos, es decir, con signo indicativo de un desgaste del cartílago, condicionado por la energía secundaria al traumatismo recibido, que al ser absorbida por el cartílago articular produjo la muerte celular con degeneración del cartílago, dolor y pérdida progresiva de la función, así como luxación del fémur, de muy difícil solución, complicación directa del inadecuado manejo médico.
12. El 9 de agosto de 2007, V1 ingresó al Centro Médico "Dr. Ignacio Chávez" del Isssteson, en donde se le diagnosticó un cuadro clínico de fractura acetabular izquierda de 30 días de evolución; posteriormente, se le practicó una fractura-luxación, osteosíntesis del acetábulo y colocación de clavo para tracción del supracondileo, con la finalidad de mejorar el acoplamiento de la cabeza femoral y conservar la funcionalidad de la articulación.
13. De igual manera, el 27 de agosto de 2007 se realizó a V1 una osteosíntesis del acetábulo con placa curva de reconstrucción, sin embargo, el 9 de octubre de 2007, al ser valorado en consulta externa por personal adscrito al Centro Médico "Dr. Ignacio Chávez" del Isssteson, se encontró atrofia muscular y rotación del miembro pélvico afectado, documentándose además por radiología una necrosis avascular de cabeza de fémur, motivo por el cual se indicó como plan de manejo reemplazar totalmente la articulación y acudir al Servicio de Fisioterapia.
14. En este sentido, el perito médico-forense de esta Comisión Nacional precisó que la complicación señalada en el párrafo anterior se vio favorecida por el retraso en el tratamiento de la fractura acetabular de V1, debido a la intensidad sobre el impacto de la cabeza femoral, la falta de congruencia articular y a la disminución de la movilidad de la cadera, que pudo ser previsible de haber sido tratada adecuadamente por AR1, AR2 y AR3, médicos que lo atendieron en el Hospital del Socorro de Nogales, S. A. de C. V., subrogado del Isssteson; finalmente, el 29 de enero de 2008, en el Centro Médico "Dr. Ignacio Chávez" del Isssteson, se le colocó a V1 una prótesis total no cementada y un injerto en ceja posterosuperior de acetábulo izquierdo.
15. En este orden de ideas, las omisiones en que incurrieron AR1, AR2 y AR3, personal médico del Hospital del Socorro de Nogales, S. A. de C. V., subrogado del Isssteson, generaron que la fractura de ceja y pared posterior del acetábulo izquierdo que V1 presentó debido a un accidente no fuera adecuadamente protocolizada, documentada y corregida, situación que propició que el cuadro clínico de la víctima se complicara y existiera desplazamiento de la cabeza femoral, fractura a nivel de ilion, acetábulo con fractura consolidada desplazada y necrosis avascular de cabeza de fémur que derivó en la colocación de una prótesis total no cementada de cadera e injerto en ceja posterosuperior de acetábulo izquierdo, convalidándose con ello la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la pérdida irreversible de la articulación de V1.
16. Por lo anterior, esta Comisión Nacional observó que AR1, AR2 y AR3 vulneraron en agravio de V1 el derecho a la protección de la salud; así las cosas, el 13 de agosto de 2009, este Organismo Nacional emitió una propuesta de conciliación al entonces Director General del Isssteson, la cual fue aceptada, sin embargo, a la fecha de elaboración de la presente Recomendación dicho Instituto no ha enviado pruebas que permitan evidenciar su total cumplimiento.
17. Mediante el oficio UJ-930-2010, suscrito por AR4, Jefe de la Unidad Jurídica del Isssteson, se informó a esta Comisión Nacional que respecto del primer punto conciliatorio se encontraba tramitando el pago de la factura correspondiente a la prótesis total de cadera que V1 adquirió, sin que se hiciera mención respecto del pago por concepto de reparación del daño correspondiente; posteriormente, el 9 de diciembre de 2010, personal de este Organismo Nacional contactó vía telefónica a un servidor público de la Unidad Jurídica del Isssteson, quien refirió que ya se había entregado a la víctima el pago de la prótesis; asimismo, por medio del oficio UJ-821-2011, AR4 indicó que el presente caso se encontraba concluido por la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora, toda vez que V1 manifestó su conformidad debido al pago.

18. Respecto del segundo punto conciliatorio, mediante el oficio UJ-930-2010, del 7 de septiembre de 2010, AR4 informó a esta Comisión Nacional que mediante el similar del 24 de marzo de ese año, se dio vista del caso al titular del Órgano de Control y Desarrollo de ese Instituto, sin embargo, por medio del oficio OC y DA-0996/2010, del 15 de julio de 2010, el titular del Órgano de Control y Desarrollo Administrativo informó que no había recibido ninguna vista, pero que basándose en la propuesta de conciliación que este Organismo Nacional envió en marzo de 2009 al Isssteson, se observó que ese Órgano no estaba en posibilidades de iniciar el procedimiento de responsabilidad administrativa debido a que las sanciones administrativas prescriben a los tres años.
19. Al respecto, para este Organismo Nacional no pasó inadvertido el hecho de que mediante el oficio OC y DA-1238/2009, del 6 de octubre de 2009, el Titular del Órgano de Control y Desarrollo Administrativo del Isssteson le comunicó a AR4 que hasta esa fecha no había recibido ninguna comunicación de su parte a fin de que se iniciara el procedimiento de investigación respectivo, situación que fue confirmada el 6 de agosto de 2010 por una servidora pública del Órgano de Control y Desarrollo Administrativo a personal de este Organismo Nacional.
20. Es decir, que por una falta de diligencia de AR4, el Órgano Interno de Control y Desarrollo Administrativo de ese Instituto no inició el procedimiento de investigación con relación al caso de V1, situación que para este Organismo Nacional demostró una falta de respeto a la cultura de legalidad, así como una ausencia de responsabilidad en un tema tan delicado como lo es la investigación, sanción y reparación de las violaciones a los Derechos Humanos, que tuvo como consecuencia que se dejara en un estado de vulnerabilidad a V1, es decir, que AR4 no ajustó su conducta a los principios de legalidad y eficiencia que rigen en el desempeño de su cargo, transgrediendo en agravio de V1 los derechos a la legalidad y seguridad jurídica.
21. Con relación al tercer punto conciliatorio, mediante el oficio UJ-930-2010, del 7 de septiembre de 2010, AR4, Jefe de la Unidad Jurídica del Isssteson, informó que los Directores del Hospital del Socorro de Nogales, S. A. de C. V., y del Centro Médico "Dr. Ignacio Chávez" del Isssteson, informarían sobre las medidas adoptadas para su cumplimiento, lo que a la fecha de emisión del presente pronunciamiento no ha sucedido.
22. Ante la falta de pruebas que permitieran acreditar el cumplimiento de la propuesta de conciliación dirigida el 11 de marzo de 2009 al entonces Director General Isssteson, el 13 de junio de 2011, personal de este Organismo Nacional se comunicó con V1, quien solicitó la reapertura de su caso, situación que dio inicio al expediente CNDH/1/2011/7572/Q.
23. Por lo anterior, esta Comisión Nacional solicitó un informe a AR4, mismo que fue atendido mediante el oficio UJ-1510-2011, del 20 de octubre de 2011, en el cual señaló que la propuesta de conciliación ya había sido cumplida, y que el Instituto en ningún momento se había comprometido a pagar cantidad alguna derivado de la responsabilidad institucional, agregando que a la víctima se le entregó una suma de dinero por concepto del pago de la prótesis de cadera, con la cual estuvo conforme, e incluso la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora había concluido el caso de V1 por medio del oficio 187/2011, del 18 de febrero de 2011, sin embargo, de su lectura se observó que se concluyó por encontrarse en trámite ante esta Comisión Nacional.
24. En suma, no se observaron pruebas de cumplimiento a la propuesta de conciliación emitida por esta Comisión Nacional, debido a la omisión del Isssteson en: 1) reparar el daño a V1, como consecuencia de la responsabilidad institucional; 2) dar vista de los hechos al Órgano de Control y Desarrollo Administrativo, y 3) enviar pruebas para acreditar que se establecieron lineamientos o se brindaron cursos de capacitación relacionados con la NOM-168-SSA1-1998.

Recomendaciones

PRIMERA. Se repare el daño a V1 o a quien tenga mejor derecho a ello.

SEGUNDA. Se proporcionen tratamientos médicos, psicológicos y de rehabilitación a V1.

TERCERA. Se verifiquen las condiciones en que operan los hospitales que prestan servicio directamente o que se encuentran subrogados por el Isssteson.

CUARTA. Se diseñen e impartan cursos capacitación y formación en materia de Derechos Humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, con el objetivo de evitar omisiones como las que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación.

QUINTA. Se emita una circular dirigida al personal médico del Isssteson, en la que se les exhorta a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas.

SEXTA. Se giren instrucciones para que los servidores públicos del Isssteson adopten medidas que permitan garantizar que los expedientes clínicos se encuentren debidamente integrados.

SÉPTIMA. Se colabore en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano de Control y Desarrollo Administrativo del Isssteson.

OCTAVA. Se instruya al personal del Isssteson a contestar y cumplir en tiempo y forma las propuestas de conciliaciones que le sean enviadas, y de esta forma evitar dilaciones innecesarias que redunden en perjuicio de las víctimas y de sus Derechos Humanos.

NOVENA. Se colabore en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional ante la Procuraduría General de Justicia del estado de Sonora.

México, D. F., a 28 de mayo de 2012

Sobre el caso de inadecuada atención médica proporcionada por personal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora, en agravio de V1

Lic. Guillermo Padrés Elías
Gobernador Constitucional del estado de Sonora

Distinguido señor gobernador:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 121, 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136, de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2011/7572/Q, relacionados con el caso de V1.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 2 de julio de 2007, V1 sufrió un accidente automovilístico por lo que fue trasladado al Hospital del Socorro de Nogales, S.A. de C.V., subrogado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del estado de Sonora (ISSSTESON) en donde al ingresar según su dicho, AR1 lo valoró y permaneció dos días internado, recibiendo atención por parte de AR2, médico traumatólogo, quien lo diagnosticó con un cuadro clínico de fisura leve de cadera y le emitió la licencia por incapacidad correspondiente.
4. Posteriormente, V1 acudió en otras ocasiones a cita con AR2 y AR3; ahora bien, según lo señaló la víctima al momento de ser valorado por AR2, le refirió que sentía que la pierna izquierda se le estaba acortando y colapsando para el lado izquierdo, a lo que el citado servidor público le respondió que no se preocupara reiterándole que solamente se trataba de una fisu-

ra, limitándose a expedirle otra licencia por incapacidad que le había sido otorgada en un inicio, situación que se repitió posteriormente.

5. Toda vez que V1 no notaba ninguna mejoría en su estado de salud, y por el contrario el dolor se incrementaba, nuevamente se presentó a consulta con AR2, médico adscrito al Hospital del Socorro de Nogales, S. A. de C.V. subrogado del ISSSTESON, quién le ordenó practicase una serie de estudios, los cuales mostraron que en realidad presentaba “fractura y desprendimiento de acetábulo, hundimiento de cabeza de fémur, deformidad y necrosis de la misma”, sugiriéndole operarlo en ese hospital, pero V1 no aceptó por no contar con recursos para su prótesis.
6. Así las cosas, AR2 determinó remitir a la víctima para su atención a otro Hospital del ISSSTESON en Hermosillo, Sonora, en donde el 29 de enero de 2008 se le implantó una prótesis total de cadera que él mismo adquirió; posteriormente, el 22 de febrero de 2008, V1 presentó escrito de queja ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, por considerar que la atención que le fue proporcionada por personal del ISSSTESON fue inadecuada; por ello, se inició para su investigación el expediente CNDH/1/2008/965/Q, de cuya integración se desprendieron violaciones al derecho a la protección de la salud en agravio de V1.
7. El 11 de marzo de 2009, esta Comisión Nacional dirigió al entonces director general del ISSSTESON una propuesta de conciliación sobre el caso de V1, en atención a que se acreditaron violaciones al derecho a la protección de la salud, con motivo de la inadecuada atención médica que se le proporcionó por el citado Instituto, la cual, si bien fue aceptada por la autoridad responsable, a la fecha de elaboración de la presente recomendación no se han remitido pruebas que permitan evidenciar su cumplimiento. El 13 de junio de 2011, la víctima solicitó la reapertura del caso, iniciándose el expediente CNDH/1/2011/7572/Q, requiriéndose los informes de mérito.

II. EVIDENCIAS

8. Expediente CNDH/1/2008/965/Q, iniciado con motivo de la queja presentada el 22 de febrero de 2008 por V1 ante esta Comisión Nacional, del que destacaron las siguientes constancias:
 - a. Estudio de control practicado a V1 el 6 de agosto de 2007, en un laboratorio particular.
 - b. Copia del recibo de pago de 14 de enero de 2008, expedido a favor de V1 por la cantidad de \$37,500.00 pesos (treinta y siete mil quinientos pesos 00/100 M.N), correspondiente a la adquisición de una prótesis total de cadera no cementada.
 - c. Constancias del expediente clínico de V1, generado con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital del Socorro de Nogales, S. A. de C.V. y en el Centro Médico “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTESON, enviados a este organismo nacional mediante el oficio sin número de 20 de mayo de 2008, suscrito por el apoderado general para pleitos y cobranzas y actos de administración del citado Instituto, del que destacaron:
 - c.1 Notas médicas de V1, elaboradas el 2 de julio de 2007 por AR1 y AR2, médicos del Hospital del Socorro de Nogales, S.A. de C.V. del ISSSTESON.
 - c.2 Nota médica de V1, realizada el 3 de julio de 2007 por AR2, médico traumatólogo del Hospital del Socorro de Nogales, S.A. de C.V. del ISSSTESON.
 - c.3 Notas de indicaciones médicas de V1, emitidas el 23 de julio de 2007 por AR3, médico adscrito al Hospital del Socorro de Nogales, S. A. de C.V. del ISSSTESON.
 - c.4 Notas de indicaciones médicas de 2 de agosto de 2007, expedidas a favor de V1 por AR2, médico traumatólogo adscrito al Hospital del Socorro de Nogales, S.A. de C.V. del ISSSTESON.
 - c.5 Notas médicas de V1, emitidas el 9 de agosto de 2007 por personal adscrito al servicio de Urgencias del Centro Médico “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTESON.

c.6 Nota médica de V1, realizada el 13 de agosto de 2007 por personal del Centro Médico “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTESON.

c.7 Nota postquirúrgica de V1, elaborada el 27 de agosto de 2007 por personal del Centro Médico “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTESON.

c.8 Nota de consulta externa de V1 al servicio de Ortopedia y Traumatología del Centro Médico “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTESON, de 9 de octubre de 2007, en la que se indicó que la víctima tenía un cuadro clínico de atrofia muscular y rotación del miembro pélvico afectado, así como una necrosis avascular de cabeza de fémur, fractura del hueso iliaco y del acetábulo.

c.9 Hoja de evolución de V1, realizada el 29 de enero de 2008 por personal adscrito al servicio de Ortopedia del Centro Médico “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTESON, en la que se señaló que a la víctima se le colocó una prótesis total no cementada y un injerto en ceja postero-superior de acetábulo izquierdo.

d. Informe No. CM-II-06-08 de 15 de mayo de 2008, suscrito por el coordinador médico adscrito a la Coordinación Médica y Administrativa del ISSSTESON, con relación a la atención que se otorgó a V1 en el Hospital del Socorro de Nogales S.A. de C.V. de ese Instituto.

e. Opinión médica emitida el 25 de noviembre de 2008 por un perito médico forense de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos que conoció del asunto, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital del Socorro de Nogales S.A. de C.V. y Centro Médico “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTESON.

f. Oficio sin número de 6 de febrero de 2009, suscrito por el director médico del Hospital del Socorro de Nogales, S. A. de C.V., a través del cual informó a esta Comisión Nacional sobre la existencia de un convenio de subrogación celebrado por ese nosocomio con el ISSSTESON, precisando que en el mismo se acordó que el citado Instituto brindaría atención médica en sus instalaciones, pero a través de personal médico de ese Instituto.

g. Acuerdo de 18 de febrero de 2009, a través del cual el presidente de esta Comisión Nacional determinó que se continuaría con la integración del expediente CNDH/1/2008/965/Q.

h. Propuesta de conciliación dirigida a través del oficio No. 09232 de 11 de marzo de 2009, por el primer visitador general de esta Comisión Nacional al entonces director general del ISSSTESON, con relación al caso de V1.

9. Expedientillo relativo al seguimiento de la conciliación formulada en el expediente CNDH/1/2008/965/Q, del que destacó la siguiente documentación:

a. Oficio No. UJ-369-2008 de 8 de mayo de 2009, suscrito por el apoderado legal del ISSSTESON, a través del cual se informó a esta Comisión Nacional que se atendería con diligencia los puntos contenidos en la propuesta de conciliación del caso de V1.

b. Oficios No. 28573, No. 41587, No. 48935, No. 62707, No. 1911 y No. 12307 de 30 de junio, 4 de septiembre, 15 de octubre y 17 de diciembre, todos de 2009, así como de 20 de enero y 16 de marzo de 2010, a través de los cuales el entonces director general de la Primera Visitaduría General de este organismo nacional solicitó información al director general del ISSSTESON, relativa al cumplimiento de la propuesta de conciliación emitida el 11 de marzo de 2009.

c. Informe No. UJ-260-2010 de 24 de marzo de 2010, enviado por AR4, jefe de la Unidad Jurídica del ISSSTESON al subdirector de Servicios Médicos de ese Instituto, al cual anexó diversa documentación, de la que destacó el similar OC y DA-1238/2009 de 6 de octubre de 2009, que le remitió el titular del Órgano Interno de Control y Desarrollo Administrativo, en el cual se señaló que en los meses de julio y octubre de ese año recibieron copia de los recordatorios enviados por este organismo nacional a ese Instituto, a fin de que se diera vista al Órgano Interno de Control, sobre el caso de V1, sin que hasta esa fecha el ISSSTESON hubiere hecho de su conocimiento tal circunstancia.

d. Diligencia realizada el 12 de julio de 2010 por personal de este organismo nacional en las instalaciones del Órgano Interno de Control en el ISSSTESON, donde un servidor público

señaló que hasta esa fecha no se había recibido solicitud de intervención alguna por parte del citado Instituto a fin de dicho órgano iniciara una investigación respecto al caso de V1.

e. Oficio No. OC y DA-0996/2010 de 15 de julio de 2010, suscrito por el titular del Órgano de Control y Desarrollo Administrativo del ISSSTESON, mediante el cual informó a esta Comisión Nacional que hasta esa fecha no se le había dado vista del caso a ese órgano, y precisó que del análisis a la copia de la propuesta de conciliación que se le hizo llegar no estaba en posibilidades de iniciar el procedimiento de responsabilidad administrativa, bajo el argumento de que ya había prescrito el plazo para su inicio.

f. Informe No. UJ-930-2010 de 7 de septiembre de 2010, enviado por AR4, jefe de la Unidad Jurídica del ISSSTESON, con relación a las acciones realizadas por ese Instituto para dar cumplimiento a la propuesta de conciliación.

g. Entrevista telefónica sostenida el 9 de diciembre de 2010, por personal de esta Comisión Nacional con un servidor público de la Unidad Jurídica del ISSSTESON, en la que precisó que a V1 se le entregó un cheque correspondiente al reembolso de gastos por la adquisición de su prótesis de cadera.

h. Entrevista telefónica sostenida el 18 de febrero de 2011 por personal de este organismo nacional con V1, en la que precisó que personal del ISSSTESON le había entregado una cantidad de dinero por concepto de los gastos que erogó para la compra de su prótesis de cadera; asimismo indicó que ya no procedería ningún otro pago a su favor.

i. Informe No. UJ-821-2011 de 31 de mayo de 2011, a través del cual AR4, jefe de la Unidad Jurídica del ISSSTESON, comunicó a esta Comisión Nacional que el caso de V1 había sido concluido por la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora, debido a que la víctima manifestó su conformidad, agregando copia del oficio No. 0187/2011 de 18 de febrero de ese año suscrito por el segundo visitador general del citado organismo local.

10. Expediente de queja CNDH/1/2011/7572/Q, iniciado por esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos con motivo de la solicitud de reapertura de expediente realizada por V1 el 13 de junio de 2011, ante la negativa de la autoridad responsable para cumplir con la propuesta de conciliación, del que destacaron las siguientes constancias:

a. Oficio No. UJ-1510-2011 de 20 de octubre de 2011, suscrito por AR4, jefe de la Unidad Jurídica del ISSSTESON, a través del cual indicó a esta Comisión Nacional que ese Instituto, al haber entregado a V1 una cantidad de dinero para pagar la prótesis de cadera que requirió, había dado cumplimiento a lo que se había comprometido con V1.

b. Diligencias realizadas por personal de esta Comisión Nacional el 27 de enero y 15 de mayo de 2012, a fin de localizar a V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

11. El 22 de febrero de 2008, V1 presentó queja ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la que manifestó que debido a que sufrió un accidente automovilístico fue trasladado para su atención al Hospital de Socorro S.A. de C.V. subrogado del ISSSTESON, lugar en el que recibió atención médica de AR1, AR2 y AR3; posteriormente, la víctima fue remitida a otro hospital del citado Instituto, sitio en el que el 29 de enero de ese año, se le colocó una prótesis total de cadera.
12. Una vez integrado el expediente de queja, se contó con elementos que permitieron evidenciar violaciones al derecho a la protección de la salud en agravio de V1, por parte de AR1, AR2 y AR3, médicos adscritos al Hospital de Socorro S.A. de C.V. subrogado del ISSSTESON, por ello y con fundamento en lo dispuesto en el artículo 120, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el 11 de agosto de 2009, este organismo nacional dirigió una propuesta de conciliación al entonces director general del ISSSTESON, consistente en:

PRIMERA. Se ordene y se realice el pago que proceda por concepto de reparación del daño a favor del agraviado V1, como consecuencia de la responsabilidad institucional derivada de la inadecuada atención médica que se le proporcionó en el Hospital del Socorro de Nogales S.A. de C.V., por personal médico del ISSSTESON, de acuerdo con las consideraciones expresadas en el capítulo de observaciones del presente documento y de conformidad con lo dispuesto en la legislación aplicable sobre la materia; asimismo, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento. Asimismo, se le reembolsen los gastos que el agraviado hubiera erogado con motivo del daño que se le ocasionó por la inadecuada atención médica que se le brindó, entre ellos el correspondiente a la adquisición de una prótesis de cadera.

SEGUNDA. Se dé vista al Órgano Interno de Control en el ISSSTESON de los hechos materia de la queja, para que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, con base en lo expuesto en el capítulo de observaciones de esta propuesta, en contra de los médicos del ISSSTESON que participaron en la atención del agraviado en el Hospital del Socorro de Nogales S.A. de C.V., y se mantenga informada a esta Comisión Nacional sobre los avances y resolución final del procedimiento administrativo respectivo.

TERCERA. Se establezcan los lineamientos a seguir por parte de los servidores públicos que de manera subrogada prestan sus servicios a los derechohabientes del ISSSTESON en el Hospital del Socorro de Nogales S.A. de C.V., así como del Centro Médico "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTESON, a efecto de que se cumpla con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 168 SSA-1-1998 "Del Expediente Clínico"; asimismo, se les brinden cursos de capacitación y se les instruya en el debido cumplimiento de la citada norma, a fin de que se eviten futuras omisiones en la integración de los expedientes clínicos y por ende, en la prestación del servicio público de salud.

13. La propuesta de conciliación emitida por este organismo nacional, fue aceptada a través del oficio No. UJ-369-2008, de 6 de mayo de 2009, suscrito por el apoderado legal del ISSSTESON; sin embargo, a la fecha de elaboración del presente documento, el citado Instituto no ha enviado pruebas que permitan evidenciar su total cumplimiento; por ello, y de conformidad con el artículo 121 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, acordó la reapertura del expediente, y se giraron los oficios a la autoridad correspondiente para que se atendieran los puntos propuestos, cuya respuesta fue en el sentido de que V1 estaba conforme con lo que se le entregó por concepto de pago de prótesis de cadera, sin que hiciera pronunciamiento alguno relacionado con las acciones realizadas para dar cumplimiento a los demás puntos señalados en la propuesta de conciliación.

IV. OBSERVACIONES

14. Antes de entrar al estudio de las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1, es importante precisar que el ISSSTESON, en términos de lo que establecen los artículos 3, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del estado de Sonora y 9 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTESON, se encuentra obligado a prestar el servicio de atención médica, ya sea directamente o bien, a través de personas físicas o morales con las cuales se celebre los contratos correspondientes.
15. En este sentido, a través de un escrito de 6 de febrero de 2009, el director médico del Hospital del Socorro de Nogales, S. A. de C.V., comunicó a este organismo nacional la existencia de un convenio de subrogación celebrado entre ese nosocomio con el ISSSTESON, en el cual se acordó facilitar las instalaciones del hospital para que personal médico del Instituto atendiera a los derechohabientes.

16. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2011/7572/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este organismo nacional contó con elementos que le permitieron acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud, a la seguridad jurídica y legalidad, en agravio de V1, atribuibles a personal del ISSSTESON, en atención a lo siguiente:
17. El 2 de julio de 2007, V1 sufrió un accidente automovilístico, por lo que fue trasladado al Hospital del Socorro de Nogales, S.A. de C.V., subrogado del ISSSTESON, en donde fue atendido por AR1, quien después de valorarlo integró el diagnóstico de policontundido e indicó como plan de manejo su ingreso para observación; sin embargo, dicho servidor público omitió realizar un interrogatorio y exploración física completos, intencionados y dirigidos, tomar signos vitales, buscar lesiones neurológicas, contusiones, deformidades y lesiones en extremidades, a fin de descartar fracturas comunes en pacientes traumatizados, como era el caso, y valorar la presencia de equimosis, edemas, deformidades o dolor en los huesos de la pelvis, pubis y articulaciones coxofemorales.
18. Posteriormente, tanto ese mismo día como el siguiente, la víctima fue valorada por AR2, médico adscrito al Hospital del Socorro de Nogales, S.A. de C.V. subrogado del ISSSTESON, quien finalmente emitió como diagnóstico de V1, politraumatizado, con fractura de ceja posterior de acetábulo de aproximadamente 3 a 4 centímetros, refiriendo que la víctima requería manejo quirúrgico con reducción abierta y fijación interna de dos placas, pero que dicha intervención no podía practicarse debido a que el paciente no contaba con los recursos suficientes para cubrir el implante y el instrumental, por lo que sería remitido para su atención a otro hospital en Hermosillo, Sonora.
19. Al respecto, el perito médico forense de esta Comisión Nacional que conoció del asunto observó que AR2, omitió referir con carácter urgente a V1 al siguiente nivel de atención, toda vez que el plan de manejo que la víctima requería era quirúrgico y no conservador como él mismo lo señaló; en este sentido, la literatura médica indica que el tipo de fractura diagnosticado a V1 se asocia con desplazamientos de la cabeza del fémur, así como con la necrosis avascular de la misma; es decir que si bien AR2, ordenó a la víctima usar muletas sin apoyar la extremidad inferior izquierda, también lo es que el propio peso de la extremidad causó inestabilidad de la articulación coxofemoral y del foco de fractura, propiciando el desplazamiento lento y progresivo de la cabeza femoral.
20. De igual manera, el perito médico forense de la Comisión Nacional advirtió que AR2 omitió solicitar que se le practicara de forma urgente a V1 una tomografía de articulación coxofemoral izquierda, estudio que muestra las dimensiones, desplazamientos y lesiones de las estructuras involucradas, siendo de conocimiento obligado en su especialidad, lo que le hubiera permitido emitir un diagnóstico certero y brindar un tratamiento oportuno, evitando las complicaciones que posteriormente cursó el paciente.
21. Continuando con la atención que se le brindó a V1, el 23 de julio y 2 de agosto de 2007 fue valorado por AR2 y AR3, médicos del Hospital del Socorro de Nogales, S.A. de C.V. subrogado del ISSSTESON, respectivamente, quienes omitieron realizar una exploración física completa, describir la marcha, simetría de la pelvis, el estado de la articulación y extremidad pélvica izquierda, así como determinar el ingreso de la víctima o referirla para su atención a un hospital de especialidades, limitando el plan de manejo a suministro de analgésicos y antiinflamatorios, a extenderle otra licencia por incapacidad debido a fractura de pelvis izquierda y a señalar que requería intervención quirúrgica.
22. Ahora bien, el 6 de agosto de 2007 a V1 se le realizó una tomografía de pelvis, en la cual se observó una fractura a nivel de ilion izquierdo que involucró el contorno acetabular, con pérdida del espacio articular normal; asimismo, se apreció que la cabeza femoral se encontraba irregular y con aplanamiento de los contornos, es decir con signo indicativo de un desgaste del cartílago, condicionado por la energía secundaria al traumatismo recibido, que al ser ab-

sorbida por el cartílago articular produjo la muerte celular con degeneración del cartílago, dolor y pérdida progresiva de la función, así como luxación del fémur, de muy difícil solución, complicación directa del inadecuado manejo que AR2 y AR3, médicos tratantes le otorgaron a V1.

23. El 9 de agosto de 2007, V1 ingresó al Centro Médico "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTESON y en esa misma fecha fue valorado por el servicio de Ortopedia y Traumatología, en donde se le diagnosticó un cuadro clínico de fractura acetabular izquierda de treinta días de evolución, por lo que se indicó como plan de manejo su internamiento; posteriormente, el 13 de ese mismo mes y año se le practicó una fractura-luxación, osteosíntesis del acetábulo y colocación de clavo para tracción del supracondíleo, con la finalidad de mejorar el acoplamiento de la cabeza femoral y conservar la funcionalidad de la articulación.
24. De igual forma, el 27 de agosto de 2007, se realizó a V1 una osteosíntesis del acetábulo con placa curva de reconstrucción, a fin de formar la cavidad y mejorar el acoplamiento de la cabeza femoral; sin embargo, el 9 de octubre de 2007, al ser valorado en consulta externa por personal adscrito al servicio de Ortopedia y Traumatología del Centro Médico "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTESON, se encontró a V1 con atrofia muscular y rotación del miembro pélvico afectado, documentándose además por radiología, una necrosis avascular de cabeza de fémur, motivo por el cual se indicó como plan de manejo reemplazar totalmente la articulación y acudir al servicio de Fisioterapia con la finalidad de mejorar los arcos de movimiento de la cadera y el músculo cuádriceps.
25. En este sentido, el perito médico forense de esta Comisión Nacional precisó que la complicación señalada en el párrafo anterior se vio favorecida por el retraso en el tratamiento de la fractura acetabular de V1, debido a la intensidad sobre el impacto de la cabeza femoral, la falta de congruencia articular y a la disminución de la movilidad de la cadera, que pudo ser previsible de haber sido tratada adecuadamente por AR1, AR2 y AR3, médicos que lo atendieron en el Hospital del Socorro de Nogales S.A. de C.V. subrogado del ISSSTESON.
26. Finalmente, el 29 de enero de 2008, en el Centro Médico "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTESON, se le colocó a V1 una prótesis total no cementada y un injerto en ceja posterosuperior de acetábulo izquierdo con la finalidad de permitir la movilidad de la articulación y eliminar el dolor.
27. En este orden de ideas, las omisiones en que incurrieron AR1, AR2 y AR3, personal médico del Hospital del Socorro de Nogales S.A. de C.V., subrogado del ISSSTESON, generaron que la fractura de ceja y pared posterior del acetábulo izquierdo que V1 presentó debido a un accidente, no fuera adecuadamente protocolizada, documentada y corregida, situación que propició que el cuadro clínico de la víctima se complicara y existiera desplazamiento de la cabeza femoral, fractura a nivel de ilion, acetábulo con fractura consolidada desplazada y necrosis avascular de cabeza de femur que derivó en la colocación de una prótesis total no cementada de cadera e injerto en ceja posterosuperior de acetábulo izquierdo, convalidándose con ello la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la pérdida irreversible de la articulación de V1 la cual le generó una discapacidad.
28. Por otra parte, no pasó desapercibido para esta Comisión Nacional, el hecho de que varias de las notas médicas del expediente clínico generado en el Hospital del Socorro de Nogales S.A. de C.V. y en Centro Médico "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTESON, con motivo de la atención médica proporcionada a V1, presentaban irregularidades tales como su ilegibilidad, desorden cronológico, ausencia de membrete de la unidad médica para su identificación y de los nombres completos, cargos, rangos, matrículas y especialidades de los médicos tratantes, entre otras, evidenciando un incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.
29. Las irregularidades mencionadas, son una constante preocupación de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que tales omisiones representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose con ello el derecho que tienen las víctimas de que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

30. Situación que ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 53/2011, 58/2011, 76/2011, 85/2011, 14/2012 y 15/2012, emitidas el 21 de enero, 18 de marzo, 4 y 13 de mayo, 30 de junio, 30 de septiembre, 27 de octubre, 9 y 16 de diciembre de 2011, 23 y 26 de abril de 2012, respectivamente, en las que se señalaron precisamente las omisiones en las que incurre el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.
31. La sentencia del caso *"Albán Cornejo y otros vs. Ecuador"*, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el numeral 68 refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. Pronunciamiento que además resulta obligatorio para el Estado mexicano, de conformidad con los numerales 1, 2 y 3, de la Declaración para el Reconocimiento de la Competencia Contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.
32. Por ello, la falta del expediente o la deficiente integración del mismo, así como la ausencia de normas que regulen esta materia, al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.
33. Por lo anterior, esta Comisión Nacional observó que AR1, AR2 y AR3, médicos tratantes del ISSSTESON, vulneraron en agravio de V1 el derecho a la protección de la salud, contenido en los artículos 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, 23, 27, fracción III, 32, 33, 51 y 103, de la Ley General de Salud; 4, 8, fracciones II y III, 9, 21 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 1, fracción I, 2, fracciones I y II, 3, fracción I, 19, 20, fracción I, 23, fracción IV, y 28, de la Ley de Salud para el estado de Sonora, así como el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.
34. De igual forma, AR1, AR2 y AR3, vulneraron las disposiciones relacionadas con el derecho a la protección de la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales, celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación a las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, de acuerdo a lo dispuesto por los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
35. En este sentido, los numerales XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; así como 10.1, 10.2, inciso a) y d) 16, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en síntesis ratifican el contenido del precepto constitucional citado, señalan la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos y establecer el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad, y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.
36. De la misma manera, AR1, AR2 y AR3, médicos tratantes del ISSSTESON, incurrieron en un probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 63, fracciones I, II y XXVI, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de Sonora, que prevén la obligación de los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa rela-

cionada con el servicio público, atendiendo a los principios de responsabilidad, ética profesional, excelencia, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, calidez y calidad en la prestación de los servicios.

37. Ahora bien, es preciso reconocer que la protección a la salud es un derecho humano 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.
38. En este sentido, esta Comisión Nacional emitió la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que se afirma que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad, y calidad.
39. Es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente asunto, el personal médico debió realizar una adecuada valoración y diagnóstico oportuno que le hubiera permitido proporcionar a V1 la atención médica que requería, con la calidad y calidez que deben imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.
40. Por lo anterior, mediante el oficio No. 9232 de 13 de agosto de 2009, esta Comisión Nacional emitió una propuesta de conciliación al entonces director general del ISSSTESON; la cual fue aceptada mediante el similar No. UJ-369-2008 de 8 de mayo de 2009, suscrito por el apoderado legal de ese Instituto; sin embargo, a la fecha de elaboración de la presente recomendación dicho Instituto no ha enviado pruebas que permitan evidenciar su total cumplimiento, a pesar de los requerimientos formulados a esa autoridad mediante los oficios No. 28573, No. 41587, No. 48935, No. 62707, No. 1911 y No. 12307 de 30 de junio, 4 de septiembre, 15 de octubre y 17 de diciembre de 2009, así como 20 de enero y 16 de marzo de 2010.
41. Ahora bien, a través del oficio No. UJ-930-2010, suscrito por AR4, jefe de la Unidad Jurídica del ISSSTESON, se informó a esta Comisión Nacional que respecto al primer punto conciliatorio, la Subdirección Médica de ese Instituto se encontraba tramitando el pago de la factura correspondiente a la prótesis total de cadera que V1 adquirió, sin que se hiciera mención respecto al pago por concepto de reparación del daño correspondiente; posteriormente el 9 de diciembre de 2010, personal de este organismo nacional contactó vía telefónica a un servidor público de la Unidad Jurídica del ISSSTESON, quien refirió que ya se había entregado a la víctima el pago de la prótesis total de cadera cementada; asimismo, a través del oficio No. UJ-821-2011, AR4, jefe de la Unidad Jurídica del citado Instituto, indicó que el presente caso se encontraba concluido por la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora, toda vez que V1 manifestó su conformidad debido al pago que le había sido otorgado.
42. Respecto al segundo punto conciliatorio, a través del oficio No. UJ-930-2010 de 7 de septiembre de 2010, AR4, jefe de la Unidad Jurídica del ISSSTESON informó a esta Comisión Nacional que mediante el similar No. UJ-260-2010 de 24 de marzo de ese año se dio vista del caso de V1 al titular del Órgano de Control y Desarrollo de ese Instituto; sin embargo, a través del oficio No. OC y DA-0996/2010 de 15 de julio de 2010, el titular del Órgano de Control y Desarrollo Administrativo informó a esta Comisión Nacional que no había recibido ninguna vista respecto al caso, pero que basándose en la propuesta de conciliación que este organismo nacional envió en marzo de 2009 al ISSSTESON, se observó que ese Órgano no estaba en posi-

bilidades de iniciar el procedimiento de responsabilidad administrativa de existir algún servidor público presuntamente responsable, debido a que las sanciones administrativas prescriben a los tres años y en el caso de V1, dicho lapso ya había transcurrido.

43. Al respecto, no pasó desapercibido para este organismo nacional el hecho de que mediante el oficio No. OC y DA-1238/2009 de 6 de octubre de 2009, el titular del Órgano de Control y Desarrollo Administrativo del ISSSTESON, le comunicó a AR4, jefe de la Unidad Jurídica de ese Instituto que hasta esa fecha no había recibido ninguna comunicación de su parte a fin de que se iniciara el procedimiento de investigación respectivo; situación que fue confirmada el 6 de agosto de 2010 por una servidora pública del Órgano de Control y Desarrollo Administrativo a personal de este organismo nacional.
44. Es decir que por una falta de diligencia de AR4, jefe de la Unidad Jurídica del ISSSTESON, el Órgano Interno de Control y Desarrollo Administrativo de ese Instituto, no inició el procedimiento de investigación con relación al caso de V1, situación que para este organismo nacional, demostró una falta de respeto a la cultura de legalidad por parte del citado servidor público, así como una ausencia de responsabilidad en un tema tan delicado como lo es la investigación, sanción y reparación de las violaciones a los derechos humanos, que tuvo como consecuencia que se dejara en un estado de vulnerabilidad a V1.
45. En consecuencia, AR4, jefe de la Unidad Jurídica del ISSSTESON, con sus omisiones dejó transcurrir más de tres años sin dar vista de los hechos al Órgano Interno de Control y Desarrollo Administrativo, así como también no ajustó su conducta a los principios de legalidad y eficiencia que rigen en el desempeño de su cargo, los cuales lo obligan a cumplir con la máxima diligencia en el servicio que tiene encomendado, y abstenerse de cualquier acto u omisión que provoque la suspensión o deficiencia de ese servicio, situación que implicó que no observaran, el contenido del artículo fracciones I, II y XXVI, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de Sonora.
46. Por lo expuesto, para este organismo nacional AR4 transgredió en agravio de V1, los derechos a la legalidad y seguridad jurídica, contenidos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 14, párrafo segundo, 16, párrafo primero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 8.1 y 25, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 8 y 10, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; y, XVIII, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.
47. En relación al tercer punto conciliatorio, a través del oficio No. UJ-930-2010 de 7 de septiembre de 2010, AR4, jefe de la Unidad Jurídica del ISSSTESON informó que los directores del Hospital del Socorro de Nogales S.A. de C.V. y del Centro Médico “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTESON, informarían sobre las medidas adoptadas para su cumplimiento, lo que a la fecha de emisión del presente pronunciamiento no ha sucedido.
48. En suma, ante la falta de pruebas que permitieran acreditar el cumplimiento de la propuesta de conciliación dirigida el 11 de marzo de 2009, por esta Comisión Nacional al entonces director general ISSSTESON, el 13 de junio de 2011, personal de esta Comisión Nacional se comunicó vía telefónica con V1, a quien después de informarle sobre el estado que guardaba el seguimiento de su caso solicitó la reapertura del mismo, situación que dio inicio al expediente CNDH/1/2011/7572/Q.
49. Por lo anterior, esta Comisión Nacional solicitó el informe correspondiente AR4, jefe de la Unidad Jurídica del ISSSTESON, mismo que fue atendido a través del oficio No. UJ-1510-2011 de 20 de octubre de 2011, en el cual se señaló que esa autoridad ya había dado atención al caso de V1, por lo que era innecesario volver a rendir información, reiterando que la propuesta de conciliación ya había sido cumplida en su totalidad, precisando que el citado Instituto en ningún momento se había comprometido a pagar cantidad alguna derivado de la responsabilidad institucional, agregando que a la víctima se le entregó una suma de dinero por concepto del pago de la prótesis de cadera que adquirió, con la cual estuvo conforme, e incluso la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora, había concluido el caso de V1 a través del oficio No. 187/2011 de 18 de febrero de 2011 emitido por el segundo visitador general.

50. Ahora bien, de la lectura del oficio No. 187/2011 de 18 de febrero de 2011, suscrito por el segundo visitador general de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora, se observó que el caso de V1 se encontraba en trámite ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
51. En este contexto, para esta Comisión Nacional, los servidores públicos del ISSSTESON evidenciaron una falta de colaboración con el sistema de protección no jurisdiccional de los derechos humanos, debido a que todos los servidores públicos encargados de cumplir y hacer cumplir la ley están obligados a respetar en todo momento los deberes que les impone ésta, por lo que al no atender los compromisos adquiridos en la propuesta conciliatoria que se les dirigió, impidieron que se protegiera, en este caso a V1 y otros derechohabientes de ese Instituto contra actos ilegales, así como que se respetaran y preservaran sus derechos.
52. En suma, no se observaron pruebas de cumplimiento a la propuesta de conciliación emitida por esta Comisión Nacional, debido a la omisión del ISSSTESON en: 1) reparar el daño a V1, como consecuencia de la responsabilidad institucional derivada de la inadecuada atención médica de AR1, AR2 y AR3; 2) dar vista de los hechos al Órgano de Control y Desarrollo Administrativo de ese Instituto, lo que implicó que esa instancia informara a esta Comisión Nacional la imposibilidad de iniciar la investigación administrativa correspondiente debido a que el asunto ya había prescrito, y con ello se vulnerara en agravio de la víctima su derecho a la seguridad jurídica; y, 3) enviar pruebas para acreditar que se establecieron lineamientos o se brindaron cursos de capacitación al personal del ISSSTESON relacionados con la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.
53. Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 143, de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Sonora; 2081, 2084, 2086, 2087, 2101 y 2112, del Código Civil para el estado de Sonora, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.
54. En virtud de lo expuesto y con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63, fracciones I, II y XXVI, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de Sonora, existieron elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano de Control y Desarrollo Administrativo del ISSSTESON, a fin de que se inicien los procedimientos administrativos en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos y omisiones que se consignan en el presente caso, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante la autoridad ministerial correspondiente en el estado de Sonora.
55. No es obstáculo para lo anterior, el hecho de que el Órgano Interno de Control y Desarrollo Administrativo del ISSSTESON, haya informado a esta Comisión Nacional que se encontraba imposibilitado para iniciar el procedimiento de responsabilidad administrativa de existir algún servidor público presuntamente responsable, debido a que las sanciones administrativas prescriben a los tres años y en el caso de V1, dicho lapso ya había transcurrido, debido a que el retraso en el inicio del citado procedimiento derivó de la falta de diligencia de un servidor

público de ese Instituto, del cual tuvo conocimiento el Órgano Interno de Control y Desarrollo Administrativo cuando aun no se había cumplido con el término de la prescripción.

56. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor gobernador constitucional del estado de Sonora las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda a efecto de que se tomen medidas necesarias para reparar el daño a V1 o a quien tenga mejor derecho a ello, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del ISSSTESON y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire instrucciones a quien corresponda para que se proporcionen tratamientos médicos, psicológicos y de rehabilitación a V1 para restablecer su salud física y emocional en la medida de lo posible, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se tomen las medidas administrativas correspondientes, para que se verifiquen de manera inmediata las condiciones físicas y legales en que operan los hospitales que prestan servicio directamente o que se encuentran subrogadas por el ISSSTESON, corroborando que su personal cuente con el perfil y experiencia necesarios para el cumplimiento de sus funciones; enviando a esta Comisión Nacional, las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Gire sus instrucciones para que en los hospitales del ISSSTESON a su cargo, especialmente en el que se vulneraron los derechos de V1, se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, esto con el objetivo de evitar omisiones como las que dieron origen al presente pronunciamiento y, envíe a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se emita una circular dirigida al personal médico del ISSSTESON, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

SEXTA. Gire sus instrucciones para que los servidores públicos del ISSSTESON adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano de Control y Desarrollo Administrativo del ISSSTESON, en contra del personal involucrado en los hechos de la presente recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Se instruya al personal competente del ISSSTESON a contestar y cumplir en tiempo y forma las propuestas de conciliaciones que le sean enviadas, y de esta forma evitar dilaciones innecesarias que redunden en perjuicio de las víctimas y de sus derechos humanos.

NOVENA. Se colabore debidamente, en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de Justicia del estado de Sonora, y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

57. La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.
58. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.
59. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.
60. La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en el artículo 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia para que justifique su negativa.

El Presidente
Dr. Raúl Plascencia Villanueva

Recomendación 22/2012

Sobre el caso de detención arbitraria y retención ilegal de V1

SÍNTESIS

1. El 5 de julio de 2010 se recibieron en esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos los escritos presentados por Q1 y V1, en los que hacen valer, en esencia, que aproximadamente a las 20:30 horas del 2 de julio de 2010, cuando V1 salió del Instituto Estatal Electoral de Zacatecas, en compañía de diversas personas, arribó una camioneta de la que descendieron cinco personas vestidas de civil, de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia de esa entidad federativa, quienes preguntaron por V1; que les solicitaron identificarse, sin que lo hicieran, y que subieron al agraviado a la parte trasera del vehículo de referencia y se lo llevaron.
2. V1 fue trasladado a los separos de esa corporación, sin que se registrara su ingreso, donde permaneció custodiado por policías vestidos de civiles.
3. Alrededor de las 02:15 horas del día siguiente se presentó un Agente del Ministerio Público adscrito a esa Procuraduría, quien informó a V1 de la existencia de una denuncia en su contra, sin permitirle leer documento alguno, para posteriormente indicarle que podía retirarse.
4. Para la integración del expediente se determinó ejercer la facultad de atracción del caso y se solicitó a la Procuraduría General de Justicia y a la Secretaría de Seguridad Pública de Zacatecas un informe detallado y completo sobre los hechos descritos en los recursos de queja. Asimismo, en colaboración, se requirió información al Juzgado Primero de Distrito y a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas.
5. Del análisis lógico-jurídico realizado a las constancias que obran en el expediente de queja se acreditó que V1 fue detenido a pesar de que no se reunían los requisitos legales para tal acción, pues, por una parte, no se emitió orden de aprehensión por autoridad competente y, en segundo término, su detención obedeció, según lo informado por AR1, a la orden verbal que recibió de AR5, con motivo de la supuesta comisión en flagrancia de delitos del orden electoral, la cual no quedó evidenciada con las constancias que obran en el expediente.
6. Se cuenta, además, con evidencias de las que se pudo advertir que V1 fue retenido por más de cinco horas sin haberse definido su situación jurídica.
7. Esto es así en virtud de que la detención del agraviado se llevó a cabo a las 20:30 horas del 2 de julio de 2010 y permaneció en las instalaciones de la Dirección General de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Zacatecas hasta aproximadamente las 02:15 horas del día siguiente.
8. En ese sentido, se evidenció no sólo que AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron con su obligación de poner a V1 a disposición de la autoridad ministerial, ya que únicamente lo trasladaron a los separos de las instalaciones de la Procuraduría General de Justicia del estado, sino que tampoco se respetó la cadena de custodia del detenido, pues se omitió documentar que AR5 lo pondría a disposición de la autoridad ministerial, lo que, a su vez, resultó en la omisión total de la obligación en cuestión, toda vez que AR5 no puso formalmente a V1 a disposición de la autoridad ministerial.
9. Si bien V1 fue trasladado a las instalaciones de la Procuraduría General de Justicia del estado inmediatamente después de efectuada su detención, AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron con la obligación de poner al detenido a disposición del Agente del Ministerio Público correspondiente.

10. Por lo anterior, el 29 de mayo de 2012 se emitió la Recomendación 22/2012, dirigida al Gobernador Constitucional del estado de Zacatecas, en la que se requirió lo siguiente:

Recomendaciones

PRIMERA: Se instruya a quien corresponda a efectos de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño a V1, a través de una disculpa oficial, como consecuencia de la responsabilidad institucional que ha quedado evidenciada con motivo de la actuación de los elementos de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Zacatecas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA: Se giren instrucciones a quien corresponda a efectos de que se garantice que en los casos como el documentado en la presente Recomendación las personas que sean detenidas en los operativos que realizan los elementos de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Zacatecas sean puestas de manera inmediata a disposición de la autoridad ministerial.

TERCERA: Se instruya a quien corresponda para que en la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Zacatecas se diseñen e impartan programas integrales de capacitación y formación sistemática y continua en materia de Derechos Humanos, con objeto de evitar que en lo futuro se incurra en omisiones o irregularidades como las evidenciadas en este documento, y se envíen a este Organismo Nacional las pruebas de su cumplimiento.

CUARTA: Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional en el inicio y trámite de la queja que se promueva ante Contraloría Interna de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Zacatecas, a fin de determinar respecto de la responsabilidad administrativa en que pudieron haber incurrido los servidores públicos de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia de ese estado, en atención a las consideraciones contenidas en el apartado de observaciones de esta Recomendación y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA: Se colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de Zacatecas, para que, en el ámbito de su competencia, se inicie la investigación que en Derecho corresponda, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

México, D. F., 29 de mayo de 2012

Sobre el caso de detención arbitraria y retención ilegal de V1

Lic. Miguel Alonso Reyes

Gobernador Constitucional del estado de Zacatecas

Distinguido señor Gobernador:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3, párrafo segundo, 6, fracciones I, II y III, 15 fracción VII; 24, fracción IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/5/2010/3884/Q, relacionados con el caso de la detención arbitraria y retención ilegal de V1.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos, y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. La información se pondrá en conocimiento de las autoridades recomendadas, a través de un listado adjunto en que se describe

el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes; y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 5 de julio de 2010 se recibieron en esta Comisión Nacional los escritos presentados por Q1 y V1, en los que hacen valer, en esencia, que aproximadamente a las 20:30 horas del 2 de julio de 2010, cuando V1 salió del Instituto Estatal Electoral de Zacatecas, en compañía de diversas personas, arribó una camioneta de la que descendieron cinco personas vestidas de civil, de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia de esa entidad federativa, quienes preguntaron por V1; que les solicitaron identificarse, sin que lo hicieran; subieron al agraviado a la parte trasera del vehículo de referencia y se lo llevaron.
4. V1 fue trasladado a los separos de esa corporación, sin que se registrara su ingreso, donde permaneció custodiado por policías vestidos de civiles.
5. Alrededor de las 02:15 horas del día siguiente, se presentó un agente del Ministerio Público, adscrito a esa Procuraduría, quien informó a V1 de la existencia de una denuncia en su contra, sin permitirle leer documento alguno, para posteriormente indicarle que podía retirarse.
6. Para la integración del expediente se determinó ejercer la facultad de atracción del caso y se solicitó a la Procuraduría General de Justicia y a la Secretaría de Seguridad Pública de Zacatecas un informe detallado y completo sobre los hechos descritos en los recursos de queja. Asimismo, en colaboración, se requirió información al Juzgado Primero de Distrito y a la Comisión de Derechos Humanos del estado de Zacatecas. A tales requerimientos se dio respuesta y su valoración es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. Escritos de queja fechados el 3 y 4 de julio de 2010, presentados por V1 y Q1 el día 5 siguiente ante personal de este organismo nacional.
8. Acuerdo de 15 de julio de 2010, mediante el cual se determina ejercer la facultad de atracción en el caso.
9. Oficio SSP/786/2010, de 22 de julio de 2010, suscrito por el titular de la Secretaría de Seguridad Pública en el estado de Zacatecas, mediante el que rinde el informe solicitado respecto de los hechos materia de la queja.
10. Oficio PGJE/DJ/108/2010, de 16 de agosto de 2010, suscrito por el entonces titular de la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas, a través del cual rinde informe respecto de los hechos motivo de la queja.
11. Oficio Or/ags/496/2010, de 13 de septiembre de 2010, mediante el cual se da vista a V1 del contenido de los informes rendidos por el titular de la Procuraduría General de Justicia y por el Secretario de Seguridad Pública del estado de Zacatecas.
12. Actas circunstanciadas de 15 de octubre y 1 de noviembre de 2010, en las que se hacen constar diversas gestiones practicadas con la representante de V1, por personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
13. Actas circunstanciadas de 13 de diciembre de 2010 y 5 de enero de 2011, elaboradas por personal de esta Comisión Nacional, en las que se hace constar la recepción de un disco en formato DVD, enviado por V1, y el correspondiente análisis a su contenido, consistente en un video de 7 minutos de duración en que, tras una discusión con V1, aparecen elementos de la Policía Ministerial llevándose en una camioneta.
14. Oficio CV/202/2011 de 24 de enero de 2011, suscrito por la Coordinadora General de Visitas y Cuarta Visitadora General de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Zacatecas,

mediante el cual se remite copia certificada de diversa documentación, de la que destacan dos actas circunstanciadas de 2 de julio de 2010, suscritas por la remitente, relativas a las gestiones realizadas por ese organismo local en torno a los hechos materia de la queja.

15. Acta circunstanciada del 16 de febrero de 2011, en que consta que personal de esta institución nacional intentó establecer comunicación con el quejoso.
16. Oficios 15554 y 15555, ambos del 18 de marzo de 2011, mediante los que esta institución nacional solicita información, en colaboración y ampliación de información, respectivamente, al Juez Primero de Distrito en el estado de Zacatecas y al Procurador General de Justicia de la propia entidad federativa.
17. Oficio 8478 de 12 de abril de 2011, signado por el secretario del Juzgado Primero de Distrito en el estado de Zacatecas, mediante el cual, en relación con el juicio de amparo 1, remite copia simple de diversas constancias de las que destacan las siguientes:
 - a) Acuerdo de 2 de julio de 2010, por el cual el juez de amparo comisiona al actuario adscrito a ese Juzgado para que se constituya en las instalaciones de la Policía Ministerial, o bien, en las diversas corporaciones policiales, a fin de que notifique a V1 el contenido de ese proveído y de la demanda de garantías.
 - b) Ratificación de la demanda, realizada por V1 el 3 de julio de 2010, a las dos horas con diez minutos, en las instalaciones de la Dirección de la Policía Ministerial de Zacatecas.
 - c) Documento en que el actuario judicial hace constar que al momento de notificar a V1 el acuerdo dictado el 2 de julio de 2010 en el juicio de amparo 1, personal de la Policía Ministerial le manifestó que se encontraba en libertad.
18. Acta circunstanciada de 13 de abril de 2011, suscrita por personal de esta Comisión Nacional, en la que consta la gestión realizada en el Juzgado Primero de Distrito en el estado de Zacatecas, respecto de los juicios de amparo 1 y 2.
19. Oficio 5639 de 13 de abril de 2011, suscrito por el secretario del Juzgado Primero de Distrito en el estado de Zacatecas, a través del que remite copia simple de diversas constancias en relación con el juicio de amparo 2, de las que destacan las siguientes:
 - a) Acuerdo de tres de julio de 2010, mediante el cual el juez de amparo comisiona al actuario adscrito a ese Juzgado para que se constituya en los separados de la Policía Ministerial, o bien, en las instalaciones de la Policía Estatal Preventiva o de Tránsito del estado, a fin de notificar a V1 el contenido de ese proveído y de la demanda de garantías.
 - b) Ratificación de la demanda de amparo promovida en favor de V1, de 3 de julio de 2010, a las dos horas con doce minutos, en las instalaciones de la Dirección de la Policía Ministerial de Zacatecas.
 - c) Documento en que el actuario judicial hace constar que al momento de notificar a V1 el acuerdo de tres de julio del dos mil diez, dictado en el juicio de amparo 2, personal de la Policía Ministerial le manifestó que se encontraba en libertad.
20. Acta circunstanciada de 25 de abril de 2011, suscrita por personal de esta Comisión Nacional, en la que consta la gestión realizada en la Procuraduría General de Justicia de Zacatecas, para que se rindiera la ampliación de información requerida.
21. Oficio 280/2011 de 5 de mayo de 2011, suscrito por el titular de la Procuraduría General de Justicia de Zacatecas, por el que rinde ampliación de información respecto de los hechos motivo de la queja, y al que se adjunta copia de diversa documentación, de la que destaca la siguiente:
 - a) Oficio número 185 de 29 de abril de 2011, signado por SP1, Subprocurador Regional de Fresnillo, de esa Procuraduría, a través del cual informa respecto de su intervención en los hechos.
 - b) Oficio 623 de 29 de abril de 2011, suscrito por el Director General de la Policía Ministerial de la Procuraduría de Justicia de ese estado, por el que se informa que no se encontró registro de puesta a disposición o boleta de internación contra V1, y remite copia certificada del libro de registro.

- c) Oficio 238 de 4 de mayo de 2011, signado por SP2, comandante de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas, por el que rinde el informe que le fue requerido.
22. Actas circunstanciadas de 8 y 15 de junio de 2011, en las que personal de esta Comisión Nacional hace constar diversas diligencias practicadas con V1.
 23. Actas circunstanciadas de 16 de junio de 2011, en las que se hacen constar gestiones realizadas ante personal de Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas y de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de esa entidad federativa, para conocer respecto del parte de novedades del 3 de julio del 2010, así como, en su caso, de las constancias en que se hubiere documentado la detención de V1.
 24. Oficio 370 de 5 de julio de 2011, suscrito por el titular de la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas, mediante el cual se remite, entre otros documentos, el oficio 239, suscrito por AR1 el día anterior, que contiene su informe respecto de los hechos que se investigan.
 25. Actas circunstanciadas de 16 de agosto, 9 de septiembre, 5 y 28 de octubre, 25 de noviembre, 19 de diciembre, todas de 2011, así como del 17 de enero de 2012, mediante las cuales personal de este organismo nacional hace constar diversas diligencias practicadas con V1.
 26. Oficio número QVG/OFSLP/151/2012, de 17 de febrero de 2012, por el cual se solicita a la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas un informe en relación con la existencia de una investigación administrativa relacionada con los hechos materia de la queja.
 27. Oficio 33/2012, de 22 de febrero del 2012, recibido en esta Comisión Nacional el 1 de marzo de 2012, suscrito por el titular de la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas, mediante el cual se informa que en la Unidad de Contraloría Interna de esa dependencia no existe investigación alguna sobre los hechos motivo de la queja.
 28. Acta circunstanciada de 17 de abril de 2012, en que personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos hace constar el estado que guardan los juicios de amparo 1 y 2.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

29. El 2 de julio de 2010, aproximadamente a las 20:30 horas V1, en compañía de Q1 y otras personas, salió de las oficinas del Instituto Electoral en la ciudad de Guadalupe, Zacatecas, cuando llegó a ese lugar un vehículo del que descendieron cinco personas vestidas de civil, de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia de esa entidad federativa, las cuales preguntaron por V1 y procedieron a subirlo en la parte trasera de una camioneta, para después trasladarlo a las instalaciones de la Policía Ministerial de esa Procuraduría.
30. V1 salió de ese lugar hasta las 02:15 del 3 de julio de 2010, después de que SP1, entonces agente del Ministerio Público Especial de Secuestros de esa procuraduría, le indicó que podía retirarse. Es decir, estuvo retenido de las 20:30 horas del 2 de julio del 2010 a las 02:15 horas del día siguiente, esto es, por espacio de más de cinco horas.
31. Por lo que hace a los juicios de amparo 1 y 2, promovidos en favor de V1 ante el Juzgado Primero de Distrito en el estado de Zacatecas, resultaron improcedentes, según resoluciones del 6 de julio del 2010, en los que el titular del órgano jurisdiccional determinó su improcedencia con motivo de la cesación de los efectos de los actos reclamados en ambos juicios.

IV. OBSERVACIONES

32. Previo al estudio de las violaciones a los derechos humanos que dieron origen a esta recomendación, resulta oportuno señalar que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos no se opone a la prevención, investigación y persecución de los delitos por parte de las autori-

dades competentes; por el contrario, hace patente la necesidad de que el Estado, a través de sus instituciones públicas, cumpla con el deber jurídico de prevenir la comisión de conductas delictivas, investigar con los medios a su alcance los ilícitos que se cometan en el ámbito de su competencia, a fin de identificar a los responsables y lograr que se impongan las sanciones pertinentes, así como de asegurar que ningún delito se combata con otro ilícito.

33. Por lo anterior, se expresa la obligación que tienen los servidores públicos del Estado Mexicano para que, a través de sus instituciones públicas, en el marco del sistema de protección de derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cumplan y hagan cumplir la ley, previniendo la comisión de conductas que vulneren tales derechos con los medios a su alcance.
34. Por otra parte, esta institución protectora de derechos humanos no se pronuncia sobre las actuaciones realizadas por la autoridad judicial del fuero federal, en la sustanciación de los juicios de amparo 1 y 2, respecto de las cuales expresa su absoluto respeto y de las que carece de competencia para su conocimiento, en términos de lo dispuesto en los artículos 102, apartado B, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 7, fracción II, y 8, última parte, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 2, fracción IX, incisos a), b) y c), de su reglamento interno.
35. Preciado lo anterior, del análisis lógico jurídico de las evidencias que integran el expediente de queja CNDH/5/2010/3884/Q, se advierte en el caso violaciones a los derechos a la libertad personal, debido proceso, legalidad y seguridad jurídica, en perjuicio de V1, por actos consistentes en detención arbitraria y retención ilegal, atribuibles a servidores públicos de la Procuraduría General de Justicia de Zacatecas, en virtud de las siguientes consideraciones:
36. En el oficio 239, suscrito por AR1, comandante de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas, se indica que a principios del mes de julio de 2010 fue comisionado junto con otros compañeros, entre ellos, AR2, AR3 y AR4, a formar parte de un operativo de vigilancia con motivo de las elecciones que se llevarían a cabo el día 4 de ese mes y año.
37. Asimismo, se precisa que a las 20:00 horas del 2 de julio de 2010 se recibió una llamada, vía radio "nextel", en la que AR5, entonces director de esa corporación, les ordenó que localizaran a V1, debido a que estaba cometiendo en "*flagrancia un delito electoral*", para trasladarlo a las instalaciones de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas.
38. En atención a tal instrucción, AR1, AR2, AR3 y AR4 se trasladaron al lugar que les indicó AR5 y, una vez que tuvieron a la vista a V1, se identificaron como elementos de la Policía Ministerial y le solicitaron que los acompañara, a lo cual se negó inicialmente, pero después accedió y fue llevado a las oficinas de esa corporación; cuando AR1 informó a AR5 sobre las acciones tomadas, éste le indicó que siguieran con los rondines y que no era necesario que se rindiera un informe en relación con los hechos, ya que él se haría cargo de investigar lo denunciado y de poner a V1 a disposición de la autoridad competente.
39. Por su parte, Q1 y V1 coinciden en señalar que el 2 de julio de 2010, a las 20:30 horas, cuando se encontraban fuera de las instalaciones del Instituto Estatal Electoral de Zacatecas, en compañía de diversas personas, llegó un vehículo del que descendieron cinco personas vestidas de civil, de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia de ese estado, quienes preguntaron por V1, por lo cual les pidieron que se identificaran, sin que lo hicieran y se acercaron al agraviado, para subirlo a la parte trasera del vehículo de referencia y llevárselo.
40. Que V1 fue trasladado a los separos de esa corporación, sin que se haya registrado su ingreso y permaneció custodiado por policías vestidos de civiles. Posteriormente se presentó SP1, quien informó a V1 que existía una denuncia en su contra, sin que se le permitiera leer documento alguno; y, tiempo después, le manifestó que podía retirarse, todo lo cual fue presenciado por personal de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Zacatecas, según consta en el acta circunstanciada suscrita por personal de tal organismo local el 2 de julio del 2010.

41. Ahora bien, en el artículo 16, párrafo quinto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se prevé que en los casos de delito flagrante, cualquier persona puede detener al indiciado poniéndolo sin demora a disposición de la autoridad inmediata y ésta, con la misma prontitud, a la del Ministerio Público.
42. En el artículo 32, párrafo primero, de la Constitución Política del estado Libre y Soberano de Zacatecas se dispone que queda estrictamente prohibido detener a las personas para fines de investigación, salvo los casos de excepción previstos en el artículo 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
43. Acorde con los preceptos legales citados, en el artículo 198 del Código Procesal Penal para el estado de Zacatecas, se establece la prohibición de detener a cualquier persona, sin orden de aprehensión librada por autoridad competente, excepto cuando se trate de delito flagrante o de casos urgentes.
44. En el artículo 204, del mismo ordenamiento legal, se contiene la figura del delito flagrante, la cual se actualiza cuando el indiciado es detenido en el momento de estar cometiendo el ilícito; y, también, cuando inmediatamente de ejecutado el hecho delictuoso se actualice alguno de los siguientes supuestos: que el indiciado sea perseguido materialmente; y que alguien lo señale como responsable y se encuentre en su poder el objeto del delito o el instrumento con que se hubiera cometido o existan huellas o indicios que hagan presumir fundadamente su intervención en la comisión del delito.
45. Adicionalmente, en el último párrafo del precepto citado se establece la obligación de las autoridades que intervengan en la detención del supuesto de flagrancia, de elaborar un registro detallado de las circunstancias en que ocurrió, que debe incluir la hora de la detención y puesta a disposición del detenido ante el Ministerio Público.
46. Pues bien, según se señaló en los párrafos que anteceden, AR1, AR2, AR3 y AR4 detuvieron a V1 afuera de las instalaciones del Instituto Electoral del estado de Zacatecas, en atención a las instrucciones verbales de AR5, quien les indicó que V1 cometía en flagrancia delitos de carácter electoral, sin indicar cuáles. Posteriormente lo trasladaron a las instalaciones de la Procuraduría General de Justicia de la propia entidad federativa, sin que mediara registro alguno de tal detención, donde acudió SP1, tras aproximadamente cinco horas, instruido por el titular de esa corporación y se percató de la ausencia de documentación que le permitiera calificar la legalidad o ilegalidad de la detención de V1, por lo que le indicó que no estaba formalmente detenido y le permitió que se retirara.
47. Al respecto, en el oficio 185, suscrito por SP1, se precisa que en atención a las instrucciones que recibió por parte del entonces titular de la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas, se trasladó a las instalaciones de la Dirección General de la Policía Ministerial de esa dependencia, con la finalidad de recibir un legajo de investigación *“con detenido en flagrancia”* por hechos probablemente delictivos de carácter electoral.
48. Que después de buscar los antecedentes de investigación y de la detención de V1, procedió a cuestionar al personal de la dirección involucrada, respecto de la permanencia del agraviado en ese lugar, sin que se justificaran tales hechos.
49. En tal virtud, SP1 manifestó a V1 que dado que no se *“encontraba formalmente detenido”*, podía retirarse de ese lugar en cuanto lo decidiera, y que no tenía *“justificantes”* para calificar la legalidad o ilegalidad de su captura.
50. Es así que del contenido del informe de AR1 no se advierte que las circunstancias de la detención de V1 actualicen alguno de los supuestos de flagrancia delictiva, establecidos en el artículo 204 del Código Procesal Penal para el estado de Zacatecas.
51. En efecto, V1 fue detenido a pesar de que no se reunían los requisitos legales para tal acción, pues, por una parte, no se emitió orden de aprehensión por autoridad competente y, en segundo término, su detención obedeció, según lo informado por AR1, a la orden verbal que recibió de AR5, con motivo de la supuesta comisión en flagrancia de delitos del orden electoral, la cual no quedó evidenciada con las constancias que obran en el expediente.

52. En tales condiciones, se advierte que servidores públicos de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas, vulneraron en perjuicio del V1 el derecho a la libertad personal, a la legalidad y a la seguridad jurídica, previstos en los artículos 14, párrafo segundo y 16, párrafos primero y quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
53. Asimismo, omitieron observar las disposiciones relacionadas con los derechos a la legalidad y seguridad jurídica previstos en los instrumentos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en consideración para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas con la protección más amplia, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1, párrafo primero, segundo y tercero, y 133 de la Constitución Federal, y que incluyen los artículos 7.2, 7.3, 7.4 y 7.5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, I y XXV de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, así como 9.1., 9.2 y 9.5. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en los que se establece que nadie puede ser privado de su libertad sino en los casos y según las formas previstas en las leyes preexistentes, dictadas conforme a las constituciones políticas de los Estados parte; asimismo, que nadie podrá ser sometido a detención arbitraria.
54. Se cuenta, además, con evidencias de las que se puede advertir que V1 fue retenido por más de cinco horas sin haberse definido su situación jurídica, contrario a lo establecido en el artículo 16, párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en que se prevé que todo individuo detenido debe ser puesto a disposición, sin demora, ante la autoridad ministerial.
55. Esto es así en virtud de que la detención del agraviado se llevó a cabo a las 20:30 horas del 2 de julio de 2010 y permaneció en las instalaciones de la Dirección General de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas, hasta aproximadamente las 02:15 horas del día siguiente, según consta en el acta circunstanciada elaborada por personal de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de esa entidad federativa.
56. Lo anterior se corrobora con las diligencias realizadas por el actuario adscrito al Juzgado Primero de Distrito en el estado de Zacatecas, derivadas de los juicios de amparo 1 y 2, en las que se evidenció que V1 estaba en las instalaciones referidas después de las 02:00 horas del 3 de julio del 2010, sin que obre en el expediente que por esta vía se resuelve, documento que justifique la dilación para dejarlo en libertad.
57. Esto evidencia no solo que AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron con su obligación de poner a V1 a disposición de la autoridad ministerial, ya que únicamente lo trasladaron a los separos de las instalaciones de la Procuraduría General de Justicia del estado, sino que tampoco se respetó la cadena de custodia del detenido, pues se omitió documentar que AR5 lo pondría a disposición de la autoridad ministerial, lo que, a su vez, resultó en la omisión total de la obligación en cuestión, toda vez que AR5 no puso formalmente a V1 a disposición de la autoridad ministerial.
58. En este orden de ideas, V1 permaneció retenido durante más de cinco horas en los separos de la Procuraduría General de Justicia sin estar formalmente detenido y sin justificación alguna, en contravención a lo dispuesto en el artículo 204, párrafo segundo, del Código Procesal Penal para el estado de Zacatecas, que dispone que la autoridad policial, que haya aprehendido a una persona en los supuestos de flagrancia delictiva contenidos en ese precepto legal, deberá conducirla inmediatamente ante el Ministerio Público para que éste disponga lo que en derecho proceda.
59. Sobre el particular, en las recomendaciones 64/2011, 75/2011, 86/2011 y 10/2012 este organismo nacional ha señalado que si bien es cierto no puede asentarse un criterio riguroso sobre el tiempo en que quienes realizan la detención deben de poner al detenido a disposición de la autoridad competente, a efecto de atender la garantía de inmediatez prevista en la Cons-

titución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es necesario establecer un estándar para evaluar y calificar la juridicidad de una retención, en el que han de considerarse: a) el número de personas detenidas, b) la distancia entre el lugar de la detención y las instalaciones del agente del Ministerio Público, c) la accesibilidad de las vías de comunicación entre ambos sitios, y d) el riesgo del traslado para la puesta a disposición en atención a la gravedad del delito y la peligrosidad de los detenidos.

60. En el caso, si bien V1 fue trasladado a las instalaciones de la Procuraduría General de Justicia del estado inmediatamente después de efectuada su detención, AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron con la obligación de poner al detenido a disposición del agente del Ministerio Público correspondiente.
61. En ese orden de ideas, la retención injustificada que sufrió V1 afectó su derecho a un debido proceso, ya que para que la autoridad ministerial estuviera en posibilidad de resolver respecto de su situación jurídica, calificar la legalidad de su detención, así como observar el cumplimiento de las demás prerrogativas procesales reconocidas en su beneficio, era necesario que V1 fuera puesto a disposición de tal autoridad ministerial de manera formal y material por los elementos que lo detuvieron. Sin embargo, esta obligación en el caso no se cumplió, ya que, como se señaló, el agraviado permaneció en las instalaciones de la Dirección General de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas, aproximadamente cinco horas, sin justificación alguna.
62. Con lo anterior, los servidores públicos de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas vulneraron en perjuicio de V1 los artículos 14, párrafo segundo, y 16, párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9.1 y 9.2, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 7.1, 7.2, 7.3 y 7.5, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 y 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I y XXV, tercer párrafo de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y 11, 15, 18 y 19, del Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión que, en términos generales, prohíben las detenciones arbitrarias y las retenciones ilegales, y obligan a los servidores públicos encargados de cumplir y hacer cumplir la ley, a poner a disposición de las autoridades competentes, sin dilación alguna, a las personas que detengan, debiendo existir un registro de tal detención.
63. En este orden de ideas, los elementos de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas, que participaron en los hechos materia de este pronunciamiento, probablemente contravinieron lo dispuesto en el artículo 5, fracciones I y II, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de Zacatecas, al omitir sujetar su actuación a los principios de legalidad, imparcialidad y eficiencia que su cargo requiere.
64. Consecuentemente, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, segundo párrafo, y 72, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se considera que en el caso se cuenta con elementos de convicción suficientes para presentar formal queja ante la Contraloría Interna de la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, respecto de los elementos de la Policía Ministerial de tal corporación que intervinieron en las conductas y omisiones descritas en esta recomendación, así como formal denuncia de hechos ante la Procuraduría General de Justicia en esa entidad federativa, a efecto de que, en el ámbito de su competencia, se inicie la investigación que corresponda conforme a derecho, en relación con los servidores públicos de esa Procuraduría que intervinieron en los hechos violatorios a derechos humanos documentados en este caso, con objeto de que se determine respecto de la responsabilidad penal con motivo de los posibles delitos cometidos en agravio de V1.

65. Por todo lo expuesto, se formulan a usted, señor Gobernador Constitucional del estado de Zacatecas, respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se instruya, a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño a V1, a través de una disculpa oficial, como consecuencia de la responsabilidad institucional que ha quedado evidenciada con motivo de la actuación de los elementos de la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA: Se sirva girar sus instrucciones, a quien corresponda, a efecto de que se garantice que, en los casos como el documentado en la presente recomendación, las personas que sean detenidas en los operativos que realizan los elementos de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia de Zacatecas, sean puestas de manera inmediata a disposición de la autoridad ministerial.

TERCERA: Se instruya, a quien corresponda, para que en la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia de Zacatecas se diseñen e impartan programas integrales de capacitación y formación sistemática y continua, en materia de derechos humanos, con objeto de evitar que en lo futuro se incurra en omisiones o irregularidades como las evidenciadas en este documento, y se envíen a este organismo nacional las pruebas de su cumplimiento.

CUARTA: Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional, en el inicio y trámite de la queja que se promueva ante Contraloría Interna de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Zacatecas, a fin de determinar respecto de la responsabilidad administrativa en que pudieron haber incurrido los servidores públicos de la Policía Ministerial de la Procuraduría General de Justicia de ese estado, en atención a las consideraciones contenidas en el apartado de observaciones de esta recomendación y se remitan a este organismo nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA: Se colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este organismo nacional formule ante la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas, para que, en el ámbito de su competencia, se inicie la investigación que en derecho corresponda, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

66. La presente recomendación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquier otra autoridad competente, para que, en el ámbito de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.
67. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, se emita dentro del término de 15 días hábiles siguientes a su notificación.

68. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación que se les dirige se remitan a esta Comisión Nacional en un término de 15 días hábiles siguientes a la fecha en que se haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.
69. La falta de presentación de pruebas dará a lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad para hacer pública, precisamente esta circunstancia.

El Presidente
Dr. Raúl Plascencia Villanueva

Recomendación 23/2012

Sobre el caso de inadecuada atención médica en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, en agravio de V1 y V2 y pérdida de la vida de V2, menor de edad

SÍNTESIS

1. El 23 de noviembre de 2011, V1, mujer de 33 años de edad, que se encontraba cursando con 38 semanas de gestación, se percató que se le había “roto la fuente”, por lo que, el día 24 del mes y año citados, en compañía de Q1, su esposo, acudieron al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, donde, después de ser valorada en diversas ocasiones por varios médicos del citado nosocomio, le indicaron que tendría un parto natural pero que deberían esperar a que tuviera la dilatación suficiente.
2. Alrededor de las 07:00 horas del 24 de noviembre, personal del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE le suministró a V1 oxitocina a fin de inducirle el parto; posteriormente, a las 16:00 horas, V2 fue trasladada al Área de Terapia Intermedia, lugar en el que Q1 la visitó y fue informado que su estado de salud era bueno, pero que se le realizarían unos estudios con la finalidad de descartar alguna infección debido a que habían transcurrido más de seis horas entre el rompimiento de las membranas y el parto; asimismo, Q1 señaló que el 25 y 26 de noviembre de 2011, al visitar a V2, observó que presentaba un color amarillo en la piel, por lo que preguntó al personal médico a qué se debía, respondiéndole que la menor se encontraba bien y que los estudios que le habían practicado no reportaban algo irregular.
3. El día 27 del mes y año citados, Q1 visitó a V2, retirándose a las 19:40 horas, pero al poco tiempo de llegar a su domicilio recibió una llamada telefónica en la que personal del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE le solicitó que acudiera inmediatamente porque había ocurrido una emergencia, sitio al que se trasladó y a las 21:00 horas un médico le informó que V2 había fallecido a causa de un choque séptico e insuficiencia respiratoria.

Observaciones

4. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2012/908/Q, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos contó con elementos que permitieron evidenciar violaciones al derecho a la protección de la salud y a la vida, en agravio de V1 y V2, atribuibles a servidores públicos del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, en atención a lo siguiente:
5. A las 00:08 horas del 24 de noviembre de 2011, V1 fue valorada por un médico adscrito del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, quien señaló que la víctima no tenía patología alguna; asimismo, indicó que el cuadro clínico que presentaba había iniciado desde las 22:30 horas del día inmediato anterior, caracterizado por la presencia de contracciones uterinas, acompañadas de sangre y orina, indicando como plan de manejo la toma de laboratorios e interconsulta al Servicio de Perinatología; posteriormente, a las 01:35 y 06:57 horas, V1 fue valorada por AR1, quien registró como antecedentes ginecoobstétricos embarazo de 38 semanas de gestación y ruptura prematura de membranas de 10 horas de evolución.
6. Así las cosas, AR1 diagnosticó a V1 con un cuadro clínico de ruptura prematura de membranas de 10 horas de evolución, inicio de trabajo de parto y embarazo de 38 semanas de gestación, indicando como plan de manejo su ingreso para monitorización, en espera de eutocia y suministro de ceftriaxona.

na; al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional observó que AR1 omitió diagnosticar a V1 con un embarazo de alto riesgo, a pesar de que tenía criterios para ello, tales como la ruptura prematura de membranas de 10 horas de evolución, y una infección de vías urinarias.

7. A las 09:00 horas del 24 de noviembre de 2011, AR2, al valorar a V1, advirtió que durante el embarazo presentó una hemorragia de tubo digestivo, así como una amenaza de parto pretérmino; además, se observó que le practicó a V1 un tacto vaginal; en ese sentido, el perito médico-forense de esta Comisión Nacional advirtió que AR2 omitió integrar como diagnóstico de V1 un embarazo de alto riesgo, lo que tuvo como consecuencia que no se considerara la extracción oportuna de V2 vía quirúrgica abdominal, dejando de observar con ello el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura, emitido por la Secretaría de Salud, en el cual se indica que no se debe esperar más de cuatro horas para la extracción de un producto después de que la madre ha sido diagnosticada con un cuadro clínico de ruptura prematura de membranas y con infección genitourinaria.
8. Asimismo, el 24 de noviembre de 2011, AR3, AR4 y AR5 indicaron que a V1 se le suministró oxitocina y que el líquido amniótico se encontraba claro, no fétido y con cavidad eutérmica; además, a las 10:00, 11:00 y 12:00 horas registraron un intraparto normal; posteriormente, a las 14:00 horas le aplicaron analgesia obstétrica y a las 15:30 horas ingresaron a la víctima a sala de expulsión; se advirtió que AR3 y AR4 omitieron integrar como diagnóstico de V1 embarazo de alto riesgo y solicitar su valoración por el Servicio de Perinatología; asimismo, se observó que entre las 09:00 y las 15:30 horas del 24 de noviembre de 2011, AR3, AR4 y AR5 le practicaron ocho tactos vaginales, maniobra contraindicada en la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Sépsis Puerperal, para casos como los de V1, debido a que presentaba ruptura prematura de membranas y un proceso infeccioso de vías urinarias previamente documentados, los cuales incrementaban el riesgo ascendente del proceso infeccioso.
9. A las 15:45 horas del 24 de noviembre de 2011, V1 fue ingresada a la sala de expulsión, obteniéndose a las 15:55 horas a V2, producto femenino, con un peso de 3.35 kilogramos, 51 cm de talla, apgar 8-9, perímetro cefálico de 36 cm, perímetro torácico de 34 cm y abdominal de 32 cm; reportándose el procedimiento sin incidentes o accidentes; de acuerdo con la nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, elaborada por AR6, V2 ingresó con un diagnóstico de recién nacida femenina de término de 40 semanas de gestación, peso y control prenatal adecuados; precisando que V1 presentó en las semanas 4 y 28, infecciones vaginales, amenaza de parto pretérmino con adecuada evolución, con ruptura prematura de membranas de las 22:00 horas del 23 de noviembre de 2011 y presencia de infección de vías urinarias tratada con ceftriaxona.
10. Asimismo, AR6 indicó que V2 respiró pero no lloró, por lo que se le brindaron maniobras básicas de reanimación neonatal y se le suministró oxígeno, obteniendo un apgar de 8-9 y silverman andersen 1/0 a expensas de aleteo nasal, y que por ello la víctima fue ingresada a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales con índice de morbilidad de 5.4 y mortalidad de 0.7, recibiendo a su ingreso con frecuencia cardíaca de 146 por minuto, respiratoria de 63 por minuto y TA media de 52 mmHg y glicemia capilar de 86 mg/dl; además, refirió que V2 presentaba factores de riesgo de infección, debido a la ruptura prematura de membranas de 18 horas de evolución, indicando como plan de manejo cobertura profiláctica con ceftriaxona y amikacina, vigilancia estrecha y realizar reactantes en fase aguda al día siguiente.
11. El perito médico-forense de esta Comisión Nacional señaló que AR6 omitió solicitar de inmediato que se practicara a V2 una radiografía de tórax y exámenes de laboratorio, a pesar de que había sido producto de un embarazo de alto riesgo, es decir, que el hecho de que AR6 no indicara un adecuado plan de manejo a V2 implicó que no se detectara el proceso infeccioso broncopulmonar con el cual estaba cursando.
12. Además, no pasó inadvertido que los exámenes de laboratorio practicados a las 21:54 horas del 24 de noviembre de 2011 a V2 reportaron signos sugestivos de que estaba cursando con un proceso infeccioso activo, así como un proceso inflamatorio agudo y/o metabolopatía, omitiendo AR6 solicitar su valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos, así como ordenar que se le practicaran una radiografía de tórax y tamiz neonatal, por lo que dejó de observar el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993 Sobre la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, y NOM-034-SSA2-2002 Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento, así como de la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal.
13. El 25 de noviembre de 2011, V2 fue valorada a las 15:54 horas, esto es, 17 horas después del reporte de los exámenes de laboratorio por AR7 y AR8, quienes establecieron que cursaba con riesgo bajo de infección e indicaron como plan de manejo cambio de esquema antimicrobiano, debido a que no tenía datos clínicos ni de laboratorio de una infección; de igual manera, ordenaron que se le practicaran a la víctima controles posteriores de índices de inflamación, así como revalorar el esquema de antibiótico en 72 horas; al respecto, el perito médico-forense de esta Comisión Nacional advirtió que

- AR7 y AR8 inadecuadamente desestimaron los criterios de riesgo infeccioso de V2, los cuales, además, ya se encontraban confirmados por los resultados de laboratorio, situación que tuvo como consecuencia que no se estableciera un diagnóstico certero y se le brindara un tratamiento oportuno a la víctima.
14. A las 16:59 horas del 26 de noviembre de 2011, AR9 y AR10 valoraron a V2, reportándola estable y delicada, indicando que tenía un pronóstico de supervivencia y funcional bueno, sin embargo, omitieron realizar una exploración intencionada y dirigida, a fin de determinar el origen y/o la causa de las variaciones en la frecuencia respiratoria de la víctima, así como solicitar que se le practicara una radiografía de tórax, situación que les hubiera permitido advertir oportunamente el cuadro clínico de bronconeumonía de focos múltiples que presentaba.
 15. Igualmente, AR9 y AR10 omitieron solicitar que se le practicara a V2 el tamiz neonatal, estableciendo inadecuadamente que los reactantes de fase aguda eran negativos; posteriormente, a las 14:04 horas del 27 de noviembre de 2011, AR10 y AR11 reportaron que V2 presentó un Kramer III, lo cual confirmó la inadecuada valoración y vigilancia estrecha de la recién nacida por el personal médico que la atendió anteriormente, toda vez que la ictericia no es de origen súbito o de instalación en minutos, si no que es un proceso paulatino y progresivo.
 16. Por lo que hizo a la atención médica de AR10 y AR11, el perito médico-forense de esta Comisión Nacional observó que los mismos establecieron inadecuadamente que V2 se encontraba sin datos de respuesta inflamatoria sistémicos y sin datos clínicos de infección, es decir, que desestimaron los criterios de riesgo ya señalados y documentados por laboratorio, e inadecuadamente le retiraron el esquema antibiótico después de las 72 horas de vida.
 17. Alrededor de las 19:30 horas del 27 de noviembre de 2011, una enfermera observó que la menor de edad presentó cambios de coloración vasomotores, palidez y cianosis generalizadas, bradicardia de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 15 por minuto y desaturación de oxígeno de 64 %; por ello, una residente del cuarto año procedió a realizar maniobras con presión positiva y con ambú, aspirando consecutivamente secreciones con leche digerida por la boca e intubando a la paciente para brindarle las maniobras de reanimación avanzada, además de que administró directamente en la cánula endotraqueal broncodilatadores y canalizó otra vía periférica, ya que la existente se encontraba disfuncional.
 18. Asimismo, se indicó que V2 persistió con bradicardia menor a 80 latidos por minuto mostrada en el monitor, y con periodos de apnea, a pesar de que se le brindaron compresiones torácicas, medicamentos de reanimación cardiorrespiratoria como adrenalina en cinco dosis, a dosis ponderal en 15 minutos y una dosis de dexametasona a dosis ponderal en 15 minutos, sin que se lograra recuperar sus signos vitales ni la respuesta cardioventilatoria, por lo que, a las 20:30 horas del 27 de noviembre de 2011, se declaró su fallecimiento, teniendo como causas de muerte insuficiencia respiratoria aguda (10 minutos), apnea (15 minutos) y sepsis neonatal temprana (tres días).
 19. En este contexto, para esta Comisión Nacional las irregularidades en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, médicos del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, no permitieron establecer el diagnóstico de embarazo de alto riesgo con el cual V1 cursó, y con ello tomar la determinación de extraer a V2 mediante cesárea, disminuyendo así el riesgo de la aspiración de líquido amniótico, situación que se vio agravada con los ocho tactos vaginales practicados a V1, además de que tampoco le brindaron el tratamiento médico oportuno a la recién nacida, negándosele la oportunidad que tenía de vivir, convalidándose con ello la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y su fallecimiento, y como consecuencia la responsabilidad institucional que en Derechos Humanos le es atribuible a servidores públicos del ISSSTE, vulnerándose en agravio de V1 y V2 los derechos a la protección de la salud y a la vida.

Recomendaciones

PRIMERA. Se reparen los daños ocasionados a Q1 y V1, incluyendo la atención médica, psicológica y de rehabilitación que requieran, como consecuencia de la responsabilidad institucional en que incurrieron los servidores públicos del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, derivado de la inadecuada atención médica proporcionada a V1 y V2 y de la pérdida de la vida de esta última.

SEGUNDA. Se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de Derechos Humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, especialmente respecto de los cuidados materno e infantil, esto con el objetivo de evitar actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado.

TERCERA. Se emita una circular al personal médico del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, en la que se les exhorta a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas.

CUARTA. Se giren instrucciones para que los servidores públicos del ISSSTE adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos se encuentren debidamente integrados, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas.

QUINTA. Se giren instrucciones para que el personal médico adscrito al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE supervise la atención que los internos y residentes que se encuentran en adiestramiento proporcionan a los pacientes, en términos de lo dispuesto a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.

SEXTA. Se colabore con este Organismo Nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

SÉPTIMA. Se colabore en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional ante la Procuraduría General de la República.

México, D. F., a 30 de mayo 2012

**Sobre el caso de inadecuada atención médica en el Centro Médico Nacional
"20 de Noviembre" del ISSSTE, en agravio de V1 y V2
y pérdida de la vida de V2, menor de edad**

Lic. Sergio Hidalgo Monroy Portillo

Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero; 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136, de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2012/908/Q, relacionados con el caso de V1 y V2.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicte las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 23 de noviembre de 2011, V1, mujer de 33 años de edad, que se encontraba cursando con 38 semanas de gestación, se percató que se le había "roto la fuente", por lo que, unas horas después, siendo ya el 24 de ese mes y año, en compañía de Q1, su esposo, acudieron al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en la ciudad de México, Distrito Federal, donde el personal médico que la atendió determinó su internamiento, siendo valorada en diversas ocasiones por varios médicos del citado nosocomio, quienes le indicaron que tendría un parto natural pero que deberían esperar a que tuviera la dilatación suficiente.

4. De acuerdo con el dicho de Q1, alrededor de las 07:00 horas del 24 de noviembre, V1 continuaba con poca dilatación, por lo que el personal médico del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, le suministró oxitocina a fin de inducirle el parto; posteriormente, a las 16:00 horas V2, recién nacida, fue trasladada en incubadora al área de Terapia Intermedia, lugar en el que Q1 la visitó y fue informado por parte del personal que la niña había pesado 3.35 kilogramos y había medido 51 centímetros; que su estado de salud era bueno y que había tenido un apgar de 8/9, pero que se le realizarían unos estudios con la finalidad de descartar alguna infección debido a que habían transcurrido más de seis horas entre el rompimiento de las membranas y el parto.
5. Asimismo, Q1 señaló que el 25 y 26 de noviembre de 2011, al visitar a V2 en el área de Terapia Intermedia Neonatal del referido nosocomio, observó que presentaba un color amarillo en la piel, por lo que preguntó al personal médico a qué se debía esa circunstancia, respondiéndole que la menor se encontraba bien de salud y que los estudios que le habían practicado no reportaban algo irregular.
6. Así las cosas, el 27 de ese mes y año, Q1 visitó a su esposa, quien después del parto y hasta esa fecha había presentado dolor de cabeza; posteriormente, acudió con V2, encontrándola despierta, aceptando alimento y sin reporte de alarma, retirándose aproximadamente a las 19:40 horas, pero al poco tiempo de llegar a su domicilio, recibió una llamada telefónica en la que personal del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, le solicitó que acudiera inmediatamente al área de Terapia Intermedia porque había ocurrido una emergencia, sitio al que se trasladó y a las 21:00 horas un médico del servicio de Pediatría de Terapia Intensiva le informó que V2 había fallecido a causa de un choque séptico e insuficiencia respiratoria.
7. Por lo anterior, el 23 de enero de 2012, Q1 y V1 presentaron escrito de queja en esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, radicándose con el número de expediente CNDH/1/2012/908/Q, solicitándose los informes de mérito a la Dirección General del ISSSTE, así como copia del expediente clínico de V1 y V2.

II. EVIDENCIAS

8. Queja presentada por Q1 y V1, el 23 de enero de 2012, ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
9. Copias del expediente clínico de V1 y V2, generado con motivo de la atención médica que se les brindó en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE en el Distrito Federal, enviadas a este organismo nacional mediante el oficio No. SG/SAD/JSCDQR/2042/12, de 28 de marzo de 2012, por el jefe de Servicios de la Subdirección de Atención al Derechohabiente de ese Instituto, de las que destacaron:
 - a. Nota de admisión continua de V1, elaborada a las 00:08 horas del 24 de noviembre de 2011 por un médico adscrito al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE en el Distrito Federal.
 - b. Nota de evolución de V1 de las 01:35 horas del 24 de noviembre de 2011, elaborada por AR1, médico adscrito al servicio de Medicina Materno-Fetal del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE en el Distrito Federal.
 - c. Hoja de estudios de laboratorio practicados a V1 a las 02:15 horas del 24 de noviembre de 2011 en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE.
 - d. Nota de evolución de V1, realizada a las 06:57 horas del 24 de noviembre de 2011, por AR1, médico adscrito al Servicio de Medicina Materno-Fetal.
 - e. Nota de evolución de trabajo de parto de V1, elaborada a las 09:00 horas del 24 de noviembre de 2011, por AR2, médico tratante al que no se pudo identificar debido a que no indicó sus datos.

f. Notas de evolución de trabajo de parto V1, realizadas entre las 09:00 a las 15:30 horas del 24 de noviembre de 2011, por AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.

g. Nota de resultados quirúrgicos, datos transoperatorios, datos postoperatorios, analgesia obstétrica y atención del trabajo de parto de V1, sin fecha, en la que el médico tratante describió la operación de V1.

h. Carta de consentimiento bajo información para realizar procedimiento anestésico de V1, sin fecha y hora.

i. Carta de consentimiento bajo información para atención obstétrica de V1, realizada el 24 de noviembre de 2011.

j. Nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales de V2, elaborada el 24 de noviembre de 2011, por AR6, médico adscrito al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE en el Distrito Federal.

k. Hojas de enfermería de V2, de 24 de noviembre de 2011, de la especialidad en Neonatología.

l. Nota de evolución de V1 realizada a las 17:44 horas del 25 de noviembre de 2011, por AR5, médico adscrito al Servicio de Medicina Materno-Fetal.

m. Nota de evolución de V2, elaborada a las 15:54 del 25 de noviembre de 2011, por AR7 y AR8, médicos adscritos al servicio médico de Pediatría del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE en el Distrito Federal.

n. Resultados de laboratorio de V2 solicitados el 25 de noviembre de 2011, y realizados en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, el 28 del mismo mes y año.

ñ. Nota de evolución de V2 elaborada a las 16:59 horas del 26 de noviembre de 2011 por AR9 y AR10, médicos adscritos al servicio de Neonatología.

o. Nota de evolución de V1 elaborada a las 07:08 horas del 26 de noviembre de 2011, por un médico anestesiólogo adscrito al servicio de Medicina Materno-Fetal.

p. Nota de evolución de V1, realizada a las 07:00 horas del 27 de noviembre de 2011, por AR4, médico adscrito al Servicio de Medicina Materno-Fetal.

q. Nota de evolución de V2 realizada a las 14:04 horas del 27 de noviembre de 2011, por AR10 y AR11, médicos adscritos al servicio de Neonatología.

r. Notas de enfermería de la especialidad Neonatología Terapia Intermedia, respecto de V2 elaboradas el 27 de noviembre de 2011 en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.

s. Notas de evolución de V2 del servicio de Neonatología elaboradas a las 23:04 horas del 27 de noviembre de 2011, por AR11.

t. Informe de autopsia No. E-12-2011 de V2, sin fecha.

u. Certificado de defunción de V2, en el que se precisaron como hora y fecha de fallecimiento las 20:30 horas del 27 de noviembre de 2011 y se indicaron como causas de muerte insuficiencia respiratoria aguda, apnea y sepsis neonatal temprana.

v. Hoja de egreso hospitalario de V1, elaborada el 28 de noviembre de 2011, por el servicio de Gineco-obstetricia.

10. Opinión médica emitida el 16 de mayo de 2012 por un perito médico forense de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1 y V2, en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, en el Distrito Federal.

11. Comunicación telefónica sostenida el 24 de mayo de 2012, entre personal de este organismo nacional con Q1, en la que señaló que no hay averiguación previa o procedimiento administrativo iniciado con motivo de los hechos; asimismo, envió vía fax, copia del oficio No. 96.201.1.2/134/2012 de 7 febrero, del presente año, suscrito por el subdirector médico del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, a través del cual, les fue comunicado a él y a V1, que de la revisión efectuada por el Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna

y Perinatal de ese Instituto, se concluyó que la causa del fallecimiento de V1 fue debido a muerte súbita (muerte sin causa alguna), no previsible ni evitable.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

12. El 24 de noviembre de 2011, V1 acudió al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE en el Distrito Federal con la finalidad de que se le proporcionara atención médica, toda vez que cursaba con un embarazo de 38 semanas de gestación y presentó ruptura de membranas; lugar en el que fue internada, siendo valorada ese día y al siguiente por AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos al servicio de Medicina Materno-Fetal, quienes omitieron diagnosticar el cuadro clínico de embarazo de alto riesgo, debido a la ruptura prematura de membranas e infección de vías urinarias que presentó y le realizaron ocho tactos vaginales.
13. Así las cosas, a las 15:55 horas del 24 de noviembre de 2011, se registró el nacimiento de V2, quien fue valorada desde esa fecha, hasta el 27 del mismo mes y año, por AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, personal médico que omitió diagnosticarle el proceso infeccioso broncopulmonar con el cual cursó.
14. Finalmente, a las 20:30 horas del 27 de noviembre de 2011, V2 falleció, señalándose como causas de muerte en el certificado de defunción: insuficiencia respiratoria aguda, apnea y sepsis neonatal temprana; situación que se corroboró con la autopsia realizada por el servicio de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, en la que se indicó que las causas de muerte de la víctima obedecieron a la aspiración de líquido amniótico; al respecto es importante precisar que no se tiene conocimiento de que se haya iniciado averiguación previa o procedimiento administrativo alguno.

IV. OBSERVACIONES

15. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2012/908/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este organismo nacional contó con elementos que permitieron evidenciar violaciones al derecho a la protección de la salud y a la vida, en agravio de V1 y V2, respectivamente, atribuibles a servidores públicos adscritos al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE en la ciudad de México, Distrito Federal, en atención a lo siguiente:
16. A las 00:08 horas del 24 de noviembre de 2011, V1 fue valorada por un médico adscrito al servicio de Admisión Continua del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, quien en la nota de ingreso señaló que la víctima no tenía patología alguna y que el 8 de diciembre de ese año sería su probable fecha de parto; asimismo, indicó que el cuadro clínico que presentaba había iniciado desde las 22:30 horas del día inmediato anterior, caracterizado por la presencia de contracciones uterinas de duración de 3 minutos, acompañadas de sangre y orina sin referir otros datos; a la exploración física la encontró tranquila, sin facies de dolor, cardio-pulmonar sin datos patológicos, abdomen con útero gestante, extremidades inferiores con edema bimaleolar, indicando como plan de manejo la toma de laboratorios e interconsulta al servicio de Perinatología.
17. Posteriormente, a las 01:35 y 06:57 horas del 24 de noviembre de 2011, V1 fue valorada por AR1, médico adscrito al servicio de Medicina Materno-Fetal, quien registró como antecedentes gineco-obstétricos, embarazo de 38 semanas de gestación y ruptura prematura de membranas de 10 horas de evolución, en trabajo de parto en fase latente, precisando que a la exploración física la encontró con: actividad uterina cada 10 minutos; dolor tipo cólico; movimientos fetales; sin datos de vasoespasmio; TA 110/60 mmHg; afebril, frecuencia cardíaca 79 latidos

por minuto; frecuencia respiratoria 22 por minuto; consciente; orientada; ligera palidez de tegumentos; bien hidratada; sin compromiso cardio-ventilatorio y abdomen sin datos de irritación peritoneal.

18. Asimismo reportó que V1 tenía un fondo uterino de 29 cm, con producto único vivo en posición longitudinal y cefálico, con frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por minuto; precisando el citado servidor público que al tacto vaginal encontró el cérvix posterior con 1 y 3 cm de dilatación respectivamente, 70% de borramiento, amnios rotos, con líquido claro y salida franca de líquido amniótico (maniobra de Valsalva y Tarnier positivo); además, indicó que los exámenes de laboratorio arrojaron que V1 tenía discreta anemia, leucocitos, plaquetas, ácido úrico y deshidrogenasa láctica dentro de los parámetros aceptables.
19. Así las cosas AR1, médico adscrito al servicio de Medicina Materno-Fetal del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE diagnosticó a V1 con un cuadro clínico de ruptura prematura de membranas de diez horas de evolución, inicio de trabajo de parto y embarazo de 38 semanas de gestación; indicando como plan de manejo, su ingreso para monitorización en espera de eutocia, suministro de ceftriaxona cada doce horas por diez días, protectores de la mucosa gástrica y antieméticos, así como cruzar dos concentrados eritrocitarios.
20. Al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional observó que AR1, médico adscrito al servicio de Medicina Materno-Fetal del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, omitió diagnosticar a V1 con un embarazo de alto riesgo, a pesar de que tenía criterios para ello, tales como la ruptura prematura de membranas de diez horas de evolución, y una infección de vías urinarias que había sido documentada en el examen general de orina practicado a las 02:15 horas del 24 de noviembre de 2011.
21. A las 09:00 horas del 24 de noviembre de 2011, AR2, médico tratante el cual no se identificó, debido a que no precisó sus datos en la nota médica respectiva, al valorar a V1 advirtió que durante el embarazo presentó una hemorragia de tubo digestivo, así como una amenaza de parto pretérmino; encontrándola a la exploración física con dos contracciones uterinas en diez minutos con duración de 40 segundos, de intensidad ++, con presencia de líquido amniótico, temperatura de 36° C, pulso de 70 por minuto, TA 100/60 y 20 respiraciones por minuto; asimismo, precisó que V2 se encontraba en presentación cefálica, encajado y con una frecuencia cardíaca de 140 por minuto.
22. Además, de la nota médica emitida por AR2, médico adscrito al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, se observó que éste le practicó a V1 un tacto vaginal, encontrando una dilatación de 2 cm, 70% de borramiento y que la pelvis era útil para trabajo de parto y que la víctima se encontraba en espera de eutocia (parto normal).
23. En ese sentido, el perito médico forense de esta Comisión Nacional, advirtió que AR2, omitió integrar como diagnóstico de V1, un embarazo de alto riesgo, desestimando los criterios de riesgo que la víctima presentó. Al respecto, la literatura médica señala que es posible establecer que un embarazo es de alto riesgo cuando existen factores que incrementen la morbi-mortalidad del binomio materno-fetal, como en el presente caso, el sangrado de tubo digestivo, la amenaza de parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas de más de diez horas de evolución e infección de vías urinarias confirmada por exámenes de laboratorio.
24. Es decir, que el hecho de que AR2 integrara un inadecuado diagnóstico de V1, tuvo como consecuencia que no se considerara la extracción oportuna de V2 vía quirúrgica abdominal, a pesar de que se trataba de un embarazo de alto riesgo, dejando de observar con ello el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura, emitido por la Secretaría de Salud, en el cual se indica que no se debe esperar más de cuatro horas para la extracción de un producto después de que la madre ha sido diagnosticada con un cuadro clínico de ruptura prematura de membranas y con infección genitourinaria, como lo era el caso de V1.
25. Asimismo, en la nota de evolución de trabajo de parto de 24 de noviembre de 2011, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, indicaron que a V1 se le suministró oxitocina a 2 MUS por minuto (sic), y señalaron que el líquido

- amniótico se encontraba claro, no fétido y con cavidad eutérmica; además, a las 10:00, 11:00 y 12:00 horas registraron un intra-parto normal (sic); posteriormente, a las 14:00 horas le aplicaron analgesia obstétrica y a las 15:30 horas, ingresaron a la víctima a sala de expulsión.
26. Al respecto, el perito médico forense de este organismo nacional, advirtió que AR3 y AR4, omitieron integrar como diagnóstico de V1, embarazo de alto riesgo y solicitar su valoración por el servicio de Perinatología, situación a la cual se encontraban obligados, debido a los factores de riesgo de la víctima; asimismo, se observó que entre las 09:00 a las 15:30 horas del 24 de noviembre de 2011, los médicos que valoraron a V1, es decir, AR3, AR4 y AR5, le practicaron ocho tactos vaginales, maniobra contraindicada en la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Sépsis Puerperal, para casos como los de V1, debido a que presentaba ruptura prematura de membranas y un proceso infeccioso de vías urinarias previamente documentados, los cuales incrementaban el riesgo ascendente del proceso infeccioso.
 27. Así las cosas, a las 15:45 horas del 24 de noviembre de 2011, V1 fue ingresada a la sala de expulsión, obteniéndose a las 15:55 horas a V2, producto femenino, con un peso de 3.35 kilogramos, 51 cm de talla, apgar 8-9, perímetro cefálico de 36 cm, perímetro torácico de 34 cm y abdominal de 32 cm; reportándose el procedimiento sin incidentes o accidentes.
 28. Ahora bien, de acuerdo con la nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, elaborada por AR6 el 24 de noviembre de 2011, V2 ingresó con un diagnóstico de recién nacida femenina de término de 40 semanas de gestación, peso y control prenatal adecuados; precisando que V1 presentó en las semanas 4 y 28, infecciones vaginales, amenaza de parto pretérmino con adecuada evolución, con ruptura prematura de membranas de las 22:00 horas del 23 de noviembre de 2011 y presencia de infección de vías urinarias tratada con ceftriaxona.
 29. Asimismo, AR6 indicó que V2 nació a las 15:55 horas del 24 de noviembre de 2011, por vía vaginal, parto eutócico y que se registró mínima salida de líquido amniótico; además que, V2 respiró pero no lloró, por lo que se le brindaron maniobras básicas de reanimación neonatal y se le suministró oxígeno a flujo libre, obteniendo un apgar de 8-9 y silverman andersen 1/0 a expensas de aleteo nasal; y que por ello, la víctima fue ingresada a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales con índice de morbilidad de 5.4 y mortalidad de 0.7, recibiendo a su ingreso con frecuencia cardíaca de 146 por minuto, respiratoria de 63 por minuto y TA media de 52 mmHg y glicemia capilar de 86 mg/dl.
 30. En la misma nota médica, AR6 refirió que V2, presentaba factores de riesgo de infección, debido a la ruptura prematura de membranas de dieciocho horas de evolución, indicando como plan de manejo cobertura profiláctica con ceftriaxona y amikacina, vigilancia estrecha y realizar reactantes en fase aguda al día siguiente, formula maternizada al 13%, 30-34 ml cada 3 horas por succión, catéter heparinizado, profilaxis anti hemorrágica y contra la oftalmia purulenta (dosis única de vitamina K IM, gotas oftálmicas de Cloranfenicol en cada ojo) e indicó a los familiares un pronóstico reservado a evolución.
 31. En este contexto, el perito médico forense de esta Comisión Nacional señaló que AR6 omitió solicitar de inmediato que se practicara a V2 una radiografía de tórax y exámenes de laboratorio, a pesar de que había sido producto de un embarazo de alto riesgo, el cual que no fue diagnosticado oportunamente desde el ingreso de V1 al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"; además, de que el producto requirió maniobras básicas de reanimación neonatal y oxígeno a flujo libre al nacimiento; es decir, que el hecho de que AR6 no indicara un adecuado plan de manejo a V2, implicó que no se detectara el proceso infeccioso broncopulmonar con el cual estaba cursando.
 32. Además, no pasó desapercibido para este organismo nacional, que los exámenes de laboratorio practicados a las 21:54 horas del 24 de noviembre de 2011 a V2, mostraron una leucocitosis de 17,940 (lo normal es hasta 12,400), glicemia de 41 mg/dl (cuando lo usual es de 74 a 106 mg/dl), bilirrubina total 2.97 mg/dl (lo normal es 0.30-1.20mg/dl), bilirrubina directa de 0.25 (lo usual es hasta 0.20mg/dl), grupo sanguíneo O+ y los marcadores de res-

puesta inflamatoria elevados como AST 46 (normal 0-34 U/lit) CK NAC 516 (normal 32-294 U/LT), CK MB de 58 (normal hasta 24 U/LT).

33. No obstante los datos anteriores, los cuales eran altamente sugestivos de que V2 estaba cursando con un proceso infeccioso activo, así como un proceso inflamatorio agudo y/o metabolopatía, AR6, omitió solicitar su valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos, así como ordenar que se le practicaran una radiografía de tórax y tamiz neonatal, por lo que dejó de observar el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, Sobre la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, y NOM-034-SSA2-2002, Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento, así como de la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Sépsis Puerperal.
34. Ahora bien, el 25 de noviembre de 2011, V2 fue valorada a las 15:54 horas, esto es 17 horas después del reporte de los exámenes de laboratorio por AR7 y AR8, médicos adscritos al servicio de Pediatría del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, quienes establecieron que cursaba con riesgo bajo de infección, encontrándola a la exploración física con: frecuencia cardíaca de 133-160 latidos por minuto, cuando lo normal es de 120-160 por minuto; frecuencia respiratoria de 44-68 por minuto, cuando lo usual es 40-60 por minuto; temperatura de 37-37.5°C; saturación de oxígeno de 90-95%; TA media de 41-52 mmHg; sin datos de dificultad respiratoria y neurológico sin datos anormales.
35. Asimismo, AR7 y AR8, precisaron que V2 presentó: ventilatorio sin aporte de oxígeno; hemodinámico con líquidos a requerimiento por vía oral; hemato-infeccioso sin datos de respuesta inflamatoria sistémica; que se encontraba cubierta con ceftriaxona y amikacina, debido a que V1 cursó con aparente infección de vías urinarias; adecuado estado general, metabólico y renal sin alteraciones; por lo que indicaron como plan de manejo cambio de esquema antimicrobiano Amikacina/Ampicilina, debido a que no tenía datos clínicos ni de laboratorio de una infección; de igual manera, las citadas servidoras públicas, ordenaron que se le practicaran a la víctima controles posteriores de índices de inflamación, así como revalorar el esquema de antibiótico en 72 horas.
36. En esa tesitura, el perito médico forense de esta Comisión Nacional advirtió que AR7 y AR8, inadecuadamente desestimaron los criterios de riesgo infeccioso de V2, los cuales además, ya se encontraban confirmados por los resultados de laboratorio, situación que tuvo como consecuencia que no se estableciera un diagnóstico certero y se le brindara un tratamiento oportuno a la víctima.
37. Además, se observó que desde la valoración de V2 por AR6, médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales y hasta las 15:54 horas que fue valorada por AR7 y AR8, la menor de edad quedó únicamente a cargo del personal de Enfermería, por lo que los médicos tratantes omitieron realizar una vigilancia y seguimiento estrecho de la recién nacida, situación a la que encontraban obligados y que adquiriría mayor relevancia debido a los factores de riesgo citados.
38. Posteriormente, a las 16:59 horas del 26 de noviembre de 2011, AR9 y AR10, médicos adscritos al servicio de Neonatología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", valoraron a V2, reportándola estable y delicada, indicando que tenía un pronóstico de supervivencia y funcional bueno; sin embargo, de acuerdo con el perito médico forense de esta Comisión Nacional los citados servidores públicos omitieron realizar una exploración intencionada y dirigida, a fin de determinar el origen y/o la causa de las variaciones en la frecuencia respiratoria de la víctima, así como solicitar que se le practicara una radiografía de tórax, situación que les hubiera permitido advertir oportunamente, el cuadro clínico de bronconeumonía de focos múltiples que presentaba.
39. Igualmente, AR9 y AR10 omitieron solicitar que se le practicara a V2 el tamiz neonatal, estableciendo inadecuadamente que los reactantes de fase aguda eran negativos toda vez que estos se reportaron hasta el 28 de noviembre de 2011; con lo cual los mencionados servidores públicos, incumplieron con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-

- SSA2-1993, Sobre la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido y NOM-034-SSA2-2002. Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento, así como en la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal.
40. Posteriormente, a las 14:04 horas del 27 de noviembre de 2011, AR10 y AR11, médicos adscritos al servicio de Neonatología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, reportaron que V2 presentó un Kramer III (tinte icterico en $\frac{3}{4}$ partes del cuerpo, debido al incremento importante de las bilirrubinas 6.0-11.5mg/dl, siendo lo normal hasta 1.2), lo cual confirmó la inadecuada valoración y vigilancia estrecha de la recién nacida por el personal médico que la atendió anteriormente, toda vez que la ictericia no es de origen súbito o de instalación en minutos, si no que es un proceso paulatino y progresivo, el cual había sido detectado desde el 24 de noviembre de 2011 en los resultados de laboratorio.
 41. Ahora bien, por lo que hizo a la atención médica de AR10 y AR11, el perito médico forense de esta Comisión Nacional observó que los mismos establecieron inadecuadamente que V2 se encontraba sin datos de respuesta inflamatoria sistémicos y sin datos clínicos de infección, es decir que desestimaron nuevamente los criterios de riesgo ya señalados y documentados por laboratorio, e inadecuadamente le retiraron el esquema antibiótico después de las 72 horas de vida, previa toma de biometría hemática y reactantes de fase aguda, informando a los familiares de la condición clínica de la víctima y que existía un pronóstico reservado para la supervivencia y la función.
 42. Sin embargo, AR10 y AR11 médicos adscritos al servicio de Neonatología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, omitieron solicitar el tamiz neonatal, dejando de observar con ello las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, Sobre la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido y NOM-034-SSA2-2002. Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento, así como en la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal.
 43. En este sentido, se observó que el estado de salud de V2 evolucionó hacia al deterioro, aunado a que nuevamente continuó su vigilancia únicamente por parte del personal adscrito al servicio de Enfermería; así las cosas, alrededor de las 19:30 horas del 27 de noviembre de 2011, al terminar de suministrarle el antibiótico prescrito por el personal médico, una enfermera del turno vespertino observó que la menor de edad, presentó cambios de coloración vasomotoras, palidez y cianosis generalizadas, bradicardia de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 15 por minuto, desaturación de oxígeno de 64% (siendo lo normal 81-100%).
 44. Por lo anterior, la citada enfermera le administró inmediatamente a V2, oxígeno al 35% a 4 litros por minuto con nebulizador y campana cefálica, e informó a una residente del cuarto año tal situación, quien procedió a realizar maniobras con presión positiva y con ambú, aspirando consecutivamente secreciones con leche digerida por la boca e intubando a la paciente para brindarle las maniobras de reanimación avanzada, además de que administró directamente en la cánula endotraqueal broncodilatadores y canalizó otra vía periférica ya que la existente se encontraba disfuncional.
 45. Asimismo, se indicó que V2 persistió con bradicardia menor a 80 latidos por minuto mostrada en el monitor, y con periodos de apnea, a pesar de que se le brindaron compresiones torácicas, medicamentos de reanimación cardiorrespiratoria como adrenalina en 5 dosis, a dosis ponderal en 15 minutos y una dosis de dexametasona a dosis ponderal en 15 minutos, sin que se lograra recuperar sus signos vitales ni la respuesta cardioventilatoria; por lo que, a las 20:30 horas del 27 de noviembre de 2011, se declaró su fallecimiento, teniendo como causas de muerte insuficiencia respiratoria aguda (10 minutos), apnea (15 minutos) y sepsis Neonatal temprana (3 días).
 46. En este sentido, llamó la atención de este organismo nacional, el hecho de que a pesar de que V2 cursó con bradicardia, cianosis generalizada y apnea, cuadro clínico grave de elevada mortalidad, únicamente recibió atención médica por personal adscrito al servicio de Enfermería y por residentes del cuarto y quinto año de Neonatología, situación que adquirió relevan-

cia debido a que como ya se señaló en diversas ocasiones la paciente fue abandonada por parte los médicos tratantes de base o adscritos, que delegaron sus funciones precisamente al personal de Enfermería citado e incluso a médicos residentes que no contaban con la experiencia necesaria para identificar el cuadro clínico de V2, y con ello brindarle un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno.

47. Al respecto, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos en las recomendaciones 47/2011 y 15/2012, emitidas el 24 de agosto de 2011 y 26 de abril del presente año, ha señalado el hecho de que la falta de supervisión a los médicos residentes implica un incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, que en términos generales establece que durante su adiestramiento clínico o quirúrgico los médicos residentes deben participar en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la supervisión de los médicos adscritos a la unidad médica receptora de residentes, toda vez que se encuentran en adiestramiento.
48. Igualmente, en la recomendación 53/2011, emitida el 30 de septiembre de 2011, este organismo nacional destacó la importancia del contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, sobre la Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado, en la que se establece que en la enseñanza tutorial proporcionada a los alumnos (internos) no se les debe exponer a actividades sin asesoría y supervisión que impliquen responsabilidad legal.
49. Además, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, emitida el 23 de abril de 2009, manifestó su preocupación en el sentido de que en muchos casos el personal médico titular delega su responsabilidad en médicos residentes para atender determinados padecimientos o, incluso, urgencias médicas, sin el apoyo y la supervisión del titular, lo que aumenta de manera significativa el riesgo de que se cause un daño irreparable a la salud de los pacientes, debido a que carecen de los conocimientos y la práctica necesarios para hacer frente a determinadas circunstancias.
50. A mayor abundamiento, es importante mencionar que en las recomendaciones 05/2011 y 37/2011, emitidas el 3 de febrero y 24 de junio de 2011, así como en la 06/2012 de 16 de marzo de 2012, respectivamente, esta Comisión Nacional hizo hincapié en la importancia que tiene precisamente, llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica que permita detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto; circunstancia que en el presente caso no ocurrió, y que si evidenció el incumplimiento a las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio.
51. La citada NOM-007-SSA2-1993, establece con claridad que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.
52. Las acciones propuestas en la referida Norma Oficial Mexicana sobre la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, tienden a favorecer, entre otros aspectos, el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y a prevenir la aparición de complicaciones; a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida; y, adicionalmente a brindar una atención con mayor calidez.
53. Finalmente, según se desprende del informe de autopsia de V2 elaborado en el servicio de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, se tuvieron como hallazgos macroscópicos de importancia: ambos pulmones congestivos de color café

rojo y microscópicamente diagnosticándose por laminillas neumonía por aspiración y cambios hipóxico isquémicos cerebrales, concluyendo los médicos encargados que V2 broncoaspiró líquido amniótico lo que también le provocó una bronconeumonía de focos múltiples.

54. En tal sentido, el perito médico forense de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, señaló que la bronconeumonía de focos múltiples causante de la insuficiencia respiratoria, apnea y sepsis neonatal temprana que causaron directamente la muerte de la recién nacida, en este caso en particular fue derivada de la aspiración de líquido amniótico, complicación grave que no fue advertida ni manejada adecuada y oportunamente por los médicos tratantes que valoraron o tuvieron a su cargo a la víctima.
55. En este contexto, para esta Comisión Nacional las irregularidades en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, médicos del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, no permitieron establecer el diagnóstico de embarazo de alto riesgo con el cual V1 cursó, y con ello tomar la determinación de extraer a V2 mediante cesárea, disminuyendo así el riesgo de la aspiración de líquido amniótico, situación que se vio agravada con los ocho tactos vaginales practicados a V1, además de que tampoco le brindaron el tratamiento médico oportuno a la recién nacida, negándosele la oportunidad que tenía de vivir, convalidándose con ello la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y su fallecimiento; y como consecuencia, la responsabilidad institucional que en derechos humanos le es atribuible a servidores públicos del ISSSTE.
56. No es obstáculo para llegar a la anterior conclusión el hecho de que a través del oficio No. 96.201.1.2/134/2012 de 7 febrero del 2012, suscrito por el subdirector médico del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, informara a Q1 y V1, que de la revisión efectuada por el Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal de ese Instituto, se concluyó que la causa del fallecimiento de V2 fue debido a muerte súbita (muerte sin causa alguna), no previsible ni evitable, situación que quedó desvirtuada de hecho por la propia autopsia realizada por el personal del citado Instituto y por personal de este organismo nacional.
57. Asimismo, llamó la atención de esta Comisión Nacional el hecho de que las notas médicas del expediente clínico generado en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, con motivo de la atención médica proporcionada a V1 y V2, presentaran irregularidades como su ilegibilidad, desorden cronológico, ausencia de los nombres completos, cargos, rangos, matrículas y especialidades de los médicos tratantes para su identificación.
58. Las irregularidades mencionadas son una constante preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que tales omisiones representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose con ello el derecho que tienen las víctimas de que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.
59. Situación que ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 14/2012, 15/2012, 19/2012 y 20/2012, emitidas el 21 de enero, 18 de marzo, 4 y 13 de mayo, 30 de junio y 9 de diciembre de 2011 y el 17 de mayo, 23 y 26 de abril del presente año, respectivamente, en las que se señalaron precisamente las omisiones en las que incurren el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.
60. La sentencia del caso "*Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*", de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el numeral 68, refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. Pronunciamiento que además, resulta obligatorio para el Estado mexicano de conformidad con los numerales 1, 2 y 3, de la Declaración para el Reconocimiento de la Competencia Contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

61. Por ello, la falta del expediente o la deficiente integración del mismo, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.
62. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, médicos adscritos al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE en la ciudad de México, Distrito Federal, vulneraron en agravio de V1 y V2 los derechos a la protección de la salud y a la vida, respectivamente, contenido en los artículos 4, párrafos cuarto y octavo; 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV; 32, 33, 51, 61, fracciones I y II y 63, de la Ley General de Salud; 8, fracción II, 9, y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 1, 20, 24, 44, 45 y 75, del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico y NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.
63. Igualmente, el citado personal médico del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE con su conducta omitió observar las disposiciones relacionadas con el derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales, celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo, la protección más amplia a las personas, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero y segundo, y 133, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
64. En este sentido, los numerales 6.1 y 24.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 y 19, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; I, VII y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3, 25.1 y 25.2, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; I y VII, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1 y 12.2, incisos a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1, 10.2, inciso a) y 16, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en síntesis ratifican el contenido de los preceptos constitucionales citados, señalando la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, especialmente de los niños, y establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico y de adoptar para ello, las medidas necesarias para su plena efectividad.
65. Al respecto, la Corte Interamericana ha señalado en su jurisprudencia constantemente que el cumplimiento de las obligaciones impuestas por el artículo 4 de la Convención Americana, relacionado con el artículo 1.1 de la misma, no sólo 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 quienes se encuentren bajo su jurisdicción. La protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a toda institución estatal.
66. Lo anterior, en términos de lo señalado por la Corte Europea de Derechos Humanos, implica que el deber de protección se extiende al ámbito de la salud pública y en el caso de hospitales públicos, los actos y omisiones de su personal pueden generar la responsabilidad del Estado.
67. Ahora bien, es preciso reconocer que la protección a la salud es un derecho humano 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.

68. En este sentido, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que se afirmó que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad, y calidad.
69. Es importante mencionar, que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente caso, el personal adscrito al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, debió considerar el interés superior del paciente, realizando una adecuada valoración que les permitiera emitir un diagnóstico certero, y con ello proporcionarle a V1 y V2, la atención médica que requerían, con la calidad que deben imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.
70. De la misma manera, el personal del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, incurrió en un probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I, y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que prevén la obligación de los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.
71. Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 1, 2, y 9, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública deberá incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.
72. Al respecto, el artículo 20 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado indica que el ISSSTE será corresponsable, objetivamente con el personal médico de ese Instituto en los diagnósticos y tratamientos de los pacientes, así como respecto del servicio que se les proporcione.
73. De igual forma, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existieron elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federa-

ción en contra del personal del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, en la ciudad de México, Distrito Federal.

74. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar los daños ocasionados a Q1 y V1, incluyendo la atención médica, psicológica y de rehabilitación que requieran, como consecuencia de la responsabilidad institucional en que incurrieron los servidores públicos del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, involucrados en los hechos, derivado de la inadecuada atención médica proporcionada a V1 y V2 y de la pérdida de la vida de ésta última, con base en las consideraciones planteadas en el cuerpo de la presente recomendación y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones para que en los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, especialmente respecto de los cuidados Materno-Infantil, esto con el objetivo de evitar actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento y, envíe a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se emita una circular dirigida al personal médico y administrativo del hospital Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

CUARTA. Gire sus instrucciones para que los servidores públicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que el personal médico adscrito al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, supervise la atención que los internos y residentes que se encuentran en adiestramiento, proporcionan a los pacientes, en términos de lo dispuesto a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, y se envíen a este organismo nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, contra el personal involucrado en los hechos de la

presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SÉPTIMA. Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales involucrados, y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

75. La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.
76. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.
77. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.
78. La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en el artículo 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia para que justifique su negativa.

El Presidente
Dr. Raúl Plascencia Villanueva

BIBLIOTECA

GACETA 262 • MAYO/2012 • CNDH

Nuevas adquisiciones del Centro de Documentación y Biblioteca

■ LIBROS

- ABELL, Michael, *Extradition to and from the United States 2010*. Leiden, Martinus Nijhoff Publishers, 2010, xvii, 588 pp.
345.052 / A126e / 16809
- _____, *International Prisoner Transfer 2010*. Leiden, Martinus Nijhoff Publishers, 2010, xiii, 424 pp.
365.3 / A126i / 16795
- ABELLO LLANOS, Raimundo, *Infancia y conocimiento social: investigación con niños que viven en contextos de pobreza*. Barranquilla, Ediciones Uninorte, 2001, xxi, 213 pp. Tab. Cuad. Gráf.
362.7 / A134i / 17382
- AERSCHOT, Paul van, *Activation Policies and the Protection of Individual Rights: A Critical Assessment of the Situation in Denmark, Finland and Sweden*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2011, x, 178 pp.
323.409489 / A226a / 13219
- AGUASCALIENTES. PODER LEGISLATIVO. SEXAGÉSIMA LEGISLATURA, *Evolución del sistema de justicia para adolescentes*. Aguascalientes, Instituto de Investigaciones Legislativas del H. Congreso del Estado de Aguascalientes, 2008, xiii, 397 pp. Il. Fot. Cuad. Gráf.
305.23 / A274e / 18065
- AMAR AMAR, José, Camilo Madariaga Orozco y Alonso Macías Ospino, *Infancia, familia y derechos Humanos*. Barranquilla, Ediciones Uninorte, 2005, 118 pp.
323.4 / A524i / 17388
- ANAGNOSTOU, Dia y Evangelia Psychogiopoulou, eds., *The European Court of Human Rights and the Rights of Marginalised Individuals and Minorities in National Context*. Leiden, Martinus Nijhoff Publishers, 2010, xxiv, 244 pp.
323.4094 / E95 / 16857
- ANHALT, Diana, *Voces fugitivas: expatriados políticos norteamericanos en México, 1948-1965*. México, Segob, Instituto Nacional de Migración, Centro de Estudios Migratorios, DGE Ediciones, 2005, 267 pp. (Col. Migración)
325.21 / A596v / 18117
- ARIAS, Jesús Gilberto, Gloria Andrea Mahecha Sánchez y Elkin Alfonso Cortés, *Impacto de las políticas públicas en la prevención del maltrato infantil en la localidad de Santafé en Bogotá, D.C. Periodo 2004- 2006*. Bogotá, Universidad La Gran Colombia, Ediciones Grancolombianas, 2008, 95 pp.
362.71 / A764i / 17165
- ARIZA, Marina y Alejandro Portes, coords., *El país transnacional: migración mexicana y cambio social a través de la frontera*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, Instituto Nacional de Migración, Miguel Ángel Porrúa, 2010, 712 pp.
325.1 / A782p / 18022
- BANAKAR, Reza, ed., *Rights in Context: Law and Justice in Late Modern Society*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xii, 354 pp. Il. Cuad. Gráf.
323.4 / R554 / 16230
- BADERIN, Mashood A. y Manisuli Ssenyonjo, eds., *International Human Rights Law: Six Decades after the UDHR and Beyond*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xv, 571 pp.
323.4 / I61 / 16197
- BEATTIE, Amanda Russell, *Justice and Morality: Human Suffering, Natural Law and International Politics*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, vi, 206 pp. (Ethics and Global Politics)
327 / B388j / 16182
- BEAVER, Kevin M. y Anthony Walsh, eds., *Biosocial Theories of Crime*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xxvi, 496 pp. Cuad. Gráf. Tab. (The Library of Essays in Theoretical Criminology)
364 / B666 / 15955
- BELCHER, Wendy Laura, *Cómo escribir un artículo académico en 12 semanas. Guía para publicar con éxito*. México, Flacso, 2010, 417 pp.
301.18 / B448c / 18085
- BOHLANDER, Michael, ed., *Globalization of Criminal Justice*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xxv, 585 pp. (The International Library of Essays on Globalization and Law)
345.05 / G534 / 16007
- BOTERO BEDOYA, Reinaldo, *Guerra y derecho: de la criminal política a la política criminal*. Cali, Colombia, Universidad Santiago de Cali Editorial, 2005, 364 pp.
345.05 / B838g / 17048

- BROKMANN, Carlos, *La justicia en el mundo prehispánico*. México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Dirección General de la Coordinación de Compilación y Sistematización de Tesis, 2010, 272 pp. (Episodios y Personajes del Poder Judicial de la Federación, 13)
323.11 / B928j / 18148
- BROOKS, Thom, ed., *The Right to a Fair Trial*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Ltd, 2009, xvi, 515 pp. (The International Library of Essays on Rights)
347.07 / R554 / 16772
- BRYTTING, Tomas, Richard Minogue y Veronica Morino, *The Anatomy of Fraud and Corruption: Organizational Causes and Remedies*. Farnham, Surrey, Gower Publishing Limited, 2011, xxiv, 268 pp. Tab.
364.163 / B944a / 16423
- BUCK, Trevor, Richard Kirkham y Brian Thompson, *The Ombudsman Enterprise and Administrative Justice*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2011, xiv, 294 pp. Tab. Cuad.
323.4 / B946o / 15873
- CANÇADO TRINDADE, Antonio Augusto, *International Law for Humankind: Towards a New Jus Gentium*. Leiden, Martinus Nijhoff Publishers, 2010, xix, 726 pp. (The Hague Academy of International Law Monographs, 6)
341 / C196i / 16842
- CASTILLA, Margarita et al., colabs., *Análisis de gestión de la CNDH en 2004: programa Atalaya*. México, Instituto Tecnológico Autónomo de México, La Ronda Ciudadana, 2005, 77 pp. Anexos.
323.40972 / A558 / 18013
- CASTILLO BERTHIER, Héctor, *Juventud, cultura y política social: un proyecto de investigación aplicada en la ciudad de México, 1987-2007*. 2a. ed. México, Instituto Mexicano de la Juventud, Subdirección General de Coordinación y Evaluación, Dirección de Investigación y Estudios sobre Juventud, 2008, 272 pp. Il. Fot. Cuad. Gráf.
305.23 / C326j / 18072
- CASTRO LEE, Cecilia, comp., *En torno a la violencia en Colombia: una propuesta interdisciplinaria*. Cali, Colombia, Programa Editorial, Universidad del Valle, 2005, 441 pp. (Col. Ciencias Sociales)
303.62 / C332t / 16858
- CHINA. OFICINA DE INFORMACIÓN DEL CONSEJO DE ESTADO DE LA REPÚBLICA POPULAR CHINA, *Plan Estatal de Acción sobre Derechos Humanos 2009-2010*. Beijing, Oficina de Información del Consejo de Estado de la República Popular China, Ediciones en Lenguas Extranjeras, 2009, 71 pp.
323.40951 / Ch56p / 17062-63
- CONNOLLY, Anthony J., ed., *Indigenous Rights*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Ltd, 2009, xxv, 620 pp. (The International Library of Essays on Rights)
323.11 / I49 / 16640
- COTTER, Anne-Marie Mooney, *Ask No Questions: An International Legal Analysis on Sexual Orientation Discrimination*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, vii, 310 pp.
306.76 / C772a / 16012
- _____, *Pregnant Pause: An International Legal Analysis on Maternity Discrimination*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, vii, 379 pp.
305.42 / C772p / 16026
- DIMOPOULOS, Andreas, *Issues in Human Rights Protection of Intellectually Disabled Persons*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, vii, 250 pp. (Medical Law and Ethics)
362.4 / D728i / 16257
- DURIN, Séverine, coord., *Entre luces y sombras: miradas sobre los indígenas en el área metropolitana de Monterrey*. México, CIESAS, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2008, 419 pp. Cuad. Gráf. Map. (Publicaciones de la Casa Chata)
305.8 / D986e / 18082 18129
- DUTRÉNIT BIELOUS, Silvia y Gonzalo Varela Petito, *Tramitando el pasado: violaciones de los Derechos Humanos y agendas gubernamentales en casos latinoamericanos*. México, Flasco, Clasco, 2010, 417 pp. (Dilemas de la Política en Latinoamérica)
341.481 / D992t / 18084
- DYZENHAUS, David, ed., *Civil Rights and Security*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2009, xxii, 467 pp. (The International Library of Essays on Rights)
323.40973 / C478 / 16446
- ELGER, Bernice, *Ethical Issues of Human Genetic Databases: A Challenge to Classical Health Research Ethics?* Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xii, 318 pp. (Medical Law and Ethics)
573.2 / E38e / 16256
- FERRARI, Silvio y Rinaldo Cristofori, eds., *Law and Religion in the 21st Century: Relations between States and Religious Communities*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xviii, 385 pp. (Cultural Diversity and Law)
261.72 / L368 / 15874
- FREEMAN D. A., Michael, ed., *The Ethics of Public Health*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, 2 vols. (The International Library of Medicine, Ethics and Law)
364 / E94 / 16321 16349
- FUENTE CHICOSÉIN, Julio de la, *Monopolio de aguardiente y alcoholismo en los Altos de Chiapas: un estudio "incómodo" de Julio de la Fuente (1954-1955)*. México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2009, 383 pp. Il. Fot. Tab. Map. + 1 CD-ROM. (Pioneros del Indigenismo en México, 1)
362.292 / F938m / 18060
- GAMA, Federico, *Mazahuacholokatkopunk*. México, Instituto Mexicano de la Juventud, Subdirección General de Coordinación y Evaluación, Dirección de Investigación y Estudios sobre Juventud, 2009, 149 pp. Il. Fot.
305.23 / G184m / 18070
- GARCÍA RAMÍREZ, Sergio, coord., *La jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2008. (Serie: Doctrina Jurídica, 457, 458 y 459)
341.24 / G248j / 18055-57
- GASPER, Des y Asuncion Lera St. Clair, eds., *Development Ethics*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xxxiii, 541 pp. Il. Cuad. Gráf. (The International Library of Essays in Public and Professional Ethics)
338.9 / D632 / 16105
- GEORGHIOU, Luke et al., eds., *Manual de prospectiva tecnológica: conceptos y práctica*. México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Instituto de Ciencia y Tecno-

- logía del Distrito Federal, Universidad de Manchester, 2010, 558 pp. Cuad.
338.064 / M286 / 18086
- GIUDICE, Michael, Wil Waluchow y Maksymilian Del Mar, eds., *The Methodology of Legal Theory*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xxix, 528 pp. (The Library of Essays in Contemporary Legal Theory, 1)
340.08 / L623 / 1 / 17772
- GONZÁLEZ RAMOS, Alonso Karim, *Capacidad jurídica de las personas con discapacidad*. 1a. reimp. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2011, 121 pp.
362.4 / G614c / 13748-50
- HARRINGTON, Carol, *Politicization of Sexual Violence: From Abolitionism to Peacekeeping*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xii, 236 pp. (Gender in a Global/Local World)
362.88 / H22p / 16219
- HERNÁNDEZ, Severo, *Diccionario nauatl-castellano (variante huasteca veracruzana)*. México, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2007, 312 pp.
C413.974 / H43d / 17643
- HUBER, Rudolf, ed., *La política de Derechos Humanos en México: balance de la última década (1998-2008)*. México, Konrad Adenauer Stiftung, 2009, 63 pp. Cuad.
323.40972 / P688 / 18063
- HUMAN RIGHTS WATCH, *La Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México: una evaluación crítica*. Nueva York, Human Rights Watch, 2008, 136 pp.
323.40972 / H93c / 17836
- JONES, Peter, ed., *Group Rights*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2009, xxix, 537 pp. (The International Library of Essays on Rights)
323.4 / G834 / 16567
- KINLEY, David, ed., *Human Rights and Corporations*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing, 2009, xix, 540 pp. (The International Library of Essays on Rights)
323.4 / H93 / 16581
- LACHENAL, Cécile, Juan Carlos Martínez y Miguel Moguel, *Los organismos públicos de Derechos Humanos en México: nuevas instituciones, viejas prácticas*. México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C., 2009, 153 pp. Cuad. Gráf.
323.40972 / L142o / 18212
- LAMBERT, Hélène, ed., *International Refugee Law*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xxviii, 525 pp. (The Libraries of Essays in International Law)
341.486 / I61 / 16008
- LAMONT, Christopher K., *International Criminal Justice and the Politics of Compliance*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xiii, 220 pp.
341.552 / L232i / 15919
- LARA ROMERO, Héctor, comp., *Imaginario social y análisis cultural: ensayos interdisciplinarios*. Bogotá, Universidad Distrital Francisco José de Caldas, 2008, 211 pp.
301 / L284i / 17135
- LEE, Man Yee Karen, *Equality, Dignity, and Same-Sex Marriage: A Rights Disagreement in Democratic Societies*. Leiden, Martinus Nijhoff Publishers, 2010, xvii, 264 pp.
346.0168 / L434e / 16844
- LÓPEZ JARAMILLO, Olga Lucía y Luz María Londoño Fernández, *Desplazamiento forzado en el Oriente antioqueño: estrategias familiares de sobrevivencia*. Medellín, Fondo Editorial Comfenalco, 2007, 241 pp. Cuad. Gráf. Map.
304.8 / L818d / 16972
- MAR, Maksymilian Del y Michael Giudice, eds., *Legal Theory and the Social Sciences*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xxxvii, 491 pp. (The Library of Essays in Contemporary Legal Theory, 2)
340.08 / L623 / 2 / 17773
- _____, *Legal Theory and the Legal Academy*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xlii, 392 pp. (The Library of Essays in Contemporary Legal Theory, 3)
340.08 / L623 / 3 / 17774
- MÁRQUEZ ELÍAS, Hugo Bernardo, *El sentido en la decisión jurisdiccional: lineamientos básicos para su formulación en autos en materia civil y mercantil*. Aguascalientes, Poder Judicial del Estado de Aguascalientes, 2008, xiii, 85 pp. (Col. Cuadernos Jurídicos)
347.06 / M346s / 18064
- MÁRQUEZ-MEES, Victoria, Mario Ruiz Funes y Berenice Yaber, *La contribución económica de las industrias protegidas por los derechos de autor en México*. México, Instituto Nacional de Derecho del Autor, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual, 2006, 122 pp. Cuad. Gráf.
346.0482 / M346c / 19110
- MARÚM ESPINOSA, Elia, coord., *Liderazgo y equidad: una perspectiva de género*. México, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas, Cátedra UNESCO, Instituto Jalisciense de las Mujeres, 2009, 265 pp. Cuad. Gráf.
305.49 / M364l / 18083
- MCINTYRE, Owen, *Environmental Protection of International Watercourses under International Law*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2007, xxiii, 422 pp.
344.046 / M438e / 16428
- MEDINA, Gabriel, ed., *Juventud, territorios de identidad y tecnologías*. México, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2009, 322 pp. (Col. La Ciudad)
305.23 / J95 / 17796
- MÉXICO. COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LA HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS LX LEGISLATURA, *Garantías y mecanismos de defensa de los Derechos Humanos: Meca 3 de julio de 2007*. México, Comisión de Derechos Humanos de la Honorable Cámara de Diputados, LX Legislatura, 2007, 82 pp. Fot.
323.40972 / M582g / 18062
- MÉXICO. COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2011, 59 pp.
362.4 / M582c / 13943-45
- _____, *Recomendación General Núm. 2. Sobre la práctica de las detenciones arbitrarias*. 2a. ed. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2011, 24 pp.
350.91 / M582r / 13483-85
- _____, *Recomendación General Número 4. Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e De-*

rechos Humanos informado para la adopción de métodos de planificación familiar. 2a. ed. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2011, 29 pp.

350.91 / M582r / 13486-88

_____, *Recomendación General Número 7. Sobre las violaciones a la libertad de expresión de periodistas o comunicadores*. 2a. ed. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2011, 22 pp.

350.91 / M582r / 13489-91

MÉXICO. COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, *Acciones de Gobierno para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas: Informe 2008*. México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2009, 415 pp. Tab. Gráf.

305.801 / M582a / 2008 / 18069

_____, *Indicadores básicos sobre la población indígena en México*. México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2008, 147 pp. Tab. Fot.

305.8 / M582i / 18053

MÉXICO. INSTITUTO DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE MÉXICO, *Memoria: Tercera Semana Estatal de Transparencia Mayo de 2008*. Toluca, Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México, 2008, 124 pp. Fot.

323.445 / M582m / 18073

MÉXICO. INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES, *Compilación legislativa para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia*. México, Instituto Nacional de las Mujeres, 2008, 134 pp.

305.42 / M582c / 18067

_____, *Elaboración de proyectos de desarrollo social con perspectiva de género*. 2a. ed. México, Instituto Nacional de las Mujeres, 2007, 121 pp. Cuad.

305.49 / M582e / 18074

MÉXICO. SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, *Reglas de Brasilia Sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad*. México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Dirección General de la Coordinación de Compilación y Sistematización de Tesis, 2008, 44 pp.

323.3 / M582r / 18356-57

MILLS, Oliver, *Biotechnological Inventions: Moral Restraints and Patent Law*. Rev. ed. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xix, 221 pp.

346.0486 / M634b / 16261

MORALES BRAND, José Luis Eloy, *Nuevo curso de la parte general del derecho penal*. 4a. ed. San Luis Potosí, Poder Judicial del Estado de Aguascalientes, Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, 2009, 238 pp.

345.05 / M842n / 18066

MORENO QUINTERO, Renata y Érika María Duque Betancur, *Los hijos de una revolución: estudio sociológico sobre la juventud habanera*. Cali, Colombia, Programa Editorial Universidad del Valle, 2009, 143 pp. (Col. Libros de Investigación)

305.23 / M856h / 17099

MUÑOZ BASILIO, Maurilio, *Fuentes para la historia del indigenismo en México. Diarios de campo de Maurilio Muñoz*

en la Cuenca del Papaloapan (1957-1959). México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2009, 597 pp. Tab. Fot. (Pioneros del Indigenismo en México, 2)

305.8 / M968f / 18081

NARVÁEZ TULCÁN, Luis Carlos y Héctor Augusto Ruiz Vanegas, *Índice de pobreza de Amartya Sen: requerimientos nutricionales e inclusión social: una estrategia para el desarrollo*. Bogotá, Universidad La Gran Colombia, Ediciones Grancolombianas, 2008, 96 pp. Tab. Cuad. Gráf. Fot.

339.46 / N25i / 17273

NATARAJAN, Mangai, ed., *The Library of Drug Abuse and Crime*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, 3 vols.

364.157 / L626 / 18113-15

O'FLAHERTY, Michael y George Ulrich, eds., *The Professional Identity of the Human Rights Field Officer*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, x, 486 pp.

323.4 / P942 / 16215

ONTIVEROS ALONSO, Miguel, ed., *Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas (Comentada)*. México, Ubijus, Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, Instituto de Formación Profesional, 2008, 206 pp. (Col. Estudios Legislativos)

341.77 / L598 / 18058

PALACIO SAÑUDO, Jorge y Colette Sabatier, *Impacto psicológico de la violencia política en Colombia: salud mental y redes sociales en familias desplazadas en el Caribe*. Barranquilla, Ediciones Uninorte, 2002, 184 pp. Tab. Cuad. Gráf.

303.62 / P156i / 17250

PLA BRUGAT, Dolores, coord., *Pan, trabajo y hogar: el exilio republicano español en América Latina*. México, Segob, Instituto Nacional de Migración, Centro de Estudios Migratorios, Instituto Nacional de Antropología e Historia, DGE Ediciones, 2007, 643 pp. Cuad. (Col. Migración)

325.21 / P592p / 18094

RAMÍREZ, Gloria, *El Ombudsman al alcance de todos: manual*. México, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Cátedra UNESCO de Derechos Humanos, 2007, 92 pp.

342.066 / R172o / 18068

_____, *La educación ciudadana ante los retos de la democracia en México*. México, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2005, vii, 226 pp.

372.832 / R174e / 18061

REÁTEGUI, Félix, coord., *Formación en ciudadanía en la escuela peruana: avances conceptuales y limitaciones en la práctica de aula*. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, Instituto de Democracia y Derechos Humanos, 2009, 122 pp.

341.482 / R272f / 17432

RIVERA, Mauricio A., *¿Por qué reprimen las democracias?: los determinantes de la violencia estatal en América Latina*. México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2010, 137 pp. Gráf. (Dilemas de la Política en Latinoamérica)

321.4 / R624p / 18089-90

ROCK, Paul, *Victims, Policy-making and Criminological Theory: Selected Essays*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing

- Limited, 2010, xxxix, 339 pp. (Pioneers in Contemporary Criminology)
364 / R656v / 15878
- ROMERO GROSS, Manuel, *Compendio de derecho romano*. Quito, Centro de Publicaciones PUCE, 2008, 272 pp.
340.54 / R744c / 18059
- ROPPEL, Guenther W., *Estados Unidos: intervenciones del poder imperial en cuarenta países del mundo*. Colombia, Ediciones Aurora, 2005, 248 pp. Map.
341.58 / R764e / 16950
- ROSALES ARIZA, Gustavo E., *Para no olvidar... forjadores de violencia*. Bogotá, Universidad Militar Nueva Granada, 2007, 147 pp. (Col. Bodas de Plata UMNG)
341.58 / R768p / 17028
- RUIZ CARBONELL, Ricardo, *La violencia familiar y los Derechos Humanos*. 2a. ed. 3a. reimp. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2011, 305 pp.
362.88 / R924v / 13477-79
- SELGELID, Michael J. y Thomas Pogge, eds., *Health Rights*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xxi, 429 pp. (The International Library of Essays on Rights)
344.04 / H31 / 16118
- SEMINARIO PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO ENTRE LA JUVENTUD IBEROAMERICANA (18o: 2008: 15 y 16 de octubre, ciudad de México), *Memoria del Seminario Prevención de las Conductas de Riesgo entre la Juventud Iberoamericana: XVIII Cumbre Iberoamericana 15 y 16 de octubre de 2008: Ciudad de México*. México, Instituto Mexicano de la Juventud, 2008, 127 pp. Il. Cuad. Gráf.
305.23 / S612m / 18071
- SEMINARIO SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR EN EL DISTRITO FEDERAL (5o.: 2007: ciudad de México), *Violencia familiar y violencia de género. Intercambio de experiencias internacionales*. México, Gobierno de la Ciudad de México, Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Igualdad y Diversidad Social, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Embajada de España en México, 2007, 492 pp. (Col. La Ciudad)
362.82 / S612v / 17795
- SHERRY, Mark, *Disability Hate Crimes: Does Anyone Really Hate Disabled People?* Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xviii, 164 pp.
364.4 / S664d / 16106
- VALDÉS UGALDE, Francisco, *La regla ausente: democracia y conflicto constitucional en México*. México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, Gedisa, 2010, 249 pp. Cuad. (Biblioteca Iberoamericana de Pensamiento)
321.4 / V17r / 18092
- VILLARREAL CANTÚ, Eduardo y Víctor Hugo Martínez González, coord., *(Pre)textos para el análisis político: disciplinas, reglas y procesos*. México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Universidad Von Humboldt, 2010, 279 pp.
320 / V75p / 18088
- WANG, Guang-zhen, *Reproductive Health and Gender Equality: Method, Measurement, and Implications*. Farnham, Surrey, Ashgate Publishing Limited, 2010, xvi, 201 pp. Cuad. Gráf.
304.66 / W25r / 16223

REVISTAS

- ACORD, Sophia Krzys y Tia Denora, "Culture and the Arts: From Art Worlds to Arts-in-Action", *The Annals*. Philadelphia, The American Academy of Political and Social Science, (619), septiembre, 2008, pp. 223-237.
- AMUCHÁSTEGUI, Ana et al., "Política, religión y equidad de género en el México contemporáneo", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (45), marzo, 2012, pp. 191-214.
- ARDITI, Benjamin, "Desacuerdo sin reconciliación: democracia, igualdad y la esfera pública", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (45), marzo, 2012, pp. 41-59.
- BELTRÁN Y PUGA, Alma, "Karen Atala vs. la heteronormatividad: reflexiones más allá de la discriminación por orientación sexual", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (45), marzo, 2012, pp. 217-245.
- BERISTÁIN, Antonio, "Hoy creamos una nueva ciencia cosmopolita e integradora: la victimología de máximos, después de Auschwitz", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (59), enero-diciembre, 2006, pp. 35-61.
- BIRKBECK, Christopher, "Tres enfoques necesarios para la victimología", *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (3), noviembre-diciembre, 2011, pp. 95-121.
- BLANCO BLANCO, Jacqueline, "La jurisdicción especial indígena en Colombia", *Criterio y Conducta. Revista Semestral del Instituto de Investigaciones Jurisprudenciales y de Promoción y Difusión de la Ética Judicial*. México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, (10), julio-diciembre, 2011, pp. 3-41.
- BOLEA BARDON, Carolina, "En los límites del derecho penal frente a la violencia doméstica y de género", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (59), enero-diciembre, 2006, pp. 181-215.
- BRABANT, Koenraad van, "Formación en seguridad: ¿dónde estamos ahora?", *Revista Migraciones Forzosas*. Bilbao, Universidad de Oxford, Refugee Studies Programme, HEGO, Universidad del País Vasco, Instituto de Estudios sobre el Desarrollo y la Economía Internacional, (4), abril-septiembre, 1999, pp. 7-10.
- CAJAS, Juan, "Limpieza social y paramilitarismo: fractura del Estado de Derecho", *DFensor*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (4), abril, 2012, pp. 6-12.
- CASAS RATIA, Carmen, "Violencia y videojuegos: un asunto que atender en México", *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (3), noviembre-diciembre, 2011, pp. 11-25.
- CASTELLANOS MALO, Eugenio, "Argumentación del juzgador en materia fiscal", *Criterio y Conducta. Revista Semestral del Instituto de Investigaciones Jurisprudenciales y de Promoción y Difusión de la Ética Judicial*. México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, (10), julio-diciembre, 2011, pp. 43-90.

- CASTRO, Luz Estela, "La ética judicial en los tribunales orales: casos de feminicidios en Chihuahua. Recurso de queja interpuesto por las acusadoras coadyuvantes", *Criterio y Conducta. Revista Semestral del Instituto de Investigaciones Jurisprudenciales y de Promoción y Difusión de la Ética Judicial*. México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, (10), julio-diciembre, 2011, pp. 255-274.
- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, "Informe mensual: febrero 2012", *Gaceta*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (259), febrero, 2012, pp. 13-79.
- CORCOY BIDASOLO, Mirentxu, "Contaminación acústica. ¿Delito de lesiones y/o coacciones o contra el medio ambiente?", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (59), enero-diciembre, 2006, pp. 399-423.
- CORNEJO-PORTUGAL, Inés y Patricia Fortuny-Loret de Mola, "Liminalidad social y negociación cultural: inmigrantes yucatecos en San Francisco, California", *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*. Toluca, UAEM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Ciencias Políticas y Administración Pública, (58), enero-abril, 2012, pp. 71-96.
- DÍAZ ECHEVERRÍA, Daniela, "El presupuesto para salud y mortalidad materna: una cuestión de derechos", *DFensor*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (3), marzo, 2012, pp. 27-35.
- DÍAZ-TENDERO-BOLLAIN, Aída, "Estudios de población y enfoques de gerontología social en México", *Papeles de Población*. Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, (70), octubre-diciembre, 2011, pp. 49-79.
- DOMINIJANNI, Ida, "El estrabismo de Venus: una mirada a la crisis de la política desde la política de la diferencia", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (45), marzo, 2012, pp. 60-78.
- DONINI, Massimo, "Jueces y democracia. El papel de la magistratura y democracia penal. El uso judicial del derecho penal de los principios", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (58, fasc. 2), mayo-agosto, 2005, pp. 403-419.
- EPSTEIN, Steven, "Culture and Science/Technology: Rethinking Knowledge, Power, Materiality, and Nature", *The Annals*. Philadelphia, The American Academy of Political and Social Science, (619), septiembre, 2008, pp. 165-182.
- ESPINOZA DE LOS MONTEROS S., Javier, "Constitucionalización y justiciabilidad de los derechos sociales", *Criterio y Conducta. Revista Semestral del Instituto de Investigaciones Jurisprudenciales y de Promoción y Difusión de la Ética Judicial*. México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, (10), julio-diciembre, 2011, pp. 107-130.
- FARAH, Randa, "El Sahara Occidental y Palestina: experiencias de refugio compartidas", *Revista Migraciones Forzadas*. Bilbao, Universidad de Oxford, Refugee Studies Programme, HEGOA, Universidad del País Vasco, Instituto de Estudios sobre el Desarrollo y la Economía Internacional, (16/17), noviembre, 2003, pp. 15-18.
- FEIJOO SÁNCHEZ, Bernardo, "Prevención general positiva. Una reflexión en torno a la teoría de la pena de Günther Jakobs", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (59), enero-diciembre, 2006, pp. 111-134.
- FIGUEROA JACOME, Leonor, "El juez mexicano frente al control de la convencionalidad en el caso del arraigo", *Criterio y Conducta. Revista Semestral del Instituto de Investigaciones Jurisprudenciales y de Promoción y Difusión de la Ética Judicial*. México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, (10), julio-diciembre, 2011, pp. 225-252.
- FINE, Gary Alan y Corey D. Fields, "Culture and Microsociology: The Anthill and the Veldt", *The Annals*. Philadelphia, The American Academy of Political and Social Science, (619), septiembre, 2008, pp. 130-148.
- FUENTES-REYES, Gabriela y Luis Raúl Ortiz-Ramírez, "El migrante centroamericano de paso por México, una revisión a su condición social desde la perspectiva de los Derechos Humanos", *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*. Toluca, UAEM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Ciencias Políticas y Administración Pública, (58), enero-abril, 2012, pp. 157-182.
- FURSZYFER, Glenda, Alina Bishop V. y Sandra Narváez P., "El derecho de la mujer a una atención humanizada en el parto", *DFensor*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (3), marzo, 2012, pp. 44-50.
- GALLEGOS SOLER, José Ignacio, "Fundamento y límites de los deberes de autoprotección de la víctima en la estafa", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (58, fasc. 2), mayo-agosto, 2005, pp. 529-559.
- GARCÍA SÁNCHEZ, Beatriz, "La pretendida protección jurídico-penal de los inmigrantes en el artículo 318 bis del Código Penal", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (58, fasc. 3), septiembre-diciembre, 2005, pp. 837-886.
- GIMBERNAT ORDEIG, Enrique, "Imputación objetiva y conducta de la víctima", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (58, fasc. 3), septiembre-diciembre, 2005, pp. 733-805.
- GRINDSTAFF, Laura, "Culture and Popular Culture: A Case for Sociology", *The Annals*. Philadelphia, The American Academy of Political and Social Science, (619), septiembre, 2008, pp. 206-222.
- HERNÁNDEZ AGUILAR, Luis Enrique, "La ciudad de México: ¿una ciudad incluyente?", *DFensor*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (4), abril, 2012, pp. 38-42.
- HUITRÓN-BRAVO, Gerardo et al., "Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo", *Papeles de Población*. Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, (70), octubre-diciembre, 2011, pp. 33-47.
- JARQUÍN EDGAR, Soledad, "Sofía Robles, presidenta municipal", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (45), marzo, 2012, pp. 5-9.

- JASSO-SALAS, Pablo, Edel Cadena-Vargas y B. Jaciel Montoya-Arce, "Los adultos mayores en las zonas metropolitanas de México: desigualdad socioeconómica y distribución espacial, 1990-2005", *Papeles de Población*. Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, (70), octubre-diciembre, 2011, pp. 81-124.
- JIMÉNEZ-BAUTISTA, Francisco, "Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad", *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*. Toluca, UAEM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Ciencias Políticas y Administración Pública, (58), enero-abril, 2012, pp. 13-52.
- KINDHÄUSER, Urs, "Imputación objetiva y subjetiva en el delito doloso", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (59), enero-diciembre, 2006, pp. 63-81.
- LACROIX, Pauline, Pascal Bongard y Chris Rush, "Implicar a los actores armados no estatales en los mecanismos de protección", *Revista Migraciones Forzadas*. Alicante, Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz, Universidad de Oxford, Centro de Estudios sobre Refugiados, (37), abril, 2011, pp. 7-9.
- LAHOZ, Diana, Verónica Vázquez-García y Emma Zapata-Martelo, "¿Viven mujeres y hombres la pobreza de la misma manera? Una mirada al interior de hogares indígenas de la Sierra de Santa Marta, Veracruz", *Papeles de Población*. Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, (70), octubre-diciembre, 2011, pp. 125-150.
- LEFRANC WEEGAN, Federico César y Lizbeth Myriam Campos Espinosa, "Acerca del feminicidio", *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (3), noviembre-diciembre, 2011, pp. 51-61.
- LISTER, Ruth, "Ciudadanía y género", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (45), marzo, 2012, pp. 79-93.
- LOBET RODRÍGUEZ, Javier, "Jean Paul Marat y la ilustración penal", *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (3), noviembre-diciembre, 2011, pp. 147-182.
- LÓPEZ GARCÍA, Ángeles, "La CEDAW es nuestra", *DFensor*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (3), marzo, 2012, pp. 10-17.
- LORÍA, Eduardo, Juan C. Márquez y Emmanuel Salas, "Crecimiento y precarización del empleo femenino en México 2000-2009", *Papeles de Población*. Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, (70), octubre-diciembre, 2011, pp. 183-218.
- MARTÍNEZ CISNEROS, Germán, "La presunción de inocencia en el sistema de justicia penal mexicano", *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (3), noviembre-diciembre, 2011, pp. 63-91.
- MARTÍNEZ-DÍAZ, María Esther y Leticia Heras-Gómez, "La transparencia y el acceso a la información a nivel local: el caso del municipio de Metepec, Estado de México", *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*. Toluca, UAEM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Ciencias Políticas y Administración Pública, (58), enero-abril, 2012, pp. 183-208.
- MELEL XOJOBAL, A. C., "Pueblos mágicos y limpieza social", *DFensor*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (4), abril, 2012, pp. 43-47.
- MOLINA MANSILLA, María del Carmen, "El delito de tráfico de drogas: el tipo básico y los subtipos agravados", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (59), enero-diciembre, 2006, pp. 277-354.
- MOON, Dawne, "Culture and the Sociology of Sexuality: It's Only Natural?", *The Annals*. Philadelphia, The American Academy of Political and Social Science, (619), septiembre, 2008, pp. 183-205.
- MORALES SALAZAR, Rocío G., "Limpieza social y derechos de las personas vinculadas a la vida en espacios públicos", *DFensor*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (4), abril, 2012, pp. 13-18.
- MÜSSIG, Bernd, "Aspectos teórico-jurídicos y teórico-sociales de la imputación objetiva en derecho penal. Puntos de partida para una sistematización", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (59), enero-diciembre, 2006, pp. 83-109.
- NAIK, Asmita, "Protegiendo a los niños de sus protectores: lecciones desde África Occidental", *Revista Migraciones Forzadas*. Bilbao, Universidad de Oxford, Refugee Studies Programme, HEGOA, Universidad del País Vasco, Instituto de Estudios sobre el Desarrollo y la Economía Internacional, (15), septiembre, 2003, pp. 16-19.
- NAVARRO, Pablo E. y Laura Manrique, "El desafío de la taxatividad", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (58, fasc. 3), septiembre-diciembre, 2005, pp. 807-836.
- OLMOS DE LA TORRE, Francisco Alejandro, "Ética, motivación y derechos fundamentales: el capítulo III del Código Iberoamericano de Ética Judicial y sus implicaciones para la justicia constitucional", *Criterio y Conducta. Revista Semestral del Instituto de Investigaciones Jurisprudenciales y de Promoción y Difusión de la Ética Judicial*. México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, (10), julio-diciembre, 2011, pp. 131-181.
- ORTEGA, Anel, "La protección a la vida como estereotipo: violencia de género como política del Estado mexicano", *DFensor*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (3), marzo, 2012, pp. 18-26.
- PELÁEZ, Enrique y Laura Acosta, "Educación y mortalidad diferencial de adultos. Provincia de Córdoba, República de Argentina", *Papeles de Población*. Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, (70), octubre-diciembre, 2011, pp. 9-31.
- PERDOMO TORRES, Jorge Fernando, "Justicia penal internacional y amnistía", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (59), enero-diciembre, 2006, pp. 355-374.
- PÍA LARA, María, "Transformación y modificaciones de conceptos emancipados", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (45), marzo, 2012, pp. 28-40.
- REMPEL, Terry M., "¿Quiénes son los refugiados palestinos?", *Revista Migraciones Forzadas*. Guatemala, Centro de Es-

- tudios sobre Refugiados y Consejo Noruego para los Refugiados, (26), abril, 2007, pp. 5-7.
- RÍO, Norma del, "Despoblando el espacio público: operaciones de limpieza social", *DFensor*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (4), abril, 2012, pp. 20-25.
- RIZ, Liliana de, "Democracia y elecciones en América Latina", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (45), marzo, 2012, pp. 20-27.
- ROXIN, Claus, "Dependencia e independencia del derecho penal con respecto a la política, la filosofía, la moral y la religión", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (59), enero-diciembre, 2006, pp. 5-24.
- SAGUY, Abigail C. y Forrest Stuart, "Culture and Law: Beyond a Paradigm of Cause and Effect", *The Annals*. Philadelphia, The American Academy of Political and Social Science, (619), septiembre, 2008, pp. 149-164.
- SÁNCHEZ HERNÁNDEZ, Francisco Xavier, "La justicia. Una reflexión a partir de la filosofía de Emmanuel Levinas", *Criterio y Conducta. Revista Semestral del Instituto de Investigaciones Jurisprudenciales y de Promoción y Difusión de la Ética Judicial*. México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, (10), julio-diciembre, 2011, pp. 183-222.
- SÁNCHEZ LÁZARO, Fernando Guanarteme, "Hacia la superación de la teoría de la imputación objetiva del resultado. Traducción de una concepción personal de lo injusto en términos de imputación", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (58, fasc. 2), mayo-agosto, 2005, pp. 421-401.
- SÁNCHEZ NÉSTOR, Martha, "Foro Internacional de Mujeres Indígenas", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (45), marzo, 2012, pp. 13-19.
- SILVA, Lissette, "La justicia y las víctimas", *Criterio y Conducta. Revista Semestral del Instituto de Investigaciones Jurisprudenciales y de Promoción y Difusión de la Ética Judicial*. México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, (10), julio-diciembre, 2011, pp. 343-348.
- SOTO NAVARRO, Susana, "Concreción y lesión de los bienes jurídicos colectivos. El ejemplo de los delitos ambientales y urbanísticos", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Presidencia, Boletín Oficial del Estado, (58, fasc. 3), septiembre-diciembre, 2005, pp. 887-918.
- SUBIJANA ZUNZUNEGUI, Ignacio José, "La justicia a las víctimas del terrorismo", *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (3), noviembre-diciembre, 2011, pp. 123-133.
- TORRALBA, Francesc y Cristian Palazzi, "El deber de recordar a las víctimas. Ética anamnética", *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (3), noviembre-diciembre, 2011, pp. 135-143.
- VAUTRAVERS-TOSCA, Guadalupe y Agenor González-Valencia, "La membresía de México en el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas", *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*. Toluca, UAEM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Ciencias Políticas y Administración Pública, (58), enero-abril, 2012, pp. 111-131.
- VEGA-BRIONES, Germán, "Hogares y pobreza en Ciudad Juárez, Chihuahua", *Papeles de Población*. Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, (70), octubre-diciembre, 2011, pp. 151-182.
- VENANCIO, Moisés et al., "De la emergencia al desarrollo: evaluando el papel del PNUD en Bosnia-Herzegovina", *Revista Migraciones Forzadas*. Guatemala, Instituto de Estudios Interétnicos, Universidad de San Carlos Guatemala, (21), enero, 2005, pp. 18-21.
- VILLAMIL URIARTE, Raúl R., "La necesidad de pureza en la limpieza social", *DFensor*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (4), abril, 2012, pp. 58-64.

■ DISCOS COMPACTOS

- MÉXICO. COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, *Música por los derechos de las niñas y los niños*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, [s. a.]. 1 CD-ROM.
CD / CNDH / 37 / 13471-73

■ OTROS MATERIALES

(Fotocopias, engargolados, folletos, trípticos, calendarios, hojas sueltas, etcétera)

- MÉXICO. COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, *Aspectos básicos de Derechos Humanos*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, noviembre 2010, [s. p.].
AV / 1312 / 10039-41
- , *Campaña Nacional para Promover la Equidad entre Mujeres y Hombres en el Hogar, responsabilidades familiares compartidas: entre todos es mejor*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Mujer, la Niñez y la Familia, marzo 2010. Tríptico.
AV / 1270 / 14997-99
- , *Campaña Nacional por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes: Hagamos un Hecho Nuestros Derechos*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, octubre 2010. Cuadríptico.
AV / 1313 / 17667-69
- , *Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión*. 4a. reimp. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2011, 18 pp.
AV / 1430 / 13480-82
- , *Convención sobre los Derechos del Niño*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, marzo 2010. Tríptico.
AV / 1213 / 14972-74
- , *Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder*. 1a. ed. 4a. reimp. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2011, 9 pp.
AV / 1396 / 13492-94

- _____, *Derechos de los visitantes a centros de reclusión*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Tercera Visitaduría General, julio 2011. Tríptico.
AV / 1387 / 13228-30
- _____, *Derechos Humanos en el nuevo sistema de justicia para adolescentes*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Tercera Visitaduría General, julio 2011. Tríptico.
AV / 1384 / 18535-37
- _____, *Discriminación*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Centro Nacional de Derechos Humanos, noviembre 2010, 11 p.
AV / 1270 / 17664-66
- _____, *La igualdad entre mujeres y hombres en la CNDH*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Cuarta Visitaduría General, Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres, Unidad de Igualdad de Género, [s. a.]. Tríptico.
AV / 1385 / 12957-59
- _____, *Las niñas y los niños tenemos derechos: texto recomendado para escolares de cuarto a sexto de primaria*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Mujer, la Niñez y la Familia, julio 2009. Díptico.
AV / 1211 / 14835-37
- _____, *Los derechos de la niñez indígena. Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Cuarta Visitaduría General, Asuntos Indígenas, julio 2011. Díptico.
AV / 1345 / 14826-28
- _____, *Los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH o Sida*. 2a. ed. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2011, 14 pp.
AV / 1381 / 13468-70
- _____, *Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley*. 1a. ed. 6a. reimp. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2011, 14 pp.
AV / 1391 / 13495-97
- _____, *Proteger a la niñez de la sustracción y desaparición. Es tarea de papá y mamá*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Mujer, la Niñez y la Familia, septiembre 2009. Tríptico.
AV / 1210 / 16027-29
- _____, *¿Identifica los tipos de conductas sexuales?* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Mujer, la Niñez y la Familia, marzo 2010. Tríptico.
AV / 1212 / 14832-34
- MÉXICO. INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES, *Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres: ¡Conócela!* México, Instituto Nacional de las Mujeres, 2009, 27 pp.
AV / 1551 / 17515
- _____, *Una ley para proteger a las mujeres, una ley para ti*. México, Instituto Nacional de las Mujeres, [s. a.], 19 pp. Il. Fot.
AV / 1558 / 17065-66
- MÉXICO. INSTITUTO NACIONAL DE LENGUAS INDÍGENAS, *Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas (Publicada en el D. O. F. el día 13 de marzo de 2003)*. México, Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, [s. a.], 15 pp.
AV / 1553 / 17544
- RED NACIONAL DE ORGANISMOS CIVILES DE DERECHOS HUMANOS "TODOS LOS DERECHOS PARA TODOS", *Agenda mínima de justicia y Derechos Humanos*. México, Red Nacional de Organismos Civiles de Derechos Humanos "Todos los Derechos para Todos", 2000, 20 pp.
AV / 1562 / 18213

Para su consulta se encuentran disponibles en el Centro de Documentación y Biblioteca de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Av. Río Magdalena núm. 108,
Col. Tizapán, Del. Álvaro Obregón,
C. P. 01090, México, D. F. Tel. 56 16 86 92 al 95,
exts. 5118, 5119 y 5271



COMISIÓN NACIONAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS
M É X I C O

Presidente

Raúl Plascencia Villanueva

Consejo Consultivo

María Patricia Kurczyn Villalobos
Graciela Rodríguez Ortega
Rafael Estrada Michel
Eugenia del Carmen Diez Hidalgo
Ricardo Jesús Sepúlveda Iguíniz
Andrés Roemer
Alfredo Achar Tussie
Jorge A. Bustamante Fernández
Marcos Fastlicht Sackler
Carmen Moreno Toscano

Primer Visitador General

Luis García López Guerrero

Segundo Visitador General

Marat Paredes Montiel

Tercer Visitador General

Guillermo Andrés G. Aguirre Aguilar

Cuarta Visitadora General

Teresa Paniagua Jiménez

Quinto Visitador General

Fernando Batista Jiménez

Sexto Visitador General

Juan Pablo Piña Kurczyn

Secretario Ejecutivo

Gerardo Gil Valdivia

Secretario Técnico del Consejo Consultivo

Oscar Elizundia Treviño

Oficial Mayor

Jesús Eugenio Urióstegui García

**Directora General del Centro Nacional
de Derechos Humanos**

María del Refugio González Domínguez